



دانشکده مهندسی صنایع و مدیریت

پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت صنعتی

ارائه مدل سنجش رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشتی و خدمات درمانی و

دسته بندی مراجعه کنندگان

نگارنده: یاسمن عرب عامری

استاد راهنما

دکتر علی اکبر حسنی

استاد مشاور

دکتر محمد فتاحی

بهمن ماه ۱۳۹۷

تقدیم

ما حاصل آموخته‌هایم را تقدیم می‌دارم به آنان که مهر آسمانی‌شان آرام بخش آلام زمینی‌ام است.

تقدیم به مهربان فرشتگانی که:

لحظات ناب باور بودن، لذت و غرور دانستن، جسارت خواستن، عظمت رسیدن و تمام تجربه‌های
یکتا و زیبای زندگی، مدیون حضور سبز آنهاست.

تقدیم به خانواده عزیزم، به پاس عاطفه سرشار و گرمای امیدبخش وجودشان.

قدردانی و سپاس

با سپاس فراوان و قدردانی از زحمات استاد ارجمند و شایسته جناب آقای دکتر علی اکبر حسینی که مسئولیت راهنمایی این پایان نامه را بر عهده داشتند و در نهایت سعه صدر از هیچ کمکی در این زمینه دریغ ننموده‌اند و همواره از نظرات راه‌گشای ایشان در طی انجام این اثر بسیار بهره‌بردم.

با تشکر و قدردانی بسیار از استاد بزرگوار جناب آقای دکتر فتاحی که زحمت مشاوره این اثر را بر عهده داشته و از هیچ کوشش و کمکی دریغ نکردند.

در پایان برای تمامی عزیزان و دوستان خوبم که در طول انجام این پروژه مرا یاری کرده‌اند آرزوی موفقیت و سربلندی را دارم.

تعهد نامه

اینجانب یاسمن عرب‌عامری دانشجوی دوره کارشناسی ارشد رشته مدیریت صنعتی دانشکده مهندسی صنایع و مدیریت دانشگاه صنعتی شاهرود نویسنده پایان‌نامه "ارائه مدل سنجش رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشتی و خدمات درمانی و دسته‌بندی مراجعه‌کنندگان" تحت راهنمایی دکتر علی اکبر حسینی متعهد میشوم:

- تحقیقات در این پایان‌نامه توسط اینجانب انجام شده است و از صحت و اصالت برخوردار است.
- در استفاده از نتایج پژوهش‌های محققان دیگر به مرجع مورد استفاده استناد شده است.
- مطالب مندرج در پایان‌نامه تا کنون توسط خود یا فرد دیگری برای دریافت هیچ نوع مدرک یا امتیازی در هیچ جا ارائه نشده است.
- کلیه حقوق معنوی این اثر متعلق به دانشگاه صنعتی شاهرود می‌باشد و مقالات مستخرج با نام « دانشگاه صنعتی شاهرود » و یا «Shahrood University of Technoiogy» به چاپ خواهد رسید.
- حقوق معنوی تمام افرادی که در به دست آمدن نتایج اصلی پایان‌نامه تأثیرگذار بوده‌اند در مقالات مستخرج از پایان‌نامه رعایت می‌گردد.
- در کلیه مراحل انجام این پایان‌نامه در مواردی که از موجود زنده (یا بافت‌های آن‌ها) استفاده شده است ضوابط و اصول اخلاقی رعایت شده است.
- در کلیه مراحل انجام این پایان‌نامه در مواردی که به حوزه اطلاعات شخصی افراد دسترسی یافته یا استفاده شده است اصل رازداری ضوابط و اصول اخلاق انسانی رعایت شده است.

تاریخ

امضا دانشجو

* کلیه حقوق معنوی این اثر و محصولات آن (مقالات مستخرج، کتاب، برنامه‌های رایانه‌ای، نرم‌افزارها و تجهیزات ساخته‌شده) متعلق به دانشگاه صنعتی شاهرود می‌باشد. این مطلب باید به نحو مقتضی در تولیدات علمی مربوطه ذکر شود.
* استفاده از اطلاعات و نتایج موجود در پایان‌نامه بدون ذکر مرجع مجاز نمی‌باشد.

ارائه مدل سنجش رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشتی و خدمات درمانی و دسته‌بندی مراجعه‌کنندگان

چکیده

امروزه عوامل بسیاری سبب شده است که مدیران و مسئولان سازمان‌های بهداشتی-درمانی، همواره به سمت رویکرد مشتری‌مداری و توجه به نیازها و خواسته‌های بیماران، جهت کسب حداکثر میزان رضایتمندی از مشتریان در حرکت باشند. هدف از این پژوهش شناسایی ابعاد رضایتمندی و بررسی ارتباط مابین رضایت از ابعاد برتر و ارزش‌آفرین در ارائه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی با رضایتمندی عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان است. سپس به دسته‌بندی مشتریان مبتنی بر شاخص رضایتمندی بر اساس مشخصات دموگرافیک آن‌ها پرداخته شده است. برای این منظور از مجموعه ابزار تحلیل آماری جهت ارائه مدلی جامع سنجش رضایتمندی و داده‌کاوی جهت ارائه الگوریتم دسته‌بندی بهره‌گرفته شده است. از این رو برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است. پایایی و روایی پرسشنامه نیز بر اساس روش‌های روایی محتوایی، روایی سازه، روایی همگرا و روایی واگرا و آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی محاسبه و تأیید شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزارهای SPSS 22، Smart PLS3 و SPSS Modeler 18 صورت پذیرفته است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که مابین رضایت از همه ابعاد شناسایی شده و رضایتمندی عمومی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد. علاوه بر آن، ویژگی‌های دموگرافیک مراجعه‌کنندگان می‌تواند بر دسته‌بندی آن‌ها از نظر سطح رضایتمندی تاثیرگذار باشد.

کلمات کلیدی: رضایتمندی، خدمات بهداشتی-درمانی، معادلات ساختاری، داده‌کاوی، دسته‌بندی.

فهرست

۱	فصل اول: کلیات پژوهش
۲	۱-۱ مقدمه
۳	۲-۱ تعریف مسئله
۴	۱-۲-۱ رضایت از خدمات بهداشت و درمان
۶	۳-۱ ضرورت پژوهش
۹	4-1 قلمرو پژوهش
۱۰	۱-۴-1 قلمرو موضوعی
۱۰	۲-۴-۱ قلمرو زمانی
۱۰	۳-۴-۱ قلمرو مکانی
۱۱	۵-۱ ابزار گردآوری داده‌ها
۱۱	۶-۱ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۱۲	7-1 اهداف تحقیق
۱۲	۱-۷-۱ هدف اصلی
۱۲	۲-۷-۱ اهداف فرعی
۱۲	۸-۱ هدف کاربردی پژوهش
۱۳	۹-۱ مدل مفهومی پیشنهادی پژوهش
۱۳	۱۰-۱ فرضیات پژوهش
۱۴	۱۱-۱ سؤال پژوهش
۱۴	۱۲-۱ ساختار پژوهش
۱۴	۱۳-۱ جمع‌بندی
۱۷	فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش
۱۸	۱-۲ مقدمه
۱۸	۲-۲ تعاریف
۱۸	۱-۲-۲ خدمات

۲۰	رضایت‌مندی ۲-۲-۲
۲۲	پیشینه پژوهش ۳-۲
۴۱	جمع‌بندی 4-2
۴۳	فصل سوم: روش انجام پژوهش
۴۴	۱-۳ مقدمه
۴۴	۲-۳ ماهیت و روش انجام پژوهش
۴۵	۳-۳ مدل سازی معادلات ساختاری
۴۶	۱-۳-۳ مراحل مدل سازی معادلات ساختاری:
۴۶	۴-۳ داده‌کاوی
۴۷	۱-۴-۳ مراحل داده‌کاوی
۴۸	۲-۴-۳ ابزار داده‌کاوی
۴۸	۳-۴-۳ روش های داده‌کاوی
۴۹	۴-۴-۳ درخت تصمیم
۵۰	۵-۳ جامعه آماری و حجم نمونه
۵۱	۶-۳ روش نمونه‌گیری
۵۱	۷-۳ روش و ابزار گردآوری داده‌ها
۵۳	۸-۳ روایی و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها
۵۴	۹-۳ ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها
۵۵	۱۰-۳ جمع‌بندی
۵۷	فصل چهار: تجزیه و تحلیل داده‌ها
۵۸	۱-۴ مقدمه
۵۸	۲-۴ تجزیه و تحلیل داده‌ها
۵۹	۱-۲-۴ آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی
۶۲	۲-۲-۴ کدگذاری و آماده‌سازی متغیرهای پژوهش
۶۳	۳-۲-۴ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

۶۵	۳-۴ یافته‌های استنباطی پژوهش
۶۵	۱-۳-۴ بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش
۶۶	۲-۳-۴ تحلیل عاملی تأییدی و مدل ساختاری
۶۸	۳-۳-۴ تفسیر نمودارها
۶۹	۴-۳-۴ برازش مدل اندازه‌گیری
۷۷	۵-۳-۴ برازش مدل ساختاری پژوهش
۷۹	۶-۳-۴ برازش مدل کلی پژوهش
۸۰	۴-۴ بررسی فرضیات پژوهش
۸۲	۵-۴ دسته‌بندی مراجعه‌کنندگان
۸۴	۱-۵-۴ مدل‌سازی
۸۴	۱-۱-۵-۴ مدل الگوریتم درخت C&R
۹۲	6-4 جمع بندی
۹۳	فصل پنجم: نتیجه‌گیری و پیشنهادات
۹۴	1-5 مقدمه
۹۴	2-5 تحلیل نتایج پژوهش
۹۴	۱-۲-۵ نتایج یافته‌های جمعیت شناختی
۹۵	2-۲-5 نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش
۹۹	3-۲-5 مدل نهایی
۱۰۰	۴-۲-5 نتایج درخت تصمیم
۱۰۲	3۵-5 پیشنهادات
۱۰۲	1-۳-5 پیشنهادات کاربردی
۱۰۵	2-۳-5 پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی
۱۰۵	4-5 محدودیت پژوهش
۱۰۶	۵-۵ خلاصه فصل

فهرست جداول

- جدول ۱-۳ ابعاد پرسشنامه و تعداد سوالات مربوط به هر بعد ۵۲
- جدول ۱-۴. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر جنسیت ۵۹
- جدول ۲-۴. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر سن ۵۹
- جدول ۳-۴. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر میزان تحصیلات ۵۹
- جدول ۴-۴. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر وضعیت تأهل ۶۰
- جدول ۵-۴. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر شغل ۶۰
- جدول ۶-۴. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر درآمد ۶۰
- جدول ۷-۴. کدگذاری و نتایج توصیفی وضعیت بومی ۶۱
- جدول ۸-۴. کدگذاری و نتایج توصیفی محل اقامت ۶۱
- جدول ۹-۴. کدگذاری و نتایج توصیفی تجربه/علت مراجعه بیمار ۶۱
- جدول ۱۰-۴. کدگذاری متغیرهای پژوهش ۶۲
- جدول ۱۱-۴. خروجی spss برای شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ۶۴
- جدول ۱۲-۴: خروجی spss برای آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش ۶۶
- جدول ۱۳-۴. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای گویه‌های پرسشنامه در بعد رضایت از کیفیت ۶۹
- جدول ۱۴-۴. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای گویه‌های پرسشنامه در بعد رضایت از دسترسی ۷۰
- جدول ۱۵-۴. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای گویه‌های پرسشنامه در بعد رضایت از هزینه ۷۱
- جدول ۱۶-۴. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای گویه‌های پرسشنامه در بعد رضایت از هزینه ۷۱
- جدول ۱۷-۴. مقادیر آلفای کرونباخ برای متغیرهای پژوهش ۷۲
- جدول ۱۸-۴. مقادیر پایایی ترکیبی (CR) برای متغیرهای پژوهش ۷۳
- جدول ۱۹-۴. مقادیر AVE برای متغیرهای پژوهش ۷۴
- جدول ۲۰-۴. بررسی روایی واگرا پژوهش (میزان همبستگی بین گویه‌ها و ابعاد) ۷۵
- جدول ۲۱-۴. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ۷۶
- جدول ۲۲-۴. بررسی روایی واگرا پژوهش ۷۶

جدول ۴-۲۳. بررسی روابط درون مدل ساختاری.....	۷۷
جدول ۴-۲۴. مقادیر R^2 Squares (R2).....	۷۸
جدول ۴-۲۵. مقادیر Q^2	۷۹
جدول ۴-۲۶. بررسی معیار GOF.....	۸۰
جدول ۴-۲۷. کدگذاری متغیرهای تعریف شده برای تشکیل متغیر هدف.....	۸۳
جدول ۴-۲۸. میزان اهمیت متغیرها در ساخت الگوریتم درخت C&R.....	۸۶
جدول ۴-۲۹. مقایسه دقت مدل در قسمت آموزش، تست و ارزیابی در الگوریتم درخت C&R.....	۹۰
جدول ۴-۳۰. ماتریس در هم ریختگی درخت C&R.....	۹۰
جدول ۴-۳۱. معیارهای ارزیابی الگوریتم درخت C&R.....	۹۱

فهرست اشکال و نمودارها

- شکل 1-1. مدل مفهومی پیشنهادی پژوهش ۱۳
- شکل ۱-۲. تقسیم بندی مدل های سنجش رضایتمندی مشتریان (فکیکوا، ۲۰۰۴) ۲۲
- شکل ۱-۳. دسته بندی روش های داده کاوی (شیخ، ۱۳۹۶) ۴۹
- شکل ۲-۳. دسته بندی کاربردهای درختان تصمیم گیری (خلیلی و پاشازاده، ۱۳۹۳) ۵۰
- نمودار ۱-۴. مدل ساختاری پژوهش همراه با ضرایب استاندارد ۶۷
- نمودار ۲-۴. مدل ساختاری پژوهش همراه با ضرایب معناداری ۶۸
- شکل ۱-۴. مراحل ساخت الگوریتم درخت تصمیم C&R ۸۵
- نمودار ۳-۴. نمودار اهمیت تأثیر متغیرهای ورودی در ساخت الگوریتم درخت C&R ۸۵
- نمودار ۴-۴. شماتیک الگوریتم درخت تصمیم C&R ساخته شده توسط نرم افزار SPSS Modeler ۸۶
- نمودار ۵-۴. الگوریتم درخت تصمیم C&R ۸۷
- شکل ۲-۴. جزئیات ساخت مدل درخت C&R ۸۹
- نمودار ۶-۴. نمودار Gain حاصل از الگوریتم درخت C&R ۹۲
- شکل ۱-۵. مدل نهایی پژوهش ۱۰۰

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

با پیچیده شدن روزافزون و پیشرفت‌های متداول جوامع امروزی در امور مختلف، نقش و جایگاه سازمان‌ها در تأمین نیازها و انتظارات افراد جامعه، حساس‌تر می‌شود و به‌گونه‌ای می‌توان اظهار نمود که دنیای امروزی، دنیای سازمان‌ها است (شریف زاده و همکاران، ۱۳۹۳). از این‌رو مؤسساتی در محیط کسب‌وکار رقابتی موفق‌تر عمل خواهند کرد که رضایت دریافت‌کنندگان خدمات را سرلوحه برنامه‌ها و امور خویش قرار دهند (اشرف دیرکوند و همکاران ۱۳۹۲). سازمان‌های بسیاری دنباله‌رو خواست مشتریان و ارتقای کیفیت خدمت بوده و در نتیجه استراتژی‌هایی را در راستای ارائه خدماتی با کیفیت مورد انتظار مشتریان و حتی فراتر از آن تدبیر نموده و به‌کار گرفته‌اند و عملکرد خویش را ارتقاء داده‌اند (شاهبندرزاده و همکاران، ۱۳۸۹).

در طی سال‌های اخیر، اهمیت حوزه ارائه خدمات با توجه به رشد چشمگیر سهم آن در اقتصاد کشورها دوچندان شده است. همه‌ی ما همواره در طول زندگی روزمره خود از خدمات مختلفی استفاده می‌کنیم. مؤسسات و سازمان‌های گوناگون پیرامون ما همه روزه خدمات وسیعی را ارائه می‌دهند. مثلاً سازمان، اداره یا مؤسسه‌ای که در آن کار می‌کنیم گاه خدماتی را به ما ارائه می‌دهند یا سازمانی که در آن آموزش می‌بینیم و یا تحصیل می‌کنیم خود نوعی خدمات را عرضه می‌کنند. خدمات حوزه‌ی وسیعی را شامل می‌شود و به همین دلیل ارائه‌ی تعریفی دقیق و جامع از آن دشوار است.

جایگاه مذکور صنعت خدمات سبب گشته تا توجه محققان و فعالان بدان معطوف شود. رمز موفقیت سازمان‌های خدماتی را می‌توان در توجه به ابعاد مختلف کیفیت خدمت و مشتری‌مداری جستجو کرد. در میان سازمان‌های خدماتی، سازمان‌های عمومی ارتباط و تعامل بیشتری با افراد دارند و مسئله مشتری‌گرایی به شکل محسوس‌تر و واضح‌تری برای آن‌ها مطرح می‌شود (میرفخرالدینی و همکاران، ۱۳۹۰). به دلیل اهمیت کیفیت ارائه خدمت در صنایع خدماتی و آثار برجسته آن بر رضایت مشتری، همواره این سوال مطرح می‌شود که چگونه می‌توان سطح ارائه خدمت را مورد ارزیابی قرار داد (شاهبندرزاده و همکاران ۱۳۸۹).

۲-۱ تعریف مسئله

یکی از روش‌های ارزیابی خدمات، سنجش میزان رضایتمندی از کیفیت ارائه آن‌ها می‌باشد (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۵). رضایت از خدمات تحت تاثیر عوامل مختلفی است که به طور کلی می‌توان کیفیت خدمات، کیفیت ارائه آن‌ها و همچنین سطح درک و انتظار دریافت‌کنندگان خدمات از کیفیت خدمات را بیان کرد. بررسی‌های مربوط به سنجش رضایت، عامل مهمی در تأمین اطلاعات مورد نیاز در حیطه تولیدات و یا خدمات می‌باشد؛ که این اطلاعات به منظور ارتقا و بهبود سطح فرآیندهای تولید و یا خدمت، با هدف تطبیق کالاها و خدمات با نیازها و انتظارات مشتریان به کارگرفته می‌شوند (فرزندی و همکاران، ۱۳۹۰). بنابراین سنجش میزان رضایت مشتری به عنوان ابزاری استراتژیک شناخته شده است که به واسطه آن عملکرد سازمانی مورد بررسی قرار می‌گیرد و سپس با انجام اصلاحات لازم و وارد کردن نکات اساسی در فرآیند عملکرد، کارایی عملیاتی و بهبود عملیات کسب‌وکار در زمینه‌ی تولید کالا و ارائه خدمات حاصل می‌شود و در نتیجه رضایت مشتری ارتقاء داده می‌شود (شاهبندرزاده و همکاران ۱۳۸۹). بهره‌گیری از نقطه نظرات و حتی انتقادات دریافت‌کنندگان خدمات، در واقع به عنوان زیرساختی در برنامه‌ها و پروژه‌های خدماتی سازمان‌های مشتری محور، جهت جلب مشارکت‌های مردمی است (رواقی و همکاران، ۱۳۹۴). بر این اساس در وضعیت رقابتی موجود، سازمانی که در جهت جلب رضایت مشتریان تلاش بیشتری می‌نماید، قادر است در این رقابت نیز نقش به‌سزایی ایفا کند (شاهبندرزاده و همکاران ۱۳۸۹).

در بین خدمات مختلف و مؤسسات خدماتی گوناگون، خدمات سلامت و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، پدیده‌ای پرهزینه، پیچیده، حساس و حیاتی و کاملاً گسترده و جهانی هستند که ما در طول زندگی خود به آن بارها احتیاج پیدا می‌کنیم. پیشرفت‌های روزافزون در عرصه علوم پزشکی و همچنین افزایش آگاهی و انتظارات مشتریان، سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت را به محیط‌های مشتری‌گرا و رقابتی تبدیل کرده است (روح افزا و همکاران، ۱۳۹۵).

امروزه مدیریت نوین، بیمار را صرفاً به عنوان یک دریافت‌کننده‌ی غیرفعال خدمات تلقی نمی‌کند، بلکه یک عضو فعال از تیم مراقبت بهداشت-درمان می‌داند. در واقع این دیدگاه که فقط پزشکان، پرستاران یا دیگر پرسنل و متخصصان سیستم بهداشت-درمان، حق اطلاع از مسائلی را دارند که بالاتر از میزان درک و فهم عموم است، منسوخ شده است. (داداشی و همکاران، ۱۳۸۹). رضایت بیمار یک ساختار جمعی است که شامل رضایت از جنبه‌های مختلف بیمارستان‌ها و خدمات بیمارستان

می‌باشد (جین سو لیم^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). در حال حاضر ارائه صحیح و عرضه متناسب با نیازهای روز خدمات بهداشتی-درمانی به عموم مردم، یکی از معیارهای توسعه جوامع است که از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۵) و اولین گام ضروری در ارائه صحیح خدمات سلامت، کنترل و سنجش رضایت افراد از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی بوده و بیمارستان‌ها به عنوان مهم‌ترین سازمان بهداشتی-درمانی در کشورها و جوامع گوناگون بیشترین نیاز به ارزشیابی همه‌جانبه و مستمر را دارند (شاهبندرزاده و همکاران ۱۳۸۹).

۱-۲-۱ رضایت از خدمات بهداشت و درمان

رضایت‌مندی^۲ مفهومی است که امروزه در مراقبت‌های بهداشتی-درمانی نقش بسیار ویژه‌ای یافته است، هرچند که شروع توجه به این مفهوم در جهان به دهه ۱۹۵۰ برمی‌گردد (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۵). در آن زمان جامعه‌شناسان به ارتباط مستقیم رضایت‌مندی بیمار با سه عامل پی‌بردند و آن سه عامل عبارت است از ادامه‌ی مراجعات بعدی، توافق برای درمان و تعهدات مصرف داروها. در چند دهه‌ی گذشته عواملی همانند تغییرات قابل توجه در شیوه‌ی زندگی مردم، افزونی شیوع بیماری‌های غیرواگیردار و تهدید سلامت عموم با ظهور بیماری‌های نوپدید و نیز افزایش چشمگیر هزینه‌های تشخیصی و درمانی، سبب شده است که سیستم بهداشت به طور شایسته پاسخگوی اولویت‌های سلامتی مردم نباشد، و گاهی حتی در موارد اورژانس نتواند به طور شایسته عمل نماید (کاظمینی و همکاران ۱۳۹۶). این موضوع به اندازه‌ای دارای اهمیت است که رضایت‌مندی بیماران از نحوه ارائه خدمات سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت یکی از پنج شاخص کیفیت ارائه خدمات، شناخته شده است (دوپلانی و همکاران، ۱۳۹۳).

آگاهی از سطح رضایت عمومی از خدمات بهداشتی-درمانی، اهمیت بسیاری دارد، زیرا در پس آن اقداماتی برای بهبود کیفیت، کاهش هزینه‌ها و اجرای اصلاحات انجام می‌شود. جهت حصول رضایت بیماران لازم است ابعاد متعددی از خدمات در مراکز بهداشتی-درمانی مانند مراقبت‌های پرستاری، اقدامات پزشکی، عملیات پشتیبانی، آموزش و بخش‌های مختلف سازمانی و اداری به شیوه‌ای اساسی با یکدیگر هماهنگ و یکپارچه شده و با رعایت اصول و استانداردها در همه‌ی ابعاد، شرایط مناسبی را برای ایجاد و بهبود سطح رضایت فراهم آورد (کاظمینی و همکاران ۱۳۹۶). در گام بعد برای اطمینان از پیوسته بودن مراقبت، نه صرفاً ارائه خدمات درمانی با کیفیت، و جهت ارتقای سلامت عمومی،

1 . Jeen-Su Lima

2 . satisfaction

اهمیت کیفیت سیستم مراقبت بهداشتی در چند سال اخیر قوی تر و شدیدتر مطرح شد. اندازه گیری و سنجش عملکرد سیستم بهداشت و درمان معمولاً بر نگرانی های فنی و روند تحویل تمرکز دارد بر اساس کاربرد استانداردهای حرفه ای و با توجه به دیدگاه ها، تجربیات و ادراکات عمومی/ بیمار، ارزیابی دقیق تر و قابل قبولی از عملکرد سیستم بهداشتی می تواند فراهم شود (پارک کیوسو^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). ارزیابی رضایتمندی از خدمات بهداشت و درمان نیاز به توجه به کلیه ابعاد فنی، شخصی، اجتماعی و اخلاقی مراقبت ها دارد (کین^۴ و همکاران، ۱۹۹۷).

عدم رضایت بیمار از ارائه خدمات بهداشتی-درمانی، پیامدهای نامطلوبی را به دنبال خواهد داشت. به طور کلی نارضایتی افراد از سطح خدمات سلامت و ارائه نامطلوب مراقبت های بهداشتی توسط مراکز بهداشتی-درمانی، موجب عدم تمایل افراد جهت مراجعه به این مراکز و قطع ارتباط مردم با سیستم بهداشت-درمان می شود. به علاوه ناخرسندی مردم سبب ایجاد احساس ناتوانی، عدم شایستگی و عجز در پرسنل و به تبع آن کاهش کارایی عملیاتی سیستم بهداشتی می گردد؛ و در نهایت آنکه سیستم بهداشتی بر خلاف مسئولیت و فلسفه وجودی خود که پاسخگویی به نیازهای سلامت و درمان مردم و حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه می باشد، عمل کرده است (کاظمینی و همکاران ۱۳۹۶). همچنین عدم رضایت بیمار و توجه نداشتن به نظرات و انتظارات وی، به روند بهبودی بیمار و دریافت نتیجه ی مورد نظر از عملیات درمانی خدشه وارد می نماید (رواقی و همکاران، ۱۳۹۴). بنابراین رضایتمندی یکی از جنبه های مهم مراقبت های بهداشتی و خدمات درمانی است، زیرا هرچند که یک مراقبت از اثربخشی و کارایی بالایی برخوردار باشد، اگر دریافت کنندگان آن خدمت نسبت به ارائه آن احساس رضایت نداشته باشند با شکست مواجه خواهد شد. از آنجا که دریافت کنندگان نقش بسزایی در روند رشد یک خدمت دارند، در صورت نارضایتی از خدمت مورد نظر برای رشد و شکوفایی آن مشارکت نخواهند کرد (افلاطونیان و همکاران، ۱۳۹۰).

در نهایت می توان اینگونه اظهار داشت، بیمارستان ها و مراکز درمانی در همه کشورهای جهان از مهم ترین ارکان ارائه خدمات عمومی بهداشتی و درمانی محسوب می شوند و هدف این نظام ارائه صحیح خدمات مورد انتظار مشتری جهت افزایش رضایتمندی و عملکردهای مطابق با استانداردهای روز دنیا می باشد. بنابراین با توجه به جایگاه ارزشمند سازمان ها و مراکز بهداشتی-درمانی در جامعه و اهمیت چشمگیر کیفیت عملکرد آن ها، با انجام این پژوهش انتظار می رود پس از بررسی ها، استفاده از یافته های این مطالعه و پژوهش های مشابه انجام شده، در جهت شناخت ضعف ها و نارسایی های

3 . Park K

4 . Kane

موجود و اتخاذ تصمیم مناسب جهت بهینه‌سازی خدمات بیمارستانی و در نهایت جلب رضایت مشتریان به مدیران ارشد نظام سلامت و خدمات درمانی کمک شایانی نماید. لذا این مطالعه با هدف بررسی و سنجش رضایتمندی عمومی از عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی شهرستان شاهرود و توسعه مدلی جامع و نوین از ابعاد ارزش‌آفرین جهت سنجش رضایتمندی عمومی انجام خواهد شد.

پرسش آغازین پژوهش پیش رو را می‌توان اینگونه بیان کرد: میزان رضایتمندی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان در شهرستان شاهرود به چه میزان است؟ نقش هر کدام از ابعاد مورد نظر در افزایش رضایتمندی عمومی از ارائه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی به چه میزان است؟

۱-۳ ضرورت پژوهش

مدیران در سیستم‌های اجرایی همواره نیازمند اطلاعاتی از نحوه ارائه خدمات و عملکرد سیستم مورد نظر از نقطه نظر مشتری می‌باشند و شناسایی آن‌ها، به عملیات برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری‌های خدمات، چگونگی فرآیند ارائه خدمات و چگونگی عملیات ارتباطی بین مراجعین، پزشکان و کادر خدماتی مساعدت می‌نماید.

با توجه به تفاوت عمده بین‌المللی در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی، بررسی پایایی و کاربرد روابط عملکردی ثابت شده بین ساختارهای کلیدی در زمینه رضایت از سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز است (پارک کیوسو و همکاران، ۲۰۱۶). درحالی که برخی از محققان بر رضایت بیماران از کیفیت و نوع مراقبت‌های بهداشتی دریافت شده تمرکز می‌کنند، برخی دیگر بر روی رضایت مردم از نظام سلامت به طور کلی تمرکز می‌کنند. اهمیت هر دو دیدگاه در ادبیات نشان داده شده است. به عنوان مثال بیماران راضی بیشتر احتمال دارد که رژیم‌های درمان را کامل کنند و هماهنگ و سازگار باشند (بلیچ^۵ و همکاران، ۲۰۰۹).

رضایتمندی بیماران، برآیند مجموعه‌ی پیچیده‌ای از عوامل گوناگون است. رضایت بیماران را می‌توان به حالتی تعبیر کرد که نه تنها فرآیند درمانی و مراقبت‌های ضروری را دریافت می‌کنند، بلکه از شرایط موجود و خدمات ارائه شده توسط کارکنان و کل نظام راضی باشند و تمایل داشته باشند که در صورت لزوم، دوباره به آن مرکز مراجعه کنند و حتی فراتر از آن، مراجعه به آن مراکز را به دیگران پیشنهاد دهند (کازمینی و همکاران ۱۳۹۶). ارزیابی بیمار از صلاحیت فنی و حرفه‌ای کارگزاران

⁵. Bleich

مراقبت، اثر مهمی بر رضایت بیمار به جا می‌گذارد و تأثیر آن از عوامل دیگر بیشتر است. به دست آوردن رضایت بیمار، عملکردی در زمینه روابط عمومی نیست بلکه عاملی است اساسی برای تضمین دستیابی به نتایج مطلوب در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (صاحبزاده و رحیمیان ۱۳۸۸).

بدیهی است که امروزه پیگیری افراد نسبت به مسائل درمانی و آگاهی از حقوق شهروندی افزایش پیدا کرده و به همین سبب هنگامی که انتظارات و حقوق بیماران برآورده نشود، عکس‌العملی مطابق با عدم رضایت خود نشان خواهند داد. در موقعیت رقابتی کنونی که توجه به محوریت مصرف‌کنندگان از اساسی‌ترین عوامل موفقیت سازمان‌های تعالی جو در ارائه خدمات می‌باشد، ضرورت اشراف و توجه تیم بهداشتی-درمانی به انتظارات بیماران بیش از گذشته توصیه می‌گردد. از طرفی دیگر ایجاد رابطه‌ی مناسب و شایسته بین بیمار، پرستار و پزشک موجب بالا رفتن رضایت بیماران می‌شود و این ارتباط زمانی درست شکل می‌گیرد که آگاهی کاملی نسبت به انتظارات مراجعین به‌دست آید. به علاوه ارتباط متقابل، معقولانه و پسندیده بین بیمار و پزشک اهمیت بسزایی در تشخیص صحیح بیماری و تصمیم‌گیری برای انتخاب درست شیوه‌ی درمانی او دارد. لذا بدیهی است که برای ایجاد رویکردی بنیادی جهت شناسایی ارتباط مؤثر مابین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و درمان با دریافت‌کنندگان این خدمات، باید مطالعاتی در مورد انتظارات و توقعات بیماران از سیستم بهداشتی-درمانی و کادر درمانی صورت پذیرد و مراقبت‌های بهداشتی و خدمات درمانی بیمارمحور مبتنی بر نیازها و انتظارات بیماران برنامه‌ریزی و ارائه گردد.

منظور از ارتباط، اهمیت دادن پزشکان و پرستاران به برقراری رابطه‌ای با بیمار است که در آن، حضور بر بالین بیمار با بیان تمام نکاتی که به بیمار حس اعتماد، آگاهی و مهم بودن را می‌دهد، همراه باشد و نیز ایجاد فضایی که بیمار بی‌هیچ دغدغه و تکلیف و بدون تعجیل بتواند مسایل و مشکلات مورد نظر خود را برای پزشک یا پرستار و یا به طور کلی کادر درمانی بیان کند و سؤالات خود را بپرسد (صاحبزاده و رحیمیان ، ۱۳۸۸).

به طور کلی دلایل متعددی مبنا بر اینکه ارزیابی و تعیین رضایت از سیستم مراقبت بهداشتی به عنوان یک عامل مهم و عمده برای تضمین کیفیت خدمات و نحوه ارائه آن‌ها شناخته شده ، وجود دارد. در نخست و بالاتر از همه، اینکه رضایت‌مندی به خودی خود یک عامل مهم در حصول سلامتی است. به عنوان مثال بیمارانی که از سیستم مراقبت بهداشتی خود راضی هستند بیشتر احتمال دارد در مورد وضعیت خودشان مثبت فکر کنند و سازگاری بیشتری نشان دهند و در درمان خود مشارکت بیشتری نیز داشته باشند . دوم اینکه ، درک عوامل مرتبط با رضایت و تلاش برای بهبود این عوامل،

کیفیت سیستم مراقبت‌های بهداشتی را ارتقاء می‌بخشد. علاوه بر این، ارزیابی رضایت جهت نظارت پیوسته و مداوم بر کیفیت و بهبود در ارائه خدمات بهداشتی مهم است. ارزیابی و سنجش رضایت مصرف‌کننده، مدیران را قادر می‌سازد تا در حین شناسایی نقاط ضعف خدمات، نسبت به نیازها، ادراکات و نگرانی‌های عمومی نیز توجه داشته باشند و آگاه و هوشیار باشند (پارک کیوسو و همکاران، ۲۰۱۶).

از طرفی در سیستم بهداشت و درمان، فرآیند جذب و حفظ و رضایت‌مندی مشتریان (بیماران) نسبت به گذشته بسیار دشوارتر و پیچیده‌تر شده است و جایگاه ویژه‌ای در میان دست‌اندرکاران پیدا کرده است زیرا همانطور که پیش‌تر اشاره شد، افزایش سطح تحصيلات، ارتقای آگاهی و اطلاعات عمومی در سال‌های اخیر نسبت به مسائل بهداشتی، درمانی و کیفیت مراقبت‌ها و همچنین تغییر شرایط اجتماعی از یک سو و افزایش مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و مراقبت‌های درمانی از سوی دیگر موجب شده است که متقاضیان این خدمات با حیطة و خدمات گسترده‌تری، خدمات درمانی مورد نظر را مطالبه نمایند؛ (شاهبندرزاده و همکاران ۱۳۸۹) و به همین ترتیب توقعات و انتظارات بیمار از نحوه دریافت خدمات بیشتر شده است و این امر نیاز آن‌ها را به حمایت همه‌جانبه بیشتر می‌کند (کاظمینی و همکاران ۱۳۹۶). خواسته‌ها و نیازهای بیمار می‌بایست توسط مراکز درمانی پاسخ داده شود. خدمات ارائه شده باید از جانب بیمار درک شود و این خدمات درک شده و دریافت شده باید مطابق با سطح انتظارات او باشد. سپس در این صورت است که در بیماران احساس رضایت ایجاد خواهد شد (صاحب زاده و رحیمیان، ۱۳۸۸).

از طرف دیگر میزان رضایت بیمار، منعکس‌کننده قابلیت و توانایی پزشک و کارکنان درمان و میزان رعایت حقوق وی و نیز کیفیت درمان است. ارزیابی رضایت بیمار، به دریافت موارد نارضا و یافتن تدابیر لازم و انجام اقدامات ضروری برای حل مشکلات موجود می‌انجامد که در نهایت ارتقاء پیوسته سطح مراقبت را امکان‌پذیر می‌سازد. (کلروزی و همکاران، ۱۳۸۸). میزان مطلوب رضایت‌مندی همچنین متخصصان بهداشت و درمان را تشویق می‌کند تا مسئولیت بیشتری نسبت به نحوه ارائه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی به عهده بگیرند. درک عوامل مختلف که بر افزایش و کاهش رضایت تأثیر می‌گذارد، برای بهبود سیستم مراقبت بهداشتی ضروری است.

مدیران باید بتوانند فاکتورهای جامعه‌شناختی را که از کنترل اجتماعی و سیاسی برخوردار هستند مشخص کرده و کنترل نمایند. شناسایی زیرگروه‌های خاصی که نیاز به استراتژی و رویکردهای مختلف در ارائه مراقبت‌های بهداشتی خود دارند مهم است و مطالعات متعددی، تأثیر عوامل

اجتماعی-اقتصادی بر رضایت‌مندی در ایالات متحده و اروپای غربی را از لحاظ سن، جنس، درآمد و موقعیت جغرافیایی بررسی کردند (کیوسو و همکاران، ۲۰۱۶).

به طور خلاصه، با توجه به این موضوع که بهداشت و سلامتی مردم تمام نقاط دنیا به عملکرد نظام بهداشتی و درمانی حاکم بر آنها بستگی دارد، سیستم‌های بهداشتی-درمانی به عنوان یکی از ارکان ویژه و حیاتی جوامع مطرح می‌باشند. در جامعه کنونی ما تفاوت زیادی بین عملکرد این نظام‌ها وجود دارد و برای مدیران مسئولین بسیار مهم است که دلایل اساسی را که در این مورد دخیل هستند، درک کنند تا بتوانند بهداشت و سلامت عمومی را بهبود بخشند. خدمات بهداشتی-درمانی، همانند سایر خدمات زوال‌پذیر هستند و مدیران بیمارستان‌ها و کارکنان، مجمع پزشکان و تمامی مسئولان مرتبط با بخش خدمات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی به این امر واقفند. در نهایت لازم به ذکر است که ارزشیابی‌های مجدد و مستمر میزان رضایت‌مندی از ارائه خدمات و عملکرد سیستم مراقبت‌های بهداشتی هم از جهت درک بهتر کیفیت زندگی افراد و هم برای بهبود ارائه خدمات مجدد نیز ضرورت دارد.

در مجموع بررسی میزان رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان و خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های شاهرود مزایای زیر را به دنبال خواهد داشت:

۱. اطلاع مدیران و مسئولان از سطح رضایت‌مندی از مراقبت‌ها و خدمات ارائه شده و نیازها و ادراکات عمومی
۲. کمک به برنامه‌ریزی جامع‌تر جهت افزایش کیفیت ارائه خدمات و افزایش سطح رضایت افراد
۳. یافتن نقاط ضعف و حذف و جلوگیری از ایجاد مجدد آن‌ها و انجام اصلاحات مورد نیاز
۴. ایجاد احساس مسئولیت بیشتر در متخصصان و پرسنل درمانی و دیگر کارکنان
۵. کمک به ایجاد اصلاحات مورد نیاز در هر بعد.

۴-۱ قلمرو پژوهش

قلمرو پژوهش حاضر در سه بخش تعریف می‌شود که عبارتند از: قلمرو موضوعی، قلمرو زمانی و قلمرو مکانی.

۱-۴-۱ قلمرو موضوعی

قلمرو موضوعی این پژوهش مرتبط با حوزه مشتری‌مداری و بخش خدماتی است و به سنجش رضایت عمومی از ارائه مراقبت‌های بهداشتی و عملکرد مراکز درمانی به‌واسطه توسعه مدل سنجش رضایت‌مندی پرداخته شده‌است. علاوه بر آن اقدام به تحلیل ویژگی‌های دموگرافیک مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی و تاثیر آن بر سطح کل رضایت‌مندی آن‌ها با استفاده از ابزار داده‌کاوی شده است.

۱-۴-۲ قلمرو زمانی

قلمرو زمانی آن مربوطه به سال ۱۳۹۷ می‌باشد و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز در حوزه شش ماه اول سال ۱۳۹۷ صورت گرفته است.

همچنین مدت انجام این پژوهش حدود ۱ سال می‌باشد که ۶ ماه ابتدایی آن صرف جستجو و گردآوری منابع مرتبط با حوزه پژوهش حاضر، مطالعه‌ی سوابق پژوهش، استخراج شاخص‌ها و معیارهای مورد نیاز، جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات لازم و نوشتن ادبیات پژوهش و موارد مشابه دیگر گشت. سپس ۶ ماه بعد جهت انجام پروژه و پیاده‌سازی و استفاده از روش‌های در نظر گرفته شده، فراگیری نرم‌افزارهای مورد نیاز، تجزیه و تحلیل داده‌ها و آنالیز نتایج حاصل از پژوهش سپری شد.

۱-۴-۳ قلمرو مکانی

قلمرو مکانی این پژوهش بیمارستان‌های شهرستان شاهرود می‌باشد. شهرستان شاهرود دارای دو بیمارستان دولتی و وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شاهرود به نام‌های بیمارستان امام حسین (ع) و بیمارستان بهار و یک بیمارستان خصوصی به نام بیمارستان خاتم الانبیاء وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود می‌باشد. لذا جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه مراجعین و دریافت‌کنندگان خدمات این مراکز می‌باشد.

۱-۵ ابزار گردآوری داده‌ها

در این پژوهش جهت شناسایی عوامل و ابعاد مورد نظر و تکمیل ادبیات پژوهش و بررسی سوابق موضوع پژوهش پیش‌رو از منابع کتابخانه‌ای و مقالات، کتب، پایان‌نامه‌های مرتبط و از شبکه جهانی اطلاعات از طریق جستجو کردن موضوعات و عبارات مرتبط بهره گرفته شده است. همچنین در این پژوهش جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز برای انجام آزمون فرضیات پژوهش با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته صورت گرفته است.

۱-۶ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیات پژوهش از رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM)^۶ استفاده شده است. مدل‌سازی معادلات ساختاری یک ساختار علی خاص بین مجموعه‌ای از متغیرهای پنهان (غیر قابل مشاهده) است که شامل دو بخش می‌باشد: ۱- مدل اندازه‌گیری ۲- مدل ساختاری. بر مبنای مدل اندازه‌گیری امکان بررسی روایی ابزارهای اندازه‌گیری و روابط مابین سازه‌های پنهان و سازه‌های مشهود ایجاد می‌شود و از طریق مدل ساختاری امکان آزمون فرضیات و ساختار علی بین متغیرهای پنهان فراهم می‌شود. همچنین در ادامه الگوریتم داده‌کاوی جهت دسته‌بندی دریافت‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی-درمانی بر اساس شاخص رضایت مبتنی بر ویژگی‌های جمعیت شناختی آن‌ها به کار برده شده است. داده‌کاوی این امکان را فراهم می‌سازد که بتوانیم از طریق کشف الگوهای معنادار و کاربردی و همبستگی‌ها، دانش و اطلاعاتی که درون حجم گسترده‌ای از داده‌ها پنهان هستند را استخراج نماییم. همچنین می‌توان با استفاده از رویکرد داده‌کاوی داده‌ها را مدیریت کرده و در مسیری فراتر از داده‌پردازی معمولی پیش برویم.

^۶. Structural Equation Model

۷-۱ اهداف تحقیق

۱-۷-۱ هدف اصلی

توسعه یک مدل جامع سنجش رضایتمندی عمومی از منظر دریافت کنندگان خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی از عملکرد واحدهای ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی-درمانی

۲-۷-۱ اهداف فرعی

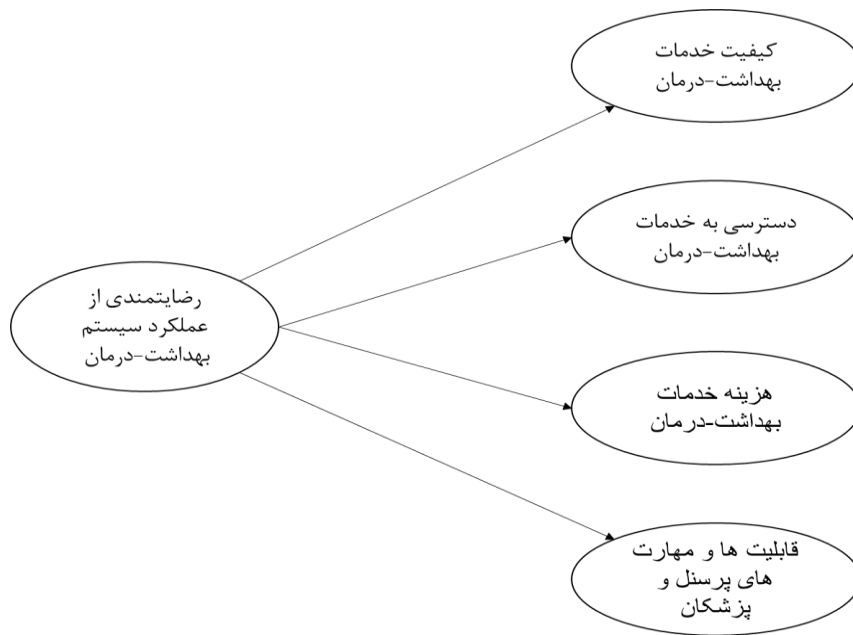
- شناسایی معیارهای ارزیابی رضایتمندی دریافت کنندگان خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی
- سنجش رابطه مابین ابعاد رضایتمندی با رضایت عمومی
- بررسی رابطه مابین ویژگی‌های دریافت کنندگان خدمت با سطح رضایتمندی
- دسته‌بندی جامعه دریافت کنندگان مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی-درمانی با استفاده از رویکرد داده‌کاوی

۸-۱ هدف کاربردی پژوهش

هدف کاربردی پژوهش حاضر کمک به شناسایی ابعاد مؤثر بر رضایتمندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان و ارزیابی رضایت از عملکرد مراکز درمانی شهرستان شاهرود، جهت ارائه صحیح‌تر مراقبت‌های بهداشتی-درمانی و عملکرد مطلوب مراکز درمانی است. از این رو نتایج این پژوهش و شناسایی این عوامل و ارزیابی وضعیت آن‌ها از منظر مشتریان می‌تواند موجب اقدامات مثبتی در جهت ارتقاء و بهبود عملکرد نظام بهداشت و درمان در شهرستان شاهرود و افزایش رضایتمندی عمومی از نحوه ارائه مراقبت‌های درمانی شود.

۹-۱ مدل مفهومی پیشنهادی پژوهش

برای پژوهش حاضر از مدل زیر (نمودار ۱) استفاده شده است که ابعاد این مدل با توجه به ادبیات موضوع مورد مطالعه استخراج و طراحی شده است. ابعاد مدل حاضر متغیرهای کلی و جامعی هستند که مورد توجه بسیاری از مطالعات بوده و یا اکثریت شاخص‌های معرفی شده در دیگر پژوهش‌ها در حوزه این ابعاد قرار داشته‌اند و می‌توانند زیر مجموعه‌ای از این ابعاد کلی در نظر گرفته شوند.



شکل ۱-۱. مدل مفهومی پیشنهادی پژوهش

۱۰-۱ فرضیات پژوهش :

فرضیه‌های مستخرج از مدل مفهومی پیشنهادی (نمودار ۱) پژوهش عبارتند از:

۱. متغیر «کیفیت خدمات بهداشت-درمان» متغیر مرتبه بالاتر «رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان» را تبیین می‌کند.
۲. متغیر «دسترسی به خدمات بهداشت-درمان» متغیر مرتبه بالاتر «رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان» را تبیین می‌کند.

۳. متغیر «هزینه خدمات بهداشت-درمان» متغیر مرتبه بالاتر «رضایتمندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان» را تبیین می‌کند.

۴. متغیر «قابلیت‌ها و مهارت‌های کارکنان و پزشکان» متغیر مرتبه بالاتر «رضایتمندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان» را تبیین می‌کند.

۱-۱۱ سؤال پژوهش

چگونه با استفاده از درخت تصمیم می‌توان مشتریان را بر اساس سطح رضایتمندی و با توجه به ویژگی‌های دموگرافیک دسته بندی نمود؟

۱-۱۲ ساختار پژوهش

پژوهش حاضر شامل ۵ فصل می‌باشد. در فصل نخست کلیات پژوهش شامل بیان مسئله، ضرورت پژوهش، قلمرو پژوهش، اهداف، فرضیات و سؤالات پژوهش، مدل مفهومی پژوهش و مختصری در خصوص روش تجزیه و تحلیل و گردآوری داده‌ها بیان شده است. در فصل دوم به بیان مبانی نظری و پیشینه داخلی و خارجی پژوهش پرداخته شده است. در فصل سوم روش پژوهش، جامعه آماری، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزار گردآوری اطلاعات، روش‌های بررسی روایی و پایایی ابزار و روش تجزیه و تحلیل داده و نرم‌افزارهای مورد استفاده مشخص گردید. در فصل چهارم تجزیه و تحلیل داده‌ها و نتایج حاصل از نرم‌افزارها شامل یافته‌های توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت. در پایان در فصل پنجم به بحث و بررسی نتایج حاصل شده در فصل چهارم، نتیجه‌گیری، تشریح محدودیت‌ها و پیشنهادات پرداخته شد.

۱-۱۳ جمع‌بندی

در این فصل با گذری بر مقدمه به بررسی و بحث در مورد مسئله مورد پژوهش و ضرورت انجام پژوهش پرداخته شد. در این زمینه اهمیت خدمات سلامت و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی و سازمان‌های ارائه دهنده این خدمات و نقش رضایت عمومی از عملکرد سیستم ارائه‌دهنده خدمات

مذکور بیان گردید. سپس به معرفی قلمرو مورد پژوهش، توضیحاتی مختصر در خصوص روش تجزیه و تحلیل و ابزار مورد استفاده جهت گردآوری داده‌ها، بیان اهداف پژوهش و ارائه مدل مفهومی پژوهش و ساختار کلی پژوهش پرداخته شد.

فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

۲-۱ مقدمه

خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی یکی از مهم‌ترین نیازهای عمومی در سطح جوامع می‌باشد که تقاضا برای دریافت این خدمات با توجه به مسائلی مانند تغییر شرایط زندگی مردم، افزایش امراض و بیماری‌ها و کاهش عمر انسان‌ها به دلیل سیر نزولی سن کهنسالی و بسیاری از عوامل دیگر به طور قابل توجهی افزایش یافته است. دولت‌ها مسئولیت تأمین و ارائه این خدمات در جامعه خود را برعهده دارند و بیمارستان‌ها به عنوان سازمانی پیچیده در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و تأمین سلامت افراد نقش مهمی را ایفا می‌نمایند. توجه به عملکرد مراکز فعال در این حوزه و نحوه ارائه خدمات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی موجب افزایش بهره‌وری، افزایش موقعیت رقابتی، افزایش رضایت‌مندی و وفاداری دریافت‌کنندگان و متقاضیان این خدمات و در نهایت نیز موجب سودآوری بیشتر می‌شود. نظرات دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمان می‌تواند به عنوان منبع مناسبی جهت سنجش عملکرد نظام بهداشتی مورد استفاده واقع شود. از این رو توجه به خدمات بهداشتی-درمانی امروزه به صورت چشمگیری افزایش پیدا کرده است و رضایت‌مندی به عنوان مسئله مهمی در مراقبت‌های بهداشتی-درمانی مطرح می‌باشد (داتوبر و همکاران، ۱۳۹۵). نخستین مطالعات انجام‌شده در زمینه سنجش رضایت افراد از نحوه ارائه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی در سال ۱۹۸۴ در آمریکا انجام شده است. در این مطالعات بر اساس تصویب سازمان ملی ارائه خدمات بهداشتی-درمانی مقرر گردید تمام مراکز بهداشتی-درمان در فرآیند برنامه‌ریزی و ارزشیابی و کنترل و برنامه‌ریزی مجدد از نظرات بیمار استفاده نموده و نتایج ارزیابی‌ها را در برنامه‌ریزی‌های آتی دخیل نمایند (دوپلانی و همکاران، ۱۳۹۳). بر اساس مطالعات انجام گرفته تاکنون، در ادامه به مرور برخی از مهم‌ترین تحقیقات و مبانی نظری داخلی و خارجی به همراه یافته‌های کسب‌شده پرداخته شده است.

۲-۲ تعاریف

۲-۲-۱ خدمات

جهت ارزیابی مناسب خدمت از منظر ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده نیاز است تا تعریف متناسب با فضای کسب‌وکار ارائه شود. خدمت یک واژه‌ی پیچیده است و دارای معانی مختلفی است.

- خدمت فرآیندی است مشتمل بر یک سری از فعالیت‌های کم و بیش نامحسوس که به طور طبیعی اما نه لزوماً همیشگی، در تعاملات بین مشتریان و کارکنان و یا منابع فیزیکی یا کالاهای و یا سیستم‌های ارائه‌کننده خدمت، روی داده تا راه حلی برای مسائل مشتریان باشد (گرونروس^۷، ۲۰۰۰م).
 - طبق تعریف دیگری خدمات، عمل یا مزیتی است که یک طرف به دیگری عرضه می‌دارد که غالباً نامحسوس بوده و احساس مالکیت هیچ یک از عوامل تولید را در پی ندارد. نتیجه آن می‌تواند محصول فیزیکی یا غیرمادی باشد (کاتلر و آمسترانگ^۸، ۱۳۸۲).
 - خدمت را همچنین نتیجه‌ی مطلوبی که مشتریان طالب آن هستند، تعریف کرده‌اند (هاروی^۹، ۱۹۹۸م).
 - خدمات محصولات ناملموس و ناپایداری‌اند که تولید و مصرف آن به طور همزمان صورت می‌گیرد (ساسر^{۱۰}، ۱۹۸۷م).
 - خدمات نوعی فعالیت اقتصادی است که با نتیجه ایجاد تغییر مورد نظر در دریافت‌کنندگان خدمات و یا به نیابت از مشتری در زمان‌ها و مکان‌های خاصی ارزش و منفعتی را برای مشتریان ایجاد می‌نماید (لاولاک^{۱۱}، ۲۰۰۴).
- خدمات از چهار ویژگی عمده برخوردار می‌باشند که عبارت است از ناملموس بودن، تفکیک پذیری، تغییر پذیری و فنا پذیری (غیرقابل نگهداری).
- ✓ خدمت؛ عملی ناملموس و غیرقابل رویت است.
 - ✓ خدمت تفکیک ناپذیر می‌باشد؛ به این معنی که ارائه دهنده‌ی آن جزئی از آن می‌باشد.
 - ✓ خدمت تغییر پذیر است؛ به این معنی که تحت استانداردهای وسیع در نمی‌آید و ممکن است که حتی فردی در دوره‌های زمانی متفاوت خدمت خود را متفاوت ارائه دهد.

7. Grönroos

8. Kotler & Armstrong

9. Harvey

10. Sasser

11. Lovelock

✓ خدمت فناپذیر است؛ به این معنی که به محض ارائه شدن مورد استفاده قرار می‌گیرد و قابل ذخیره سازی نیست.

۲-۲-۲ رضایت‌مندی

مفهوم رضایت‌مندی به طور مختصر میزان مطلوبیت کسب شده توسط مشتری در ازای دریافت ویژگی‌های مختلف یک کالا یا خدمت تعریف می‌گردد که موجب سودآوری و ادامه‌ی حیات یک سازمان می‌شود (فیض و همکاران، ۱۳۹۰). در ادبیات مربوطه و منابع مختلف تعاریف متفاوت و فراوانی از رضایت‌مندی ارائه گردیده‌است. در اینجا به ارائه چند نمونه از این تعاریف پرداخته شده است:

- رضایت‌مندی مشتری درجه‌ای از عملکرد واقعی سازمان است که انتظارات مشتریان را برآورده می‌کند. طبق این تعریف اگر عملکرد سازمان به انتظارات مشتری پاسخ دهد، موجب ایجاد حس رضایت‌مندی در مشتری می‌شود و در غیر این صورت مشتری احساس نارضایتی خواهد کرد (کاتلر و همکاران، ۱۳۸۲).
- رضایت‌مندی خروجی است که از مقایسه عملکرد واقعی درک شده توسط مشتریان با عملکرد مورد انتظار حاصل می‌گردد و مرتبط با هزینه‌ای است که مشتری متحمل می‌شود (چرچیل^{۱۲}، ۱۹۸۲).
- در تعریفی دیگر رضایت را همان احساس یا نگرش مشتری نسبت به یک کالا یا خدمت معرفی کرده‌اند، که ناشی از استفاده و تجربه وی از محصول یا خدمت مورد نظر می‌باشد و عامل مهمی در تمایل مشتری به استفاده مجدد از آن کالا یا خدمت به شمار می‌رود (جمال و ناصر، ۲۰۰۲).
- رضایت مشتری به معنای ارزیابی مشتری از کیفیت محصول یا خدمت می‌باشد (فکیکووا^{۱۳}، ۲۰۰۴).

¹² . Churchill

¹³ . Fečiková

- رضایتمندی به معنای برآورده شدن نیازها، خواسته‌ها و انتظارات مشتریان به وسیله‌ی یک محصول یا خدمت است که در نهایت اثرات مثبتی همچون خرید مجدد، وفاداری مشتریان و تبلیغات دهان به دهان مثبت را به دنبال خواهد داشت (چینگ فو^{۱۴}، ۲۰۰۸)
- رضایت/ نارضایتی یک پاسخ احساسی نسبت به سنجش یک کالا یا خدمت پس از ارائه یا مصرف آن می‌باشد (ویلیام^{۱۵}، ۱۹۹۴).
- رضایت ارزیابی مشتریان از خدمت یا محصول است، بر این اساس که محصول یا خدمت مورد نظر نیازها و انتظارات آن‌ها را تأمین کرده است یا خیر؟ (هاپسون^{۱۶} و همکاران، ۱۳۸۱).

در شکل ۲، نمایی از دسته‌بندی مدل‌های ارائه‌شده در ادبیات موضوع پیرامون سنجش رضایتمندی مشتریان در حوزه‌های کارکردی مختلف ارائه شده است.

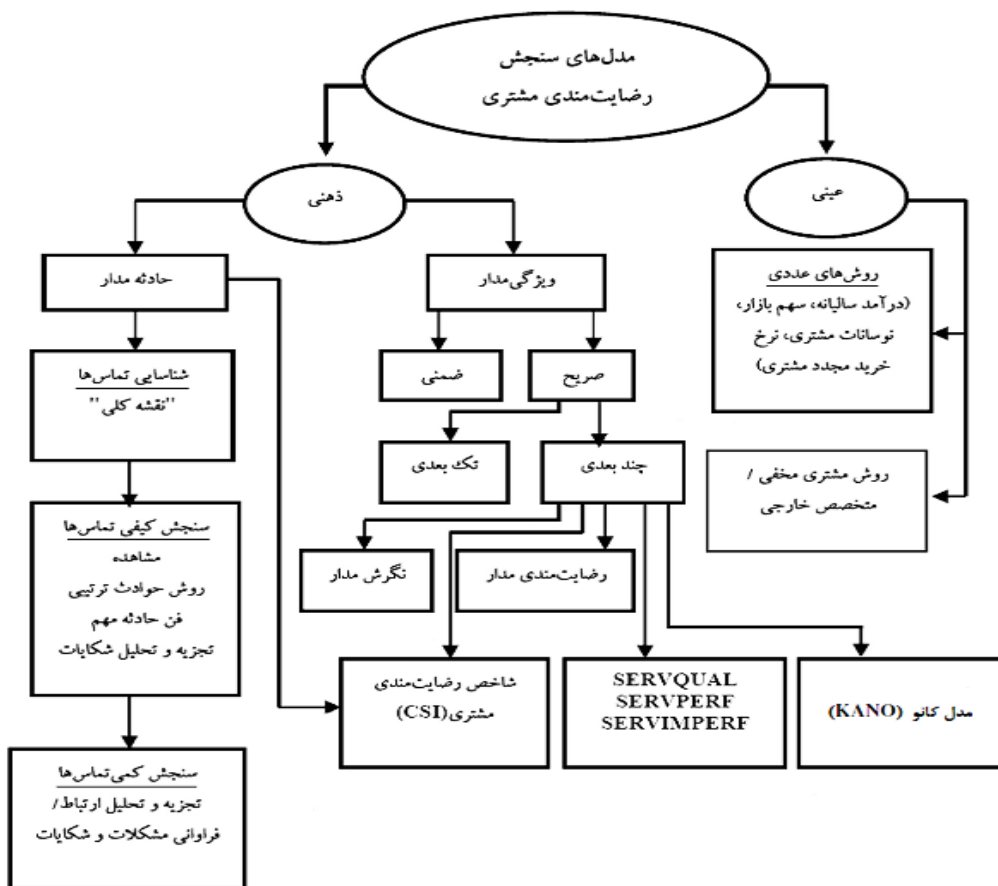
روش‌های عینی: این روش‌ها به وسیله سنجش مؤلفه‌هایی که دارای همبستگی قوی با میزان رضایتمندی مشتری هستند، به صورت غیر مستقیم میزان رضایتمندی مشتریان را مورد ارزیابی قرار می‌دهند.

روش‌های ذهنی یا نظری: این نوع از روش‌های ارزیابی رضایتمندی از نقطه نظرات مشتری به صورت مستقیم در سنجش میزان رضایت مشتری بهره‌گرفته می‌شود.

¹⁴ . Ching Fu

¹⁵ . William

¹⁶ . Hopson



شکل ۲-۱. تقسیم بندی مدل‌های سنجش رضایتمندی مشتریان (فکیکوا، ۲۰۰۴)

۲-۳ پیشینه پژوهش

پژوهش‌های پیشین ابعاد و شاخص‌های متفاوتی را جهت برآورد میزان رضایتمندی در نظر گرفته‌اند، به عنوان مثال بسیاری از مطالعات در حوزه ارزیابی سطح رضایت و تعیین میزان کیفیت خدمات و ارتباط بین رضایت و کیفیت خدمات، ابزار سروکوال را برای روش پژوهش خود انتخاب کرده‌اند. ابزار مذکور شامل پنج بعد قابلیت اطمینان، پاسخگویی، تضمین، همدلی، جو و محسوسات است. این مدل از نظریه شکاف که توسط پارسورمان و همکارانش در سال ۱۹۸۵ ارائه گردیده‌است، پیروی می‌نماید (فیض و همکاران، ۱۳۹۰).

لازم به ذکر است هرچند اعتبار و قابلیت اعتماد ابزار سروکوال با توجه به نتایج تجربی پیاده‌سازی آن در مجموعه‌های بیمارستانی در نمونه‌های مطالعه داخلی و خارجی، مورد تایید واقع شده است (کینل^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۱) و علی‌رغم کاربرد های فراوان این مدل، همچنان احساس می‌گردد که

¹⁷. Canel

ابزار سنجش سروکوال جهت ارزیابی کیفیت خدمات، به واسطه عدم جامع‌نگری در تمامی ابعاد ممکن در کیفیت خدمات بهداشت-درمان نظیر دسترسی، هزینه، نتایج پزشکی، مراقبت درمانی، اثربخشی فرآیند ارائه خدمت و موارد مشابه دیگر نیاز به توسعه دارد (مصدق‌راد و سخنور، ۱۳۹۶) همچنین برخی از محققان بر این باورند که برای ارزیابی کیفیت خدمات و عملکرد سیستم بهداشتی سنجش رضایت مشتری از خدمات ارائه شده کافی است و نیازی به اندازه‌گیری و تحلیل شکاف بین انتظارات و ادراکات وی از خدمات ارائه شده نمی‌باشد. یکی دیگر از مشکلاتی که در استفاده از ابزار سروکوال توسط برخی از تحقیقات به آن اشاره شده است، دشوار بودن تفکیک بین سطوح انتظارات برای هر پرسش در پرسشنامه سروکوال می‌باشد، به طوری که موجب پیچیدگی در پرسش‌ها شده و در نهایت تمایل افراد به پاسخگویی سؤالات پرسشنامه کاهش می‌یابد (فیض و همکارانش، ۱۳۹۰).

در اینجا به تعریف مفهومی و مختصر هر یک از ابعاد این مدل می‌پردازیم.

۱) قابلیت اطمینان: توانایی انجام خدمات به شکلی مطمئن و قابل اطمینان در جهت تأمین

انتظارات مشتریان. یعنی یک سازمان خدماتی می‌بایست به همه‌ی تعهداتش در زمینه‌های مختلف مانند هزینه، زمان و یا شیوه‌ی ارائه خدمت عمل نماید.

۲) عوامل محسوس: تمام ابعادی که تصویری را فراهم می‌آورند تا مشتری برای ارزیابی کیفیت و سطح خدمت، آن را مد نظر خویش قرار دهد. این ابعاد شامل تجهیزات، تسهیلات، کالاهای ارتباطی و منابع انسانی می‌باشد.

۳) تضمین: به معنای میزان شایستگی و توانایی پرسنل سازمان جهت القای حس اعتماد به مشتریان نسبت به سازمان می‌باشد.

۴) پاسخگویی: به معنی تمایل به همکاری و کمک به مشتریان و هوشیاری نسبت به انتظارات، درخواست‌ها، پرسش‌ها و شکایات و انتقادات مشتری می‌باشد.

۵) همدلی: به معنای درک سازمان از روحیات افراد به گونه‌ای که با هر کدام از آن‌ها برخورد ویژه‌ای صورت گیرد و مشتریان بپذیرند که برای سازمان مهم هستند (پاراسورمان^{۱۸}، ۱۹۸۸).

روح افزا و همکاران (۱۳۹۵)، سینا و همکاران (۱۳۹۳)، بهادری و همکاران (۱۳۹۲)، میرفخرالدینی و همکاران (۱۳۸۹)، سلوکدار و همکاران (۱۳۸۶) و شاهبندرزاده و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ی خود برای بررسی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی ارائه شده، میزان رضایت بیماران، ارتباط بین رضایت بیماران و کیفیت خدمات، شناسایی و رتبه بندی عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی و بهبود کیفیت از ابعاد مدل سروکوال استفاده کرده‌اند.

¹⁸ . Parassuraman

تعدادی از مطالعات دیگر مفاد منشور حقوق بیمار را برای بررسی عملکرد سیستم بهداشت و درمان به عنوان ابعاد مورد نظر خود جهت سنجش رضایتمندی از رعایت حقوق تعریف شده، پذیرفته‌اند. انجمن بهداشت آمریکا در آخرین تعریف خود از حقوق بیمار می‌گوید: حقوق بیمار مجموعه تکالیفی است که یک مرکز بهداشت-درمان نسبت به بیمار موظف به انجام آن‌ها می‌باشد، به عبارت دیگر حقوق بیمار رعایت نیازهای جسمی، روحی، روانی، معنوی و اجتماعی عاقلانه و مشروع مراجعین است که به عنوان استانداردها و مقررات درمانی نمود یافته و مسئولیت و اجرای آن‌ها بر عهده تیم درمان است (کلروزی و همکاران، ۱۳۸۹). محورهای منشور حقوق بیمار شامل چهار بند اساسی است که عبارتند از:

- (۱) حق دریافت مطلوب خدمات سلامت
 - (۲) حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی
 - (۳) حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه
 - (۴) حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری
 - (۵) حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات (فارسی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۱).
- برخی دیگر نیز ابعادی جزئی‌تر و یا ترکیبی از موارد ذکر شده و سایر ابعاد را در مطالعه خود تعریف کرده‌اند.

• رضایت از خدمات اورژانس

جدیدی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای با رویکرد مقطعی در سال ۱۳۹۴ اقدام به بررسی رضایتمندی بیماران از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی شهرستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی اراک کردند. در این مطالعه از پرسشنامه‌ی مقیاس رضایتمندی مراقبت‌های اورژانسی استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۳ سوال بود که ۹ سوال مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بقیه سوالات در مورد ۶ عامل که عبارتند از وضعیت وسیله آمبولانس، نحوه برخورد تکنسین‌ها، میزان حرفه‌ای بودن، عملکرد تکنسین‌ها، کارایی اورژانس و یک سوال درباره میزان رضایت کلی از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی بود. پس از گردآوری داده‌ها، اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ و آماره‌های توصیفی و تست‌های مناسب مورد بررسی آماری قرار گرفتند. تعداد ۳۶۶ نفر در این مطالعه شرکت کردند. بر اساس یافته‌های این پژوهش میزان رضایتمندی بیماران از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در حد مطلوب بود، که این میزان در زنان، متاهلین، افراد دارای تحصیلات پایین‌تر،

بیماران ترومایی و در پایگاه‌های شهری بیشتر از سایرین بود. هم‌چنین نتایج نشان داد بیشترین میزان رضایتمندی مربوط به حیطة عملکرد حرفه‌ای و کمترین میزان مربوط به حیطة کارآیی تکنسین‌ها بود. (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۵)

در مطالعه‌ای که توسط معین و میرزاخانی (۱۳۹۵) انجام شد رضایت بیماران از خدمات بخش اورژانس مطلوب گزارش شد. معین و میرزاخانی (۱۳۹۵) رضایتمندی بیماران از خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده در بخش اورژانس را با در نظر گرفتن ۶ بعد برای سنجش رضایت بیماران مورد بررسی قراردادند. ابعاد در نظر گرفته شده در این پژوهش شامل خدمات اداری، خدمات تخصصی، رعایت اخلاق پزشکی و مهارت‌های ارتباطی، هزینه و شرایط رفاهی، رعایت موازین شرعی و میزان رضایت کلی بود. در این مطالعه میزان رضایت ۴۰۰ بیمار از نحوه ارائه خدمات اورژانس در بیمارستان شهید مصطفی خمینی در سال ۱۳۹۱ مورد سنجش واقع گشت. اطلاعات پژوهش از طریق پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری شد. یافته‌های این پژوهش نشانگر رضایت مطلوب بیماران از خدمات اورژانس بیمارستان مذکور بود و ۹۱/۳٪ بیماران اظهار کردند که در صورت نیاز مجدداً به این اورژانس مراجعه خواهند کرد. هم‌چنین بر اساس استنتاج نظرات بیماران، امکانات رفاهی، امور پاراکلینیکی و هزینه‌های دریافتی کمترین میزان رضایتمندی را دارا بودند و بیشترین میزان رضایت مربوط به کادر درمانی بود (معین و میرزاخانی، ۱۳۹۵).

داتوهر و همکاران (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی رضایتمندی بیماران از خدمات اورژانس را مورد بررسی قرار دادند. این پژوهش به روش مصاحبه‌ای در دسترس بر روی بیماران بستری در بخش اورژانس بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهر بابل در سال ۹۲-۹۳ انجام شد. حجم نمونه ۵۰۵ نفر و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه استاندارد شامل دو بخش مشخصات دموگرافیک و سوالات مرتبط به رضایت از خدمات اورژانس (شامل حیطة‌های نگهداری، پذیرش، کادر پرستاری، محیط و خدمات، پزشک معالج، خدمات تشخیصی، مدیریت بیمارستان) بود. جهت تحلیل و سنجش داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ۲۱ و آزمون‌های χ^2 و t-test و مدل رگرسیون لجستیک استفاده شده‌است. استنتاج تحلیل‌ها نشان داد بیشترین نارضایتی در حیطة محیط و خدمات و بیشترین رضایت مرتبط به حوزه‌ی کادر پرستاری بود. به طور کلی نیز حدود ۸۸٪ بیماران و همراهان از خدمات اورژانس رضایت مطلوب داشتند (داتوهر و همکاران، ۱۳۹۵).

• ارزیابی کیفیت خدمات مراقبت پرستاری

حاجی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۶) به مطالعه‌ای با موضوع "ارتباط رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری از دیدگاه بیماران با رضایت بیماران" پرداختند. جامعه مورد بررسی در پژوهش حاجی‌نژاد را، بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران تشکیل می‌دادند، که ۲۵۰ نفر از بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی به عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل سه بخش مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها، پرسشنامه‌ی رفتارهای مراقبتی (CBI)، جهت اندازه‌گیری سطح رفتارهای مراقبتی پرسنل پرستاری و پرسشنامه‌ی رضایت بیمار (PSI) جهت سنجش رضایت بیمار از مراقب‌های دریافتی بود و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. نتایج در رابطه با تحلیل رفتارهای مراقبتی (CBI) حاکی از آن بود که بیماران به زیرمقیاس "دانش و مهارت حرفه‌ای" نمره‌ی بالاتر و به زیرمقیاس "احترام قائل شدن برای دیگران" نمره پایین‌تری را اختصاص دادند و در تحلیل رضایت بیمار بیشترین میزان رضایت در بعد "فنی-حرفه‌ای" و پایین‌ترین میزان رضایت بیماران در بعد "آموزش به بیمار" بود. در مطالعه نام‌برده شده همچنین یافته‌ها نشان داد که بین دیدگاه بیماران در مورد رفتارهای مراقبتی پرستاران با رضایت کلی آن‌ها از مراقبت‌ها ارتباط معناداری وجود دارد (حاجی‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۶).

قمری زارع و همکاران (۱۳۸۷) پژوهشی با عنوان "بررسی کیفیت عملکرد پرستاران و رضایت بیماران بخش‌های ویژه قلبی" را انجام دادند. این مطالعه در دو بیمارستان دولتی اراک با رویکرد توصیفی مقطعی در سال ۱۳۸۶ انجام شد. جامعه مورد مطالعه تمامی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی و همچنین همه‌ی پرستاران شاغل در این بخش‌ها بود. حجم نمونه شامل ۴۴ پرستار و ۷۰ نفر از بیماران بستری در بخش‌های ویژه قلبی (بر اساس شرایط ذکر شده در مطالعه) بود. بر اساس تحلیل و بررسی داده‌ها کیفیت عملکرد پرستاران ۲۸٪ ضعیف، ۶۴٪ متوسط و ۸٪ خوب برآورد شد و ۷۱٪/۴۲ بیماران رضایت نسبی از مراقبت‌ها و کادر پرستاری داشتند (قمری زارع و همکاران، ۱۳۸۷).

همچنین پژوهشی توسط محمدنیا و همکارانش (۱۳۸۹) با عنوان بررسی میزان کیفیت خدمات پرستاری با استفاده از مدل سروکوال در بیمارستان‌های تامین اجتماعی تهران در سال ۱۳۸۸ بر روی ۲۰۰ بیمار بستری انجام شد. نتایج مطالعه‌ی مذکور حاکی از آن بود که میزان رضایت نسبی بیماران در تمامی ابعاد تعریف شده در مدل سروکوال بالاتر از حد متوسط و در حد مطلوب است. داده‌های مطالعه محمدنیا با استفاده از پرسشنامه استاندارد و تعدیل‌شده سروکوال جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ به صورت آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت همچنین نتایج نشان داد در

بین ابعاد مدل سروکوال، کمترین نمره کیفیت مربوط به بعد پاسخگویی خدمات و بیشترین نمره کیفیت خدمات ادراک شده مربوط به بعد قابلیت اطمینان بود (محمدنیا و همکاران، ۱۳۸۹).

این در حالی است که سودابه جولایی و همکاران (۱۳۹۰) مطالعه‌ای در سال ۸۹-۱۳۸۸ با عنوان "بررسی میزان رضایت‌مندی بیماران از خدمات پرستاری ارائه شده در مراکز آموزش درمانی" را بر روی ۲۰۰ بیمار در حال ترخیص در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام دادند. در این مطالعه داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ی PSI جمع‌آوری شد که این پرسشنامه دارای سه مقیاس فرعی مراقبت فنی-حرفه‌ای، اعتماد و آموزش به بیمار می‌باشد. در مطالعه جولایی و همکاران معیار ورود بیماران به مطالعه این بود که بیماران در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها به غیر از بخش‌های ویژه، اورژانس، روانپزشکی و کودکان طول مدت بستری خود را طی کرده و در روزهای نمونه‌گیری در حال ترخیص باشند تا در نظر گرفتن ملاحظات از سوی بیماران مانعی در ارائه نظرات و انتقادات واقعی آن‌ها ایجاد نکند. تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده بر اساس آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کای‌اسکوئر و آنالیز رگرسیون خطی ساده انجام یافت. بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه-ی جولایی و همکاران حداکثر بیماران (۷۲٪) رضایت متوسطی را از خدمات پرستاری ابراز نموده‌اند. یافته‌ها نشان داد بین رضایت‌مندی بیماران با دو متغیر بیمارستان و نوع بخش ارتباط معناداری وجود دارد (جولایی و همکاران، ۱۳۹۰).

بهداری و همکاران (۱۳۹۲) در یک مطالعه به بررسی و ارزیابی میزان رضایت بیماران بستری‌شده در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران از منظر ابعاد مختلف مراقبت پرستاری، اقدام نموده‌اند. این مطالعه با بهره‌گیری از رویکرد تحقیق توصیفی-مقطعی در بازه زمانی سال ۱۳۸۸ بر روی ۱۷۰ بیمار در ۳۴ بخش بستری (انجام نمونه‌گیری با روش تصادفی)، جهت بررسی میزان رضایت بیماران انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد رضایت بیمار انجام شده است. جامعه مورد بررسی در مطالعه‌ی مذکور بیماران بستری شده در بخش‌های داخلی، جراحی، بخش ویژه و اورژانس بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. همچنین روایی پرسشنامه از طریق تعیین روش اعتبار محتوا و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۹۰ درصد تأمین شده است. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آنالیز واریانس (آزمون شفه)، و بوسیله نرم‌افزار SPSS15 تجزیه و تحلیل شده‌اند. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که میزان رضایت کلی بیماران از خدمات و مراقبت پرستاری ارائه شده $37/18 \pm 3/1$ از نمره‌ی ۵ بوده است و بیشترین میانگین رضایت بیماران در بعد مراقبت "فنی-حرفه‌ای" در بخش مراقبت‌های ویژه با میانگین و انحراف معیار $38/0 \pm 3/9$ و کمترین میانگین رضایت در بعد "آموزش

به بیمار" در بخش جراحی با میانگین و انحراف معیار $3/04 \pm 0/72$ ثبت شده است. همچنین نتایج نشان می‌دهند اگرچه مراقبت فنی - حرفه‌ای یکی از عوامل مهم و حیاتی در رضایت بیمار است، ولی نیاز است تا پرستاران به دیگر ابعاد مراقبت، به‌منظور ارائه مراقبت جامع براساس نیازهای منحصر به فرد هر بیمار با جلب اعتماد برنامه‌های آموزشی و مراقبتی خاص را اجرا نمایند (بهداری و همکاران، ۱۳۹۲).

قیاس بین پژوهش‌های انجام گرفته طی سال‌های مختلف در زمینه خدمات و مراقبت‌های پرستاری نشان می‌دهد رضایت بیماران در سال‌های اخیر کاهش یافته است، در حالی که پژوهش‌های صورت گرفته در سال‌های گذشته میزان رضایت‌مندی بیماران را بیشتر گزارش می‌کنند.

• ارزیابی خدمات درمانگاه

کشتکاران و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای به بررسی سطح رضایت‌مندی بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های بیمارستان‌های آموزشی شهرستان شیراز را مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه با رویکرد مقطعی بر روی ۱۱۷۵ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان‌های مذکور در سال ۱۳۸۸ انجام شد. جهت تهیه داده‌ها از پرسشنامه‌ی "رضایت مشتریان خارجی" (موجود در سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) در ۴ حیطه شامل خدمات درمانی، خدمات غیردرمانی، کیفیت ارائه خدمات و طول مدت انتظار، امکانات رفاهی و محیط فیزیکی استفاده شد و سپس تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۷ و آزمون‌های t-test و ضریب همبستگی پیرسون و ANOVA و آزمون تکمیلی Tukey صورت پذیرفت. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد $4/45\%$ از شرکت‌کنندگان در این مطالعه رضایت خود از خدمات را پایین و ضعیف، $9/16\%$ رضایت متوسط و $6/37\%$ رضایت خوب اعلام نمودند (کشتکاران و همکاران، ۱۳۹۱).

کاظمینی و همکاران (۱۳۹۶) به انجام مطالعه‌ای جهت بررسی میزان رضایت بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه با در نظر گرفتن اجرای طرح تحول نظام سلامت پرداختند. معیار ورود بیماران به پژوهش کلیه بیماران مراجعه‌کننده به سه درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی شهر یزد بودند، که حداقل یک بار قبل از اجرای طرح تحول و مجدداً در نیمه اول سال ۱۳۹۴ به درمانگاه‌های مورد مطالعه مراجعه کرده باشند. از بین کلیه بیماران مراجعه‌کننده ۱۷۶۰ بیمار به روش تصادفی و چند مرحله‌ای (نسبت به سهم هریک از درمانگاه‌ها با توجه به میانگین مراجعین در هر ماه به هر یک از کلینیک‌ها) انتخاب شدند. طبق نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها میانگین رضایت کلی بیماران از وضعیت درمانگاه‌های مربوطه

۱/۷۸٪ مطلوب، ۷/۱۵٪ متوسط، ۲/۶٪ ناراضی بودند. همچنین ۶/۷۷٪ از بیماران مراجعه کننده رضایت خود از درمانگاه را بالاتر از مطب خصوصی اعلام کردند. در نهایت ۳/۹۶٪ از بیماران هم تمایل خود را نسبت به مراجعه مجدد به این درمانگاه‌ها جهت انجام امور درمانی اعلام نمودند (کازمینی و همکاران، ۱۳۹۶)

• ارزیابی خدمات بیمارستانی

شاهبندرزاده و همکاران (۱۳۸۹) نیز به انجام پژوهشی با عنوان "طراحی روشی بر مبنای تلفیق مدل‌های مفهومی سنجش کیفیت خدمت با استفاده از فنون تصمیم‌گیری چند معیاره" اقدام نمودند. پژوهش شاهبندرزاده و همکاران به منظور ارائه مدلی جهت ارزیابی کیفیت خدمات در سیستم بهداشت و درمان انجام گرفت. در این پژوهش ابعاد سنجش کیفیت با مرور ادبیات پیشین استخراج گردید. سپس جهت پالایش ابعاد از پرسشنامه مقایسات زوجی استفاده شد که در اختیار ۱۴ نفر از عوامل مدیریتی و کارشناسان و دیگر عوامل بخش بهداشت درمان قرار گرفت که ۷ بعد نهایی جهت ارائه مدل ساختاری شناسایی گردید. سپس برای تحلیل داده‌ها از رویکرد مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد. به منظور بررسی اعتبار مدل پیشنهادی به گردآوری داده‌ها از بیماران بیمارستان‌ها با استفاده از پرسشنامه اقدام شد. نتایج نشان داد ابعاد در نظر گرفته شده در مدل پیشنهادی از پایایی و روایی بالایی جهت ارزیابی کیفیت خدمت در بخش بهداشت و درمان برخوردار هستند (شاهبندرزاده و همکاران، ۱۳۸۹).

فرزندی و همکاران (۱۳۹۰) به مطالعه‌ای با رویکرد مقطعی با عنوان "میزان رضایت مردم ایران از خدمات بهداشتی-درمانی و عوامل مؤثر بر آن" پرداختند. این مطالعه جهت بررسی رضایت کلی مردم ایران از خدمات بهداشتی-درمانی بدون در نظر گرفتن خدمت و یا مرکز و یا دوره‌ی زمانی خاص انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و از ۲۷۸۸۳ نفر از افراد ۱۸ تا ۶۵ سال در کل سطح کشور گردآوری شدند. میزان رضایت‌مندی افراد توسط یک سوال در پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت. سوالات دیگر پرسشنامه شامل ویژگی‌های فردی، شیوه‌ی زندگی، سطح سلامت کلی، سطح سلامت روان و اطلاعات و باورهای افراد مورد مطالعه در رابطه با عوامل مؤثر بر سلامت را مورد بررسی و سنجش قرار می‌داد. نتایج پژوهش مورد نظر نشان داد ۷/۲۰٪ از افراد مورد مطالعه از خدمات بهداشتی-درمانی رضایت زیاد و یا خیلی زیادی داشتند. همچنین تحلیل‌ها در این مطالعه نشان دادند اگر دسترسی افراد جامعه از نظر اقتصادی و اطلاعاتی بهبود یابد و اطلاعات آن‌ها در حوزه‌ی بهداشت-

درمان افزایش یابد، آنگاه رضایت از خدمات بهداشتی-درمانی نیز افزونی خواهد یافت (فرزندی و همکاران، ۱۳۹۰).

پژوهشی با موضوع "میزان رضایت‌مندی و استفاده مراجع‌کنندگان از خدمات بهداشتی" توسط افلاطونیان و همکارانش (۱۳۹۰) در پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت، که این مطالعه از نوع پژوهش‌های مشارکتی مبتنی بر جامعه (CBRP) بود. در این مطالعه نظرات ۳۲۸ نفر (انتخاب به روش خوشه‌ای) جمع‌آوری و در پرسشنامه ثبت گردید. سپس داده‌ها با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها میزان ۳۲/۹٪ از خانواده‌ها فاقد پرونده در مراکز بودند و بطور میانگین ۶۹/۲٪ از خدمات استفاده نکرده‌اند. ۱۷٪ منظم و ۱۳/۸٪ به صورت نامنظم از خدمات بهره‌مند شدند. از مجموع استفاده‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی ۷۹/۶٪ ابراز رضایت کرده‌اند. در این تحقیق نشان داده شد از بین ۷ خدمات بررسی شده بهترین وضعیت را واکسیناسیون داشت که ۴۷٪ از این خدمت استفاده کرده و ۹۴/۵٪ آنها راضی بوده‌اند. در مقابل کمترین استفاده از واحد دندانپزشکی با ۲۰/۴٪ به صورت منظم و نامنظم بوده است که ۳۷/۵٪ از دریافت‌کنندگان این خدمت ناراضی بودند. همچنین نتیجه‌گیری پژوهش بیان می‌دارد که سرشماری منطقه و آموزش نسبت به ارزش خدمات PHC (مراقبت‌های اولیه بهداشتی) به مردم ضروری بنظر می‌رسد (افلاطونیان و همکاران، ۱۳۹۰).

روح‌افزا و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود به بررسی رابطه رضایت‌مندی بیماران و کیفیت خدمات بیمارستانی بر اساس مدل سروکوال پرداختند. این مطالعه در سال ۱۳۹۴ بر روی ۴۰۵ نفر از بیماران بستری در سه بیمارستان وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران (بیمارستان امیرالمؤمنین، بیمارستان جواهری، بیمارستان بوعلی) انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. این پرسشنامه شامل سه بخش مشخصات دموگرافیک، سوالات سنجش رضایت بیماران و سنجش کیفیت خدمات بوده‌است. پس از ورود داده‌های اخذ شده به نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶، از آمار توصیفی و آمار استنباطی جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین رضایت بیماران از خدمات درمانی و کیفیت خدمات ادراک شده توسط بیماران مراجعه‌کننده به سه بیمارستان مذکور، ارتباط معناداری وجود دارد. به طور کلی ۵/۰٪ از بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، به میزان کم، ۲۶/۷٪ به میزان متوسط و ۷۲/۸٪ به میزان زیاد از خدمات بیمارستانی ارائه شده در بیمارستان-های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران رضایت داشتند. طبق نتایج برآورد شده از این مطالعه بیشترین میانگین کیفیت خدمات بیمارستانی مربوط به بعد اطمینان و کمترین درصد مربوط به بعد عوامل محسوس بود (روح‌افزا و همکاران، ۱۳۹۵).

در راستای استفاده از مدل سروکوال، تحقیقی توسط سلوکاران و همکاران (۱۳۹۵) جهت بررسی تأثیر کیفیت خدمات بر رضایت‌مندی بیماران بیمارستان‌های خصوصی و رتبه‌بندی بیمارستان‌ها با استفاده از روش تحلیل سلسله مراتبی فازی، انجام شد. با این تفاوت که با افزودن یک بعد جدید، با نام تخصص‌گرایی به پنج بعد مدل سروکوال، شش بعد: ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، تضمین، همدلی، و تخصص‌گرایی به عنوان ابعاد کیفیت خدمات معرفی شد. در پژوهش سلوکاران و همکاران (۱۳۹۵) ابتدا تأثیر کیفیت خدمات بر رضایت‌مندی بیماران چهار بیمارستان خصوصی استان گیلان بررسی شد و سپس رتبه‌بندی بیمارستان‌های از طریق روش AHP فازی صورت گرفت. جامعه آماری تعریف شده در این مطالعه شامل کلیه افرادی که استفاده‌کننده از خدمات درمانی و مراقبتی این بیمارستان‌ها بود. حجم نمونه نیز با توجه به فرمول کوکران، تعداد ۳۶۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیات تحقیق، رگرسیون خطی ساده و چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون، جدول ANOVA و آزمون Duncan مورد استفاده قرار گرفت. انجام محاسبات با کمک نرم‌افزار SPSS و رتبه‌بندی با استفاده از روش AHP فازی، نرم‌افزار EXCEL و MATLAB انجام شد. ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها بهره‌گیری از دو پرسشنامه شامل پرسشنامه‌ی استاندارد سروکوال با اضافه شدن بعد تخصص‌گرایی و پرسشنامه‌ی مقایسه زوجی جهت رتبه‌بندی با روش AHP فازی بود. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که بین ابعاد کیفیت خدمات و رضایت‌مندی بیماران در بیمارستان‌های خصوصی رابطه معناداری وجود دارد. طبق نتایج رگرسیون خطی چندگانه نیز تخصص‌گرایی، ملموسات، همدلی و پاسخگویی در کیفیت خدمات بر میزان رضایت بیماران بیمارستان‌های خصوصی تأثیر مستقیم و مثبت دارد، ولی بین هر یک از دو بعد اعتماد و تضمین در کیفیت خدمات با میزان رضایت بیماران در بیمارستان‌های خصوصی ارتباط معناداری وجود ندارد (سلوکاران و همکاران، ۱۳۹۵).

"ارزشیابی کیفیت خدمات بیمارستان‌های شهر تهران با استفاده از مدل Healthqual" عنوان مطالعه‌ای بود که مصدق‌راد و سخنور (۱۳۹۶) به انجام آن پرداختند. این مطالعه در ۱۸ بیمارستان شهر تهران اعم از بیمارستان‌های آموزشی، خصوصی و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۳ با رویکرد توصیفی-مقطعی انجام گرفت. جامعه آماری مورد پژوهش شامل تمامی بیماران بستری در بیمارستان‌های انتخاب شده بود. در این مطالعه حجم نمونه در ابتدا با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۸۴ نفر محاسبه گردید. پس از آن بر اساس استفاده از رویکرد طبقه‌ای در انتخاب نمونه‌ها و با لحاظ کردن ضریب طرح Design Effect تعداد نهایی نمونه برابر ۵۷۶ نفر به دست آمد. در این مطالعه برای افزایش دقت مطالعه و جهت امکان بررسی نمونه بیشتر تعداد ۸۰۰ پرسشنامه بین بیماران توزیع

گشت که از این تعداد ۷۰۷ پرسشنامه تکمیل شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه هلس کوال مصدق‌راد در ۴ بعد محیط، تعاملات انسانی، اثربخشی و کارایی بود. نتایج حاکی از آن بود که میانگین امتیاز انتظارات و ادراکات بیماران به ترتیب برابر ۳/۵۶ و ۱۴/۴ از ۵ بود. این اختلاف بین سطح انتظارات و ادراکات بیماران نشان می‌دهد بیمارستان‌ها قادر به برآورده کردن انتظارات بیماران در حوزه ابعاد کیفیت خدمات نبوده‌اند و کیفیت خدمات بیمارستان‌های منتخب کمتر از میزان انتظارات بوده است. نمره کیفیت خدمات در کلیه بیمارستان‌های مورد مطالعه و در تمامی ابعاد منفی و این شکاف منفی به میزان (۰/۵۷-) بود. بیشترین میانگین انتظارات بیماران از سطح کیفیت خدمات بیمارستان در این مطالعه مربوط به بعد اثربخشی بود (مصدق‌راد و سخنور، ۱۳۹۶).

مطالعه‌ای توسط امیدی و همکاران (۱۳۹۶) جهت ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های منتخب وابسته به علوم پزشکی تهران با استفاده از مدل سروکوال در سال ۱۳۹۵ انجام شد، در این مطالعه از پرسشنامه سه بخشی (بخش اول مشخصات فردی بیماران و بخش دوم و سوم بر اساس پرسشنامه مدل سروکوال) استفاده گردید و جامعه آماری این تحقیق تمامی بیماران نیازمند خدمات درمانی سرپایی مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب، بود. تعداد نمونه در این پژوهش بر اساس جدول مورگان ۳۹۸ نفر به دست آمد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز همانند مطالعه‌ی روح‌افزا (۱۳۹۵) انجام گرفت. نتایج به دست آمده از این پژوهش نیز مشابه مطالعه‌ی روح‌افزا (۱۳۹۵) وجود رابطه معنادار و مثبتی بین خدمات ادراک شده و رضایت بیماران را نشان داد و این رابطه بیانگر این است که برای افزایش میزان رضایت‌مندی بیماران و مراجعه‌کنندگان می‌بایست مدیران به ابعاد کیفیت خدمات توجه نموده و انگیزه‌های لازم برای مراجعین جهت تداوم استفاده از خدمات مراکز درمانی ایجاد شود. همچنین بر اساس رتبه‌بندی رضایت بیماران، از نظر بیماران عملکرد پزشکان، مجموعه خدمات ارائه‌شده پرستاران و محل استقرار بیمارستان بیشترین تأثیر را در رضایت‌مندی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب پژوهش دارد. با توجه به دیگر نتایج تحقیق مذکور بین مؤلفه‌های سروکوال با کیفیت ادراک شده خدمات رابطه معناداری وجود دارد. همچنین در بین پنج مؤلفه مدل سروکوال، بعد قابلیت اطمینان بیشترین همبستگی را با رضایت ادراک شده دارد (امیدی و همکاران، ۱۳۹۶).

چوی^{۱۹} و همکارانش (۲۰۰۵) نیز جهت شناسایی و ارزیابی ابعاد کیفیت خدمات و روابط رضایت‌مندی بیمار در کره جنوبی در سال ۲۰۰۵ اقدام به انجام پژوهشی کردند و مقایساتی در زمینه رضایت‌مندی با در نظر گرفتن جنسیت، سن و نوع خدمت نیز ارائه دادند. در این مطالعه پس از ارزیابی اعتبار و

¹⁹. Choi

صحت ساختار ابعاد کیفیت خدمات بر مبنای تحلیل عاملی تاییدی، یک مدل جهت مشخص کردن رابطه بین ابعاد کیفیت خدمات و رضایت بیمار برآورد شده است. تجزیه و تحلیل بعدی، سلسله‌ای از تجزیه و تحلیل‌های چند نمونه بود. برای آزمون تغییرناپذیری مسیرهای ساختاری بین ابعاد کیفیت خدمات و رضایت بیمار، تجزیه و تحلیل چندگانه LISREL مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که ارتباط کلی بین کیفیت خدمات و رضایت‌مندی بیماران در سیستم ارائه خدمات سلامت کره جنوبی به خوبی پشتیبانی می‌شود. بررسی ضرایب مسیر تخمین زده شده نشان داد که الگوی روابط بین کیفیت خدمات و رضایت بیمار برای جنسیت، سن و نوع خدمات در میان زیر گروه‌ها مشابه بود. نتایج هم‌چنین نشان داد که سطح رضایت از سوی دیگر برای زیرگروه‌های تقسیم شده براساس سن و نوع دریافت خدمات مشابه نیست (چوی و همکاران، ۲۰۰۵).

فوتمن^{۲۰} و همکارانش (۲۰۱۳) نیز مطالعه‌ای با عنوان "رضایت عمومی به عنوان یک معیار عملکرد سیستم بهداشتی" را در ۹ کشور اتحاد جماهیر شوروی سابق ارائه دادند که این مطالعه اولین آزمون و بررسی از رضایت عمومی از سیستم‌های بهداشتی در اتحاد جماهیر شوروی سابق بود. داده‌های این مطالعه از دو تحقیق مرتبط در سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۱۰ در ۹ کشور اتحاد جماهیر شوروی سابق با استفاده از نظرسنجی‌های متقاطع در سطح ملی صورت گرفت. میزان رضایت‌مندی از نظام سلامت در هر کشور در سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۱۰ مقایسه شد. الگوهای رضایت‌مندی با استفاده از مقایسه رضایت از سیستم بهداشتی و سایر بخش‌های بخش دولتی و دیدگاه‌های کاربران مراقبت‌های بهداشتی و عدم استفاده از آن‌ها مورد بررسی بیشتر قرار گرفتند. عوامل تعیین‌کننده پتانسیل رضایت جمعیت با استفاده از رگرسیون لجستیک مورد بررسی قرار گرفت. برای همه کشورها در مجموع، میزان رضایت از سیستم‌های بهداشتی از ۱۹/۴٪ در سال ۲۰۰۱ به ۴۰/۶٪ در سال ۲۰۱۰ افزایش یافت، اما میزان آن در نمونه‌های تحت بررسی متفاوت بوده است. تغییر در رضایت از سیستم بهداشتی مشابه تغییرات در بخش دولتی بود و عدم استفاده از مراقبت‌های بهداشتی کمی بیشتر از رضایت مشتری گزارش شده است. ویژگی‌های مرتبط با افزایش رضایت، عبارتند از سنین جوان، تحصیلات پایین‌تر، وضعیت اقتصادی بالاتر، محل اقامت روستایی، وضعیت سلامت بهتر و سطح بالاتری از اعتماد سیاسی. نتایج نشان داد رضایت می‌تواند بینش مناسب برای افکار عمومی در عملکرد سیستم بهداشتی فراهم کند به ویژه هنگامی که در رابطه با سایر معیارهای ذهنی رضایت از عملکرد دولت استفاده می‌شود (فوتمن و همکاران، ۲۰۱۳).

20 . Footman

پارک کیوسو و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای، رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشتی را در کره جنوبی مورد بررسی قرار دادند که داده‌های این مقاله از ۱۵۷۳ فرد بزرگسال در سنین ۲۰-۶۹ سال در سه حوزه عمده سؤال^{۲۱}، گونگی^{۲۲} و بوسان^{۲۳} توسط وزارت بهداشت و رفاه در طول ماه‌های ژوئن و ژوئیه طی بازه زمانی سال ۲۰۱۱ بدست آمده است. رضایت از سیستم مراقبت بهداشتی با استفاده از ۱۳ مورد در سه بخش (دسترسی به مراقبت، هزینه مراقبت و کیفیت مراقبت) مورد بررسی قرار گرفت. بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه رضایت‌مندی از عملکرد سیستم مراقبت بهداشتی با استفاده از تحلیل عاملی صورت گرفت. یک مدل معادلات ساختاری (SEM) برای ارزیابی تاثیر نسبی متغیرهای جمعیت شناختی و اجتماعی-اقتصادی بر رضایت‌مندی برآورد شد. این مطالعه یک مدل سه بعدی جامع از رضایت عملکرد سیستم مراقبت بهداشتی ارائه کرد. براساس یافته‌های این تحقیق از میان سه عامل، کیفیت مراقبت بیشترین تأثیر و اهمیت را بر رضایت از سیستم مراقبت بهداشتی داشت و نتایج اظهار می‌دارد که این مهم‌ترین عامل تعیین کننده رضایت مشتریان از سیستم مراقبت-های بهداشتی است. با توجه به رابطه بین رضایت عمومی و متغیرهای جمعیت شناختی و اجتماعی و اقتصادی، وضعیت اقامت و وضعیت تاهل پیش بینی کننده‌های معنی‌دار میزان رضایت‌مندی بودند (پارک کیوسو و همکاران، ۲۰۱۶).

• عوامل مؤثر بر میزان رضایت‌مندی بیماران

دیرکوند مقدم و همکارانش (۱۳۹۲) پژوهشی در زمینه بررسی عوامل مؤثر بر میزان رضایت‌مندی بیماران از ارائه مراقبت‌های درمانی انجام دادند، که این مطالعه با استفاده از تحلیل عاملی و به کارگیری رویکرد توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۰۰ بیمار بستری شده در بخش اورژانس بیمارستان‌های امام خمینی و شهید مصطفی خمینی شهر ایلام در بازه زمانی سال ۱۳۸۹ صورت گرفته است. نمونه‌ها با روش تصادفی ساده به مطالعه وارد شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌های پژوهش پرسشنامه محقق ساخته بود. همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی و ضریب آلفای کرونباخ آن تأیید گردید. جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات عامل‌ها از آزمون Kolmogorov-Smirnov و جهت تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده نیز از ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون من ویتنی استفاده گردید. تحلیل عاملی نشان داد رضایت بیماران از ۶ عامل تشکیل شده است که شامل: "رضایت از پزشک، کادر

21 . Seoul

22 . Gyeonggi

23 . Busan

پرستاری، حضور دانشجویان، نحوه پذیرش و ترخیص، تصمیم‌گیری برای درمان و شناخت سمت درمانگر" می‌باشد و این ۶ عامل ۷۸٪ از کل واریانس رضایت‌مندی بیماران را گزارش می‌دادند. با توجه به نتایج تحلیل عاملی رضایت از پزشک قوی‌ترین و مهم‌ترین جنبه رضایت‌مندی بیمار بود. همچنین بین رضایت از دریافت اطلاعات ضروری در مورد انواع روش‌های درمانی توسط پزشک معالج و رضایت از پزشک همبستگی مثبت دریافت شد و بین رضایت از پزشک با هر یک از ۲ عامل رضایت از نحوه ترخیص و رضایت از پرستاری ارتباط معنادار گزارش شد. طبق نتایج این مطالعه بین رضایت از پزشک با زمان رخداد، تعداد دفعات ویزیت، زمان ویزیت پزشک ارتباط معنی‌دار وجود دارد. نتایج این مطالعه نیز نشان‌دهنده آن است که با توجه به ارتباط مستقیم رضایت‌مندی بیماران با تعداد دفعات و زمان ویزیت پزشک، رعایت این نکته توسط پزشکان ضروری به نظر می‌رسد. طبق نتایج مطالعه دیرکوند و همکارانش تأخیر در رسیدن به مراکز ارائه خدمات مراقبت موجب بالارفتن اضطراب در بیماران و سپس افزایش ناراضی‌تی و ناخشنودی آن‌ها خواهد شد (دیرکوند مقدم و همکارانش، ۱۳۹۲).

پژوهشی دیگر در راستای ارزیابی عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی بیماران بستری از کیفیت خدمات ارائه شده بر اساس مدل سروکوال توسط سینا و همکاران (۱۳۹۳) انجام شد. این مطالعه با رویکرد توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۳۳۱ نفر از بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان امام خمینی (ره) ساری صورت گرفت (نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای). ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بود. سپس داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. جهت آزمون فرضیات پژوهش مذکور از آزمون t تک نمونه‌ای و زوجی، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون فریدمن، استفاده گردید. نتایج به دست آمده بیانگر این بود که بین انتظارات و ادراکات بیماران تفاوت معناداری وجود دارد و رضایت بیماران جلب نشده‌است. نتیجه رتبه‌بندی عوامل تأثیرگذار بر رضایت افراد و کیفیت خدمات نشان داد در حوزه‌ی ادراکات، اولویت اول مربوط به همدلی، اولویت دوم شاخص ظاهر فیزیکی، اولویت سوم شاخص پاسخگویی، اولویت چهارم و پنجم به ترتیب تضمین و سپس قابلیت اطمینان بوده‌است. همچنین در حوزه‌ی انتظارات، اولویت ابتدایی شاخص ظاهر فیزیکی، و اولیت‌های بعدی به ترتیب همدلی، پاسخگویی، تضمین و قابلیت اطمینان بود (سینا و همکاران، ۱۳۹۳)

پس از آن عزیزی و همکاران (۱۳۹۴) با به‌کارگیری رویکرد تصمیم‌گیری چند معیاره ترکیبی، به انجام پژوهش جهت شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر رضایت بیماران مراکز درمانی، اقدام کردند. در این مطالعه جهت شناسایی، گردآوری و استخراج عوامل از منابع اینترنتی، کتابخانه‌ای و مطالعات داخلی و خارجی استفاده گردید. در نهایت ۱۰ عامل مؤثر بر رضایت دریافت‌کنندگان خدمات درمانی شناسایی شد. مهم‌ترین عوامل شناسایی شده شامل "رفتار کارکنان، ارتباط پزشکان با بیماران، زمان

انتظار، شایستگی حرفه‌ای کارکنان و پزشکان، دسترسی به تجهیزات آسایشی، امکانات درمانی، کیفیت اتاق‌ها، کیفیت غذا، هزینه، خدمات مشاوره‌ای "می‌باشند. در این پژوهش از روش‌های تصمیم‌گیری دلفی (Delphi)، دیمتل (DEMATEL) و فرآیند تحلیل شبکه‌ای (ANP) به صورت مکمل استفاده شده است. نظرات خبرگان و مشتریان در مورد ارتباط میان عوامل تأثیرگذار بر رضایت‌مندی بیمار و ارجحیت هر یک از عوامل با استفاده از پرسشنامه‌های هر روش جمع‌آوری شد، سپس بر اساس رویکرد ترکیبی پیشنهاد شده در این مطالعه تحلیل گردید. نتایج به دست آمده از این مطالعه را می‌توان در دو بخش اهمیت عوامل از نگاه خبرگان و از نگاه بیماران تعریف کرد. مهمترین عوامل اثرگذار بر رضایت از ارائه خدمات مراکز درمانی از دیدگاه مشتریان سه عامل شایستگی حرفه‌ای، هزینه‌های درمان و رفتار کارکنان و از منظر خبرگان عوامل ارتباط پزشکان با بیماران، شایستگی حرفه‌ای و هزینه‌های درمان بودند، که در دو مورد با یکدیگر شباهت داشت. تحلیل داده‌ها در مرحله‌ی تعیین روابط درونی عوامل مؤثر بر رضایت مشتری نشان داد عوامل رفتار کارکنان، دسترسی به تجهیزات آسایشی، امکانات درمانی، هزینه و کیفیت اتاق‌ها عواملی هستند که هم تأثیرگذاری بالایی بر سایر عوامل و تأثیرپذیری بالاتری از دیگر عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی بیماران داشتند (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۴).

بررسی و مقایسه پژوهش‌های انجام شده در زمینه شناسایی عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی بیماران و مراجعین نشان می‌دهد عوامل متعددی بر رضایت افراد از ارائه خدمات درمانی نقش دارند، که ضریب تأثیر هر یک از این عوامل نیز با توجه به نوع خدمات درمانی در مراکز بهداشتی-درمانی مختلف، متفاوت است. اما برخی از این عوامل می‌تواند در هر مرکز و هر نوع خدمات درمانی به صورت مشترک نقش مؤثری داشته باشند. از جمله این عوامل می‌توان به رفتار کارکنان و ارتباط با پزشک اشاره کرد.

• آگاهی و رضایت از رعایت منشور حقوق بیمار

کلروزی و همکاران (۱۳۸۹) مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان رضایت‌مندی و تعیین عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی بیماران از عملکرد تیم بهداشت-درمان در زمینه‌ی اجرای مفاد منشور حقوق بیمار انجام دادند. این مطالعه با رویکرد توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۸۸ در مراکز درمانی آجا واقع در تهران انجام گرفت. داده‌های این مطالعه از طریق مصاحبه و پرسشنامه‌ای دو قسمتی توسط ۳۸۴ نفر از بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب کسب شد (نمونه‌گیری به روش سهمیه‌ای). به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS بهره گرفته شد. جهت بررسی متغیرهای پژوهش و ارتباط آن با

متغیرهای اصلی با توجه به نوع هر متغیر از آزمون‌های آماری t ، آزمون ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. طبق نتایج حاصل شده از تجزیه و تحلیل اطلاعات ۱۷/۲٪ از بیماران از عملکرد پرسنل پرستاری و ۸٪ از عملکرد پزشکان ناراضی بودند، به این معنی که میزان نارضایتی بیماران از پرستاران دو برابر نارضایتی از عملکرد پزشکان است. در رابطه با میزان رضایت بیماران از عملکرد تیم بهداشت-درمان مشخص گردید، ۷۹/۵٪ بیماران رضایت‌مندی خود را از عملکرد پرسنل پرستاری و ۸۸٪ از عملکرد پزشکان اعلام نمودند. به طور کلی بیماران از عملکرد پزشکان نسبت به پرستاران از نظر اجرای مفاد منشور حقوق بیمار رضایت بیشتری داشتند.

فارسی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۱) نیز رضایت‌مندی مراجعین را نسبت به رعایت منشور حقوق بیماران در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی منتخب شهر تهران مورد بررسی و مقایسه قرار دادند. این پژوهش با رویکرد توصیفی در ۳ بیمارستان دولتی-آموزشی تحت نظر یک دانشگاه علوم پزشکی و ۳ بیمارستان خصوصی شهر تهران انجام شد. تعداد کل حجم نمونه (نمونه‌گیری با استفاده از روش خوشه‌ای) بعد از نمونه‌گیری به ۶۰۰ بیمار رسید. داده‌ها به وسیله پرسشنامه جمع‌آوری گردید. پرسشنامه شامل سه بخش اطلاعات عمومی بیماران، نگرش بیماران و رضایت بیماران از رعایت منشور حقوق بیمار بود. یافته‌ها نشان داد میان بیماران مراکز خدمات درمانی خصوصی و دولتی از نظر "میزان آگاهی" از مفاد منشور حقوق بیمار تفاوت معناداری وجود نداشت ولی در اجرای مفاد منشور بین بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از نظر آماری در دو بند "دریافت مطلوب خدمات سلامت" و "احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری" تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج نیز حاکی از آن بود که هیچ ارتباطی میان تعداد دفعات مراجعه به بیمارستان و سطح انتظارات وجود ندارد. به طور کلی در تحقیق مذکور میان انتظارات بیمار، سن، جنسیت، درآمد و میزان تحصیلات رابطه معنی‌داری گزارش شد (فارسی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۱).

پس از آن رواقی و همکاران (۱۳۹۴) نیز به انجام پژوهشی جهت بررسی میزان آگاهی بیماران بستری از حقوق بیمار و میزان رضایت آن‌ها از رعایت حقوق بیمار پرداختند. این مطالعه در ۳ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفت. تعداد نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰۶ بیمار برآورد شد. برای تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های T -Test و ANOVA مورد استفاده قرار گرفت. طبق تحلیل داده‌ها میانگین آگاهی بیماران از حقوق خود ۸۳٪ و میانگین رضایت بیماران از رعایت حقوق بیمار برابر ۶۹٪ گزارش شد. طبق یافته‌ها اختلاف بین سطح آگاهی بیماران در سه بیمارستان مورد مطالعه معنی‌دار نبود اما اختلاف بین رضایت‌مندی بیمار در سه بیمارستان معنادار بود. نتایج نشان داد پایین‌ترین سطح آگاهی از حقوق

مربوط به " حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه در دریافت خدمات سلامت " یعنی محور سوم منشور حقوق بیمار و بالاترین سطح آگاهی مربوطه به " حق دریافت خدمات مطلوب سلامت " یعنی محور اول تعریف شده د منشور حقوق بیمار بود. همچنین بالاترین میزان رضایت‌مندی مربوط به محور چهارم منشور حقوق بیمار تحت عنوان "حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری" و پایین‌ترین سطح رضایت هم مربوط به "حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه در دریافت خدمات سلامت" بود (رواقی و همکاران، ۱۳۹۴).

• ارزیابی رضایت بیماران سالمند

کهنسالی امری غیرقابل انکار و پدیده‌ای زیستی است. این مرحله یک فرآیند طبیعی از گذر عمر انسان است. اما امروزه این روند با سرعت بیشتری در حال وقوع است و به یکی از مهم‌ترین مسائل در جوامع و مراکز بهداشت و درمان تبدیل شده است. پیش‌بینی‌های صورت گرفته در بخش جمعیت سازمان ملل متحد، افزایش نسبت جمعیت سالمندان در جهان از حدود ۱/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۱/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ را نشان می‌دهند. از این رو با توجه به رشد کهنسالی و اهمیت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی لازم برای این قشر از جامعه، برخی از محققین میزان رضایت‌مندی از خدمات بهداشتی را تنها از منظر سالمندان مورد ارزیابی قرار دادند.

در تحقیق صاحب زاده و رحیمیان (۱۳۸۸) که روی بیماران سالمند بستری در بخش‌های مراکز درمانی عمومی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفت، میانگین نمره‌ی رضایت کلی از خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های عمومی شهر اصفهان ۵۶/۴٪ گزارش شد. این مطالعه در سال ۱۳۸۸ انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی رضایت‌مندی بیماران سالمند صورت گرفت که این پرسشنامه بر اساس پرسشنامه رضایت‌مندی بیمار PSQII طراحی شده است و در این مطالعه پس از ترجمه و بومی‌سازی، در صورت نیاز سؤالاتی به آن اضافه گشته و یا از آن کاسته شده است. ابعاد در نظر گرفته شده جهت سنجش رضایت بیماران سالمند شامل کیفیت تخصصی، رفتار بین فردی، جنبه مالی مراقبت، نحوه ارتباطات، مراقبت پرستاری، خدمات و مراقبت بهداشتی و رضایت عمومی بود. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و نرم‌افزار SPSS استفاده شده است. در بخش آمار استنباطی نیز جهت تعیین رابطه بین مشخصات دموگرافیکی و رضایت‌مندی از آزمون‌های T-Student، همبستگی پیرسون و همبستگی اسپیرمن استفاده شده است. طبق نتایج مطالعه میانگین نمره رضایت‌مندی از بعد رفتار بین فردی (۶۰/۹) و کیفیت تخصصی (۵۹/۷) بیشتر از سایر ابعاد و

میانگین نمره رضایت‌مندی از بعد نحوه ارتباطات، معادل $48/7$ کم‌تر از سایر ابعاد بوده است. نتایج استفاده از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که به جز بعد مالی، نمره رضایت‌مندی در ابعاد مختلف با یکدیگر رابطه مستقیم دارد و بعد مالی با هیچ یک از ابعاد ارتباط ندارد (صاحب زاده و رحیمیان، ۱۳۸۸)

محمد عرب و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای میزان رضایت و عوامل مؤثر بر رضایت سالمندان از خدمات بستری را مورد بررسی قرار دادند. جامعه‌ی پژوهش مذکور همه‌ی بیماران سالمندی هستند (در هر دو جنسیت زن و مرد) که دارای سن ۶۵ و بالاتر از ۶۵ باشند و از خدمات بستری بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران استفاده نمودند. تعداد نمونه ۳۶۰ نفر از سالمندان برآورد شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد که به ترتیب شامل پرسشنامه ارزیابی مشخصات کلی و عملکرد بیمارستان، مشخصات فردی و ارزیابی رضایت‌مندی سالمندان بود. داده‌ها به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و برای تحلیل ارتباط بین مؤلفه‌ها و رضایت‌مندی سالمندان از آزمون کای دو و تست دقیق فیشر و تست فیشر تعمیم‌یافته استفاده گردید. نتایج بیانگر آن بود که میزان رضایت‌مندی بیماران سالمند از ارائه خدمات در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سطح خوب و قابل قبول است.

مایکل^{۲۴} و همکارانش (۲۰۰۳) به انجام پژوهشی با محوریت سالخورده‌گی و رضایت عمومی از خدمات بهداشتی، اقدام کردند. تجزیه و تحلیل انجام شده در این گزارش رابطه بین سن و سطح رضایت از خدمات بهداشتی در انگلستان را با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده از نظرسنجی نگرش‌های اجتماعی بریتانیا، (طی سال‌های ۱۹۸۳-۹۹) بررسی می‌کند. بر طبق این پژوهش در سطح توصیفی، شواهدی قوی از روند مثبت بین سن و رضایت از خدمات عمومی و خدمات بیمارستان و نحوه اجرای NHS (خدمات ملی تامین سلامت در بریتانیا) وجود دارد یعنی با افزایش سن میزان رضایت نیز افزایش می‌یابد. هم‌چنین در مقایسه داده‌های سال ۱۹۸۳ با سال ۱۹۹۹، شواهدی مبنی بر کاهش سطح رضایت‌مندی برای همه‌ی شاخص‌ها از نحوه عملکرد NHS با بیشترین شکاف در خدمات سرپایی وجود دارد. در سطح چند متغیره، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد با گذشت زمان، جمعیت سالخورده، نحوه اجرای NHS و خدمات GP و دندانپزشکی را با نرخ کمی بالاتر نسبت به جمعیت جوان ارزیابی می‌کنند، اما اثر آن کوچک هست. (مایکل و همکاران، ۲۰۰۳).

• بررسی رابطه بین مشخصات دموگرافیک و رضایت‌مندی

24 . Michael

اکثر مطالعات انجام شده در زمینه رضایت‌مندی بیماران و عملکرد سیستم درمانی و کیفیت خدمات بهداشتی، رابطه‌ی بین مشخصات دموگرافیک و میزان رضایت‌مندی افراد را نیز مورد بررسی قرار داده و تجزیه و تحلیل نموده‌اند و تحلیل و نتایج متفاوتی در این حوزه به دست آمده است. نتایج برخی از مطالعات حاکی از تأثیر جنسیت، سن، تحصیلات و درآمد بیماران بر رضایت بوده و بعضی از مطالعات دیگر اثر سن، جنسیت، تحصیلات، درآمد و دیگر عوامل دموگرافیکی را بر میزان رضایت بیماران رد کرده‌اند. به عنوان نمونه بر اساس نتایج حاصل از پژوهش فرزندی و همکاران (۱۳۹۰) که با استفاده از تحلیل آماری صورت گرفت، سن و جنسیت تأثیری بر میزان رضایت افراد از خدمات بهداشتی-درمانی نداشت. تحلیل‌ها نشان داد با افزایش تحصیلات میزان رضایت نیز افزایش می‌یابد و همراه با کاهش سطح درآمد افراد مورد مطالعه سطح رضایت آن‌ها نیز کاهش می‌یابد و افراد مجرد نیز رضایت بیشتری از خدمات را ابراز نمودند. همچنین رضایت از خدمات در افراد خانه‌دار و افراد محصل بیشتر از سایر افراد گزارش شد (فرزندی و همکاران، ۱۳۹۰).

بر اساس نتایج پژوهش جولایی و همکاران (۱۳۹۰) که جهت بررسی رضایت بیماران از خدمات پرستاری و با استفاده از تحلیل آماری انجام شد، از بین متغیرهای دموگرافیک عوامل سن، جنسیت، درآمد و شغل ارتباط معناداری با رضایت‌مندی بیماران وجود نداشت. اما بین سطح تحصیلات و رضایت آنها ارتباط معنادار و معکوس وجود داشت (جولایی و همکاران، ۱۳۹۰).

در مطالعه‌ی نورالسنا و همکاران (۱۳۹۱) که به ارزیابی میزان رضایت از خدمات پزشکان عمومی پرداختند، نتایج تحلیل آماری ارتباط معناداری بین سن، جنسیت، میزان تحصیلات، نوع شغل و جنسیت با میزان رضایت‌مندی بیماران را نشان داد (نورالسنا و همکاران، ۱۳۹۱).

در تحقیقی که توسط موسی‌زاده و همکارانش (۱۳۹۱) انجام گرفت تحلیل آماری نتایج مشخصات دموگرافیک و ارتباط آن با میزان رضایت‌مندی نشانگر آن بود که با افزایش سن، میزان رضایت بیماران کم‌تر می‌شود، که دلیل این امر، احتمال حساس‌تر بودن افراد در این سن و بیشتر بودن نیاز آن‌ها به مراقبت‌های بهداشتی ذکر شده است (موسی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

در مطالعه‌ای که توسط دوپلانی و همکاران (۱۳۹۳) جهت ارزیابی میزان رضایت بیماران از نحوه ارائه خدمات درمانی در بیمارستان‌های آموزشی انجام گرفت، آزمون‌های آماری انجام شده هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین درصد رضایت بیماران و مشخصات دموگرافیک نشان ندادند (دوپلانی و همکاران، ۱۳۹۳).

در پژوهش انجام شده توسط چراتی و همکاران (۱۳۹۴) با استفاده از آزمون T^2 -هتلینگ، هیچ‌گونه ارتباط معناداری بین محل سکونت و وضعیت تأهل و شغل افراد با ابعاد رضایت‌مندی یافت نشد. اما

مابین رضایت از خدمات و جنسیت و سطح تحصیلات بیماران ارتباط معناداری وجود داشت به این شرح که رضایت زنان بیشتر از مردان بود و افراد با سطح تحصیلات بالاتر از رضایت کمتری برخوردار بودند (چراتی و همکاران، ۱۳۹۴).

در مطالعه‌ی روح افزا و همکاران (۱۳۹۵) با استفاده از ابزار تحلیل آماری نتایج بیانگر این است که مابین رضایت‌مندی با مولفه‌های مانند سن، جنسیت و شغل ارتباط معناداری وجود ندارد. در حالی که مابین وضعیت تأهل و میزان تحصیلات و نوع بیمه بیماران ارتباط معناداری وجود دارد (روح‌افزا و همکاران، ۱۳۹۵).

طبق نتایج مطالعه داتوبر و همکاران (۱۳۹۵) که جهت بررسی رضایت‌مندی از خدمات اورژانس با استفاده از آزمون‌های آماری انجام شد، تنها محل سکونت افراد به لحاظ شهری یا روستایی بودن و زمان مراجعه افراد از عوامل تأثیرگذار بر رضایت گزارش شد (داتوبر و همکاران، ۱۳۹۵).

در مطالعه‌ی معین و میرزاخانی (۱۳۹۵) که جهت بررسی رضایت از خدمات اورژانس صورت گرفت، نتایج نشان داد بین میزان رضایت‌مندی بیماران در دو جنس تفاوت معناداری وجود دارد، به این شرح که رضایت مردان بیشتر از زنان برآورد شد. در این مطالعه سطح تحصیلات، سن و شغل بیماران بر میزان رضایت آن‌ها تأثیری نداشت (معین و میرزاخانی، ۱۳۹۵).

۲-۴ جمع‌بندی

با توجه به اهمیت تحلیل رضایت‌مندی بیماران در طی مراجعه به مراکز درمانی و تلاش نظام‌های سلامت در کشورها جهت ارتقای شاخص‌های کیفی ارائه خدمات، مطالعات گسترده‌ای در این حوزه انجام شده است. در این مطالعات اقدام به توسعه شاخص‌های ارزیابی رضایت‌مندی و همچنین ارائه مدل‌های تحلیل روابط بین شاخص‌ها و سنجش رضایت‌مندی شده است. این در حالی است که همچنان نیاز به توسعه مدل‌های جامع از منظر دربرگرفتن شاخص‌های سفارشی‌سازی شده و در عین حال دارای قابلیت تحلیل روابط مابین شاخص‌ها احساس می‌گردد. از این‌رو در پژوهش حاضر ابتدا با استفاده از نظرات خبرگان، نتایج تجربی، مطالعه منابع موجود و بررسی سوابق داخلی و خارجی موضوع اقدام به استخراج شاخص‌ها و ابعاد مهم و کلی شده است. ابعاد در نظر گرفته شده در این پژوهش شامل چهار بعد رضایت از کیفیت، رضایت از دسترسی، رضایت از هزینه و رضایت از مهارت و قابلیت پرسنل و پزشکان می‌باشند، که این ابعاد نقش بسزایی در ارائه صحیح و عملکرد بهینه خدمات بهداشتی-درمانی داشته و توجه کافی به تحلیل و آزمون آن‌ها می‌تواند موجب انجام اقداماتی جهت

افزایش رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان این خدمات شود. برای این منظور استفاده از ابزار تحلیل آماری مبتنی بر معادلات ساختاری می‌تواند راه‌گشا باشد. علاوه بر آن، یافته‌های حاصل از تحلیل رضایت‌مندی بیماران می‌تواند به عنوان ورودی فرایند تحلیل و توسعه ارائه خدمات به جامعه مشتریان به کار گرفته شود. برای این منظور نیاز است تا خدمات مناسب برای هر گروه از جامعه مشتریان ارائه شود. هر دسته از مشتریان با توجه به ویژگی‌های ذاتی آن تحت تاثیر عوامل مختلف نظیر مشخصات دموگرافیک ممکن است سطح متفاوتی از رضایت‌مندی را در برابر دریافت خدمات یکسان کسب نمایند. از این‌رو برای مدیران واحدهای ارائه دهنده خدمات مطلوب خواهد بود تا بتوانند با تحلیل درست ویژگی‌های مشتریان و رضایت‌مندی کسب‌شده، اقدام به ارائه خدمات مطلوب برای هر دسته نمایند. جهت پاسخ‌گویی بدین خواسته، استفاده از ابزار داده‌کاوی می‌تواند راه‌گشا باشد.

از این‌رو در این مطالعه اقدام به شناسایی ابعاد رضایت‌مندی در قالب یک مدل سنجش رضایت جامع و سپس دسته‌بندی مشتریان در قالب ساخت مدلی با استفاده از الگوریتم درخت تصمیم با هدف ارائه خدمات مطلوب در راستای دستیابی به رضایت‌مندی حداکثری در کشور ایران شده است. از مجموعه ابزار تحلیل آماری و داده‌کاوی در قالب یک فرایند تحقیق یکپارچه استفاده شده است. در کل فرایند تحقیق، توسعه مدل مبتنی بر بررسی یک نمونه موردی واقعی و دریافت نظرات خبرگان انجام شده است. در نهایت، نتایج تحقیق نیز به تایید خبرگان رسیده است.

در پایان، می‌توان نوآوری‌های تحقیق را به صورت ذیل عنوان نمود:

- شناسایی ابعاد برتر سنجش رضایت‌مندی و روابط مابین آن‌ها جهت ارزیابی رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان در نمونه تحت مطالعه
- ارائه مدل جامع جهت سنجش رضایت عمومی در بخش بهداشت و درمان مبتنی بر مورد مطالعه واقعی
- دسته‌بندی دریافت‌کنندگان خدمات درمانی در قالب ساخت مدلی با استفاده از ابزار داده‌کاوی بر اساس شاخص رضایت مبتنی بر ویژگی‌های دموگرافیک

فصل سوم: روش انجام پژوهش

هر پژوهش علمی شامل مجموعه‌ای از فرآیندهای سیستماتیک و مراحل به هم پیوسته جهت بررسی موضوعی خاص است. این مراحل خود نیز دارای مراحل جزئی تر و خرده فرآیندهایی جهت پاسخ به هرکدام از فرضیه‌ها مورد پژوهش و رسیدن به اهداف مورد نظر پژوهش نیز می‌باشند. دستیابی به اهداف پژوهش زمانی میسر خواهد بود که روش‌هایی مناسب جهت تحلیل خصوصیات اطلاعات جمع آوری شده به بهترین وجه ممکن انتخاب شود.

در این پژوهش ابتدا با بررسی ادبیات موضوع و یافته‌های تحقیقات انجام شده، ابعاد کلی و تاثیرگذار بر رضایت از عملکرد سیستم بهداشت و درمان شناسایی شده است. علاوه بر آن، نقش هر یک از این ابعاد در ارتقای رضایت‌مندی نیز مورد بررسی قرار گرفته است. پس از تبیین مدل و تأیید اعتبار آن، اقدام به گردآوری داده‌های مورد نیاز با استفاده از ابزار پرسشنامه شده است. سپس تلاش شده است تا با استفاده از رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری به ارزیابی ارتباط مابین ابعاد شناسایی شده جهت ارزیابی رضایت عمومی از عملکرد واحدهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی پرداخته شود. همچنین در ادامه با استفاده از ابزار داده‌کاوی به دسته‌بندی دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی با در نظر گرفتن میزان رضایت‌مندی مبتنی بر ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها پرداخته شده است. از این رو در این فصل به ارائه چارچوبی از روش انجام پژوهش با شرح موضوعاتی مانند ماهیت و نوع روش پژوهش، ابزار و روش گردآوری داده‌ها، جامعه آماری، تعیین حجم نمونه، ابزار و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها اقدام می‌شود.

۳-۲ ماهیت و روش انجام پژوهش

روش‌های پژوهش به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند. این دو دسته تحت عنوان روش پژوهش بر اساس نوع هدف و روش پژوهش بر اساس روش گردآوری داده‌ها معرفی می‌گردند. دسته اول شامل سه نوع تحقیقات بنیادی، تحقیقات کاربردی و تحقیقات توسعه‌ای است که محقق می‌بایست مطابق با انتخاب هر کدام اهدافی متناسب با نوع تحقیق را دنبال نماید. و دسته دوم شامل انواع مختلفی از جمله تحقیقات تاریخی، تحقیقات توصیفی، تحقیقات پیمایشی، تحقیقات میدانی و موارد دیگر از این قبیل می‌باشد.

این پژوهش از نظر هدف از نوع تحلیلی و کاربردی است، به طوری که نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند تأثیر بسزایی در شناخت نقاط ضعف و قوت ارائه خدمات بهداشتی-درمانی و بهبود عملکرد سیستم درمان داشته باشد. هم‌چنین از منظر روش انجام و گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد، زیرا در این پژوهش محقق به دنبال بررسی ارتباطات بین چند متغیر و تجزیه و تحلیل چگونگی شرایط موجود می‌باشد.

۳-۳ مدل سازی معادلات ساختاری^{۲۵}

مدل‌سازی معادلات ساختاری یک شیوه تجزیه و تحلیل چند متغیره و نیرومند از مجموعه رگرسیون چند متغیره و به عبارت دیگر بسط مدل خطی کلی است. این روش امکان بررسی مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون و روابط وابستگی را به طور همزمان برای محقق فراهم می‌آورد تا بتواند مدل‌های نظری پیچیده را در یک تحلیل آزمون کند. این روش یک رویکرد آماری جامع برای آزمودن فرضیه‌هایی در مورد روابط بین متغیرهای آشکار و پنهان است، که گاهی آن را مدل‌سازی علی، تحلیل متغیر پنهان، تحلیل عامل تأییدی، تحلیل ساختاری کواریانس و گاهی نیز لیزرل نامیده‌اند (شاهبندرزاده و همکاران، ۱۳۸۹).

به طور کلی مدل‌سازی معادلات ساختاری ترکیبی از مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری می‌باشد. این روش حاصل تکامل مدل‌سازی چند معادله‌ای در اقتصادسنجی است که پس از آن به اصول ارزیابی موجود در روان‌شناسی و جامعه‌شناسی نیز وارد شده و به عنوان ابزاری اساسی در پژوهش‌های علمی و دانشگاهی مورد استفاده قرار گرفته است. از مدل‌سازی معادلات ساختاری در حوزه‌های مختلف علمی مانند جامعه‌شناسی، جمعیت‌شناسی، روان‌شناسی، مدیریت، تولید، بازاریابی، ارتباط با مشتری، رفتارسازمانی، آموزش و پرورش و دیگر علوم بهره‌گیری می‌شود (شارع‌پور، ۱۳۸۰).

کلیه شیوه‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری از دو ویژگی مشترک برخوردار هستند که آن دو ویژگی عبارت است از: ۱- روابط به هم پیوسته‌ی چندگانه را ارزیابی می‌کنند، ۲- معانی و محتوای یافت نشده در روابط را ارائه می‌دهند و میزان خطای سنجش در عملیات ارزیابی را نشان می‌دهند (شارع‌پور، ۱۳۸۰).

در این پژوهش با توجه به اهداف پژوهش و به منظور کشف روابط بین عناصر و بررسی مدل پیشنهادی پژوهش از تکنیک تحلیل عاملی و مدل معادلات ساختاری استفاده گردیده است. در ابتدا

²⁵ . Structural equation modeling

برای بررسی روایی ابزارهای اندازه‌گیری (پرسشنامه) از تحلیل عاملی استفاده شده است. روایی یک ابزار اندازه‌گیری نشان می‌دهد که ابزار مورد نظر تا چه میزان سازه یا خصیصه‌ای را که مبنای نظری دارد، مورد سنجش قرار می‌دهد. سپس جهت آزمون فرضیات و تعیین روابط علت و معلولی میان متغیرهای پنهان از تحلیل ضرایب مسیر تحت عنوان مدل ساختاری بهره گرفته شده است. تجزیه و تحلیل مربوط به این مفاهیم در فصل چهارم به تفصیل مورد بحث و بررسی واقع شده است.

۳-۳-۱ مراحل مدل‌سازی معادلات ساختاری:

مدل‌سازی معادله‌ی ساختاری شامل یک فرآیند هفت مرحله‌ای به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- ساخت مدلی مبتنی بر دیدگاه نظری
- ۲- نمایش روابط علی مدلی تئوریک در نمودار مسیر
- ۳- تبدیل نمودار مسیر به مجموعه‌ای از معادلات ساختاری و تعیین مدل سنجش
- ۴- انتخاب ماتریس داده‌ها و سنجش مدل پیشنهادی
- ۵- سنجش همانندی مدل ساختاری (ارزیابی ویژگی‌های مدل)
- ۶- ارزیابی نتایج و ملاک مربوط به درجه تناسب مدل با داده‌ها
- ۷- تفسیر و تعدیل مدل (تحقق اصلاحات پیشنهاد شده از سوی برنامه در صورت وجود توجیه نظری) (شارع‌پور، ۱۳۸۰).

۳-۴ داده‌کاوی

اصطلاح Data Mining به معنی داده‌کاوی، فرآیند کشف دانش و استخراج اطلاعات نهان و روابط بین داده‌ها و شناخت الگوها از طریق تجزیه و تحلیل اتوماتیک و نیمه اتوماتیک مجموعه‌ی حجیم داده‌ها را تشریح می‌نماید. هدف نهایی از انجام داده‌کاوی شناسایی قواعد و الگوهایی از پایگاه وسیع داده‌ها است که جهت کمک به امر تصمیم‌گیری صورت می‌گیرد. سازمان‌های خدماتی می‌توانند از تحلیل نتایج داده‌کاوی به منظور شناسایی روابط بین داده‌ها و شناسایی فرصت‌های رشد و بررسی اثربخشی خدمات مورد نظر بهره‌مند گردند.

ارزش و جایگاه عملیات داده‌کاوی به‌وسیله‌ی سازمان‌های حرفه‌ای بسیاری مورد سنجش و تأیید قرار گرفته است. انجمن حسابداران رسمی آمریکا فرآیند داده‌کاوی را به عنوان یکی از ۱۰ فناوری برتر

آینده معرفی نموده است. داده کاوی همچنین در انجمن حساب‌رسان آمریکایی در فهرست یکی از چهار اولیت تحقیقاتی آن‌ها قرار دارد (دستگیر و سردشت، ۱۳۹۰).

با توجه به نتایج برخی منابع موجود در حوزه به کارگیری الگوریتم داده کاوی یافت می‌شود که مسائل داده کاوی عموماً به طرق مختلف خوشه‌ای، اجتماعی، رتبه‌بندی و پیشگویی تقسیم می‌شوند. همچنین تکنیک‌هایی که در رویکرد داده کاوی جهت تحلیل داده‌های موجود به کار می‌رود شامل تشخیص ناهمگونی، خوشه‌بندی، کشف قوانین وابستگی و رده‌بندی می‌باشد (سید زاده، ۱۳۹۶).

در پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد داده کاوی به دسته‌بندی دریافت‌کنندگان خدمات درمانی از مراکز مربوطه با توجه به شاخص میزان رضایتمندی مبنا بر مشخصات دموگرافیک اقدام شده است. بر این اساس جهت ارائه دسته‌بندی مورد نظر از الگوریتم درخت تصمیم با در نظر گرفتن متغیر هدفی مبتنی بر شاخص "رضایتمندی از چهار بعد مدل معادلات ساختاری" بهره گرفته شده است.

۳-۴-۱ مراحل داده کاوی

مراحل داده کاوی را می‌توان به صورت جزئی در ۱۱ مرحله بشمرد که عبارتند از:

۱- شناسایی هدف و تبدیل موضوع به یک مسئله داده کاوی

۲- انتخاب داده‌ها

۳- شناخت داده‌ها

۴- ساخت مدل اولیه

۵- تثبیت مسائل با توجه به داده‌ها و رفع مشکلات داده‌ها

۶- تبدیل داده‌ها برای استخراج اطلاعات

۷- الگوسازی

۸- اعتبار یافته‌ها و ارزیابی مدل‌ها

۹- پیاده سازی و توسعه مدل

۱۰- ارزیابی و استفاده از نتایج

۱۱- شروع مجدد (سید زاده، ۱۳۹۶).

۳-۴-۲ ابزار داده‌کاوی

ابزارهای مورد استفاده در عملیات داده‌کاوی شامل نرم‌افزارهایی هستند که امکان استخراج اطلاعات از داده‌ها را به کاربر می‌دهند. این ابزار در جمع‌آوری داده‌ها و به‌کارگیری آن‌ها جهت تصمیم‌گیری در مورد مصرف‌کننده‌ای خاص یا گروهی از مصرف‌کنندگان، به سازمان‌ها و افراد کمک می‌نماید. این نرم‌افزارها شامل موارد زیر می‌باشد: (دستگیر و شفيعی سردشت، ۱۳۹۰)

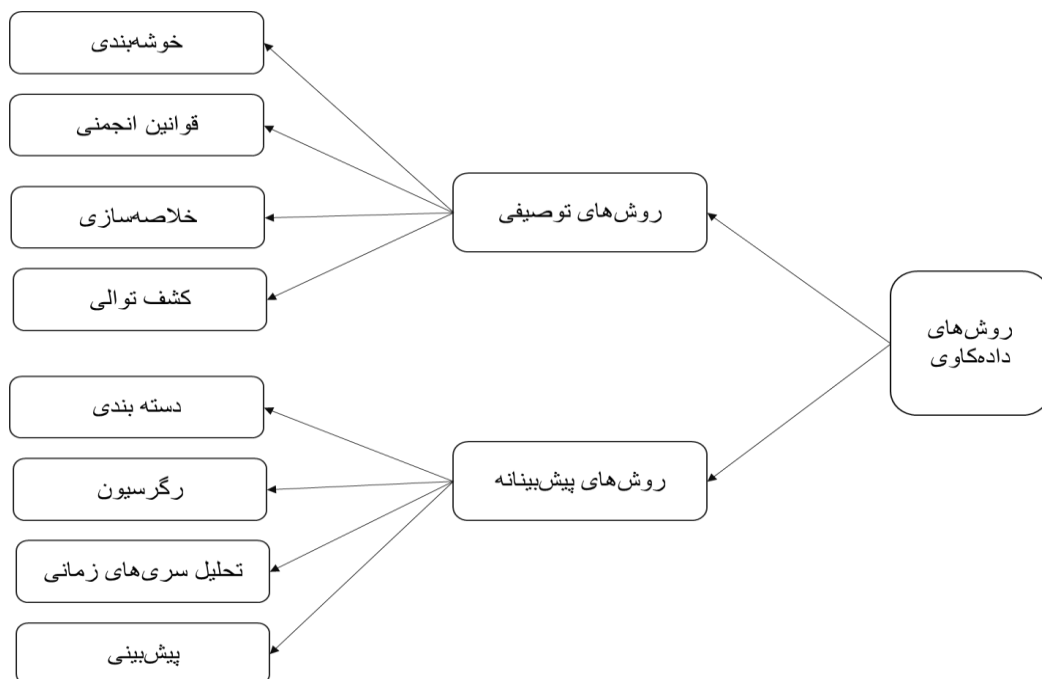
- 1- Data to knowledge
- 2- sas
- 3- clementine
- 4- Intelligent-miner
- 5- Insightful miner
- 6- Weka
- 7- Microsoft excel
- 8- ACL

۳-۴-۳ روش‌های داده‌کاوی

روش‌های داده‌کاوی به طور کلی شامل دو دسته می‌شوند که عبارتند از روش‌های توصیفی^{۲۶} و روش‌های پیش‌بینانه^{۲۷}. در روش‌های توصیفی به تحلیل و کاوش در داده‌های موجود و ارتباط مابین آن‌ها پرداخته می‌شود که به دنبال آن خواص عمومی داده‌ها مشخص می‌شود و در نتیجه مجموعه‌ی داده‌ها به شکل قابل تفسیر برای انسان بیان می‌گردند. روش‌های پیش‌بینانه داده‌های موجود را به اطلاعات ارزشمند و قابل استفاده تبدیل می‌کنند. داده‌ها می‌توانند به منظور پیش‌بینی رفتار آینده‌ی مجموعه‌ی داده‌ها با به‌کارگیری چند متغیر برای پیش‌بینی مقادیر آینده‌ی متغیرهای دیگر استفاده شوند. مجموعه روش‌های توصیفی و پیش‌بینانه در شکل زیر نام‌برده شده است. (شیخ، ۱۳۹۶)

²⁶ . Disruptive

²⁷ . predictive



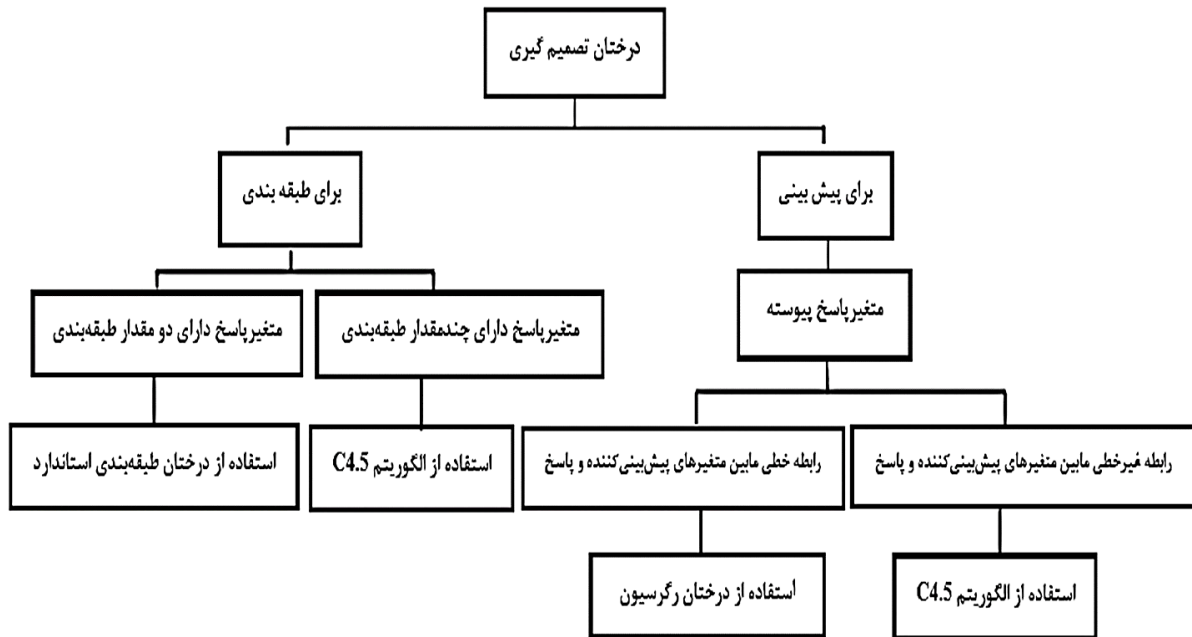
شکل ۳-۱. دسته‌بندی روش‌های داده‌کاوی (شیخ، ۱۳۹۶)

۴-۴-۳ درخت تصمیم

درخت تصمیم دارای مزایای بسیاری است که به عنوان یکی از ساده‌ترین و کاربردی‌ترین روش‌های داده‌کاوی جهت کاوش و کشف دانش موجود در داده‌ها مورد استفاده می‌باشد. از جمله مزایای این روش می‌توان فهم آسان و راحت، سهولت استفاده مجدد، قابلیت اعمال و اجرا بر داده‌های بزرگ و پیچیده، دقت مطلوب در مقایسه با سایر روش‌های دسته‌بندی و همچنین قابلیت ترکیب با روش‌های دیگر را نام برد. این الگوریتم برای تقسیم‌بندی مجموعه‌ی داده‌ها و اطلاعات به کلاس‌های متعلق به متغیرهای پاسخ و کاهش پیچیدگی محاسبات مورد استفاده است. الگوریتم‌های درخت تصمیم به منظور نمایش مدل خروجی خود اشکال متفاوتی از دسته‌بندی را به شکل درختی متشکل از ارزش‌های مشخصه‌ها ارائه می‌دهند. (شیخ، ۱۳۹۶)

هر درخت تصمیم از قسمت‌هایی با عنوان‌های ریشه، شاخه‌ها، گره‌ها و برگ‌ها تشکیل می‌شود. در هر درخت تصمیم انتهای یک مسیر (زنجیره) به یک برگ می‌سد. به بیان دیگر الگوریتم درخت تصمیم از قسمت ریشه به سمت پایین رشد می‌کند و در نهایت به گره‌های برگ ختم می‌شود. هر یک از گره‌ها در این الگوریتم مرتبط به یک ویژگی معین است و از هر کدام از گره‌های داخلی در درخت تصمیم دو یا بیش از دو شاخه می‌تواند خارج شود که این شاخه‌ها به معنای بازه‌ای از مقادیر هستند. یک درخت تصمیم‌گیری رویکردی است که جهت کمک کردن به انتخاب‌های خوب می‌توان از آن استفاده کرد،

به ویژه در خصوص مواردی که تصمیم‌گیری شامل ریسک و یا هزینه بالایی داشته باشد. درخت تصمیم‌گیری به منظور مقایسه گزینه‌ها و مقدارهای اختصاص داده شده، از روش گرافیکی استفاده می‌نماید (خلیلی و پاشازاده، ۱۳۹۳). در شکل ۳-۲ کاربردهای درختان تصمیم‌گیری نشان داده شده است که به دو دسته کلی پیش‌بینی و طبقه‌بندی تقسیم می‌شوند.



شکل ۳-۲. دسته‌بندی کاربردهای درختان تصمیم‌گیری (خلیلی و پاشازاده، ۱۳۹۳)

۳-۵ جامعه آماری و حجم نمونه

جامعه آماری به کل افراد و وقایع یا چیزهایی اشاره دارد که محقق قصد دارد به پژوهش درباره آن‌ها بپردازد و به طور کلی شامل همه عناصری است که موضوع پژوهشی معین در آن نمود پیدا می‌کند. نمونه گروه کوچکی از آحاد جامعه آماری است مشتمل بر برخی از اعضا که از جامعه آماری مورد نظر انتخاب شوند. نمونه‌گیری انتخاب کردن تعدادی کافی از میان اعضای جامعه آماری مورد مطالعه است به طوری که با مطالعه آن نمونه و فهم ویژگی‌های آزمودنی‌های نمونه و خصوصیات آن بتوان این خصوصیات را به اعضای جامعه آماری مورد نظر نیز تعمیم داد (سکاران، ۱۳۸۶).

جامعه آماری این مطالعه را بیماران و مراجعه‌کنندگان سه بیمارستان امام حسین (ع)، بیمارستان خاتم الانبیا، و بیمارستان بهار شهرستان شاهرود تشکیل می‌دهند. نمونه مورد مطالعه در قسمت

ابتدایی پژوهش و برای ارائه مدل ساختاری ۳۸۴ نفر از کلیه افراد و مراجعین به بخش‌های مختلف بیمارستان‌های مذکور بودند، که دارای سن ۱۸ تا ۶۵ بوده، از لحاظ وضعیت جسمی و روحی توانایی پاسخگویی به سؤالات و تمایل به شرکت در مطالعه را نیز داشتند. در مواردی که افراد تمایل به شرکت در مطالعه را داشته ولی شرایط مساعد جهت پرکردن پرسشنامه را نداشتند (مانند عدم برخورداری از سواد یا عدم شرایط فیزیکی مناسب)، پرسشنامه به کمک همراهان یا پرسشگر تکمیل گردید. تعداد نمونه با کمک فرمول با سطح اطمینان ۹۵ درصد و $z = 1/91$ و $p = 0/5$ محاسبه شد. همچنین لازم به ذکر است که جهت ارائه الگو داده‌کاوی هرچه تعداد نمونه بیشتر باشد الگو و مدل مورد نظر با دقت بالاتری ایجاد خواهد شد. بر این اساس در پژوهش حاضر سعی شده است که با توجه به محدودیت‌های زمانی و مکانی پژوهش بیشترین تعداد نمونه ممکن برای این منظور ایجاد شود. در این راستا تعداد ۱۱۲۴ پرسشنامه‌ی تکمیل شده در این قسمت، جمع‌آوری شد و در جهت ارائه الگو داده‌کاوی مورد نظر از آن بهره گرفته شده است.

۳-۶ روش نمونه گیری

در این پژوهش حجم جامعه نامحدود است و جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شده است (رابطه ۳-۱). هنگامی که جامعه مورد بررسی بسیار وسیع باشد، انتخاب نمونه امری مشکل به نظر می‌آید، از این رو چون در این پژوهش حجم جامعه بسیار گسترده و نامحدود است و می‌خواهیم مدلی جامع از «ابعاد برتر و تأثیرگذار بر رضایت عمومی از عملکرد خدمات بهداشتی-درمانی» مورد بررسی قرار بگیرد، لذا نمونه‌گیری به روش‌های دیگر به دقت و هزینه زیادی نیاز دارد و نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده به طور قابل ملاحظه‌ای مقرون به صرفه خواهد بود.

$$n = \frac{z^2 p(1 - q)}{d^2} \quad \text{رابطه (۳-۱)}$$

۳-۷ روش و ابزار گردآوری داده‌ها

برای جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های مورد نیاز پژوهش از روش‌های مختلفی می‌توان استفاده نمود که انتخاب آن به نوع و هدف هر پژوهش بستگی دارد. در پژوهش پیش رو از دو روش

کتابخانه‌ای و میدانی جهت گردآوری اطلاعات استفاده شده است، به این صورت که ابتدا با استفاده از روش کتابخانه‌ای و با مراجعه به کتب مربوطه، پایان‌نامه‌ها، مقالات و نشریات و کتابخانه‌های دانشگاه، جستجو در پایگاه‌های اطلاع‌رسانی علمی و موتورهای جستجوگر، جهت تکمیل ادبیات مطالعه، بررسی مباحث مرتبط، دستیابی به آخرین دستاوردهای مطالعات انجام شده در این حوزه و پالایش اولیه ابعاد و شاخص‌های مورد نیاز تحقیق اقدام گردید.

سپس با استفاده از روش میدانی به جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز پرداخته شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ای محقق ساخته و دو بخشی بود که ابعاد آن مطابق با اهداف پژوهش و با استفاده از منابع موجود، مقالات علمی در این حوزه و نظر کارشناسان و اساتید و مشاوران علمی استخراج گردید. در بخش اول پرسشنامه مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها شامل جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، نوع شغل، میزان درآمد، محل سکونت (از منظر اقامت شهری و روستایی)، وضعیت بومی و غیربومی، نام مرکز درمانی و تجربه بیمار در استفاده از خدمات بهداشتی مورد سؤال واقع شد. در بخش دوم پرسشنامه به منظور سنجش میزان رضایت دریافت‌کنندگان خدمات از عملکرد سیستم بهداشت-درمان، چهار بعد کیفیت، دسترسی، هزینه و مهارت پزشکان و کارکنان مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدا ۱۱ سؤال در مورد کیفیت ارائه خدمات و سپس ۴ سؤال در بعد دسترسی، ۶ سؤال در بعد هزینه و ۵ سؤال در بعد توانایی و مهارت پزشکان و پرسنل مطرح شد. سؤالات به گونه‌ای طراحی گشت که شامل پنج گزینه کاملاً راضی (۵ امتیاز)، راضی (۴ امتیاز)، نظری ندارم (۳ امتیاز)، ناراضی هستم (۲ امتیاز) و کاملاً ناراضی (۱ امتیاز) بود. جدول ۳-۱ ابعاد و تعداد سوالات هر بعد در این پرسشنامه را نشان می‌دهد.

جدول ۳-۱ ابعاد پرسشنامه و تعداد سوالات مربوط به هر بعد

شماره سوالات	تعداد سوالات	ابعاد پرسشنامه
۱-۱۱	۱۱	رضایت از کیفیت
۱۲-۱۵	۴	رضایت از دسترسی
۱۶-۲۱	۶	رضایت از هزینه
۲۲-۲۶	۵	رضایت از قابلیت‌ها و توانایی کارکنان و پزشکان

ملاحظات اخلاقی: پرسشنامه توسط پژوهشگر به صورت حضوری در مراکز مذکور توزیع گردید. همچنین برای انجام این مطالعه و جهت جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز اقدامات لازم به منظور هماهنگی با واحدهای مورد پژوهش و اخذ مجوز از مدیریت این بیمارستان‌ها انجام شد. سپس

توضیحات لازم و کامل در مورد اهداف و چگونگی انجام پژوهش مورد نظر برای هر یک از شرکت‌کنندگان در این مطالعه ارائه گردید تا در صورت تمایل در مطالعه حاضر شرکت نمایند.

۳-۸ رویی و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها

روایی^{۲۸} ابزار که به آن اعتبار ابزار نیز می‌گویند به این نکته اشاره دارد که ابزار اندازه‌گیری پژوهش تا چه میزان می‌تواند خصیصه و ویژگی مورد نظر ما را اندازه بگیرد؟ (سرمد و همکاران، ۱۳۸۷). در این پژوهش روایی ابزار (پرسشنامه محقق ساخته) با استفاده از چهار روش روایی محتوا، روایی سازه، روایی واگرا و روایی همگرا استفاده شده است.

روایی محتوا^{۲۹}: در این پژوهش پس از طراحی و تدوین پرسشنامه جهت ارزیابی و بررسی اعتبار محتوایی آن از نظرات و دیدگاه اساتید راهنما، مشاوران و خبرگان حوزه بهداشت و درمان استفاده شد و مورد تأیید آن‌ها قرار گرفت.

روایی سازه^{۳۰}: در این پژوهش از اعتبار عاملی که از طریق تحلیل عاملی به دست می‌آید نیز برای تعیین روایی پرسشنامه استفاده شده است. با استفاده از تحلیل عاملی مشخص می‌شود آیا پرسشنامه طراحی شده شاخص‌های مورد نظر پژوهشگر را اندازه‌گیری می‌کند یا خیر؟ و دقت آن در این اندازه‌گیری به چه میزان است؟

روایی واگرا^{۳۱}: روایی واگرا دو موضوع را مورد پوشش قرار می‌دهد که این دو مورد عبارتند از: (۱) مقایسه میزان همبستگی بین پرسش‌های یک شاخص با خود آن شاخص در برابر همبستگی همان پرسش‌ها با شاخص‌های دیگر.

(۲) مقایسه همبستگی یک شاخص با پرسش‌های آن در برابر همبستگی آن شاخص با سایر شاخص‌ها. روایی همگرا^{۳۲}: در روایی همگرا به ارزیابی همبستگی هر شاخص با پرسش‌های آن شاخص پرداخته می‌شود، به این معنا که هر پرسش فقط شاخص خود را اندازه‌گیری نماید و ترکیب آن‌ها به گونه‌ای باشد که تمام شاخص‌ها به خوبی از هم تفکیک شوند. مقادیر AVE^{33} به منظور بررسی روایی همگرایی پژوهش مورد استفاده واقع می‌شوند.

28. Validity

29. Content Validity

30. Construct Validity

31. Discriminant Validity

32. Convergent Validity

33. Average Variance Extracted

پایایی^{۳۴} ابزار که از آن با عنوان اعتمادپذیری نیز نام برده می‌شود عبارت است از میزان ثبات و پایداری آن ابزار در اندازه‌گیری هرآنچه اندازه می‌گیرد، به بیان دیگر یعنی اگر یک وسیله اندازه‌گیری در شرایط یکسان و در زمان یا مکان دیگر مورد استفاده قرار گیرد تا چه اندازه نتایج یکسانی از آن حاصل می‌شود (سرمد و همکاران، ۱۳۸۷). در این پژوهش جهت ارزیابی پایایی ابزار مورد استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی استفاده شده است.

آلفای کرونباخ^{۳۵}: این معیار سنجش مناسب برای ارزیابی پایداری درونی ابزار مورد نظر می‌باشد. پایداری درونی نشان دهنده میزان همبستگی هر عامل و گویه‌های مرتبط به آن است. مقدار قابل تأیید برای این معیار مقادیر بالاتر از ۰/۷ می‌باشد.

پایایی ترکیبی^{۳۶}: روش پایایی ترکیبی روش مدرن‌تری نسبت به آلفای کرونباخ است و در این روش پایایی عامل‌ها با توجه به همبستگی عامل‌ها با یکدیگر محاسبه می‌گردد. مقادیر قابل قبول برای این معیار نیز مقادیر بالاتر از ۰/۷ مورد تأیید است.

۳-۹ ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها

پژوهش حاضر به دنبال توسعه مدلی جامع و در برگیرنده همه متغیرهای مؤثر جهت سنجش رضایت‌مندی با استفاده از معادلات ساختاری و ارائه دسته‌بندی جامعه دریافت‌کنندگان خدمات درمانی بر اساس شاخص رضایت مبتنی بر مشخصات دموگرافیک با به کارگیری رویکرد داده‌کاوی است. در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارائه مدل مورد نظر از نرم‌افزار smart PLS و جهت اجرای رویکرد داده‌کاوی از نرم‌افزار SPSS modeler 18 بهره گرفته شده است.

smart PLS نرم‌افزاری بسیار کاربردی در زمینه مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد مبتنی بر واریانس می‌باشد. این نرم‌افزار در سال ۲۰۰۵ توسط رینگل و همکاران وی در دانشگاه هامبورگ آلمان طراحی شده است. این نرم‌افزار قابلیت پردازش داده‌های خام را دارا می‌باشد.

SPSS modeler نیز یکی از پرکاربردترین ابزارهای داده‌کاوی می‌باشد که به وسیله‌ی آن می‌توان محاسبات پیچیده و تحلیل‌های آماری را به صورت متمرکز انجام داد.

³⁴ . Reliability

³⁵ . Cronbach Alpha

³⁶ . Composite Reliability

۳-۱۰ جمع‌بندی

در این فصل به بررسی چگونگی روش انجام پژوهش و تشریح مفاهیم مربوط به روش پژوهش اقدام گردید. همچنین توضیحاتی در خصوص جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری شرح داده شد. سپس به معرفی روش و ابزار گردآوری اطلاعات پرداخته شده است. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه بود که در این بخش به ابعاد پرسشنامه و تعداد سؤالات مربوط به هر بعد و روش‌های بررسی روایی و پایایی پرسشنامه نیز اشاره شد. در نهایت نیز ابزار و تکنیک‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها و نرم‌افزارهای مورد استفاده در انجام پژوهش مختصراً تشریح گردید.

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

بدیهی است که پس از استخراج ابعاد و منابع مربوطه و به کارگیری ابزار گردآوری داده‌ها و جمع‌آوری داده‌های مورد نظر می‌بایست مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها آغاز گردد. از این رو در ادامه فرآیند پژوهش، پژوهشگر به بررسی آزمون فرضیات پژوهش و تحلیل نتایج حاصل از روش‌های مذکور در بخش‌های قبل اقدام می‌نماید. همانطور که در فصول قبل ذکر گردید هدف اصلی این پژوهش طراحی مدلی جامع جهت سنجش رضایت‌مندی عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان می‌باشد، که به این منظور از مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS22 و smart PLS3 استفاده شده است. در این راستا خروجی‌های حاصل از اجرای هر مرحله از فرآیند تحلیل داده‌ها آورده شده و مورد بحث و بررسی قرار گرفته است و در انتها مدلی جامع جهت به کارگیری در حوزه رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان ارائه می‌گردد. در ادامه نیز جهت ارائه مدلی برای دسته‌بندی دریافت‌کنندگان خدمات بر اساس شاخص رضایت‌مندی مبتنی بر ویژگی‌های دموگرافیک با استفاده از الگوریتم داده‌کاوی از نرم‌افزار SPSS modeler18 استفاده شده است و خروجی‌های حاصل از آن مورد تجزیه و تحلیل واقع شده است.

۴-۲ تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این بخش به ارائه گزارش‌های مرتبط به پیاده‌سازی و اجرای روش‌های تجزیه و تحلیلی که پیش‌تر بیان شد پرداخته شده است و داده‌های حاصل از مراحل قبل با رویکرد توصیفی و تحلیلی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه استفاده شده است که در ابتدا گزینه‌های پاسخ هر یک از سوالات پرسشنامه را که بر اساس طیف لیکرت^{۳۷} ۵ نقطه‌ای طراحی شده‌اند به صورت کاملاً ناراضی=۱، ناراضی=۲، نظری ندارم=۳، راضی=۴، کاملاً راضی=۵، کدگذاری می‌کنیم.

³⁷ . Likert scale

۱-۲-۴ آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

در این پژوهش نخست با استفاده از آمار توصیفی به بررسی متغیرهای جمعیت شناختی جهت ارائه‌نمایی کلی از ویژگی‌ها و صفات نمونه مورد مطالعه پرداخته شده است. اجرای روش آمار توصیفی به بررسی و شناخت شرایط موجود و توصیف منظم و سیستماتیک وضعیت فعلی می‌پردازد. به کارگیری روش آمار توصیفی علاوه بر جنبه بنیادی، جنبه کاربردی نیز دارد که بر این اساس از نتایج آن در تصمیم‌گیری‌ها و هدف‌گذاری‌ها و عملیات برنامه‌ریزی استفاده می‌شود (سیدزاده، ۱۳۹۶). به این منظور در ادامه‌ی این بخش توأمان به آماده‌سازی متغیرهای جمعیت شناختی جهت ورود داده‌ها به نرم‌افزارهای مربوطه و شرح آمار توصیفی هر کدام از این متغیرها اقدام گردیده. آماده‌سازی متغیرهای جمعیت شناختی از طریق دسته‌بندی و کدگذاری آن‌ها صورت گرفته است. در جداول ۴-۱ تا ۴-۹ کدگذاری‌ها و آمار توصیفی مربوط به هر کدام از متغیرهای جمعیت شناختی نشان داده شده است.

جدول ۴-۱. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر جنسیت

کد	درصد	تعداد	جنسیت
۱	46.6%	205	زن
۲	53.4%	179	مرد

جدول ۴-۲. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر سن

کد	درصد	تعداد	سن
1	14.8%	57	18_25
۲	35.4%	136	26_35
3	22.7%	87	36_45
4	18.5%	71	46_55
5	8.6%	33	56_65

جدول ۴-۳. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر میزان تحصیلات

میزان تحصیلات	تعداد	درصد	کد
زیر دیپلم	56	14.6%	۱
دیپلم	113	29.4%	۲
فوق دیپلم	69	18%	۳
لیسانس	91	23.7%	۴
فوق لیسانس	43	11.2%	۵
دکتری و بالاتر	12	3.1%	۶

جدول ۴-۴. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	تعداد	درصد	کد
مجرد	87	22.7%	۱
متأهل	268	69.8%	۲
موارد دیگر	29	7.6%	۳

جدول ۴-۵. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر شغل

شغل	تعداد	درصد	کد
خانه‌دار	98	25.5%	۱
کارگر	21	5.5%	۲
محصل/دانشجو	44	11.5%	۳
کارمند دولتی	74	19.3%	۴
آزاد	103	26.8%	۵
بازنشسته	33	8.6%	۶
بیکار	11	2.9%	۷

جدول ۴-۶. کدگذاری و نتایج توصیفی متغیر درآمد

درآمد	تعداد	درصد	کد
خیلی خوب	10	2.6%	۱
خوب	109	28.1%	۲
متوسط	195	50.8%	۳
بد	62	16.1%	۴
خیلی بد	8	2.1%	۵

جدول ۴-۷. کدگذاری و نتایج توصیفی وضعیت بومی

وضعیت بومی	تعداد	درصد	کد
بومی	309	80.5%	۱
غیر بومی	75	19.5%	۲

جدول ۴-۸. کدگذاری و نتایج توصیفی محل اقامت

محل اقامت	تعداد	درصد	کد
شهری	344	89.6%	۱
روستایی	40	10.4%	۲

جدول ۴-۹. کدگذاری و نتایج توصیفی تجربه/علت مراجعه بیمار

تجربه/علت مراجعه	تعداد	درصد	کد
خدمات اورژانسی	165	43%	بلی=۱ خیر=۲
بستری سرپایی	89	23.2%	بلی=۱ خیر=۲
بستری	250	65.1%	بلی=۱ خیر=۲
درمانگاه	82	21.4%	بلی=۱ خیر=۲
پاراکلینیک	222	57.8%	بلی=۱ خیر=۲

۴-۲-۲ کدگذاری و آماده‌سازی متغیرهای پژوهش

پیش از شروع عملیات تجزیه و تحلیل و بررسی متغیرهای پژوهش، ابتدا به آماده‌سازی و کدگذاری متغیرها اقدام شده است به این صورت که در جدول زیر برای هر یک از متغیرها یک کد معرفی شده است.

جدول ۴-۱۰. کدگذاری متغیرهای پژوهش

کد	شماره سوال	متغیرهای مشهود (گویه‌ها)	متغیرهای پنهان
Q_1	۱	رضایت از نحوه برخورد و رفتار کارکنان و پزشکان	رضایت از کیفیت
Q_2	۲	رضایت از ارائه آموزش‌های لازم و برگزاری کلاس‌های آموزشی	
Q_3	۳	رضایت از زمان انتظار و رعایت نوبت در واحدهای مختلف	
Q_4	۴	رضایت از بهداشت و نظافت	
Q_5	۵	رضایت از تسهیلات و امکانات رفاهی	
Q_6	۶	رضایت از سرعت پاسخگویی و هماهنگی بین کادر پزشکی و پرستاری	
Q_7	۷	رضایت از رعایت حریم شخصی	
Q_8	۸	رضایت از آرامش کافی در محیط و بخش‌ها	
Q_9	۹	رضایت از نحوه و سرعت انجام امور پذیرش، بستری و ترخیص	
Q_10	۱۰	رضایت از محوطه و فضای درمان (ساختمان) و نصب علائم راهنما	
Q_11	۱۱	رضایت از تجهیزات پزشکی به روز و داروهای مورد نیاز	
A_1	1	رضایت از سرعت دسترسی و دریافت خدمات مانند بستری و عمل جراحی	رضایت از دسترسی
A_2	2	رضایت از وجود مرکز درمانی در نزدیکی محل سکونت	
A_3	3	رضایت از امکان گرفتن وقت ملاقات با پزشک مورد نظر برای مراقبت‌های منظم به محض نیاز	
A_4	4	رضایت از سهولت در دسترسی به بخش اورژانس و مراقبت‌های ویژه در صورت وضعیت اضطراری	
C_1	1	رضایت از مراجعه به پزشک در صورت وجود علائم خفیف بدون ترس از بار مالی آن	رضایت از هزینه
C_2	2	رضایت از پاسخگویی اقتصادی خانواده به هزینه‌های پزشکی در صورت مواجه شدن با بیماری	
C_3	3	رضایت از پوشش بیمه تکمیلی درمان به عنوان جبران‌کننده هزینه‌های پزشکی	
C_4	4	رضایت از متعارف بودن هزینه‌های دریافتی از طرف بیمارستان	
C_5	5	رضایت از هزینه‌های تحمیل شده در طی فرآیند درمان	
C_6	6	رضایت از کلیه هزینه‌های درمانی	
S_1	۱	رضایت از سرعت و عملکرد پرسنل هنگام کار با تجهیزات و دستگاه‌ها	رضایت از قابلیت و مهارت کارکنان و پزشکان
S_2	۲	رضایت از سرعت و دقت کارکنان در انجام امور مالی و اداری	
S_3	۳	رضایت از عملکرد و مهارت پزشک در تشخیص و بهبود بیماری	
S_4	۴	رضایت از مهارت و سرعت عمل پرستاران	
S_5	۵	رضایت کلی از مهارت و دانش و عملکرد کارکنان در انجام کارها و مسئولیت‌های آن‌ها	

۳-۲-۴ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

اکنون با توجه به پاسخ‌های دریافت شده به وسیله ابزار پرسشنامه بر اساس طیف پنج نقطه‌ای لیکرت (که به صوت کاملاً ناراضی=۱، ناراضی=۲، نظری ندارم=۳، راضی=۴، کاملاً راضی=۵، امتیازبندی شده‌اند)، می‌بایست داده‌های کیفی را به اعداد تبدیل کرده، سپس جهت ارزیابی توصیفی داده‌ها، معیارهای مرکزی و معیارهای پراکندگی را مورد بررسی قرار داد. از آنجا که هر بعد برآیند چند گویه پرسشنامه است در این قسمت میانگین امتیازات سوالات را که به شیوه مذکور امتیازبندی شده‌اند، محاسبه می‌کنیم. تحلیل و ارزیابی توصیفی داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۲ انجام گردیده است. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۴-۱۱ آمده است. این آماره‌ها شامل تعداد پاسخ‌دهنده‌گان، بیشترین و کمترین مقدار، میانگین^{۳۸}، انحراف معیار^{۳۹}، ضریب چولگی^{۴۰} و ضریب کشیدگی^{۴۱} می‌باشند. ضریب چولگی و ضریب کشیدگی دو معیار مهم توزیع داده‌ها هستند که بررسی این دو معیار تا حدودی نرمال بودن و یا نبودن توزیع داده‌ها را نشان می‌دهند.

با توجه به انتخاب طیف لیکرت پنج نقطه‌ای برای گزینه‌های پاسخ در پژوهش حاضر، در صورتی که مقدار میانگین محاسبه شده برای هر متغیر کمتر از ۳ باشد بیانگر این است که جامعه مورد مطالعه در آن شاخص دارای وضعیت نامطلوبی می‌باشد. اما متغیرهایی که میانگین بیشتر از ۳ داشته باشند را می‌توان دارای وضعیت مطلوب دانست. نتایج حاصل از بررسی نظرات و پاسخ‌ها نشان می‌دهد ارزیابی پاسخ‌دهندگان از متغیرهای پژوهش همگی در وضعیتی نزدیک به حد متوسط قرار دارد، زیرا تمامی مقادیر مربوط به میانگین پاسخ‌ها در جدول ۴-۱۱ با اختلافی اندک نسبت به حد متوسط (یعنی مقدار ۳) گزارش شده است. همچنین بیشترین و کمترین مقدار میانگین نیز با اختلاف بسیار کمی به ترتیب مربوط به متغیرهای رضایت از هزینه‌های تحمیل شده در طی فرآیند درمان و رضایت از مهارت و سرعت عمل پرستاران می‌باشد.

همچنین طبق جدول زیر ضرایب چولگی و کشیدگی محاسبه شده برای تمام متغیرهای پژوهش در بازه‌ی (۲ و -۲) است که این نشان از توزیع نرمال متغیرهای پژوهش دارد.

38 . Mean

39 . Std. Deviation

40 . Skewness

41 . Kurtosis

جدول ۴-۱۱. خروجی spss برای شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

	N	Min	Max	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Q_1	384	1	5	3.71	.850	-.956	.125	.566	.248
Q_2	384	1	5	3.49	.782	-.798	.125	.056	.248
Q_3	384	1	5	3.73	.919	-.986	.125	.432	.248
Q_4	384	1	5	3.56	1.002	-.502	.125	-.765	.248
Q_5	384	1	5	3.58	.781	-.568	.125	-.012	.248
Q_6	384	2	5	3.71	.888	-.806	.125	-.125	.248
Q_7	384	1	5	3.77	.698	-.484	.125	.647	.248
Q_8	384	1	5	3.77	.859	-.943	.125	.397	.248
Q_9	384	1	5	3.46	.971	-.853	.125	-.343	.248
Q_10	384	1	5	3.57	.999	-.677	.125	-.310	.248
Q_11	384	1	5	3.39	1.032	-.443	.125	-1.031	.248
A_1	384	1	5	3.49	1.072	-.594	.125	-.734	.248
A_2	384	1	5	3.71	.784	-.875	.125	.558	.248
A_3	384	1	5	3.54	.757	-.923	.125	.033	.248
A_4	384	1	5	3.52	.983	-.533	.125	-.361	.248
C_1	384	1	5	3.62	.962	-.672	.125	-.075	.248
C_2	384	1	5	3.57	.888	-.655	.125	.175	.248
C_3	384	1	5	3.68	.884	-.670	.125	.237	.248
C_4	384	1	5	3.71	.829	-.359	.125	-.195	.248
C_5	384	1	5	3.86	.773	-.530	.125	.349	.248
C_6	384	1	5	3.75	.825	-.428	.125	-.092	.248
S_1	384	1	5	3.42	.977	-.421	.125	-1.011	.248
S_2	384	2	5	3.77	.658	-.547	.125	.630	.248
S_3	384	1	5	3.67	.886	-.847	.125	.044	.248
S_4	384	1	4	3.28	.922	-.707	.125	-1.157	.248
S_5	384	1	5	3.36	.883	-.494	.125	-.889	.248
Valid N (listwise)	384								

۳-۴ یافته‌های استنباطی پژوهش

۱-۳-۴ بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

پس از بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از شاخص‌های کشیدگی و چولگی، در ادامه برای حصول اطمینان از نرمال بودن داده‌ها، از آزمون شاپیرو-ویلک^{۴۲} یا کولموگروف-اسمیرنوف^{۴۳} استفاده گردیده است. در این آزمون فرضیه‌های آماری به صورت زیر تعریف می‌شوند.

فرضیه صفر: توزیع داده‌های مربوط به هر یک از متغیرها نرمال است.

فرضیه یک: توزیع داده‌های مربوط به هر یک از متغیرها نرمال نیست.

جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از این آزمون، فرض صفر را که در تعریف فرضیه‌های آماری فوق بیان شده است در سطح خطای پنج درصد (یا یک درصد) تست می‌نماییم. در این صورت اگر سطح معناداری آزمون بزرگتر مساوی پنج درصد (یا یک درصد) بدست آید، فرض صفر مورد تأیید است و دلیلی برای رد آن وجود نخواهد داشت و داده‌ها نرمال خواهد بود. نتایج این آزمون در جدول ۴-۱۲ زیر آورده شده است.

جدول زیر نمایانگر خروجی نرم‌افزار SPSS برای دو آزمون شاپیرو ویلک و کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها می‌باشد، که به ما دو مقدار سطح معناداری برای هر کدام از متغیرها را به طور مجزا نشان می‌دهد. این مقادیر در تشخیص نرمال بودن داده‌ها بسیار تعیین‌کننده است. با توجه به سطح معناداری در دو آزمون شاپیرو ویلک و کولموگروف اسمیرنوف که نتایج آن در ستون sig آمده است مقادیر مربوطه برای کلیه متغیرها بیشتر از ۰,۰۵ می‌باشد و فرض صفر تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر این موضوع نشان می‌دهد همه‌ی متغیرهای پژوهش نرمال هستند.

⁴² . Shapiro-Wilk

⁴³ . kolmogorov-Smirnov test

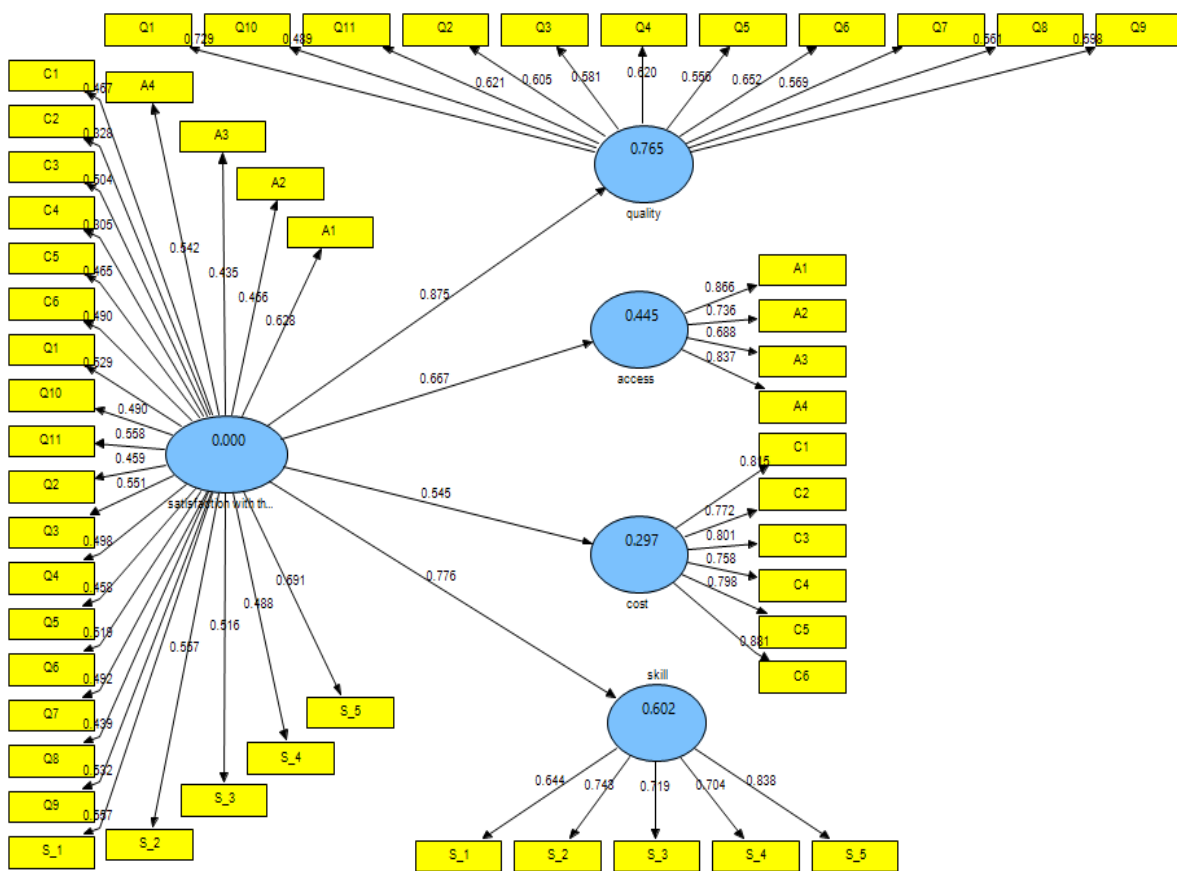
جدول ۴-۱۲: خروجی **spss** برای آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Q_1	.377	384	.000	.770	384	.000
Q_2	.341	384	.000	.790	384	.000
Q_3	.380	384	.000	.766	384	.000
Q_4	.318	384	.000	.832	384	.000
Q_5	.324	384	.000	.824	384	.000
Q_6	.375	384	.000	.763	384	.000
Q_7	.331	384	.000	.811	384	.000
Q_8	.384	384	.000	.754	384	.000
Q_9	.378	384	.000	.762	384	.000
Q_10	.326	384	.000	.836	384	.000
Q_11	.334	384	.000	.808	384	.000
A_1	.338	384	.000	.819	384	.000
A_2	.372	384	.000	.774	384	.000
A_3	.373	384	.000	.747	384	.000
A_4	.288	384	.000	.868	384	.000
C_1	.308	384	.000	.852	384	.000
C_2	.304	384	.000	.851	384	.000
C_3	.308	384	.000	.849	384	.000
C_4	.277	384	.000	.863	384	.000
C_5	.305	384	.000	.836	384	.000
C_6	.287	384	.000	.857	384	.000
S_1	.327	384	.000	.810	384	.000
S_2	.358	384	.000	.781	384	.000
S_3	.374	384	.000	.774	384	.000
S_4	.371	384	.000	.702	384	.000
S_5	.321	384	.000	.806	384	.000

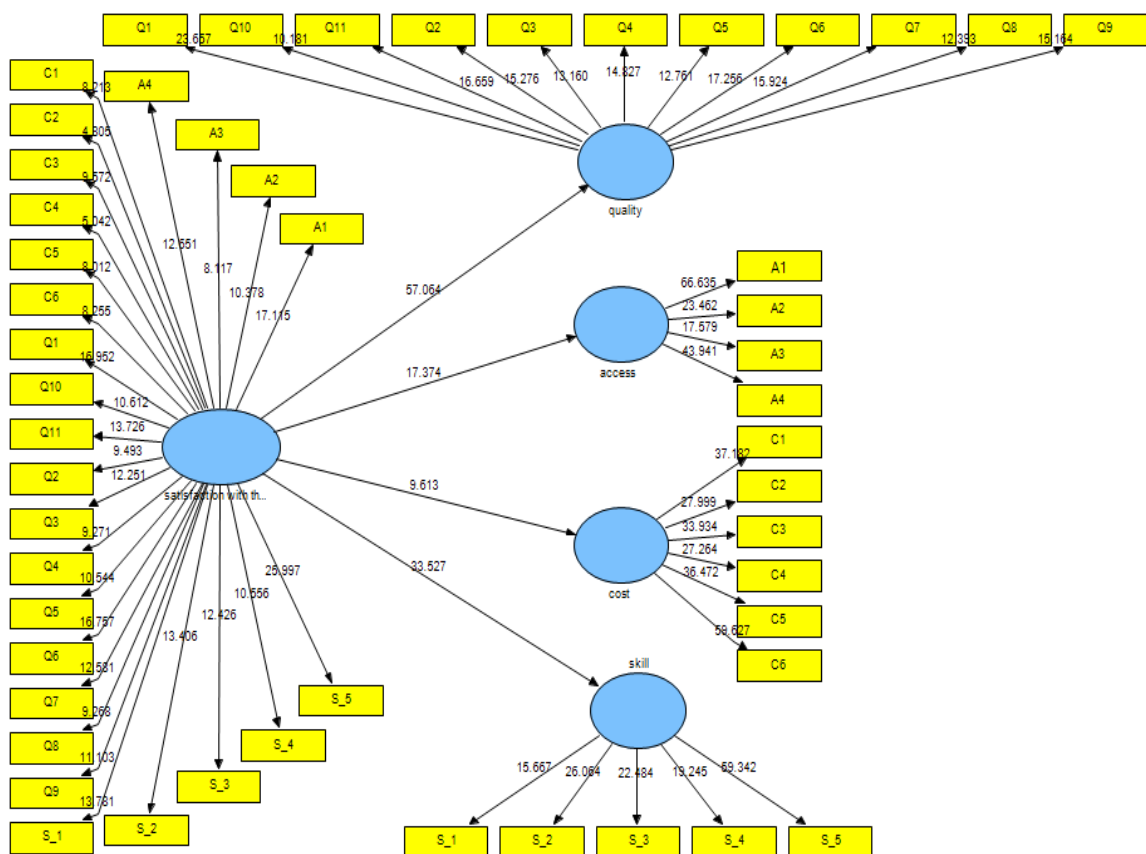
۴-۳-۲ تحلیل عاملی تأییدی و مدل ساختاری

در پژوهش حاضر به منظور سنجش اعتبار مدل و ارزیابی روابط بین اجزاء مدل مفهومی از رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری بهره گرفته شده است و تحلیل و بررسی عوامل تشکیل دهنده هر یک از سازه‌های پنهان با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی انجام شده است. زیرا پیش از هرگونه تحلیل

ابتدا باید بررسی نمود آیا ابزار اندازه‌گیری مورد نظر می‌تواند خصیصه مد نظر محقق را بسنجد یا خیر؟ و دقت آن در اندازه‌گیری موضوع مورد نظر به چه میزان است؟ نمودار ۱-۴ و ۲-۴ مدل گرافیکی را که بر اساس مدل مفهومی پیشنهادی پژوهش طراحی گردیده است در دو مفهوم ضرایب استاندارد و ضرایب معناداری نشان می‌دهند. این نمودارها با استفاده از نرم‌افزار SMART PLS^۳ طراحی و سنجیده شده‌اند.



نمودار ۱-۴. مدل ساختاری پژوهش همراه با ضرایب استاندارد



نمودار ۲-۴. مدل ساختاری پژوهش همراه با ضرایب معناداری

۳-۳-۴ تفسیر نمودارها

برای ارزیابی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری با استفاده از نرم‌افزار SMART PLS نمودارهای فوق استخراج گردیده است که در این نمودارها اعداد در دو مفهوم ضرایب استاندارد (نمودار ۱-۴) و ضرایب معناداری (نمودار ۲-۴) تحت عناوین بارهای عاملی^{۴۴}، ضرایب مسیر^{۴۵} و آماره t^{۴۶} آورده شده است.

در نمودار ۱-۴ بارهای عاملی بیانگر روابط بین سازه‌های پنهان (ابعاد) و سازه‌های مشهود (سؤالات) می‌باشند. لازم به ذکر است سازه‌های پنهان همان متغیرهای پنهان یا ابعاد اصلی مساله و سازه‌های قابل مشاهده نیز همان گویه‌ها یا سوالات پرسشنامه هستند. همچنین ضرایب مسیر نمایانگر اثر و

⁴⁴ . Factor Loadings

⁴⁵ . Path Coefficient

⁴⁶ . t-values

روابط علی بین سازه‌های پنهان هستند. ضریب مسیر اثر مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر را مشخص می‌نماید.

در نمودار ۲-۴ اعداد روی خطوط مربوط به ضرایب مسیر و خطوط مربوط به بارهای عاملی، مقادیر t -value هستند. مقدار مناسب و مورد قبول برای ضرایب بارهای عاملی $0/4$ می‌باشد و عدد معناداری برای هر یک از پارامترهای مدل در سطح خطای $0/05$ مقادیر بالاتر از $1/96$ مورد قبول است. مقدار آماره t در واقع ملاک اصلی تأیید یا رد فرضیات است.

۴-۳-۴ برازش مدل اندازه‌گیری

یک مدل اندازه‌گیری بخشی از مدل کلی است که در برگیرنده یک متغیر (بعد) به همراه گویه‌های مربوط به آن متغیر (بعد) است. در مدل اندازه‌گیری متغیرهای پنهان مشخص می‌شوند. در مدل مربوط به پژوهش همان طور که در نمودارهای ۱-۴ و ۲-۴ نمایش داده شده است، چهار مدل اندازه‌گیری مربوط به چهار بعد پژوهش وجود دارد.

ضرایب بارهای عاملی

بارهای عاملی از طریق محاسبه‌ی مقدار همبستگی سوالات یک متغیر با آن متغیر محاسبه می‌شوند. جداول ۱۳-۴ تا ۱۶-۴ ضرایب بارهای عاملی هریک از گویه‌های مربوط به چهار بعد اصلی و ضرایب معناداری آن‌ها (آماره t) را به صورت مجزا نشان می‌دهد.

جدول ۱۳-۴. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای گویه‌های پرسشنامه در بعد رضایت از کیفیت

متغیر پنهان	متغیر مشهود	بار عاملی	ضریب معناداری
رضایت از کیفیت	رضایت از نحوه برخورد و رفتار کارکنان و پزشکان	0/729	24/461
	رضایت از ارائه آموزش‌های لازم و برگزاری کلاس‌های آموزشی	0/605	14/937
	رضایت از زمان انتظار و رعایت نوبت در واحدهای مختلف	0/581	14/636
	رضایت از بهداشت و نظافت	0/620	16/872
	رضایت از تسهیلات و امکانات رفاهی	0/556	14/423
	رضایت از سرعت پاسخگویی و هماهنگی بین کادر پزشکی و پرستاری	0/652	17/271

15/453	0/569	رضایت از رعایت حریم شخصی
12/180	0/561	رضایت از آرامش کافی در محیط و بخش‌ها
13/588	0/598	رضایت از سرعت و نحوه انجام امور پذیرش، بستری و ترخیص
10/327	0/489	رضایت از محوطه و فضای درمان (ساختمان) و نصب علائم راهنما
15/392	0/621	رضایت از تجهیزات پزشکی به روز و داروهای مورد نیاز

بعد رضایت از کیفیت شامل ۱۱ گویه می‌باشد. همان طور که در جدول ۴-۱۳ آمده است عدد معناداری برای هر یک از گویه‌ها در بعد رضایت از کیفیت بیشتر از $1/96$ است. بنابراین بین سازه‌های مشهود (گویه‌های بعد کیفیت) و سازه‌ی پنهان «رضایت از کیفیت» هماهنگی و ارتباط لازم وجود دارد. لذا می‌توان نتیجه گرفت در بعد رضایت از کیفیت همه‌ی پارامترها (گویه‌ها) معنادار هستند.

جدول ۴-۱۴. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای گویه‌های پرسشنامه در بعد رضایت از دسترسی

متغیر پنهان	متغیر مشهود	بار عاملی	ضریب معناداری
رضایت از دسترسی	رضایت از سرعت دسترسی و دریافت خدمات، مانند بستری و عمل جراحی	0/866	65/518
	رضایت از وجود مرکز درمانی در نزدیکی محل سکونت	0/736	23/018
	رضایت از امکان گرفتن وقت ملاقات با پزشک مورد نظر برای مراقبت‌های منظم به محض نیاز	0/688	16/305
	رضایت از سهولت در دسترسی به بخش اورژانس و مراقبت‌های ویژه در صورت وضعیت اضطراری	0/837	41/526

متغیر رضایت از دسترسی شامل ۴ گویه می‌باشد. در جدول ۴-۱۴ نیز عدد معناداری برای هر یک از گویه‌ها در بعد رضایت از دسترسی آورده شده است که بیشتر از $1/96$ است. بنابراین بین سازه‌های مشهود یا همان گویه‌ها و سازه پنهان «رضایت از دسترسی» هماهنگی و ارتباط لازم وجود دارد و می‌توان نتیجه گرفت در بعد رضایت از دسترسی همه‌ی پارامترها معنادار هستند.

جدول ۴-۱۵. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای گویه‌های پرسشنامه در بعد رضایت از هزینه

متغیر پنهان	متغیر مشهود	بار عاملی	ضریب معناداری
رضایت از هزینه	رضایت از مراجعه به پزشک در صورت وجود علائم خفیف بدون ترس از بار مالی آن	0/815	38/116
	رضایت از پاسخگویی اقتصاد خانواده به هزینه‌های پزشکی در صورت مواجه شدن با بیماری	0/772	29/845
	رضایت از پوشش بیمه تکمیلی درمان به عنوان جبران‌کننده هزینه‌های پزشکی	0/801	31/636
	رضایت از متعارف بودن هزینه‌های دریافتی از طرف بیمارستان	0/758	26/215
	رضایت از هزینه‌های تحمیل شده در طی فرآیند درمان	0/798	32/394
	رضایت از کل هزینه‌های درمانی	0/881	62/486

متغیر رضایت از هزینه دارای ۶ گویه می‌باشد که مقدار عدد معناداری برای هر یک از این گویه‌ها همانطور که در جدول ۴-۱۵ مشاهده می‌شود بیشتر از 1/96 است. بنابراین بین سازه‌های مشهود یا همان گویه‌ها و سازه‌ی پنهان «رضایت از هزینه» هماهنگی و ارتباط لازم وجود دارد. لذا می‌توان نتیجه گرفت در بعد رضایت از هزینه همه‌ی پارامترها معنادار هستند.

جدول ۴-۱۶. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای گویه‌های پرسشنامه در بعد رضایت از هزینه

متغیر پنهان	متغیر مشهود	بار عاملی	ضریب معناداری
رضایت از قابلیت و مهارت کارکنان و پزشکان	رضایت از سرعت و عملکرد پرسنل هنگام کار با تجهیزات و دستگاه‌ها	0/644	16/316
	رضایت از سرعت و دقت کارکنان در انجام امور مالی و اداری	0/743	25/533
	رضایت از عملکرد و مهارت پزشک در تشخیص و بهبود بیماری	0/719	18/308
	رضایت از مهارت و سرعت عمل پرستاران	0/704	20/369
	رضایت کلی از مهارت و دانش و عملکرد کارکنان در انجام کارها و مسئولیت‌های آنها	0/838	55/193

متغیر رضایت از قابلیت‌ها و مهارت کارکنان و پزشکان دارای ۵ گویه می‌باشد. عدد معناداری برای هر کدام از این گویه‌ها در جدول ۴-۱۶ آورده شده است و همانطور که مشاهده می‌گردد این مقادیر بیشتر از 1/96 است. بنابراین بین سازه‌های مشهود یا همان گویه‌ها و سازه پنهان «رضایت از

قابلیت‌ها و مهارت کارکنان و پزشکان» هماهنگی و ارتباط لازم وجود دارد و می‌توان نتیجه گرفت در بعد مذکور همه‌ی پارامترها معنادار هستند.

همچنین در نهایت می‌توان اظهار نمود که با توجه به بارهای عاملی محاسبه شده در مدل برای هرکدام از گویه‌ها و مقدار مناسب برای این ضرایب که مقادیر بیشتر و مساوی 0/4 می‌باشد، روایی سازه ابزار مورد استفاده در پژوهش تأیید می‌گردد.

پایایی ابزار

در این پژوهش برای بررسی پایایی از آزمون آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی استفاده شده است که در این قسمت به محاسبه و بررسی این دو مفهوم پرداخته شده است.

آلفای کرونباخ

این روش جهت بررسی پایداری درونی ابزار اندازه‌گیری پژوهش (پرسشنامه) استفاده می‌شود. پایایی درونی نشان دهنده میزان همبستگی بین عامل با سؤالات مربوط به آن است. هرچه مقادیر واریانس تبیین شده بین عامل و سؤالات مربوط به آن در برابر خطای اندازه‌گیری مربوط به هر سؤال بالاتر باشد، پایداری درونی آن نیز بالاتر خواهد بود. به این ترتیب برای سنجش قابلیت اعتماد پرسشنامه، آزمون آلفای کرونباخ با استفاده از نرم‌افزار SPSS محاسبه شده است و نتایج حاصل در جدول ۴-۱۷ زیر آورده شده است. مقادیر آلفای کرونباخ بیشتر از 0/7 نشان دهنده پایایی مورد قبول برای ابزار مورد نظر است. همانطور که در جدول زیر مشاهده می‌شود این مقادیر برای ابعاد پژوهش بالاتر از 0/7 است. لذا ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر از پایایی قابل قبولی برخوردار است.

جدول ۴-۱۷. مقادیر آلفای کرونباخ برای متغیرهای پژوهش

آلفای کرونباخ	ابعاد پژوهش
0/818	رضایت از کیفیت
0/791	رضایت از دسترسی
0/890	رضایت از هزینه
0/772	رضایت از قابلیت‌ها و مهارت کارکنان و پزشکان
0/885	رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان

پایایی ترکیبی

در مدل های مسیر (PLS) برای بررسی پایایی عامل ها معیاری به نام پایایی ترکیبی یا ρ دیلون-گلدشتاین به کار می رود. این شاخص در مقایسه با آلفای کرونباخ معیار بهتر و مدرن تری برای سنجش پایایی هر عامل و تک بعدی بودن یک بلوک محسوب می شود. این معیار بارهای متفاوت عامل ها را در نظر می گیرد. در صورتی که مقدار پایایی ترکیبی برای هر عامل بالاتر از 0/7 شود نشان دهنده اعتبار ترکیبی قابل قبول است. نتایج مربوط به بررسی پایایی ترکیبی ابعاد پژوهش در جدول ۴-۱۸ گزارش شده است که این مقدار برای هر کدام از ابعاد مدل بالاتر از 0/7 می باشد. لذا این مقادیر نمایانگر پایایی مناسب مدل هستند.

جدول ۴-۱۸. مقادیر پایایی ترکیبی (CR) برای متغیرهای پژوهش

پایایی ترکیبی	ابعاد پژوهش
0/860437	رضایت از کیفیت
0/864584	رضایت از دسترسی
0/916919	رضایت از هزینه
0/851553	رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان
0/900477	رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان

روایی همگرا

روایی همگرا به بررسی میزان همبستگی هر عامل با سؤالات آن عامل می پردازد. به بیان دیگر هر عامل می بایست بیشترین واریانس مشترک را با سؤالات خود نسبت به اشتراک آن با عوامل دیگر در یک مدل معین داشته باشد. معیار AVE که نمایانگر میانگین واریانس اشتراکی بین هر عامل و سؤالات خود می باشد، برای بررسی روایی همگرا ابزار پژوهش مورد استفاده قرار می گیرد. نتایج مرتبط به محاسبه AVE در جدول ۴-۱۹ آورده شده است. برای روایی همگرا مدل باید روابط زیر برقرار باشد :

$$CR > 0.7$$

$$AVE > 0.5$$

$$CR > AVE$$

جدول ۴-۱۹. مقادیر AVE برای متغیرهای پژوهش

AVE	ابعاد پژوهش
0/661339	رضایت از کیفیت
0/616848	رضایت از دسترسی
0/648362	رضایت از هزینه
0/536174	رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان
0/633332	رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان

با توجه به جدول فوق، روابط تعریف شده برای روایی همگرا و همچنین مقادیر مجاز برای معیار AVE طبق روش فورنر و لاکر^{۴۷} که مقادیر برابر یا بیشتر از ۰/۵ می‌باشند، می‌توان روایی همگرای ابزار پژوهش را تأیید نمود.

روایی واگرا

روایی واگرا دو ملاک را مورد ارزیابی قرار می‌دهد:

(۱) بررسی بار تقاطعی گویه‌های پرسشنامه : در این مرحله به بررسی و مقایسه میزان همبستگی بین گویه‌های یک بعد با خود آن بعد با میزان همبستگی مابین گویه‌ها با ابعاد دیگر پرداخته می‌شود.

(۲) بررسی همبستگی بین متغیرهای پنهان (ابعاد مدل) : در این قسمت به بررسی و مقایسه میزان همبستگی یک بعد با گویه‌هایش در برابر میزان همبستگی آن بعد با ابعاد دیگر پرداخته می‌شود.

از این رو نتایج مرتبط به بررسی ملاک اول در جدول ۴-۲۰ آورده شده است. مقادیر داخل این جدول نشان‌دهنده میزان همبستگی گویه‌های پرسشنامه با چهار بعد مدل پژوهش هستند.

⁴⁷ . Fornell-Larcker

جدول ۴-۲۰. بررسی روایی و اگر پژوهش (میزان همبستگی بین گویه‌ها و ابعاد)

رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان	رضایت از هزینه	رضایت از دسترسی	رضایت از کیفیت	ابعاد پژوهش گویه‌ها
0.499328	0.212262	0.212163	0.729180	Q_1
0.377384	0.111169	0.052000	0.605109	Q_2
0.414117	0.240006	0.261071	0.581017	Q_3
0.436971	0.048025	0.173416	0.619530	Q_4
0.397029	0.036747	0.195625	0.556330	Q_5
0.402711	0.224611	0.423363	0.652049	Q_6
0.266668	0.201190	0.279865	0.569287	Q_7
0.209726	0.104180	0.270018	0.560541	Q_8
0.337131	0.108676	0.399441	0.598122	Q_9
0.443277	0.154266	0.257183	0.489309	Q_10
0.452261	0.071229	0.354634	0.620751	Q_11
0.341165	0.255427	0.866430	0.460793	A_1
0.210192	0.232268	0.736273	0.295086	A_2
0.226416	0.171311	0.688065	0.281438	A_3
0.281907	0.269599	0.837354	0.328771	A_4
0.207324	0.814656	0.288090	0.187227	C_1
0.094715	0.771732	0.121761	0.087882	C_2
0.220741	0.801346	0.205105	0.305876	C_3
0.033836	0.757861	0.155218	0.071091	C_4
0.166147	0.798429	0.309255	0.207385	C_۵
0.179419	0.881443	0.303894	0.204039	C_۶
0.643626	0.197373	0.190755	0.512753	S_1
0.742508	0.166496	0.335137	0.387566	S_2
0.719228	0.100689	0.351688	0.348730	S_3
0.703693	0.020901	0.125274	0.470094	S_4
0.838346	0.215052	0.251939	0.617591	S_۵

جدول فوق نشان می‌دهد که گویه‌های مرتبط به هر بعد در مدل، با خود آن بعد همبستگی بیشتری دارند تا با ابعاد دیگر مدل پژوهش.

سپس برای بررسی ملاک دوم ابتدا ماتریس زیر از نرم‌افزار استخراج گردیده است. این ماتریس نشان دهنده همبستگی ابعاد مدل پژوهش می‌باشد.

جدول ۴-۲۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

ابعاد پژوهش	رضایت از دسترسی	رضایت از هزینه	رضایت از کیفیت	رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان	رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان
رضایت از دسترسی	1/000000				
رضایت از هزینه	0/298274	1/000000			
رضایت از کیفیت	0/443515	0/235791	1/000000		
رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان	0/667126	0/544848	0/774524	1/000000	
رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان	0/343511	0/200144	0/647458	0/725763	1/000000

بر اساس روش فورنر و لارکر برای بررسی روایی واگرا می‌بایست ماتریسی مشابه ماتریس فوق تشکیل گردد با این تفاوت که در قطر اصلی آن مقدار جذر AVE مربوط به هر بعد قرار داده شود. بنابراین ماتریس روش مذکور جهت بررسی روایی واگرا ابزار در جدول ۴-۲۲ تشکیل شده است.

جدول ۴-۲۲. بررسی روایی واگرا پژوهش

ابعاد پژوهش	رضایت از دسترسی	رضایت از هزینه	رضایت از کیفیت	رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان	رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان
رضایت از دسترسی	0/785396				
رضایت از هزینه	0/298274	0/805209			
رضایت از کیفیت	0/443515	0/235791	0/813227		
رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان	0/667126	0/544848	0/774524	0/795821	
رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان	0/343511	0/200144	0/647458	0/725763	0/732239

همانطور که در جدول ۴-۲۲ مشاهده می‌گردد، مقدار جذر AVE برای هر متغیر از مقدار همبستگی بین دو متغیر بیشتر است. بر این اساس روایی واگرا مدل نیز تأیید می‌گردد.

۴-۳-۵ برآزش مدل ساختاری پژوهش

با توجه به نمودارهای مسیر a و b و تحلیل روابط روایی و پایایی مدل مفهومی پژوهش، اعتبار سنجی مدل‌های اندازه‌گیری مورد تأیید واقع شده است. در این قسمت پس از بررسی مدل‌های اندازه‌گیری به برآزش مدل ساختاری پژوهش پرداخته شده است. در بخش مدل ساختاری متغیرهای پنهان و روابط بین آن‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرند.

اعداد معناداری (آماره t)

جهت ارزیابی مدل عاملی تأییدی پژوهش از چندین معیار استفاده می‌گردد که ابتدایی‌ترین و اساسی‌ترین معیار جهت سنجش رابطه بین عوامل در مدل، مقادیر t-values یا همان اعداد معناداری t می‌باشد. این مقادیر به منظور ارزیابی و سنجش معنادار بودن ضرایب مسیر و نشان دادن صحت رابطه‌ی بین عوامل و در نتیجه تأیید فرضیه‌های پژوهش در نظر گرفته می‌شود. از این رو جدول ۴-۲۳ با توجه به نمودار ۴-۲ تکمیل گردیده است.

جدول ۴-۲۳. بررسی روابط درون مدل ساختاری

وضعیت	آماره t	ضریب مسیر	بررسی روابط درون مدل ساختاری
تأیید	56/302	0/875	رضایت از کیفیت - رضایت از عملکرد سیستم بهداشت و درمان
تأیید	17/223	0/667	رضایت از دسترسی - رضایت از عملکرد سیستم بهداشت و درمان
تأیید	9/398	0/545	رضایت از هزینه - رضایت از عملکرد سیستم بهداشت و درمان
تأیید	32/367	0/776	رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان - رضایت از عملکرد سیستم بهداشت و درمان

با توجه به جدول فوق که در آن مقادیر t-values برای تمامی رابطه‌های نشان داده شده است، تمامی پارامترهای مدل در سطح اطمینان 95 درصد معنادار هستند زیرا مقادیر معناداری ضرایب مسیر برای تمامی مسیرهای مدل بیشتر از 1/96 گزارش شده است.

معيار R^2 (R Squares)

R^2 يا همان ضريب تعيين در واقع نشان از تأثير يك متغير برونزا يا مستقل بر يك متغير درونزا يا وابسته دارد و توانايي پيش بيني متغير وابسته توسط متغيرهاي مستقل را بررسي مي كند. به عبارت ديگر اين معيار نشان مي دهد چند درصد از تغييرات متغير وابسته، توسط متغيرهاي مستقل تبیین می شود. ضريب تعيين جهت متصل کردن بخش اندازه گیری و بخش ساختاری مدل به کار می رود. معيار R^2 مربوط به متغيرهاي پنهان وابسته مدل است و برای متغيرهاي مستقل برابر با صفر است. برای اين معيار مقادير بيشتر از 0/670 قوی، بيشتر از 0/333 متوسط و کمتر از 0/197 ضعيف در نظر گرفته می شود. جدول ۴-۲۴ زیر مقادير R^2 را برای متغيرهاي وابسته پژوهش حاضر نشان می دهد.

جدول ۴-۲۴. مقادير R^2 (R Squares)

R Squares	متغيرهاي پژوهش (ابعاد)
0/764792	رضایت از کیفیت
0/445057	رضایت از دسترسي
0/296860	رضایت از هزینه
0/601809	رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان

با توجه به جدول ۴-۲۴ مقادير R^2 برای تمامی متغيرهاي وابسته مدل پژوهش در حد متوسط و قوی قرار دارند که بر این اساس مناسب بودن برازش مدل ساختاری تأیید می گردد.

معيار Q^2

معيار Q^2 قدرت پيش بيني مدل را تعيين می كند. بر اساس اين معيار مدلهایی که دارای برازش مدل عاملی تاییدی قابل قبول هستند، باید قابلیت پيش بيني سؤالات مربوط به متغيرهاي وابسته مدل را داشته باشند. بدین معنی که اگر در يك مدل، روابط بین متغيرها به درستی تعريف شده باشند، متغيرها قادر خواهند بود تا تأثير کافی بر سؤالات یکدیگر گذاشته و از این راه فرضیه ها به درستی تأیید شوند. برای معيار Q^2 مقادير 0/02، 0/15 و 0/32 به ترتیب به عنوان قدرت پيش بيني ضعيف، متوسط و قوی در نظر گرفته می شود.

SSO = مجموع مجذورات مشاهدات برای هر بلوک متغير پنهان

SSE = مجموع مجذورات خطاهای پيش بيني برای هر بلوک متغير پنهان

$1 - SSE/SSO$ = شاخص اعتبار اشتراک

جدول ۴-۲۵. مقادیر Q^2

1- SSE/SSO	SSE	SSO	ابعاد پژوهش
0/233419	3238/036400	4224/000000	رضایت از کیفیت
0/371419	965/501112	1536/000000	رضایت از دسترسی
0/505503	1139/320633	2304/000000	رضایت از هزینه
0/309840	1325/106716	1920/000000	رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان

توجه

با

به اینکه اگر شاخص واری اعتبار اشتراک متغیرهای پنهان مثبت باشد مدل ساختاری کیفیت مناسبی دارد و همانطور که در جدول ۴-۲۵ نشان داده شده است مدل پژوهش حاضر بر اساس این معیار یعنی مثبت بودن مقادیر، مناسب است. این معیار برای همه متغیرهای وابسته مدل در حد متوسط و قوی می‌باشد بر این اساس برازش مناسب مدل ساختاری بار دیگر تأیید می‌شود.

۴-۳-۶ برازش مدل کلی پژوهش

معیار GOF^{48}

مدل کلی متشکل از هر دو بخش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری می‌باشد و با تأیید برازش آن، بررسی برازش در یک مدل کامل می‌شود. مهم‌ترین شاخص برازش مدل در تکنیک حداقل مجذورات جزئی معیار GOF می‌باشد که مربوط به بخش کلی مدل‌های ساختاری است. از این معیار می‌توان برای بررسی اعتبار یا کیفیت مدل PLS به صورت کلی استفاده کرد به این صورت که محقق می‌تواند توسط این معیار، پس از ارزیابی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری پژوهش خود برازش بخش کلی مدل را نیز بررسی و کنترل نماید.

این معیار با استفاده از میانگین هندسی معیار R^2 و میانگین مقادیر اشتراک هر عامل درون‌زا در مدل (Communality) قابل محاسبه است که طبق رابطه (۴-۱) محاسبه می‌گردد. برای معیار GOF سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵، ۰/۳۶ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی در نظر گرفته شده است.

⁴⁸ . Goodness Of Fit

رابطه (۴-۱)

$$GOF = \sqrt{R^2 * Communality}$$

جدول ۴-۲۶. بررسی معیار GOF

Communality	R Squares	ابعاد پژوهش
0/661339	0/764792	رضایت از کیفیت
0/616848	0/445057	رضایت از دسترسی
0/648362	0/296860	رضایت از هزینه
0/536174	0/601809	رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان
0/615680	0/527129	میانگین

$$GOF = \sqrt{0/527129 * 0/615680} = 0/569$$

با توجه به مقادیر تعریف شده برای این معیار و مقدار محاسبه شده GOF در فرمول بالا که برابر با ۰/۵۶۹ می‌باشد، برازش مناسب مدل تأیید می‌گردد.

۴-۴ بررسی فرضیات پژوهش

با توجه به تجزیه و تحلیل خروجی‌های به دست آمده از مدل پیشنهادی پژوهش در ادامه به بررسی تفصیلی هرکدام از فرضیه‌های پژوهش پرداخته شده است. در سطح معناداری ۰/۰۵ مقدار آماره t برای هرکدام از فرضیات مدل می‌بایست بالاتر از ۱/۹۶ باشد تا فرضیه مورد نظر مورد تأیید قرار گیرد. همانطور که پیش‌تر مشاهده شد و در این قسمت نیز تشریح گردیده است مقدار آماره t برای تمام فرضیات مدل بالاتر از ۱/۹۶ گزارش شده است، بنابراین در سطح معناداری ۰/۰۵ فرضیات مدل مورد تأیید قرار گرفته‌اند.

فرضیه اول: متغیر «رضایت از کیفیت خدمات بهداشت-درمان» متغیر مرتبه بالاتر «رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان» را تبیین می‌کند.
فرض صفر: رضایت از کیفیت خدمات بهداشت-درمان بر رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان تأثیر معنادار ندارد.

فرض یک: رضایت از کیفیت خدمات بهداشت-درمان بر رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان تأثیر معنادار دارد.

ضریب مسیر استاندارد بین رضایت از کیفیت خدمات بهداشت-درمان و رضایت از عملکرد سیستم بهداشت و درمان 0/875 است. ($\beta=0.875$ $\rho=0.00$)، و مقدار ضریب معناداری (آماره t) 56/302 است. با توجه به اینکه مقدار آماره t بیشتر از 1/96 می‌باشد فرضیه یک تأیید می‌شود و می‌توان ابراز کرد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد رضایت از کیفیت خدمات بهداشت-درمان بر رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان اثر معنادار و مثبت دارد.

فرضیه دوم: متغیر «رضایت از دسترسی به خدمات بهداشت-درمان» متغیر مرتبه بالاتر «رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان» را تبیین می‌کند.

فرض صفر: رضایت از دسترسی به خدمات بهداشت-درمان بر رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان تأثیر معنادار ندارد.

فرض یک: رضایت از دسترسی به خدمات بهداشت-درمان بر رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان تأثیر معنادار دارد.

ضریب مسیر استاندارد بین رضایت از دسترسی به خدمات بهداشت-درمان و رضایت از عملکرد سیستم بهداشت و درمان ۰/۶۶۷ است. ($\beta=0/667$ $\rho=0.00$)، و مقدار ضریب معناداری (آماره t) ۱۷/۲۲۳ است. با توجه به اینکه مقدار آماره t بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد فرضیه یک تأیید می‌شود و می‌توان ابراز کرد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد رضایت از دسترسی به خدمات بهداشت-درمان بر رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان اثر معنادار و مثبت دارد.

فرضیه سوم: متغیر «رضایت از هزینه خدمات بهداشت-درمان» متغیر مرتبه بالاتر «رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان» را تبیین می‌کند.

فرض صفر: رضایت از هزینه خدمات بهداشت-درمان بر رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان تأثیر معنادار ندارد.

فرض یک: رضایت از هزینه خدمات بهداشت-درمان بر رضایت‌مندی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان تأثیر معنادار دارد.

ضریب مسیر استاندارد بین رضایت از هزینه خدمات بهداشت-درمان و رضایت از عملکرد سیستم بهداشت و درمان ۰/۵۴۵ است. ($\beta=0/545$ $\rho=0.00$)، و مقدار ضریب معناداری (آماره t) ۹/۳۹۸

است. با توجه به اینکه مقدار آماره t بیشتر از $1/96$ می باشد فرضیه یک تأیید می شود و می توان ابراز کرد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد رضایت از هزینه خدمات بهداشت-درمان بر رضایت مندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان اثر معنادار و مثبت دارد.

فرضیه چهارم: متغیر «رضایت از قابلیت ها و مهارت های کارکنان و پزشکان» متغیر مرتبه بالاتر «رضایت مندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان» را تبیین می کند.

فرض صفر: رضایت از قابلیت ها و مهارت های کارکنان و پزشکان بر رضایت مندی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان تأثیر معنادار ندارد.

فرض یک: رضایت از قابلیت ها و مهارت های کارکنان و پزشکان بر رضایت مندی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان تأثیر معنادار دارد.

ضریب مسیر استاندارد بین رضایت از قابلیت و مهارت کارکنان و پزشکان و رضایت از عملکرد سیستم بهداشت و درمان $0/776$ است ($\beta=0/776$ $\rho=0.00$)، و مقدار ضریب معناداری (آماره t) $32/367$ است. با توجه به اینکه مقدار آماره t بیشتر از $1/96$ می باشد فرضیه یک تأیید می شود و می توان ابراز کرد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد رضایت از قابلیت و مهارت پرسنل و پزشکان بر رضایت مندی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان اثر معنادار و مثبت دارد.

۴-۵ دسته بندی مراجعہ کنندگان

همانطور که بیان گردید، از جمله اهداف پژوهش حاضر، ارائه یک دسته بندی برای جامعه دریافت کنندگان مراقبت ها و خدمات بهداشتی-درمانی بر اساس مشخصات دموگرافیک و سطح رضایت مندی آنها است. با توجه به مشخصات جمعیت شناختی هر دسته از دریافت کنندگان خدمات ممکن است سطح متفاوتی از رضایت مندی را در مقابل دریافت خدمات یکسان کسب نمایند. بر این اساس جهت بررسی رابطه مابین ویژگی های دریافت کنندگان خدمت با سطح رضایت مندی آنها و دسته بندی مشتریان بر اساس شاخص رضایت مبتنی بر مشخصات دموگرافیک و تحلیل ویژگی های مشتریان و سطح رضایت مندی کسب شده در هر دسته از ابزار داده کاوی استفاده شده است. جهت دستیابی به سطح مطلوب از اعتبار مدل و تخصیص اندازه مناسب برای جامعه آموزش و پیش بینی، اندازه نمونه پژوهش برای پیاده سازی الگوریتم داده کاوی برابر با ۱۱۲۴ نفر تعیین شده است.

همچنین جهت ساخت و به کارگیری مدل، داده‌ها برای آموزش (ساخت مدل)، تست و ارزیابی می‌بایست پارتیشن‌بندی شوند و دقت مدل در پارتیشن تست مورد سنجش قرار بگیرد تا پس از مدل‌سازی مناسب‌ترین دقت در تست کسب شود و میزان خطا در هنگام استفاده از مدل حداقل گردد. با توجه به اینکه در این قسمت از پژوهش، تعداد داده‌های در نظر گرفته شده به عنوان نمونه ۱۱۲۴ بوده است و این میزان نسبت به اکثریت پژوهش‌های داده‌کاوی کمتر است، درصد بیشتری از داده‌ها برای پارتیشن آموزش (جهت ساخت مدل) قرار داده شد تا مدل نسبتاً دقیقی ساخته شود. لذا درصد پارتیشن‌بندی داده‌ها برای آموزش، تست و ارزیابی مدل به ترتیب ۸۰٪، ۱۵٪ و ۵٪ است. انتخاب داده‌ها در هر پارتیشن به صورت تصادفی توسط نرم‌افزار انجام می‌شود. سپس برای تعریف متغیر هدف ابتدا میانگین میزان رضایت کسب شده در هر بعد (ابعاد مدل سنجش رضایت) برای هر فرد محاسبه شده و در ستون‌هایی به صورت زیر کدگذاری شدند.

جدول ۴-۲۷. کدگذاری متغیرهای تعریف شده برای تشکیل متغیر هدف

کد	متغیر
Maen1	میانگین رضایت کسب شده از کیفیت ^{۴۹} خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی برای هر فرد
Maen2	میانگین رضایت کسب شده از دسترسی ^{۵۰} به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی برای هر فرد
Mean3	میانگین رضایت کسب شده از هزینه ^{۵۱} از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی برای هر فرد
Maen4	میانگین رضایت کسب شده از مهارت ^{۵۲} و قابلیت‌های کارکنان و پزشکان برای هر فرد

فرمول تعریف متغیر هدف: با توجه به اینکه یکی از اهداف پژوهش، دسته‌بندی دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی بر اساس شاخص میزان رضایتمندی از ابعاد مدل سنجش رضایت (مدل ساختاری ارائه شده در پژوهش حاضر) مبنا بر مشخصات دموگرافیک مشتریان است، می‌بایست متغیری به عنوان متغیر هدف برای ورود به نرم‌افزار معرفی شود. لذا متغیر هدف به صورت زیر در نرم افزار مربوطه تعریف شده است.

$$\text{Target} = \text{'Mean1'} > 3 \text{ and 'mean2'} > 3 \text{ and 'mean3'} > 3 \text{ and 'mean4'} > 3.$$

بر اساس متغیر هدف در نظر گرفته شده، اگر میانگین نمره رضایتمندی فردی در هر یک از چهار بعد "رضایت از کیفیت، رضایت از دسترسی، رضایت از هزینه و رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان"

49 . Mean satisfaction of the quality

50 . Mean satisfaction of the accesse

51 . Mean satisfaction of the cost

52 . Mean satisfaction of the skill

طبق فرمول فوق بیشتر از مقدار ۳ باشد، می‌توان اظهار نمود که فرد از یک سطح رضایت‌مندی مناسب برخوردار است. به عبارت دیگر شرح فرمول متغیر هدف به صورت زیر است:

- میانگین رضایت‌مندی فرد از بعد کیفیت خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی بیشتر از مقدار ۳ باشد.
- میانگین رضایت‌مندی فرد از بعد دسترسی خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی بیشتر از مقدار ۳ باشد.
- میانگین رضایت‌مندی فرد از بعد هزینه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی بیشتر از مقدار ۳ باشد.
- میانگین رضایت‌مندی فرد از بعد مهارت‌ها و قابلیت‌های کارکنان و پزشکان بیشتر از مقدار ۳ باشد.

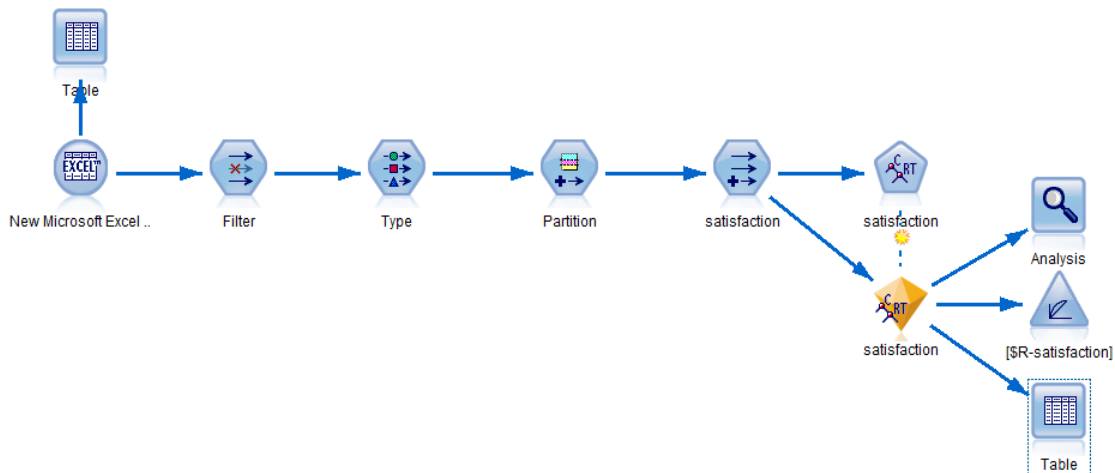
۴-۵-۱ مدل‌سازی

در این قسمت به بیان چگونگی مدل‌سازی درخت تصمیم با استفاده از نرم‌افزار SPSS Modeler و بر اساس ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و شاخص سطح رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی از چهار بعد مدل ساختاری ارائه شده در قسمت قبل پرداخته می‌شود.

۴-۵-۱-۱ مدل الگوریتم درخت C&R

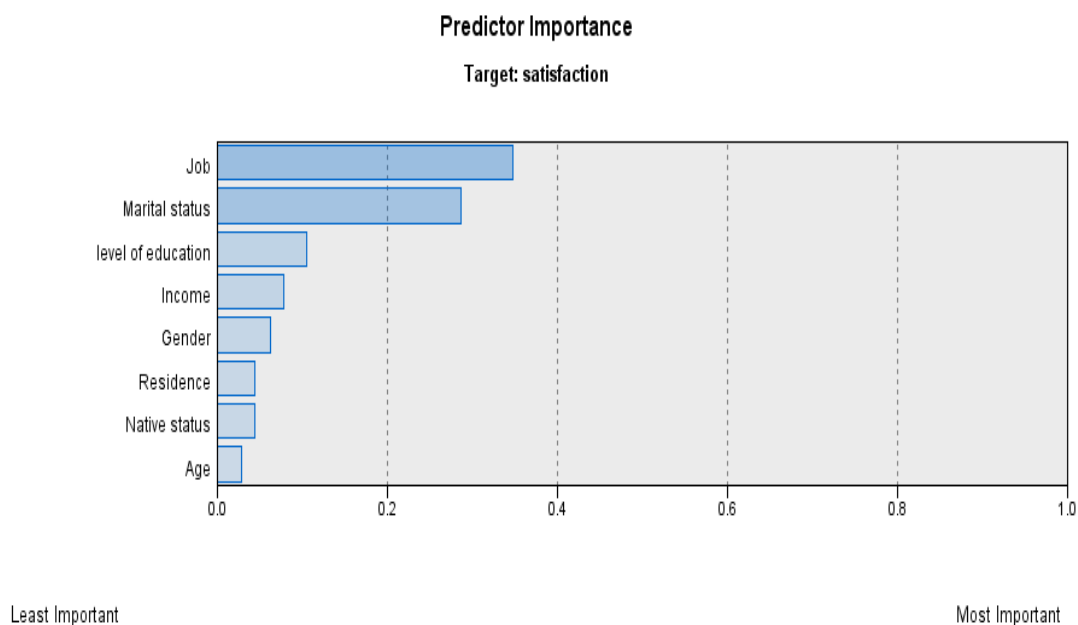
در تصویر زیر نمایی از گره‌ها در ساخت مدل مشاهده می‌شود. شکل ۴-۱ مراحل و گره‌های مورد استفاده در پردازش داده‌ها و فرآیندهای انجام شده بر روی داده‌های ورودی به منظور ساخت الگوریتم مورد نظر را نشان می‌دهد. الگوریتم درخت تصمیم به کارگرفته شده در این پژوهش از نوع $C&R^{53}$ است که در ادامه به تحلیل و بررسی نتایج و یافته‌های حاصل از آن پرداخته می‌شود.

⁵³ . Classification and Regression Tree



شکل ۴-۱. مراحل ساخت الگوریتم درخت تصمیم C&R

نمودار ۳-۴ میزان اهمیت و تأثیر هر کدام از متغیرهای ورودی در ساخت مدل را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌گردد در این نمودار دو متغیر نوع شغل افراد و وضعیت تأهل مؤثرترین فاکتورهای ورودی برای ساخت مدل بوده‌اند. دیگر متغیرهای ورودی که شامل میزان درآمد، سطح تحصیلات، جنسیت، محل اقامت (از نظر شهری و روستایی)، وضعیت بومی و سن هستند، دارای میزان اهمیت کمتری نسبت به دو متغیر اولیه بوده‌اند. متغیر سن در این نمودار کمترین اهمیت و تأثیر را در ساخت مدل داشته است.



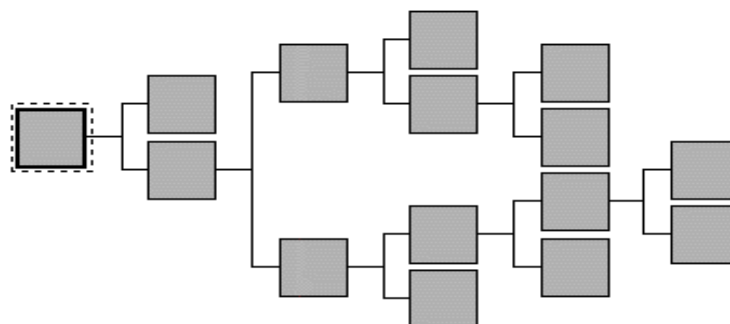
نمودار ۳-۴. نمودار اهمیت تأثیر متغیرهای ورودی در ساخت الگوریتم درخت C&R

جدول ۴-۲۸ نیز میزان ضریب اهمیت هر یک از متغیرهای ورودی برای ساخت مدل را به ترتیب از کم اهمیت‌ترین متغیر تا بااهمیت‌ترین متغیر نشان می‌دهد. طبق جدول زیر ضریب تأثیر برای متغیرهایی شامل سن، وضعیت بومی، محل اقامت، جنسیت و میزان درآمد در بازه ۰/۲۸ تا ۰/۱ قرار دارد. همچنین مطابق جدول ضریب تأثیر متغیرهای محل اقامت و وضعیت بومی مشابه و مقدار ۰/۰۴ است. متغیر سطح تحصیلات با ضریب تأثیر حدود ۰/۱، دارای اهمیت بیشتری نسبت به متغیرهای نامبرده قبلی بود. در نهایت مؤثرترین متغیرها به ترتیب با ضریب تأثیر ۰/۲۶ و ۰/۳۴ متغیرهای وضعیت تأهل و نوع شغل هستند که بالاترین اهمیت را نسبت به سایر متغیرهای ورودی داشته‌اند.

جدول ۴-۲۸. میزان اهمیت متغیرها در ساخت الگوریتم درخت C&R

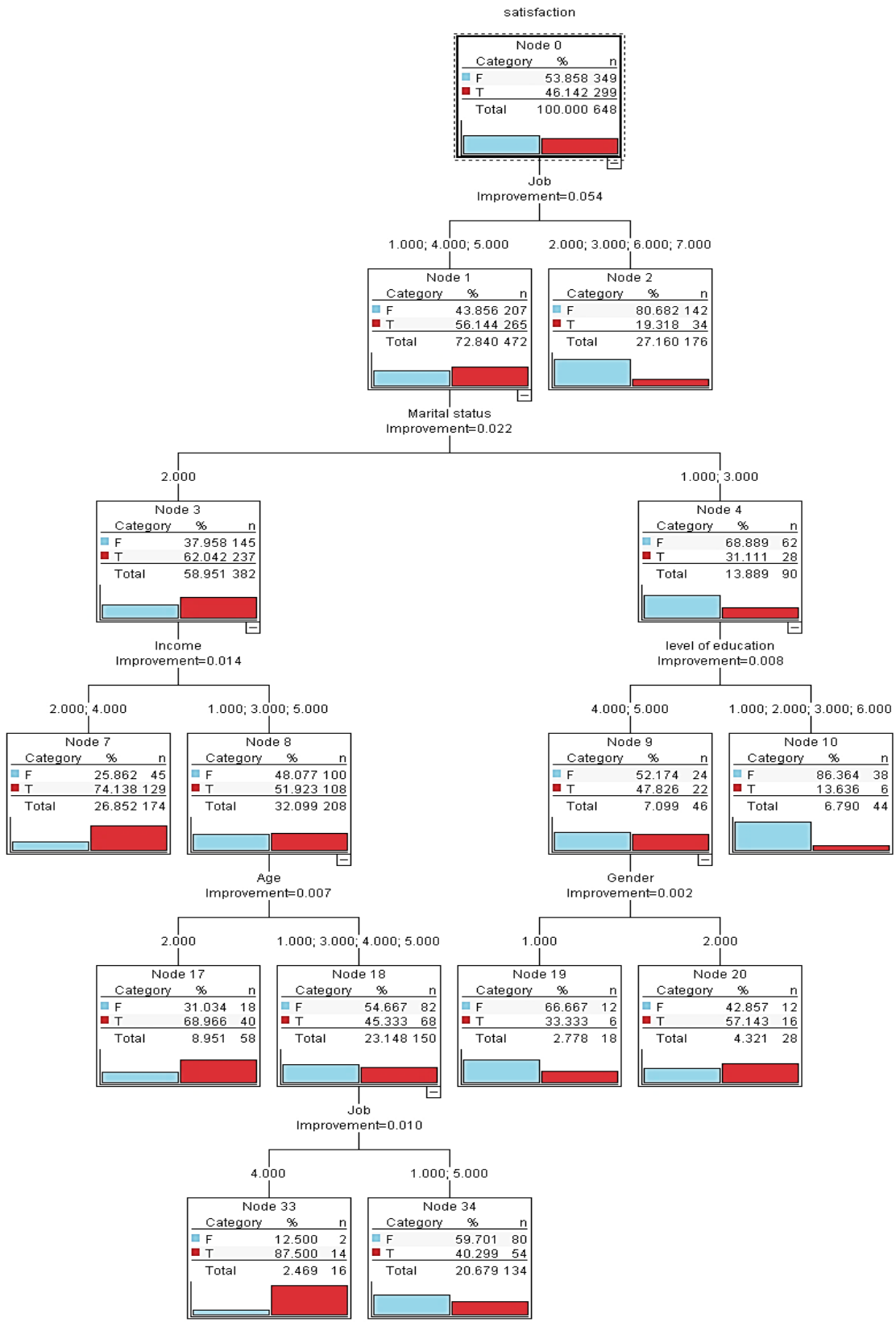
Nodes	Importance	Importance	V4	V5
Age	۰/۰۲۸۵	۰/۰۲۸۵	Age	۰/۰۲۸۵
Native status	۰/۰۴۴۹	۰/۰۴۴۹	Native status	۰/۰۴۴۹
Residence	۰/۰۴۴۹	۰/۰۴۴۹	Residence	۰/۰۴۴۹
Gender	۰/۰۶۲۹	۰/۰۶۲۹	Gender	۰/۰۶۲۹
Income	۰/۰۷۸۱	۰/۰۷۸۱	Income	۰/۰۷۸۱
level of education	۰/۱۰۵۲	۰/۱۰۵۲	level of education	۰/۱۰۵۲
Marital status	۰/۲۸۶۸	۰/۲۸۶۸	Marital status	۰/۲۸۶۸
Job	۰/۳۴۸۸	۰/۳۴۸۸	Job	۰/۳۴۸۸

نمودار ۴-۴. ساختار کلی درخت تصمیم C&R ساخته شده در نرم‌افزار SPSS Modeler را نشان می‌دهد که در آن چگونگی تقسیم‌بندی شاخه‌ها و برگ‌ها مشاهده می‌شود. نمودار... همچنین نمایشی از دوتای بودن الگوریتم درخت تصمیم C&R است، به این معنا که هر گره والد نهایتاً به دو گره فرزند تقسیم شده است.



نمودار ۴-۴. شماتیک الگوریتم درخت تصمیم C&R ساخته شده توسط نرم‌افزار SPSS Modeler

در این قسمت درخت اصلی همراه با اطلاعات کامل در خصوص متغیرهای ورودی آورده شده است. همانطور که گفته شد تعداد شاخه‌ها در این نوع درخت حداکثر دو شاخه است. اطلاعات و ارقام مرتبط به هر گره از درخت تشکیل شده توسط نرم‌افزار در نمودار ۴-۵ بطور کامل وجود دارد.



نمودار ۴-۵. الگوریتم درخت تصمیم C&R

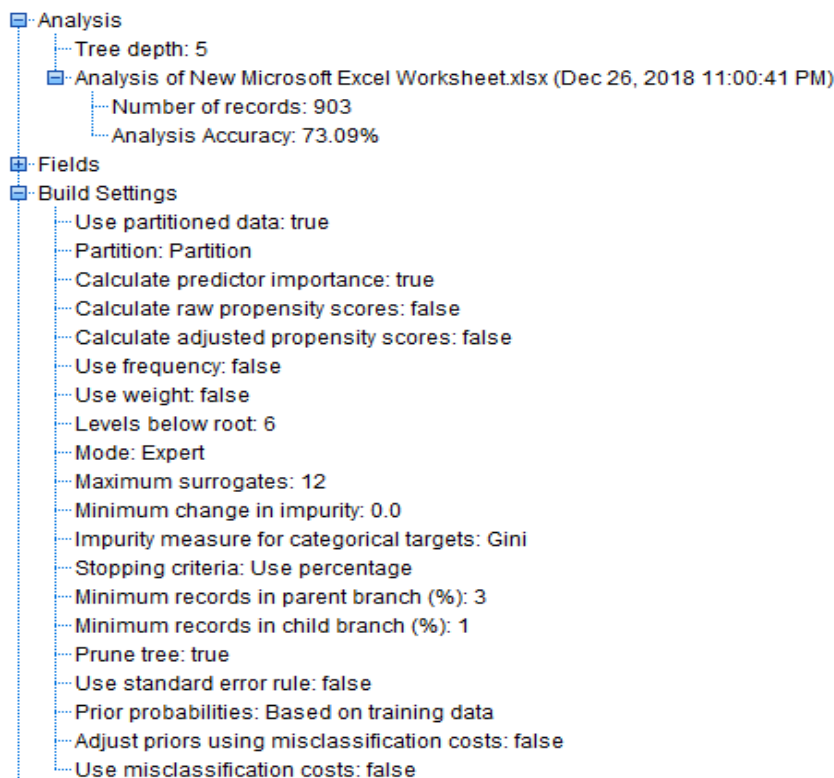
به توجه به نمودار ۴-۵، گره ریشه نشان‌دهنده درصد افرادی است که بر اساس متغیر هدف تعریف شده، از سطح رضایت‌مندی مناسب و مطلوبی برخوردار بوده‌اند و یا سطح رضایت‌مندی پایین و نامطلوبی داشته‌اند. با توجه به اطلاعات در گره ریشه درصد افرادی که از سطح رضایت‌مندی مطلوبی برخوردار بودند 46/14 درصد و افرادی که سطح رضایت‌مندی نامطلوبی داشته‌اند 53/85 درصد نمونه مورد مطالعه را شامل می‌شوند.

در درخت تصمیم ساخته شده (نمودار ۴-۵) اولین متغیری که جهت دسته‌بندی مشتریان بر اساس شاخص رضایت و مبتنی بر مشخصات دموگرافیک، به ازای آن انشعاب ایجاد شده است و سپس گره‌های فرزند تشکیل شده است متغیر نوع شغل افراد است. طبق این الگوریتم شغل‌هایی با کد ۱، ۴ و ۵ که شامل خانه‌داری، شغل آزاد و کارمند می‌شوند در یک شاخه قرار گرفته‌اند که ۵۶/۱۴ درصد آن‌ها دارای سطح مطلوب رضایت در هر چهار بعد مدل سنجش رضایت بوده و ۴۳/۸۵ درصد از آن‌ها دارای رضایت‌مندی نامطلوبی بوده‌اند. همچنین شغل‌هایی با کد ۲، ۳، ۶ و ۷ که شامل کارگر، محصل/ دانشجو، بازنشسته و بیکار نیز در یک شاخه قرار گرفته‌اند که ۱۹/۳۸ درصد از آن‌ها از سطح رضایت‌مندی مناسب و ۸۰/۶۸ درصدشان از سطح رضایت‌مندی نامطلوب برخوردار بوده‌اند. در مرحله بعد این شاخه‌ها خود به عنوان گره پدر برای ایجاد انشعابات بعدی در نظر گرفته می‌شوند.

بر این اساس که گره‌های ایجاد شده از متغیر نوع شغل به عنوان گره‌های پدر برای ایجاد گره‌های فرزند در ادامه مسیر الگوریتم تبدیل شده‌اند، جهت ایجاد فرزندان گره پدر شامل مشاغل با کد ۱، ۴ و ۵ متغیر وضعیت تأهل به عنوان بوجود آورنده شاخه‌های بعدی انتخاب گردیده‌است. با توجه به تقسیم‌بندی ایجاد شده برای گره فرزند وضعیت تأهل، ۶۲ درصد افراد متأهل دارای مشاغلی با عناوین خانه‌دار، آزاد و کارمند دارای سطح رضایت‌مندی مناسب از چهار بعد مدل سنجش رضایت‌مندی (رضایت از کیفیت، دسترسی، هزینه و مهارت و قابلیت کارکنان و پزشکان) و حدود ۳۸ درصد از آن‌ها دارای سطح نامطلوبی از رضایت‌مندی بوده‌اند. همچنین با توجه به این تقسیم‌بندی ۳۱/۱۱ درصد افراد که از نظر تأهل در گروه‌های ۱ و ۳ شامل مجرد و غیره (مطلقه، بیوه و ...) قرار دارند و دارای مشاغلی با کد ۱، ۴ و ۵ می‌باشند، دارای سطح رضایت‌مندی مناسب و ۶۸/۸۸ درصد از آن‌ها دارای سطح رضایت نامناسبی بوده‌اند.

در ادامه این دسته‌بندی افراد متأهل بر اساس میزان درآمد تقسیم‌بندی شده‌اند. همچنین افراد در گروه‌های مجرد و موارد دیگر (شامل مطلقه، بیوه و ...) در مرحله بعد بر اساس سطح تحصیلات دسته‌بندی شده‌اند. سپس این روند در نهایت تا رسیدن به برگ‌ها ادامه می‌یابد که اطلاعات مرتبط به هر گره ایجاد شده در الگوریتم، مشابه با آنچه در فوق شرح داده شد در نمودار ۴-۵ موجود و قابل تفسیر و تحلیل می‌باشد.

شکل ۴-۲ جزئیات ساخت مدل درخت تصمیم C&R را نشان می‌دهد. با توجه به جزئیات گزارش شده عمق درخت تصمیم مورد نظر ۵ و پارتیشن‌بندی داده‌ها به شکل مناسبی انجام شده. دقت آنالیز مدل در قسمت آموزش ۷۳/۰۹ درصد و تعداد داده‌هایی که در قسمت آموزش مورد سنجش قرار گرفتند داده‌های مربوط به ۹۰۳ نفر گزارش شده‌است. حداقل درصد داده‌ها در گره پدر ۳٪ و حداقل داده‌ها در گره فرزند ۱٪ کل داده‌ها تعریف گردیده‌است.



شکل ۴-۲. جزئیات ساخت مدل درخت C&R

در جدول ۴-۲۹، دقت مدل در پارتیشن تست ۷۱/۳۴ درصد و دقت مدل در پارتیشن ارزیابی ۸۴/۲۱ درصد محاسبه شده است. تعداد داده‌هایی که در پارتیشن تست مورد بررسی قرار گرفته‌اند داده‌های مرتبط به ۱۶۴ نفر بوده است و از این تعداد برای ۱۱۷ نفر به درستی تشخیص داده شده است که از رضایتمندی مناسبی برخوردار هستند. با توجه به پیچیدگی مسئله سنجش رضایتمندی و دخیل بودن عوامل متعدد در این مسئله، اعتبار حاضر کسب‌شده برای مدل پیشنهادی از نظر شاخص دقت از مطلوبیت نسبی برخوردار است.

جدول ۴-۲۹. مقایسه دقت مدل در قسمت آموزش، تست و ارزیابی در الگوریتم درخت C&R

'Partition'	1_Training		2_Testing		3_Validation	
Correct	660	73.09%	117	71.34%	48	84.21%
Wrong	243	26.91%	47	28.66%	9	15.79%
Total	903		164		57	

جدول ۴-۳۰ ماتریس در هم ریختگی^{۵۴} یا همان ماتریس اغتشاش را نمایش می‌دهد که بر اساس آن تعداد و نوع خطاهای ایجاد شده در دسته‌بندی مشخص می‌شود. ماتریس اغتشاش چگونگی عملکرد الگوریتم دسته‌بندی را با توجه به داده‌های ورودی و به تفکیک انواع دسته‌های مسئله دسته‌بندی نشان می‌دهد. ماتریس اغتشاش ماتریس پراکنش نیز نام دارد که میزان پراکندگی توزیع دسته‌ها را از منظر درستی یا نادرستی نشان می‌دهد. با بهره‌گیری از ماتریس اغتشاش (جدول ۴-۳۰) و روابط ۴-۲ و ۴-۳ معیارهای Precision و Recall به منظور تحلیل صحت و بازخوانی مدل برای داده‌های قسمت تست محاسبه شده‌اند. مقادیر این دو معیار به ترتیب برابر ۰/۶۸ و ۰/۶۳ است که اطمینان و مفید بودن مدل را به میزان نسبتاً مطلوب تأیید می‌کند.

جدول ۴-۳۰. ماتریس در هم ریختگی درخت C&R

Coincidence Matrix for \$R\$-satisfaction (rows show actuals)

'Partition' = 1_Training		
	F	T
F	381	97
T	146	279
'Partition' = 2_Testing		
	F	T
F	71	21
T	26	46
'Partition' = 3_Validation		
	F	T
F	26	6
T	3	22

TP = تعداد رکوردهایی که دسته واقعی آن‌ها مثبت بوده است و الگوریتم دسته‌بندی نیز دسته آن‌ها را به درستی مثبت تشخیص داده است.

TN = تعداد رکوردهایی که دسته واقعی آن‌ها منفی بوده است و الگوریتم دسته‌بندی نیز دسته آن‌ها را به درستی منفی تشخیص داده است.

⁵⁴ . confusion Matrix

FP = تعداد رکوردهایی که دسته واقعی آنها منفی بوده است و الگوریتم دسته‌بندی دسته آنها را به نادرست مثبت تشخیص داده است.

FN = تعداد رکوردهایی که دسته واقعی آنها مثبت بوده است و الگوریتم دسته‌بندی دسته آنها را به نادرست منفی تشخیص داده است.

$$\text{Precision} = \frac{TP}{TP + FP} = 0/68 \quad \text{رابطه (۲-۴)}$$

$$\text{Recall} = \frac{TP}{TP + FN} = 0/63 \quad \text{رابطه (۳-۴)}$$

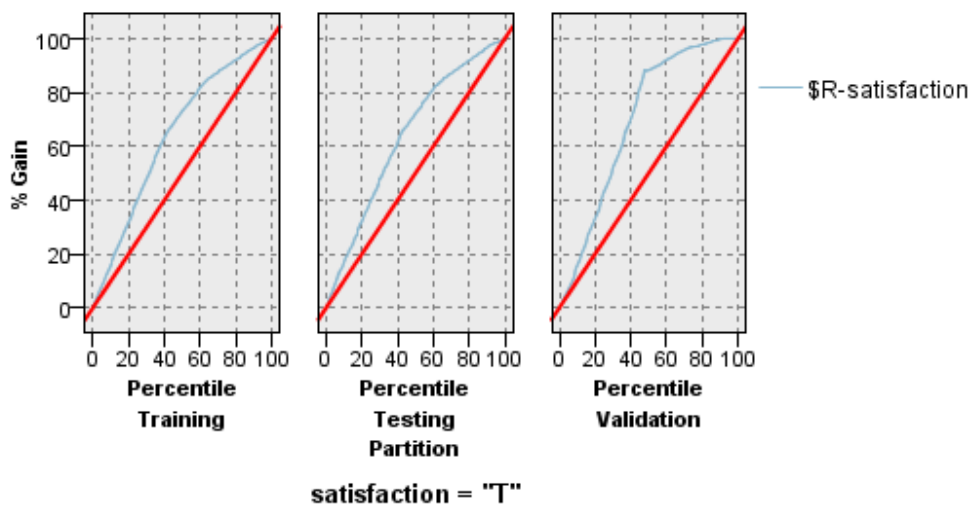
در جدول ۴-۳۱ معیارهای AUC و Gini ارائه شده‌اند که جهت ارزیابی دسته‌بندی مورد نظر، محاسبه می‌شوند و نشان می‌دهند تا چه میزان دسته‌بندی خوب انجام گرفته است. مقدار دو معیار AUC و Gini در حالت ایده‌آل برابر مقدار ۱ و در حالت تصادفی برابر با مقدار ۰/۵ است، که در اکثر موارد مقداری بین این دو عدد خواهد بود. لذا هرچه مقدار این دو معیار به یک نزدیک‌تر باشد نشان‌دهنده دقت بالای مدل در تشخیص داده‌های مثبت است و هرچه به صفر نزدیک‌تر باشد نشان‌دهنده عملکرد ضعیف مدل در تشخیص دسته‌ها است. همانطور که در جدول ذیل مشاهده می‌شود معیار AUC در پارتیشن تست برابر با مقدار ۰/۷۵ و معیار Gini نیز برابر با مقدار ۰/۵ است.

جدول ۴-۳۱. معیارهای ارزیابی الگوریتم درخت C&R

Evaluation Metrics

'Partition'	1_Training		2_Testing		3_Validation	
	AUC	Gini	AUC	Gini	AUC	Gini
\$R-satisfaction	0.768	0.536	0.751	0.502	0.857	0.714

نمودار ۴-۶ تحت عنوان نمودار Gain می‌باشد. با توجه به اینکه نمودار Gain برای الگوریتم پژوهش حاضر در هر سه قسمت آموزش (ساخت مدل)، تست و ارزیابی بالاتر از خط نیم‌ساز قرار گرفته است، مطلوب بودن و قابل قبول بودن الگوریتم درخت تصمیم ساخته شده تأیید می‌گردد.



نمودار ۴-۶. نمودار Gain حاصل از الگوریتم درخت C&R

۴-۶ جمع بندی

هدف از این فصل شرح چگونگی انجام و اجرای روش‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری و الگوریتم داده‌کاوی بر روی داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله پرسشنامه و سپس تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از روش‌های مذکور است. در این فصل ابتدا با استفاده از نرم‌افزار SPSS به محاسبه و ارائه آمار توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی و متغیرهای مدل و همزمان کدگذاری تمامی متغیرهای پژوهش پرداخته شده است. سپس دو روش معادلات ساختاری و الگوریتم درخت تصمیم با استفاده از دو نرم‌افزار smart PLS و SPSS modeler اجرا شده و نمودارها، جداول، جزئیات و خروجی‌های هر روش به تفکیک آورده شده است. بر این اساس با استفاده از ضریب مسیر و آماره t فرضیات پژوهش مورد بررسی و تأیید قرار گرفتند. در نهایت با استفاده از الگوریتم درخت تصمیم C&R، دسته‌بندی دریافت‌کنندگان خدمات مذکور صورت گرفته است.

فصل پنجم: نتیجه‌گیری و پیشنهادات

۵-۱ مقدمه

مطلب اساسی در هر پژوهش علمی این است که کار پژوهشی همواره می‌بایست با اجتهاد و اظهار نظر توأم باشد و پژوهشگر در انتهای کار و بر اساس بررسی مطالعات صورت گرفته، نظر خود را درباره موضوع مورد نظر اعلام نماید تا به گسترش دامنه معرفتی علمی و یافته‌های موجود کمک رساند (حافظ نیا، ۱۳۸۷). به عبارت دیگر یک پژوهشگر باید بتواند نتایج و یافته‌های پژوهش خود را در اختیار پژوهشگران دیگر و جامعه علمی قرار دهد تا یافته‌های او در پیشرفت علمی مفید واقع شود. بر این اساس هدف از این فصل نتیجه‌گیری کلی و بحث پیرامون نتایج به دست آمده از مدل ساختاری پژوهش و فرآیند داده‌کاوی می‌باشد. در ادامه پیشنهادهایی کاربردی در خصوص موضوع و پیشنهادهایی سازنده برای پژوهش‌های آتی این موضوع ارائه گردیده است. همچنین به محدودیت‌هایی که پژوهشگر طی انجام پژوهش خود با آن‌ها مواجه بوده است، اشاره شده است.

۵-۲ تحلیل نتایج پژوهش

۵-۲-۱ نتایج یافته‌های جمعیت شناختی

از آنجایی مراکز درمانی با طیف بسیار متنوعی از مراجعه‌کنندگان براساس ویژگی‌های دموگرافیک نظیر سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، سطح درآمد و موارد مشابه دیگر مواجه هستند و از سوی دیگر نیاز است تا خدمات ارائه‌شده از سطح مطلوب کیفیت برخوردار باشند تا بتوانند رضایت مناسبی را ایجاد نمایند، تحلیل ویژگی‌های دموگرافیک مراجعه‌کنندگان از اهمیت بسزایی برخوردار است. نتایج بررسی مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی تحت مطالعه در پژوهش حاضر نیز حاکی از تنوع بالای مراجعه‌کنندگان از حیث ویژگی‌های دموگرافیک است.

۵-۲-۲ نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش

در این پژوهش چهار فرضیه برای مدل ساختاری پیشنهادی مطرح شده است. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از تکنیک مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شده است و آماره t به منظور بررسی تأیید یا رد شدن فرضیه‌ها محاسبه شده است و در ادامه نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

فرضیه اول: رضایت از کیفیت خدمات بهداشت-درمان با رضایتمندی عمومی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان ارتباط معنادار دارد.

همانطور که در فصل چهار و در جدول ۴-۲۳ مشاهده شد، برای فرضیه اول، ضریب مسیر استاندارد بین رضایت از کیفیت خدمات بهداشت-درمان و رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان 0/875 است که معنادار می‌باشد. مقدار آماره t نیز 56/302 و بزرگتر از 1/96 است. بنابراین می‌توان گفت کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی بر رضایت کلی مراجعین و بیماران از عملکرد سیستم مذکور به لحاظ آماری تأثیر مثبت و معناداری دارد. لذا هرچه خدمات با کیفیت مطلوب‌تری در مراکز ارائه شود شاهد رضایتمندی کلی بالاتری از عملکرد سیستم خواهیم بود. به عبارت دیگر بالا بودن کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی در سازمان‌ها و مراکز ارائه دهنده خدمات تأثیر بسزایی در ارتقاء رضایت عمومی دارد. همچنین لازم به ذکر است که طبق تجزیه و تحلیل داده‌ها و خروجی‌های به دست آمده، رضایت از کیفیت خدمات بیشترین تأثیر و نخستین اولویت را در ارتباط با رضایت عمومی از عملکرد سیستم مراقبت بهداشت-درمان داشته است. بنابراین کیفیت خدمات همواره باید با توجه به رضایت مشتریان فراهم شود. بالا رفتن سطح توقعات افراد به دنبال تغییرات فرهنگی و تغییر ایجاد شده در سبک زندگی مردم، افزایش دسترسی به منابع اطلاعاتی و ارتقا میزان آگاهی و دانش عمومی افراد موجب شده است که بعد کیفیت در اولویت بالاتری از منظر مشتریان و مراجعین قرار گیرد. از طرف دیگر، آموزشی بودن فضای درمانی، توجه ناکافی به کیفیت درخواستی مشتریان بدلیل محدودیت‌های اجرایی و ساختاری متعدد، نیاز به رسیدگی و بهبود وضعیت ظاهری داخلی و خارجی مراکز بهداشتی-درمانی را می‌توان بر اولویت بعد مذکور مؤثر دانست.

با توجه به نتیجه این فرضیه می‌توان گفت که به دلیل نقش و اهمیت خدمات بهداشتی-درمانی در سلامت هر جامعه و همچنین ارتباط نزدیک با مشتریان، سازمان‌ها و مراکز ارائه دهنده این خدمات از نظر داشتن کیفیت مطلوب در حیطة حساسی قرار دارند. بر این اساس مدیران و مسئولان در حوزه

خدمات بهداشت و درمان می‌بایست در ارائه خدمات با کیفیت و مطلوب بر اساس نیازهای مشتریان کوشا باشند. از آنجا که رضایت از کیفیت خدمات یکی از ابعاد رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان شناخته شده است می‌توان انتظار داشت با بهبود کیفیت خدمات و افزایش سطح رضایتمندی از کیفیت خدمات ارائه شده، رضایت کلی و عمومی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان نیز افزایش یابد.

نتایج مطالعه کیوسو و همکاران (۲۰۱۶) در خصوص رضایتمندی عمومی از عملکرد سیستم بهداشت در کره جنوبی دارای نتایجی مشابه با پژوهش حاضر در خصوص تأثیر بعد کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی بر رضایت کلی بیماران نسبت به ابعاد دیگر بود. به عقیده کیوسو و همکاران سیاست‌گذاران می‌بایست به کیفیت مراقبت‌های بهداشتی بیش از عوامل دیگر توجه کنند. کیوسو و همکاران معتقدند آگاهی از اهمیت بالقوه متغیرهای پس زمینه در سنجش و تعیین میزان رضایت از سیستم مراقبت‌های بهداشتی-درمانی ضروری و مهم است.

فرضیه دوم: رضایت از دسترسی به خدمات بهداشت-درمان با رضایتمندی عمومی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان ارتباط معنادار دارد.

برای فرضیه دوم نیز با توجه به جدول ۴-۲۳ ضریب مسیر استاندارد بین رضایت از دسترسی به خدمات و رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان $0/667$ است که معنادار است. مقدار آماره t نیز $17/223$ و بزرگتر از $1/96$ است. بر این اساس می‌توان اظهار نمود دسترسی به خدمات بهداشت-درمان بر رضایت کلی مراجعین و بیماران از عملکرد سیستم مذکور به لحاظ آماری تأثیر مثبت و معناداری دارد. لذا هرچه دسترسی به خدمات آسان‌تر صورت گیرد و رضایت از دسترسی نیز افزایش یابد، رضایت کلی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان نیز به همان نسبت افزایش خواهد یافت. به عبارت دیگر سهولت و سرعت دسترسی به خدمات مورد نظر تأثیر به‌سزایی در ارتقاء رضایت عمومی دارد. البته لازم به ذکر است که بر اساس ضریب مسیر به دست آمده برای بعد دسترسی دریافت می‌شود که بعد رضایت از میزان دسترسی به خدمات نسبت به دو بعد رضایت از سطح کیفیت خدمات و رضایت از مهارت کارکنان و پزشکان نقش کم‌رنگی‌تری را در تعیین سطح رضایت عمومی از عملکرد سیستم‌های مورد نظر داشته است. پراکندگی جغرافیایی نسبتاً مطلوب مراکز درمانی در سطح شهرستان و دسترسی نسبتاً آسان از طریق مسیرهای کوتاه و سریع از اکثر نواحی تحت پوشش (نقاط تقاضا) به مراکز ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند زمینه‌ساز اولویت گزارش شده برای این بعد باشد.

با توجه به نتیجه این فرضیه می‌توان گفت که دسترسی به خدمات بهداشت-درمان یکی از ابعاد برتر و تأثیرگذار بر رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان است که می‌تواند بر ارتقاء و حفظ

ارتباط مشتریان با سیستم مذکور نیز مؤثر واقع شود. زیرا سهولت دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی و ارائه سریع و به موقع آن، موجب افزایش تمایل افراد جهت استفاده مداوم از خدمات مذکور می‌شود. بنابراین بیمارستان‌های مورد نظر در پژوهش می‌توانند با بهبود میزان دسترسی و افزایش سرعت دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی به خصوص در موارد اورژانسی، گامی در ایجاد و افزایش رضایتمندی هرچه بیشتر دریافت‌کنندگان خدمات بردارند.

نتایج پژوهش کیوسو و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی در جایگاه اولویت دوم و پس از بعد کیفیت خدمات بر میزان رضایتمندی عمومی از عملکرد سیستم بهداشتی در کره جنوبی مؤثر است. در پژوهشی دیگر که توسط غلامی و همکاران (۱۳۹۶) با موضوع بررسی رضایت مراجعین از مراکز درمانی وابسته به یگان نظامی منتخب انجام شد، نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد میزان دسترسی به خدمات تأثیر زیادی بر رضایت مراجعین دارد.

فرضیه سوم: رضایت از هزینه‌های خدمات بهداشت-درمان با رضایتمندی عمومی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان ارتباط معنادار دارد.

طبق جدول ۴-۲۳ در فصل چهار برای فرضیه سوم ضریب مسیر استاندارد بین رضایت از هزینه خدمات بهداشت-درمان و رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان مقدار $0/545$ است که معنادار می‌باشد. مقدار آماره t نیز $9/398$ و بزرگتر از مقدار $1/96$ است. بنابراین می‌توان بیان نمود هزینه خدمات بهداشت-درمان بر رضایت کلی مراجعین و بیماران از عملکرد سیستم مذکور به لحاظ آماری تأثیر مثبت و معناداری دارد. بر اساس ضریب مسیر به دست آمده برای فرضیه سوم در مدل پژوهش حاضر، مشاهده می‌شود که رضایت از هزینه خدمات بهداشت-درمان از پایین‌ترین اولویت در تأثیرگذاری بر رضایتمندی کلی و عمومی برخوردار است و به عبارتی مشتریان دریافت خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی با کیفیت مطلوب، دسترسی کافی به خدمات و مراقبت‌ها بالای کارکنان و پزشکان را نسبت به هزینه‌های مناسب درمانی ترجیح می‌دهند. به بیان دیگر سه بعد دیگر مدل پژوهش، در حصول رضایتمندی بیماران تأثیر بیشتر و جایگاه بالاتر و ارزشمندتری را از منظر مشتریان نسبت به هزینه‌های درمانی دارند. این در حالی است که با توجه به شرایط اقتصادی کنونی در جامعه انتظار می‌رود بعد اقتصادی از اهمیت بالاتری برخوردار باشد. اما منشا بروز این پدیده را می‌توان در عواملی مانند پیاده‌سازی کامل طرح تحول سلامت و رشد بیمه‌های درمان در طی سال‌های اخیر که سبب کاهش سهم بیمار در پرداخت هزینه‌های درمان شده‌اند، جست‌وجو نمود. با این حال بر اساس رابطه مثبت و معنادار بین رضایت از هزینه خدمات و رضایتمندی عمومی از

عملکرد سیستم بهداشت-درمان نباید از توجه به این بعد غافل شد. چراکه در اثر تغییر برخی شرایط جایگاه این اولویت ممکن است کاملاً تغییر کرده و حتی گاه در رتبه اول قرار گیرد.

با توجه به نتیجه این فرضیه می‌توان بیان کرد که با مناسب بودن هزینه‌های پرداختی در ازای دریافت خدمات و مراقبت‌های بهداشت-درمان مطلوب و افزایش رضایت از هزینه‌ها، رضایتمندی دریافت‌کنندگان خدمات و مشتریان مراکز درمانی از عملکرد سیستم مذکور بهبود خواهد یافت. بنابراین مدیران و مسئولان مراکز بهداشتی-درمانی می‌توانند با کنترل و کاهش سطح هزینه‌های پرداختی مشتریان رضایتمندی بیماران از عملکرد سیستم بهداشت و درمان را افزایش دهند.

در پژوهش کیوسو و همکاران (۲۰۱۶) نیز نتایج نشان داد عامل هزینه بعد از کیفیت خدمات و دسترسی به خدمات در جایگاه اولویت سوم عوامل تعیین‌کننده رضایت مشتریان از سیستم مراقبت‌های بهداشتی قرار دارد. در مطالعه‌ی عزیز و همکاران (۱۳۹۴) با موضوع شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر رضایت، نتایج حاصل از رویکرد تصمیم‌گیری چند معیاره ترکیبی نشان داد عامل هزینه از منظر خبرگان مهم‌ترین عامل و در جایگاه اولویت اول و از منظر مشتریان در جایگاه اولویت دوم در بین عوامل مؤثر بر رضایت بیماران شناسایی شده است.

فرضیه چهارم: رضایت از مهارت و قابلیت‌های کارکنان و پزشکان با رضایتمندی عمومی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان ارتباط معنادار دارد.

بر اساس جدول ۴-۲۳ در فصل چهار برای فرضیه چهارم، مشاهده می‌شود ضریب مسیر استاندارد مابین رضایت از مهارت و قابلیت‌های کارکنان و پزشکان و رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت-درمان 0/776 است که معنادار می‌باشد. مقدار آماره t نیز 32/367 و بیشتر از 1/96 است. بنابراین می‌توان اظهار نمود مهارت و قابلیت‌های کارکنان و پزشکان بر رضایت کلی مراجعین و بیماران از عملکرد سیستم بهداشت و درمان به لحاظ آماری تأثیر مثبت و معناداری دارد. لذا هرچه کارکنان و پزشکان از مهارت و قابلیت‌های بالاتر برخوردار باشد و رضایتمندی از بعد مذکور نیز بیشتر باشد، شاهد رضایتمندی عمومی بالاتری از عملکرد سیستم بهداشت و درمان خواهیم بود. همچنین طبق نتایج و ضرایب مسیر به دست آمده مشاهده می‌شود که بعد رضایت از مهارت و قابلیت کارکنان و پزشکان از منظر مشتریان در جایگاه اولویت دوم بر رضایتمندی عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان مؤثر است. یکی از دلایل اساسی این موضوع را می‌توان در قرارگرفتن نمونه‌های تحت مطالعه در حوزه مراکز درمانی آموزشی و حضور کادر درمان با مهارت تکنیکی و عملکردی پایین، سابقه محدود به جهت تازه‌کار بودن اکثر پرسنل درمانی و در حال گذراندن دوره‌های طرح و همچنین در حال آموزش دانست.

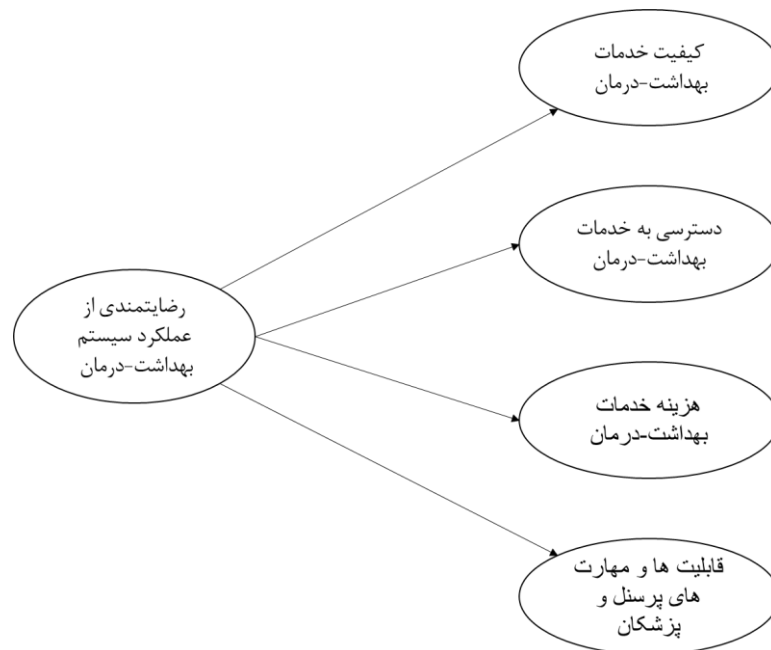
میر فخرالدینی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای به شناسایی و الویت‌بندی عوامل مؤثر بر بهبود کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی با استفاده از مقیاس سروکوال و به کارگیری تکنیک تصمیم‌گیری چند شاخصه اقدام نمودند. نتایج حاصل از پژوهش مذکور نشان داد که کارکنان از مهارت و دانش کافی به عنوان زیر مجموعه‌ای از کیفیت خدمات، از اولویت بالاتری نسبت به سایر عوامل از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمات برخوردار است. نتایج حاصل از پژوهش عزیزی و همکاران (۱۳۹۶) نیز نشان داد که عامل شایستگی حرفه‌ای پزشکان و کارکنان از منظر مشتریان در جایگاه مهم‌ترین عامل و از منظر خبرگان به عنوان دومین عامل مهم در بین عوامل مؤثر بر رضایت بیماران از خدمات درمانی قرار دارد.

۵-۲-۳ مدل نهایی

در این پژوهش به بررسی نقش و تأثیر میزان رضایت از ابعاد ارزش‌آفرین بر رضایتمندی کلی و عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان پرداخته شده است. در این راستا با توجه به ابعاد مستخرج از متون و سوابق موجود پیرامون حوزه مربوطه و مدل پیشنهادی پژوهش چهار فرضیه طراحی گردید. یافته‌های به دست آمده در بخش قبل نشان داد که همه‌ی فرضیه‌های پژوهش حاضر مورد پذیرش واقع شده است. همچنین بر اساس مدل پژوهش نشان داده شده است که هر کدام از ابعاد به چه میزان تبیین‌کننده میزان رضایتمندی عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان هستند که ترتیب اولویت این ابعاد به صورت زیر است:

۱. رضایت از کیفیت خدمات و مراقبت‌ها با ضریب مسیر 0/87،
۲. رضایت از مهارت و قابلیت‌های کارکنان و پزشکان با ضریب مسیر 0/77،
۳. رضایت از دسترسی به خدمات و مراقبت‌ها با ضریب مسیر 0/66،
۴. رضایت از هزینه خدمات و مراقبت‌ها با ضریب مسیر 0/54

با توجه به برازش مناسب مدل می‌توان بیان نمود که مدل مفهومی پژوهش در جامعه مورد بررسی دارای جامعیت مورد تأیید است. براین اساس مدل نهایی پژوهش که براساس فرضیات پژوهش طراحی شده است در شکل 1-5 آورده شده است.



شکل ۵-۱ مدل نهایی پژوهش

۵-۲-۴ نتایج درخت تصمیم

با توجه به درخت تصمیم ایجاد شده بر مبنای ویژگی‌های دموگرافیک مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی با هدف دسته‌بندی آن‌ها از نظر سطح رضایتمندی کسب‌شده، می‌توان مجموعه اصول کلی ذیل را استنتاج نمود:

- بر اساس درخت تصمیم ایجاد شده قابل برداشت است که از میان ویژگی‌های دموگرافیک لحاظ‌شده دو ویژگی وضعیت بومی و محل اقامت (از منظر محل اقامت شهری و روستایی) جهت دسته‌بندی مراجعه‌کنندگان بر اساس سطح رضایت قابل نظر کردن می‌باشند. دلیل این موضوع، ناتوانی ویژگی‌های مدنظر جهت تفکیک و ایجاد دسته‌بندی متمایز در جامعه تحت بررسی با توجه به هدف مدنظر است.
- ویژگی‌های لحاظ‌شده در ساخت درخت تصمیم را می‌توان به ترتیب اهمیت شامل موارد نوع شغل، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، میزان درآمد، جنسیت و در نهایت سن افراد نام برد.
- با توجه به درخت ایجادشده و تابع هدف تعریف شده برای درخت مورد نظر، مجموعه‌ای از دسته‌ها با ویژگی‌های مشخص جهت تفکیک سطح رضایتمندی به صورت ذیل قابل دریافت و تفسیر است:

- مراجعه‌کنندگان با ویژگی‌هایی شامل سطح درآمدی خوب یا بد، متأهل و دارای شغل خانه‌دار، آزاد یا کارمند در یک دسته قرار گرفته‌اند. همچنین الگو مورد نظر نشان می‌دهد، با توجه به تابع هدف تعریف شده برای چهار بعد سنجش میزان رضایت‌مندی عمومی، ۷۵ درصد افراد در این دسته دارای میزان رضایت نسبتاً مطلوب و رضایت بیشتر از حد متوسط (مقدار ۳) در هر چهار بعد مورد نظر و ۲۵ درصد افراد در این دسته دارای سطح رضایت نامطلوب و کمتر از حد متوسط هستند.
- مراجعین و دریافت‌کنندگان خدمات با ویژگی‌هایی شامل گروه سنی ۲۶ تا ۳۵، میزان درآمد خیلی خوب یا متوسط و یا خیلی بد، متأهل و دارای شغل آزاد یا کارمند یا خانه‌دار در یک دسته قرار گرفته‌اند. در این دسته حدود ۷۰ درصد افراد دارای میزان رضایت نسبی مطلوب و حدود ۳۰ درصد از آن‌ها دارای میزان رضایت‌مندی نامطلوب هستند.
- همچنین مراجعین با ویژگی‌هایی شامل کارمند، متأهل، دارای رنج سنی کمتر از ۲۶ و یا بیشتر از ۳۵ با سطح درآمدی خیلی خوب، متوسط و یا خیلی بد در یک دسته قرار داده شده‌اند. الگو درخت تصمیم نشان می‌دهد در این دسته ۸۷ درصد افراد دارای سطح رضایت‌مندی مناسب و ۱۲ درصد آن‌ها دارای رضایت کمتر نامطلوب هستند.
- مراجعین با ویژگی‌هایی شامل شغل خانه‌دار یا آزاد، در رنج سنی کمتر از ۲۶ یا بیشتر از ۳۵ با سطح درآمدی خیلی خوب، یا متوسط یا خیلی بد و متأهل در یک دسته قرار گرفته‌اند. ۴۰ درصد افراد در این دسته دارای رضایت‌مندی مطلوب و ۶۰ درصد افراد در این دسته دارای سطح رضایت نامطلوبی هستند.
- دریافت‌کنندگان خدمات و مراجعین با ویژگی‌هایی شامل جنسیت مذکر، سطح تحصیلات لیسانس و فوق لیسانس، دارای وضعیت تأهلی با کد ۱ و ۳ (همانطور که در جدول ۴-۴ فصل چهار آورده شده است کد ۱ و ۳ به ترتیب مجرد و موارد دیگر تعریف شده است) و مشاغلی با عناوین خانه‌دار، آزاد یا کارمند در یک دسته قرار داده شده‌اند. مشاهده می‌شود در این دسته ۳۳ درصد افراد دارای سطح رضایت مطلوب و ۶۶ درصد افراد دارای سطح رضایت نسبتاً نامطلوب هستند.
- دریافت‌کنندگان خدمات با ویژگی‌هایی شامل جنسیت مؤنث با سطح تحصیلات لیسانس یا فوق لیسانس، دارای وضعیت تأهل با کد ۱ و ۳ (مجرد- یا موارد دیگر) و مشاغلی با عناوین خانه‌دار، آزاد یا کارمند در یک دسته قرار دارند. ۵۷ درصد افراد در این دسته دارای وضعیت رضایت‌مندی مطلوب و حدود ۴۳ درصد افراد دارای سطح رضایت‌مندی نامطلوبی هستند.

○ افراد مراجعه کننده با ویژگی هایی شامل سطح تحصیلات کمتر از لیسانس (کد ۱ یا ۲ یا ۳) و یا دکتری و بالاتر (کد ۶)، دارای وضعیت تأهلی با کد ۱ و ۳ (مجرد- یا موارد دیگر) و مشاغلی با عناوین خانه دار، آزاد یا کارمند در یک دسته قرار گرفته اند. در این دسته تنها حدود ۱۴ درصد افراد دارای رضایت نسبتا مطلوب و ۸۶ درصد دارای رضایت مندی نامطلوبی هستند.

○ در نهایت دسته ای مجزا برای افراد مراجعه کننده ای که از نظر شغلی در گروه های کارگر، محصل/دانشجو، بازنشسته و بی کار قرار دارند، ایجاد شده است. در این دسته حدود ۲۰ درصد افراد دارای سطح رضایت مندی مناسب در هر چهار بعد مذکور و ۸۰ درصد افراد دارای سطح رضایت مندی نامناسبی هستند.

● همچنین همانطور که مشاهده می شود میزان نارضایتی در شاخه های سمت راست از درخت تصمیم مورد نظر، بیش از شاخه های ایجاد شده در سمت چپ درخت است. به عبارت دیگر بار نارضایتی در سمت راست درخت سنگین تر از سمت چپ آن است. بنابراین توجه به این نکته نیز اساسی به نظر می رسد.

۳۵-۵ پیشنهادات

۱-۳-۵ پیشنهادات کاربردی

پیشنهادات کلی

استفاده از ابزار ارائه شده جهت سنجش رضایت عمومی از مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشت-درمان و عملکرد سیستم های بهداشتی-درمانی

استفاده از مدل پیشنهادی سنجش رضایتمندی و تحلیل نتایج آن جهت بهبود مستمر و ارتقاء سطح رضایتمندی کلی و عمومی

از آنجا هدف نهایی سنجش رضایتمندی عمومی، ارتقاء سطح کیفی مراقبت ها و ارائه خدمات بهداشت و درمان از منظر مشتریان است، ضروری است که مدیران و مسئولان مربوطه جامعی از نقاط قوت و ضعف ارائه خدمات و مراقبت های بهداشتی-درمانی را در مراکز ارائه دهنده خدمات مذکور جمع آوری و

بررسی نمایند تا با توجه به آن بتوانند برنامه‌ریزی‌های مجدد جهت بهبود و اصلاح اقدامات و افزایش سطح رضایتمندی را طرح‌ریزی کرده و سپس به صورت کارا و اثر بخش اجرا نمایند. در این راستا پیشنهادهاتی با توجه به نتایج حاصل، جهت ارتقاء و بهبود رضایتمندی عمومی از عملکرد مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشت-درمان شهرستان شاهرود ارائه می‌گردد.

پیشنهادهای کاربردی در خصوص بعد رضایت از کیفیت:

- ✓ بهبود تجهیزات پزشکی نظیر تجهیزات پرتویزشکی و راه‌اندازی پروژه‌های ناتمام مانند آنژیوگرافی و عمل قلب باز جهت جلوگیری از مراجعه بیماران به استان‌های دیگر
- ✓ استفاده از امکانات رفاهی به روز و مدرن
- ✓ دسترسی به امکانات رفاهی در داخل بیمارستان مانند استقرار بوفه و داروخانه و...
- ✓ استفاده از روش‌های درمانی تخصصی جدید و علم روز
- ✓ برنامه‌ریزی به منظور ارائه خدمات باکیفیت و بر مبنای استانداردها و بهره‌گیری از سیستم‌های نوین مدیریتی
- ✓ برآورد تجهیزات پزشکی و امکانات رفاهی و نیروی انسانی موجود در مراکز نسبت به میزان تقاضا و تعداد مراجعه‌کنندگان و ایجاد تناسب بین آن‌ها
- ✓ افزایش مشارکت کارکنان در پاسخگویی به نیاز بیماران و ارائه خدمات با کیفیت و مطلوب به مشتریان
- ✓ افزایش آرامش و بهداشت محیط و بخش‌ها مانند استفاده از فیلترهای مخصوص در اتاق عمل و دیگر قسمت‌ها
- ✓ نوسازی و زیباسازی فضای بیرونی و داخلی مراکز و رسیدگی به مشکلات فنی ساختمان‌ها
- ✓ افزایش برگزاری کلاس‌های آموزشی مستمر به خصوص برای بیماران دارای بیماری مزمن
- ✓ ایجاد و استقرار سیستم‌های مدیریت اطلاعات و اتوماسیون اداری در سطح یکپارچگی مطلوب با دیگر درگاه‌های اداری جهت انجام امور اداری مانند پذیرش و ترخیص و رسیدگی به پرونده بیماران
- ✓ ارائه آموزش‌های مورد نیاز به منظور ارتباط مؤثر با مراجعین و بیماران جهت افزایش کیفیت عملکردها در گروه‌های مختلف سیستم ارائه دهنده خدمات بهداشت-درمان و تشخیص صحیح و سریع مشکلات و نیازهای بهداشتی-درمانی مردم توسط پرسنل

پیشنهادات کاربردی در خصوص بعد رضایت از دسترسی

- ✓ بهبود سیستم‌های حمل و نقل و استفاده از وسایل نقلیه سالم و مناسب (وسایل نقلیه مدرن‌تر) در بخش اورژانس جهت استفاده در مواقع اضطراری
- ✓ استقرار اورژانس در جلوی درب بیمارستان و جدا از دیگر بخش‌ها
- ✓ استقرار مراکز درمانی در موقعیت‌های مناسب شهری و روستایی جهت دسترسی هرچه بهتر و آسان‌تر و عادلانه‌تر اکثریت ساکنین هر منطقه شهری یا روستایی
- ✓ ارائه راهکارهای مدیریتی مناسب به منظور کاهش زمان‌های انتظار مراجعین
- ✓ ایجاد تناسب بین تعداد پرسنل و حجم تقاضای موجود در مراکز جهت رسیدگی سریع و صحیح به مراجعین
- ✓ تعیین واحدهای پر رفت و آمد در مراکز مربوطه و ارائه راهکارهای مناسب جهت کاهش تجمع و شلوغی در آن واحدها به منظور افزایش دسترسی عموم
- ✓ استفاده یا تکمیل سیستم‌های هوشمند نوبت‌دهی برای خدمات دارای اولویت مانند MRI و CT scan و EMG و سونوگرافی و رادیولوژی و جهت دسترسی سریع‌تر به پزشک یا بخش مورد نظر
- ✓ استقرار داروخانه شبانه‌روزی در محیط بیمارستان جهت دسترسی ۲۴ ساعته
- ✓ برنامه‌ریزی جهت نوبت دهی برای ویزیت و عمل جراحی به طور همزمان
- ✓ ایجاد زمانبندی و دسته بندی بیماران بر اساس ضرورت در عمل جراحی

پیشنهادات کاربردی در خصوص بعد رضایت از هزینه

- ✓ در نظر گرفتن خدمات رایگان برای کارکنان بیمارستان‌ها و خانواده‌های آن‌ها و دانشجویان تحت آموزش
 - ✓ قرارداد بستن بیمارستان با مراکز خصوصی خارج از بیمارستان مبتنی بر معرفی بیماران از طرف بیمارستان، در مقابل کاهش هزینه‌های پرداختی بیماران معرفی شده به آن مراکز
 - ✓ تقویت و پشتیبانی از انجمن‌های مردم نهاد و غیر دولتی
 - ✓ تعریف تعرفه‌های خاص بیمه بر اساس نوع بیماری و دسته‌بندی مشتریان
- پیشنهادات کاربردی در خصوص بعد رضایت از مهارت و قابلیت کارکنان و پزشکان
- ✓ بهره‌گیری هرچه بیشتر از نیروهای متخصص و با تجربه و با انگیزه

- ✓ برگزاری دوره‌های آموزشی برای گروه‌های مختلف نیروی انسانی و آموزش‌های ضمن خدمت برای کارکنان اداری
- ✓ توسعه مهارت‌های کادر درمان
- ✓ افزایش مهارت کارکنان و پرسنل جهت کار با دستگاه‌ها و ابزار پزشکی و غیر پزشکی

به‌طور کلی جلب رضایت افراد از عملکرد سیستم بهداشت و درمان در گروی توجه مسئولان به ابعاد کیفیت خدمات و دسترسی به خدمات، هزینه‌های پرداختی و قابلیت‌های حرفه‌ای کارکنان و پزشکان است. برای این منظور، جهت نظارت مطلوب بر چگونگی پیاده‌سازی فرآیندهای مراقبت بهداشتی و عملکرد در یک سیستم درمان، علاوه بر پایش فرآیندهای مربوطه توسط تمامی ذینفعان، لحاظ نمودن مکانیزم‌های کارا همراه با رویکرد تشویقی در جهت حفظ عملکرد بهبود یافته، پیشنهاد می‌شود.

۵-۳-۲ پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی

توسعه هرچه بیشتر ابعاد و در نظر گرفتن بازخوردهای حاصل از دیگر شاخص‌های مرتبط با لحاظ نمودن تاخیرهای محتمل.

استفاده از رویکرد تحلیل سیستم‌های پویا جهت ارزیابی و تحلیل مولفه‌های موثر بر ایجاد رضایت‌مندی می‌تواند مورد استفاده محققان واقع شود.

با توجه به اینکه ابعاد و مؤلفه‌ها و روش‌های ارائه شده در پژوهش جنبه عمومی دارند، می‌توان از آن جهت سنجش رضایت‌مندی عموم از عملکرد صنایع خدماتی و بخش‌های خدماتی دیگر نیز با ایجاد اندکی تعدیلات (در صورت لزوم) استفاده نمود.

۵-۴ محدودیت پژوهش

در پژوهش حاضر، ابتدا به توسعه مدل ارزیابی رضایت‌مندی و سپس بررسی تاثیر ویژگی‌های دموگرافیک مراجعه‌کنندگان به مرکز درمانی بر سطح رضایت‌مندی (از منظر ابعاد مدنظر) با استفاده از مدل آماری و ابزار داده‌کاوی پرداخته شده است. اگرچه در توسعه مدل ارزیابی تلاش شده است تا مجموعه جامع از معیارها مدنظر قرار گیرد، با این وجود بدلیل پیچیدگی فرایند ارزیابی و تاثیرگذاری

عوامل بسیار متنوع بر این مسئله، فرصت توسعه مدل فراهم است. از سوی دیگر، می‌توان به بررسی عوامل موثر بر درک از رضایت‌مندی و سپس تحلیل آن پس از مراجعه به مرکز درمانی پرداخته شود.

۵-۵ خلاصه فصل

از آنجا که ارزش و اهمیت هر پژوهش به نتایجی که در طی انجام آن پژوهش کسب و ارائه شده وابسته است، هدف از ارائه این فصل تحلیل و بحث و نتیجه‌گیری پیرامون یافته‌های آزمون فرضیات و پاسخ به سوالات ارائه شده در فصل چهارم است. نهایتاً، نتایج حاصل از این پژوهش موجب افزایش آگاهی ما نسبت به ابعاد ارزش‌آفرین در مراقبت‌های بهداشتی-درمانی از منظر مشتریان و میزان تأثیر هر کدام از ابعاد مذکور در تعیین سطح رضایت عمومی از عملکرد سیستم بهداشت و درمان شده است.

منابع

۱. کاتلر، فلیپ و گری آرمسترانگ. (۱۳۷۷) اصول بازاریابی، ترجمه بهمن فروزنده، نشرآموزه، اصفهان.
۲. لاولاک، کریستوفر و لارن، رایت. (۲۰۰۴). اصول بازاریابی و خدمات. ترجمه دکتر ابوالفضل (اردشیر) تاج زاده نمین. چاپ اول. تهران، نشر سمت. ص ۸۹.
۳. کاتلر، فلیپ و آرمسترانگ، گری. (۱۳۸۲)، اصول بازاریابی، ترجمه بهمن فروزنده، تهران. نشر آتروپات.
۴. هاپسون، بارید و دیگران (۱۳۸۰). مدیریت خدمت، فرهنگ مشتری مداری، ترجمه مهدی ایران نژاد پاریزی، تهران، نشر مدیران.
۵. محمدرضا فارسی نژاد، شبنم بزمی، بهفر تیموری، سمیرا رسانه. مقایسه رضایتمندی مراجعین از رعایت منشور حقوق بیماران در بیمارستان های دولتی و خصوصی منتخب شهر تهران. فصلنامه اخلاق پزشکی. ۶(۲۱): ۹۹-۱۱۲.
۶. اوما سکاران. (۱۳۸۶). روش های تحقیق در مدیریت. ترجمه محمد صائبی و محمود شیرازی، تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی، چاپ پنجم.
۷. سرمد ز، بازرگان ع و حجازی ا. (۱۳۸۷). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه، چاپ شانزدهم.
۸. خلیلی ش، پاشازاده س. (۱۳۹۳). طبقه بندی داده های حساب های جاری بانک با استفاده از درخت تصمیم. دومین کنفرانس دانش پژوهان کامپیوتر و فناوری اطلاعات. دانشگاه تبریز. گروه علوم کامپیوتر.
۹. محمد رضا حافظ نیا. (۱۳۸۸)، مقدمه ای بر روش تحقیق در علوم انسانی. تهران: نشر سمت.
۱۰. شیخ ر. سوری م ا. سجادیان ف. قسطنین رودی م. ۱۳۹۶. تئوری مجموعه راف. چاپ اول. شاهرود. نشر: دانشگاه صنعتی شاهرود.

11. Sharif zadeh F, Ghorbani zadeh V, Mohammadi Mahmouei A. The Effect of Work-Family Conflict on Intention to leave by Job Burnout as a Mediator; a Comparative Study between Public and Private Hospitals. ORMR. 2013; 3 (2):21-42.
12. Dirkovand Moghaddam A, Hashemian A, Sayehmiri K, Soheilie F. Factors Affecting the Level of Satisfaction with the Provision of Therapeutic Care Using Factor Analysis in Patients Referring to the Emergency Department of the State Hospitals of Ilam in 1989. Journal of Medical Council of Iran.2013; 31(1): 34-39.
13. Shahbandar zadeh H, Mohammadi Zanjirani D, Ebrahimi M, Mohammadi Baghmollaie M. Designing a Method Based on the Combination of Service Quality Measurement Models Using Multi Attribute Decision Making Techniques: Case Study of. Iranian South Med Journal. 2010; 13 (4): 273-279.
14. Mirfakhraddiny H, Farid D, Tahari Mehrjardi MH, Zareei Mahmud Abadi M. Identification and Ranking of Factors Affecting Quality Improvement of Health & Treatment Services Using Multiple Attribute Decision Making (MADM): A Case Study. Journal of Health Administration. 2011; 14(43): 51-62.

15. Jadidi A, Safarabadi M, Irannejad B, Harorani M. Level of Patients' Satisfaction from Emergency Medical Services in Markazi Province; a Cross sectional Study. *Iranian Journal of Emergency medicine*. 2016; 3(2): 58-65.
16. Faranak Farzadi, Farzaneh Maftoon, Afsoon Aeenparast, Ali Azin, Sepideh Omidvari, Katayoun Jahangiri, et al. Determinants of satisfaction with health care system: a population-based study from Iran. *Payesh*. 2011; 10 (3) :323-330.
17. Ravaghi H, Gohari M, Adham Marellelu D, Mehrtak M, Jafari Oori M, Azari A, et al . Assessing the Inpatients Awareness from Patients Rights and Their Satisfaction from Observance of That Rights in the General-Educational Hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *j.health*. 2016; 7 (1) :26-34.
18. Rouhafza M, Adhami Moghadam F, Sahebalzamani M. Assessment the relationship between patient satisfaction and quality of hospital services based on SERVQUAL Model in the hospitals related to Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch in 2015. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch*. 2016, 26(3): 173-179.
19. Dadashi M, Andarz habibi R, habibi moghaddam A, Jeylani M. Patients' satisfaction of observing patients' right charter in private clinics. *ijme*. 2010; 3 (5 and 1) :61-68.
20. Jeen-Su Lima, Kee-Sook Limb, John H. Heinrichsc, Khulud Al-Aalid, Alamzeb Aamire and Muhammad Imran Qureshif. The role of hospital service quality in developing the satisfaction of the patients and hospital performance. *Management Science Letters*. (2018), 8, 1353–1362.
21. Kazemeini K, Zare Mehrjardi M.H, Samiyezargar A, Raghebian M, Dehghan A. Patient satisfaction referred to three specialized and ultra-specialized clinics of Yazd after the implementation of health Sector Evolution. *Nursing journal of the Vulnerable*. 2017; 4(11): 35-45.
22. Nemati F, Mohammadnejad E, Tabatabaei A, Ehsani SR, Sajjadi A, Hajiesmaeilpoor A. Satisfaction rate of hospitalized patients in teaching hospitals with presented services. *Journal of Medical Ethics*. 2014, 8 (28): 29-50.
23. Park K, Park J, Kwon Y D, Kang Y. Noh J-W. Public satisfaction with the healthcare system performance in South Korea: Universal healthcare system. *Journal of Health Policy*. 2016; 120 (6): 621-629.
24. Kane, R.L., Maceijewski, M., & Finch, M. (1977). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical Care*, 35, 714-730.

25. Aflatoonian M, Aflatoonian B, Abbasi R. Investigation of fruition rate and satisfaction of population from Baghodrat health center (Population research bare 2008. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2011; 11 (1 and 2) :25-31.
26. Bleich SN, Özaltın E, Murray CJL. How does satisfaction with the health care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*. 2009 Mar 4;87:271–278.
27. Mandana Sahebzadeh, Marzyeh Rahimyan , A Study of the satisfaction rate of elderly patients in general hospitals affiliated with the Isfahan University of Medical Sciences in 2009, 20(3-4):45-54.
28. Kalroozi F., Dadgari F., Zareiyan A. Patients' satisfaction from health care group in patient's bill of right observance. *Journal of Military Medicine*. 2010; 12 (3) :143-148.
29. Datobar H, Alijanpour S, Khafri S, Jahani M, Naderi R. Patient's Satisfaction of Emergency Department Affiliated Hospital of Babol University of Medical Sciences in 2013 -14. *JBUMS*. 2016; 18 (4) :56-6.
30. Gronroos Ch.(2000) *Service Management & Marketing*, London, John wiley & sons, Ltd.
31. Harvey, Jean, (1998) "Service Quality: A Tutorial" *Journal of Operation Management*, 538-579.
32. Sasser. WE. (1987), *management of service Operatio*, Allyn & Bacon, Boston, MA. Pp: 42-58.
33. Churchill, G.A. and Surprenant, C. (1982), "An investigation into the determinants of customer satisfaction", *Journal of Marketing Research*, Vol. 19, November, pp. 491 – 504.
34. Jamal, Ahmad & Naser, Kamal. (2002), Customer satisfaction and retail banking: an assessment of some of the key antecedents of customer satisfaction in retail banking, *International Journal of Bank Marketing*, Vol.20, No.4, p. 146-160.
35. Chen, Ching Fu (2008), Investigating structural relationship between service quality, perceived value, satisfaction and behavioral intentions for air passengers: Evidence for Taiwan, *Transportation Research PART A*, 42, PP.709717.
36. . Wilkie, William.L.(1994). *Consumer Behavior*. New York, John Wiley & Sons.
37. Ingrid Fečiková, (2004) "An index method for measurement of customer satisfaction", *The TQM Magazine*, Vol. 16 Issue: 1, pp.57-66.

38. Feiz D, Zarei A, Zargar S. Service Quality And Customer Satisfaction Considering The Role Of The Perceived Service Value. *cs*. 2011; 9 (47) :311-324.
39. Canel C, Fletcher EA. An analysis of service quality at a student health center. *Int J Health Care Qual Assur* 2001; 14(6-7): 260-267.
40. Mosadeghrad A.M, Sokhanvar M. An evaluation of quality of services in Tehran Hospitals using the HEALTHQUAL model. *Journal of Medical Council of Iran*. 2017; 35 (1): 9-19.
41. Parassuraman, A. & et al. (1988), SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring customer perceptions of Service quality, *Journal of Retailing*, Vol. 64, No. 1, p. 12-40.
42. Sina K, Babai Shibabandani M, Nadi Ghara A. Factors Influencing the Inpatients' Satisfaction Based on the SERVQUAL Model . *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2015; 24 (121) :299-308.
43. Bahadori M, Zaboli R, Ghanbari A. Quality of services provided to veterans referred to a branch of the armed forces in Hamadan. *Iran Journal of War Public Health*. 2013; 6 (1): 44-50.
44. Soloukdar A, Nasiripour A A, Shafie Sabet S. The Effect of Service Quality on Patients Satisfaction in Private Hospitals of the Guilan and Ranking these Hospitals Using Fuzzy Analytical Hierarchy Process Technique. *Payavard Salamat Journal*. 2017; 10 (6) :504-513.
45. Moin A, Mirzakhani K. Patients' satisfaction of emergency health care. *Bimonthly official publication Daneshvar Medical*. 2017; 24 (126): 63-70.
46. M.S. Hajinezhad, Rafii F, E. Jafarjalal, H. Haghani. Relationship Between Nurse Caring Behaviors from Patients' Perspectives & Their Satisfaction. *IJN*. 2007; 20 (49) :73-83.
47. Ghamari Zareh Z, Anoosheh M, Vanaki Z, etal. Quality of nurse's performance and patients' satisfaction in cardiac care unit. *Journal of Tabib Shargh*.2008;10(1):27-36.
48. Mohammadnia M, Delgoshaei B, Tofighi S, Riahi L, Omrani A. Survey on Nursing Service Quality by SERVQUAL at Tehran Social Security Organization Hospitals . *jhosp*. 2010; 8 (3 and 4) :68-73.
49. Joolae S, Hajibabae F, Jafar Jalal E, Bahrani N. Assessment of Patient Satisfaction from Nursing Care in Hospitals of Iran University of Medical Sciences. *Hayat*. 2011; 17 (1) :35-44.

50. Ali Keshtkaran, Ali Reza Heidari, Vida Keshtkaran, Vahid Taft, Amir Almasi. Satisfaction of outpatients referring to teaching hospitals clinics in Shiraz, 2009. *Payesh*. 2012; 11 (4) :459-465.
51. Omidi N, Omidi M R, Asgari H, Khalili K. Evaluation of the Quality of Services Provided by Selected Hospitals in Tehran City using the SERVQUAL Model, *hrjbaq*. 2017; 2 (4) :245-252.
52. Choi K S, Lee H, Kim C, Lee S. The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: Comparison across gender, age and types of service. *The Journal of Services Marketing*.2005; 19, 140-149.
53. Footman K, Roberts B, Mills A, Richardson E, McKee M. Public satisfaction as a measure of health system performance: a study of nine countries in the former Soviet Union. *Journal of Health Policy*. 2013; 112 (1-2): 62-69.
54. Azizi K, Mirkazemi Mood M, Mazdaki A, Mirkazemi Mood M. Identifying and Prioritizing Factors Affecting Patient`s Satisfaction of Health Centers Services of Iran University of Medical Sciences: A Hybrid Multiple Criteria Decision Making Approach. *Journal of Health Administration*. 2015; 18 (60) :90-104.
55. Noorossana, Rezaeian S, Moradi S, Rezaeian Z. Assement of patients` satisfaction from general physician`s services: a cross-sectional study from iran. *Medical ethics winter*. (2013), Volume 6, Number 22; 161-184.
56. Moosazadeh M, Nekoei-moghadam M, Amiresmaili M. Determining the Level of Hospitalized Patients Satisfaction of Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *jhosp*. 2013; 12 (1) :77-87.
57. Yazdani Charati J, Nikpour A, Nazar I. Patients` Satisfaction Level from Services Provided in Sari Tooba Clinic and Associated Factors Using Hotelling's T2. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016; 25 (132) :210-218.
58. share pour M. Structural equation modeling (SEM):: Meet applications LISREL program (LISREL) in Social Research. Volume 8, Issue 13.14, Summer 2001, Page 204-231.
59. Dastgir M, Shafiee Sardasht M. Data Mining Technology: A New Approach in Financial Era. *Journal of Audit Science*.2010, (11) 5: 6-26.
60. Seyedzadeh N. (2017), Provide random forest algorithm for effective employee selection with data mining approach (Case study: Shipping and ports organization). M.Sc. Thesis in Master Of Business Administration. Shahrood Universit of Technology.

61. Gholami H, Mahmoudi H, Sarabandi H, Borji E. Survey of Client Satisfaction of an Urban Health Center Affiliated With a Military Unit in 2015. *Journal of Military Medicine*. 2017, 19 (3) :299-305.
62. Michael C, Stephen A, Nick S. Ageing and public satisfaction with the health service: an analysis of recent trends. *57* (2003) 757–762.

پیوست‌ها:

به نام خدا

این پرسشنامه به منظور سنجش میزان رضایت شما از خدمات ارائه شده در مراکز درمانی، جهت انجام پایان نامه دوره کارشناسی ارشد با عنوان «ارائه مدل سنجش رضایت عمومی از عملکرد و ارائه خدمات سیستم بهداشتی» تدوین شده است. خواهشمنداست با همکاری و ارائه پاسخ مناسب به سؤالات مطرح شده، در ارتقای هرچه بیشتر سطح کیفی خدمات ارائه شده در مراکز درمانی سهیم باشید. پیشاپیش از همکاری صمیمانه شما کمال تشکر را داریم.

جنسیت:	<input type="checkbox"/> مذکر	<input type="checkbox"/> مونث				
گروه سنی:	<input type="checkbox"/> ۱۸_۲۵	<input type="checkbox"/> ۲۶_۳۵	<input type="checkbox"/> ۳۶_۴۵	<input type="checkbox"/> ۴۶_۵۵	<input type="checkbox"/> ۵۶_۶۵	
میزان تحصیلات: دکتری و بالاتر <input type="checkbox"/>	زیردیپلم <input type="checkbox"/>	دیپلم <input type="checkbox"/>	فوق دیپلم <input type="checkbox"/>	لیسانس <input type="checkbox"/>	فوق لیسانس <input type="checkbox"/>	
وضعیت تاهل:	مجرد <input type="checkbox"/>	متاهل <input type="checkbox"/>	غیره <input type="checkbox"/>			
تکمیل شده توسط:	بیمار <input type="checkbox"/>	همراه بیمار <input type="checkbox"/>	مصاحبه گر <input type="checkbox"/>			
شغل: <input type="checkbox"/> بیکار	خانه دار <input type="checkbox"/>	کارگر <input type="checkbox"/>	محصل / دانشجوی <input type="checkbox"/>	کارمند <input type="checkbox"/>	آزاد <input type="checkbox"/>	بازنشسته <input type="checkbox"/>
درآمد:	خیلی خوب <input type="checkbox"/>	خوب <input type="checkbox"/>	متوسط <input type="checkbox"/>	بد <input type="checkbox"/>	خیلی بد <input type="checkbox"/>	
وضعیت بومی:	بومی <input type="checkbox"/>	غیربومی <input type="checkbox"/>				
محل اقامت:	شهری <input type="checkbox"/>	روستایی <input type="checkbox"/>				
نام مرکز درمانی :						
تجربه / علت مراجعه بیمار :						
خدمات اورژانسی	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر				
بستری سرپایی	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر				
بستری	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر				
درمانگاه	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر				
پاراکلینیک)	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر				
پاراکلینیک (به روش‌های بررسی و تشخیص بیماری یا نقائص که در غیر از بالین بیمار انجام می‌گیرد مثلا در آزمایشگاه، رادیولوژی و یا برونکوسکوپی. همچنین به بخش‌هایی که در بیمارستان چنین بررسی‌هایی را انجام می‌دهند بخش‌های پاراکلینیک اطلاق می‌شود)						

ابعاد	سوالات	کاملاً راضی	راضی	نظری ندارم	ناراضی	کاملاً ناراضی
رضایت از کیفیت	رضایت از نحوه برخورد و رفتار کارکنان و پزشکان					
	رضایت از ارائه آموزشهای لازم و برگزاری کلاسهای آموزشی					
	رضایت از زمان انتظار و رعایت نوبت در واحدهای مختلف					
	رضایت از بهداشت و نظافت					
	رضایت از تسهیلات و امکانات رفاهی					
	رضایت از سرعت پاسخگویی و هماهنگی بین کادر پزشکی و پرستاری					
	رضایت از رعایت حریم شخصی					
	رضایت از آرامش کافی در محیط و بخشها					
	رضایت از نحوه و سرعت انجام امور پذیرش، بستری و ترخیص					
	رضایت از محوطه و فضای درمان (ساختمان) و نصب علائم راهنما					
رضایت از دسترسی	رضایت از تجهیزات پزشکی به روز و داروهای مورد نیاز					
	رضایت از سرعت دسترسی و دریافت خدمات مانند بستری و عمل جراحی					
	رضایت از وجود مرکز درمانی در نزدیکی محل سکونت					
	رضایت از امکان گرفتن وقت ملاقات با پزشک مورد نظر برای مراقبتهای منظم به محض نیاز					
رضایت از هزینه	رضایت از سهولت در دسترسی به بخش اورژانس و مراقبتهای ویژه در صورت وضعیت اضطراری					
	رضایت از مراجعه به پزشک در صورت وجود علائم خفیف بدون ترس از بار مالی آن					
	رضایت از پاسخگویی اقتصاد خانواده به هزینههای پزشکی در صورت مواجه شدن با بیماری					
	رضایت از پوشش بیمه تکمیلی درمان به عنوان جبران کننده هزینههای پزشکی					
	رضایت از متعارف بودن هزینههای دریافتی از طرف بیمارستان					
	رضایت از هزینههای تحمیل شده در طی فرآیند درمان					
رضایت از قابلیت و مهارت کارکنان و پزشکان	رضایت از کلیه هزینههای درمانی					
	رضایت از سرعت و عملکرد پرسنل هنگام کار با تجهیزات و دستگاهها					
	رضایت از سرعت و دقت کارکنان در انجام امور مالی و اداری					
	رضایت از عملکرد و مهارت پزشک در تشخیص و بهبود بیماری					
	رضایت از مهارت و سرعت عمل پرستاران					
	رضایت کلی از مهارت و دانش و عملکرد کارکنان در انجام کارها و مسئولیتهای آنها					

Presentation of general satisfaction model of health-care system performance and classification customers

Nowadays, many factors have caused the directors and officials of healthcare organizations move in the direction of client orientedness approach and paying attention to the needs of the patients, to get maximize the satisfaction of customers. The aim of this study is to identify the dimensions of satisfaction and review the relationship between the satisfaction of superior and valuable dimensions in the healthcare services providing and public satisfaction of the health care system performance. Then, the customers are classified according to the satisfaction index based on their demographic characteristics. To this end, has been using the statistical analysis tool set to develop a comprehensive satisfaction and data mining model for classification algorithms. A researcher-made questionnaire was used to collect the required data. Reliability and validity of the questionnaire have been calculated and confirm based on content validity, construct validity, convergent validity, discriminant validity, Cronbach alpha, and composite reliability. Data analysis has been done with SPSS 22, Smart PLS3 and SPSS Modeler18. The results of this study indicate that public satisfaction of the healthcare services has a positive and significant relationship with the quality of health services, staff skills, access to services, and cost of services in order of priority. In addition, the demographic client features can affect their classification in terms of satisfaction.

Keywords: Satisfaction, Health-care Services, Structural Equations, Data Mining, Classification.



Faculty of Industrial Engineering and Management

M.Sc. Thesis in

Industrial Management

**Presentation of general satisfaction model of health-care
system performance and classification customers**

By: Yasaman Arab Ameri

Supervisor:

Dr. Aliakbar Hasani

Advisor:

Dr. Mohammad Fattahi

2019