



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل مطالعات و پژوهش

رضایتمندی بیمه‌شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و ارائه دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده

نویسندگان

هیات علمی پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی	دکتر فرزانه مفتون
هیات علمی پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی	دکتر افسون آئین پرست
هیات علمی پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی	دکتر علی منتظری
هیات علمی پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی	دکتر فرانک فرزدی
هیات علمی پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی	دکتر کتابون جهانگیری

سازمان بیمه خدمات درمانی

پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

مشاور علمی

استاد آمار، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر کاظم محمد

همکاران ستادی

آقای سیدمهدی میرشاه ولد سرپرست اداره کل مطالعات و پژوهش سازمان بیمه خدمات درمانی
خانم سهیلا حسینی کارشناس مسئول مطالعات و پژوهش سازمان بیمه خدمات درمانی

ناظرین

دکتر منصور غزاله کارشناس مسئول اداره کل مطالعات و پژوهش سازمان بیمه خدمات درمانی، ناظر اجرایی طرح
دکتر ابوالقاسم پوررضا عضو هیات علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ناظر علمی طرح

گروه کارشناسی

خانم فاطمه ریاضی کارشناس علوم ارتباطات اجتماعی، کارشناس گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
خانم فریبا رسولی کارشناس بهداشت محیط - کارشناس اداره امور پژوهشی

همکاران استانی

افراد همکار	استانها (به ترتیب حروف الفبا)
خانم معصومه پوروطن	آذربایجان شرقی
آقای ناصر پیری	آذربایجان غربی
آقای شهریار جمیل	اردبیل
آقای دکتر غلامرضا دهقانی	اصفهان
آقای مراد نصری	ایلام
آقای محمد صفری	بوشهر
آقای حسن نوریانی	تهران
آقای رضا جهانبازی	چهارمحال و بختیاری

آقای دکتر احسان روشن روان	خراسان شمالی
آقای جواد باصری	خراسان رضوی
آقای سیدعلی هاشمی	خراسان جنوبی
آقای حسن سعیدی	خوزستان
آقای مهدی صیادی	زنجان
آقای عبدالله سلطانی	سمنان
آقای احمد رضا میری	سیستان و بلوچستان
آقای غلامحسین جمالی	فارس
خانم معصومه یوسفی	قزوین
آقای دکتر محمد داوری	قم
آقای دکتر حمید رضا بهرامیان	کردستان
آقای غلام رضازاده	کرمان
آقای حمید ارشادی	کهگیلویه و بویراحمد
آقای دکتر رضا عربعلی	گلستان
آقای مهدی محبوب	گیلان
خانم اشرف اسدی فرد	لرستان
آقای فخرالدین هاشمی	مازندران
آقای علیرضا عظیمی	مرکزی
خانم طیبه عامری	هرمزگان
آقای حمید محمدی	همدان
آقای دکتر محسن محمودیان	یزد
آقای حمیدرضا مسعودراد	کرج



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل مطالعات و پژوهش

نویسندگان: فرزانه مفتون (پژوهشگرده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ACECR)، افسون آئین پرست،
علی منتظری، فرانک فرزودی، کتابون جهانگیری
عنوان: رضایتمندی بیمه شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و ارائه دهندگان خدمات در
طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده
حروفچین و صفحه آرا: فاطمه ریاضی
تیراژ: ۴۴۴
به سفارش: سازمان بیمه خدمات درمانی
سال: ۱۳۸۹

نویسندگان کتاب مراتب تقدیر و تشکر خود را از جناب آقای دکتر محمدسعید کارآموز رئیس هیات مدیره و مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی، جناب آقای سیدمهدی میرشاه ولد سرپرست اداره کل مطالعات و پژوهش این سازمان، جناب آقای دکتر کاظم محمد مشاور علمی طرح، جناب آقای دکتر منصور غزاله و جناب آقای دکتر ابوالقاسم پوررضا ناظرین اجرایی و علمی به عمل می‌آورند. زحمات بی‌شائبه و همکاری ایشان نقش بسزایی در به انجام رسیدن این طرح و تدوین نتایج آن به صورت کتاب ایفا نموده است.

همچنین از تلاشهای کارشناسان محترم حوزه پژوهشی پژوهشکده علوم بهداشتی سرکارخانمها فاطمه ریاضی و فریبا رسولی، کارشناسان محترم حوزه فنی سازمان بیمه خدمات درمانی سرکار خانمها سهیلا حسینی و دکتر لیلا گودرزی و همکاران استانی طرح سپاسگزاری می‌نماییم.

توفیق روزافزون این بزرگواران و نیز سایر عزیزانی که در به ثمر رسیدن این مجموعه همکاری نموده‌اند را از درگاه ایزد متعال خواستاریم.

نویسندگان

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۹	پیشگفتار
۱۱	مقدمه
۱۳	فصل اول: رضایت‌گیرندگان خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات در سیستم‌های بهداشتی و درمانی
۱۵	۱. کلیات
۱۵	۲. مفاهیم و اهمیت سنجش رضایت مشتری
۱۶	۳. ضرورت ارزیابی رضایت
۱۹	۴. چالش‌های ارزیابی رضایت مشتری
۱۹	۴-۱. آموزش و جهت‌یابی حرفه‌ای
۲۰	۴-۲. تاثیر ناتوانی بیماران در ارزیابی رضایت
۲۰	۴-۳. اندازه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها
۲۱	۵. تئوری رضایت مصرف‌کننده
۲۲	۶. ابعاد رضایت
۲۵	۷. ارتباط رضایت مشتری با کیفیت خدمات
۲۷	۸. متدولوژی و ابزارهای سنجش رضایت مشتری
۳۰	۹. رویکردهای سنجش رضایت مشتری
۳۲	۹-۱. رویکردهای مقیاس کوچک ارزیابی رضایت
۳۲	۹-۱-۱. بحث گروهی
۳۳	۹-۱-۲. مصاحبه عمیق
۳۵	۹-۱-۳. مشاهده
۳۶	۹-۱-۴. بررسی خاطرات و مستندات نوشته شده
۳۶	۹-۲. رویکردهای مقیاس بزرگ
۳۹	۹-۲-۱. بررسی خود ایفا
۳۹	۹-۲-۲. مصاحبه‌های تلفنی
۴۱	۹-۲-۳. مصاحبه چهره به چهره
۴۱	۱۰. عوامل موثر بر رضایت و حیطه‌های رضایت‌گیرندگان خدمات در بخش سلامت
۴۲	۱۱. عوامل موثر بر رضایت و حیطه‌های رضایت
۴۶	۱۲. رضایت و ارائه‌دهندگان خدمات
۶۱	فصل دوم: روش تحقیق
۶۳	اهداف پژوهش
۶۳	هدف کلی
۶۳	اهداف اختصاصی

٦٤	..... سوالات پژوهش
٦٥	..... تعریف عملیاتی واژه‌های کلیدی
٦٥	..... روش پژوهش
٦٥	..... جامعه پژوهش
٦٦	..... محیط انجام پژوهش
٦٦	..... تعداد نمونه و روش نمونه‌گیری
٦٨	..... حجم نمونه و نحوه نمونه‌گیری ارائه دهندگان خدمات
٦٨	..... بررسی اعتبار و پایایی ابزارهای سنجش
٦٨	..... پرسشنامه سنجش رضایت ارائه دهندگان خدمت
٦٩	..... پرسشنامه سنجش رضایت گیرندگان خدمت
٧١	..... فصل سوم: یافته‌ها
٧١	..... یافته‌ها ١: میزان رضایت گیرندگان خدمات در طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع
١١٥	..... یافته‌ها ٢: میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت در طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع
١٨٧	..... فصل چهارم: نتیجه‌گیری و پیشنهادات
١٨٩	..... رضایت از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در گیرندگان خدمات
١٩٢	..... رضایت از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در ارائه دهندگان خدمات
١٩٤	..... پیشنهادات در راستای رضایتمندی ارائه دهندگان خدمات
١٩٤	..... پیشنهادات اجرایی
١٩٥	..... پیشنهادات پژوهشی
١٩٥	..... پیشنهادات در راستای رضایتمندی گیرندگان خدمات
١٩٥	..... پیشنهادات اجرایی
١٩٦	..... پیشنهادات پژوهشی
١٩٧	..... فصل پنجم: منابع

پیشگفتار

در دهه‌های اخیر تلاشهایی که توسط نظام سلامت و سایر بخش‌ها در راستای ارتقای شاخص‌های سلامتی، توسعه انسانی و امنیت اجتماعی به عمل آمده است قابل توجه می‌باشد. با وجود تمام این تلاشها، چالش‌هایی نظیر گذر اپیدمیولوژیک، تغییرات سریع و آشکار در ساختار کمی و سنی جمعیت، و برقراری عدالت اجتماعی همچنان در صحنه اجتماعی کشور حضور دارند. در این راستا توسعه پوشش بیمه‌ای و نظام سطح بندی شده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از جمله راهکارهایی است که نقش عمده‌ای در ارتقای شاخص‌های سلامت ایفا می‌نماید.

از طرف دیگر نظام سلامت، دارای ابعادی متنوع و ارتباطات بین بخشی گسترده است و خود در بردارنده سازمان‌های متعددی است که هماهنگی فعالیت‌های مربوط به هر یک از آنها و نیز تعامل مناسب بین آنها لازمه عملکرد بهینه نظام سلامت است.

تقویت نظام ارجاع و استفاده از پزشکان خانواده در اصلاح نظام سلامت کشورمان زیربنای «طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع» از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است و همراه شدن آن با ارتقای پوشش بیمه‌ای در قالب «طرح بیمه درمان روستایی» از سوی وزارت رفاه و تامین اجتماعی با محوریت سازمان بیمه خدمات درمانی منجر به نهادینه شدن هرچه بیشتر این راهکارها شده است.

بدنبال اجرای طرح بیمه درمان روستاییان در قالب نظام ارجاع و پزشک خانواده که یکی از افتخارات نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران است لازم بود این اقدام مورد بررسی و واکاوی قرار گیرد لذا موضوع بیمه درمان روستاییان، پزشک خانواده و نظام ارجاع در فهرست اولویت‌های پژوهشی سازمان بیمه خدمات درمانی قرار گرفت. «بررسی میزان رضایتمندی بیمه‌شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و ارائه دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده» از جمله این اولویت‌های پژوهشی است که در سال ۱۳۸۷ به پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی سفارش داده شد. اهم بررسی‌های مربوط و نتایج این طرح پژوهشی در این کتاب در اختیار مسئولین و صاحب نظران اجرایی و علمی قرار داده شده است. انتشار این یافته‌ها و ایجاد شرایط کاربرد به هنگام آن می‌تواند گامی در راستای، تقویت و ارتقای همه جانبه طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به شمار آید.

در اینجا از جناب آقای دکتر صادق رجایی، جناب آقای دکتر محمدسعید کارآموز، جناب آقای دکتر حمیدرضا غفاری، جناب آقای دکتر محمد حیدری، جناب آقای دکتر منصور غزاله، جناب آقای دکتر ابوالقاسم پور رضا، سرکار خانم سهیلا حسینی، جناب آقای دکتر خسرو رحمانی، جناب آقای دکتر مسعود مشایخی، جناب آقای دکتر رضا رشیدی، سرکارخانم دکتر لیلا گودرزی، جناب آقای دکتر امیر محمودی و سایر همکاران این سازمان که در انجام این پژوهش اداره کل مطالعات و پژوهش را یاری نموده اند قدردانی می‌گردد.

همچنین از همکاری جناب آقای دکتر علی منتظری ریاست پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، سرکارخانم دکتر فرزانه مفتون مجری طرح پژوهشی و سایر همکاران ایشان که در اجرای پژوهش و تدوین نتایج آن به صورت کتاب تلاش نمودند نیز تشکر و قدردانی به عمل می‌آوریم.

سیدمهدی میرشاه ولد
سرپرست اداره کل مطالعات و پژوهش
سازمان بیمه خدمات درمانی

مقدمه

طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده براساس ضرورت‌هایی شکل گرفت که اهم آن شامل برقراری دسترسی مناسب آحاد کشور، برابری در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی، همچنین هدف‌مندی ارائه خدمات و ارتقای بهره‌وری امکانات نیروی انسانی موجود گروه پزشکی است.

جلوگیری از مراجعات مکرر به پزشکان مختلف، استفاده مکرر و غیر ضرور از خدمات تشخیصی و درمانی مانع اتلاف منابع انسانی و امکانات و مواد مصرفی در حوزه بهداشت و درمان می‌شود. همچنین در نظام ارجاع و پزشک خانواده پیشگیری در سطح اول و دوم باعث می‌شود که اغلب بیماریها قبل از اینکه به مراحل جدی‌تر برسند با تشخیص و درمان زودرس برطرف شده و با صرف هزینه‌های کمتر بهبودی ایجاد شود. مراجعه به سطوح تخصصی در صورت نیاز رخ خواهد داد و در نتیجه از امکانات نیروی انسانی و تجهیزات سطوح تخصصی با بهره‌وری حداکثر استفاده خواهد شد. که همه این موارد به لحاظ اقتصادی، صرفه جویی قابل توجهی را در سطح ملی باعث شده و از نظر اجتماعی و سیاسی امنیت خاطر آحاد جامعه را به لحاظ ثبات و اثربخشی این خدمات باعث خواهد شد. از طرف دیگر وجود خدمات بیمه هزینه افراد و خانواده‌ها را محدود و مشخص می‌نماید و هزینه‌های مستقیم گیرندگان خدمات تحت کنترل خواهد بود.

ارزیابی چنین طرحی به خصوص در سالهای ابتدایی شکل‌گیری نیازی ضروری است چرا که وضعیت استقرار طرح را نمایان می‌سازد.

یکی از جوانب مهم ارزشیابی طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده وضعیت رضایت بیمه شدگان روستایی و نیز وضعیت ارائه دهندگان خدمات در این طرح است.

طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده و ارائه خدمات یکپارچه توسط تیم سلامت همکاری و حضور بخشهایی را طلبیده است که در حال حاضر در اجرای برنامه مشارکت دارند: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و سازمان بیمه خدمات درمانی. همکاری چند جانبه بخشهای مختلف اهمیت نظارت و ارزیابی مبتنی بر ارتقای کیفیت را بارزتر می‌نماید چه هر سازمان اختیار فعالیت‌های مربوط به خود و کنترل آنها را در مسئولیت دارد، محصول همکاری همه بخشها که مسلماً در انحصار یک حوزه نیست را یک سازمان ارزیاب خارجی می‌تواند بررسی نماید.

طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در این مرحله در روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر، اجرا شده است که موانع اجرای آن به جهت وضعیت و امکانات گروه هدف، شرایط بخش خصوصی، و ... کمتر است. ارزیابی طرح در چنین شرائطی زمینه استقرار طرح و برنامه آن و امکان اجرایی شدن آن در سطح شهرهای بزرگتر را فراهم خواهد نمود.

رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در حوزه تیم سلامت از چند جهت دارای اهمیت است. پوشش برنامه به لحاظ کمی و کفایت آن که در بردارنده کیفیت ارائه خدمات نیز می‌باشد نقش تعیین کننده‌ای در رضایت گیرندگان خدمات این طرح را دارا است و البته ابعاد خاص خود را دارد. از طرف دیگر رضایت ارائه دهندگان خدمات از شرایط اجرایی طرح، سیستم قراردادهای و پرداخت مزایا، شرح وظایف، وضعیت اسکان و سیستم اجرایی خدمات که در این طرح لحاظ شده نقش بارزی در استمرار اجرایی طرح دارد.

بدین ترتیب رضایتمندی بیمه‌شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و ارائه دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده به سفارش سازمان بیمه خدمات درمانی مورد بررسی قرار گرفت.

کتاب حاضر در بردارنده مراحل مختلفی است که در راستای این بررسی به انجام رسیده است و مشتمل بر چهار فصل است.

فصل اول، شامل مطالعات انجام شده در سطح بین‌المللی و ملی است.

فصل دوم، شامل روش‌های تحقیق به کار رفته در بررسی رضایتمندی بیمه‌شدگان روستایی و ارائه دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده می‌باشد.

فصل سوم، شامل یافته‌های این بررسی است که در دو بخش نتایج بررسی میزان رضایت گیرندگان خدمات در طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع و نتایج بررسی میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات در طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع تفکیک شده است.

فصل چهارم، شامل نتیجه‌گیری و پیشنهادات حاصل این بررسی است.

و در انتها فصل پنجم، منابع علمی مورد استفاده را ارائه می‌دهد.

امید است اطلاعات منتشر شده در این کتاب در راستای عدالت بهداشتی و اعتلای سلامت آحاد جامعه اسلامی نقش ارزنده‌ای ایفا نماید.

دکتر فرزانه مفتون

اسفند ماه ۱۳۸۸

فصل اول

رضایت گیرندگان خدمات و ارائه
دهندگان خدمات در سیستم‌های
بهداشتی و درمانی

۱. کلیات

در طول دهه گذشته توجه به رضایت مشتری در تولیدات و خدمات افزایش یافته است. همه ارائه‌دهندگان خدمات، از نمایندگی‌های خدمات انسانی کوچک گرفته تا صنایع بزرگ، می‌خواهند بدانند که مشتریان در مورد خدمات و تولیدات ارائه شده چه نظری دارند. اخیراً سازمان‌های بهداشتی و مراقبت‌های بلند مدت اهمیت بررسی بازخورهای مشتریان را تشخیص داده‌اند. علیرغم توجه روزافزون به مشتریان در این حیطه، ارائه‌دهندگان عقیده دارند که ابزارهای مناسبی برای اندازه‌گیری دقیق رضایت مشتریان وجود ندارد. [۱]

سنجش و گزارش دهی رضایت بیمار از مراقبت‌های سلامتی به یک حرفه مهم تبدیل شده است. تعداد مقالات مدلین که «رضایت بیمار» را به عنوان کلمات کلیدی خود ارائه داده بودند به بیش از ده حوزه در طول دو دهه گذشته تبدیل شده است، تعداد مقالات نیز رشد چشمگیری داشته است به طوری که از ۷۲۱ مقاله در سالهای ۱۹۷۹ - ۱۹۷۵ به ۵۸۰۵ مقاله در سالهای ۱۹۹۳-۱۹۹۷ افزایش یافته است. در حال حاضر شاخص‌های رضایت بیمار رسماً در گزارشات کیفیت بیمارستانی و طرح‌های بهداشتی ارائه می‌شود و گروه‌های مشاوره نیز بسته‌های نرم افزاری مناسبی برای ارائه‌دهندگان خدمات که مشتاق به بررسی نظرات مشتریان هستند ارائه می‌دهند. [۲]

۲. مفاهیم و اهمیت سنجش رضایت مشتری

سنجش رضایت بیماران با رشد مشتری‌گرایی در مراقبت‌های سلامت مورد توجه قرار گرفت. این مساله با استفاده از نظرات مشتریان و پایش فعالیت‌ها اوج گرفت. [۳] رضایت بیمار و کیفیت خدمات نقش مهمی در طراحی و اجرای استراتژی‌های بازاریابی در خدمات سلامتی دارد. [۴]

اندازه‌گیری رضایت مشتری یا بیمار از خدمات بهداشتی - درمانی یک منبع بی‌نظیر اطلاعات در مورد موفقیت مداخلات بهداشتی - درمانی است که می‌تواند در بیمارستان، مطب یا جامعه انجام شود. رضایت بیمار از خدمات ارتباط نزدیکی با وضعیت بهداشتی دارد، چون به مصرف خدمات توسط بیماران و ارزیابی آنان از خدمات ارائه شده بستگی

دارد. استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری که از معیارهای استاندارد سایکومتریک استفاده می‌کنند مبنای علمی تری برای سنجش رضایت از خدمات بهداشتی نسبت به پرسیدن یک سوال معمولی از بیماران است.

حجم قابل ملاحظه‌ای از پژوهش‌های انجام شده در خدمات بهداشتی در مانی به بررسی رضایت بیمار از پزشک یا خدمات حاد اختصاص داشته است. در دهه گذشته محققان علاوه بر موارد فوق رضایت بیماران از خدمات پرستاری، خدمات توانبخشی، خدمات دارویی، مواجهه‌های غیرپزشکی در بیمارستان‌های کوچک و سایر سازمانهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی مانند سازمانهای حفظ سلامت^۱ را مورد بررسی قرار داده‌اند. مطالعات مروری متعددی نیز در این زمینه انجام شده است. [۱]

۳. ضرورت ارزیابی رضایت* [۱]

توجه به مشتری در حوزه خدمات سلامتی و مراقبتهای بلند مدت به ۴ دلیل مهم صورت گرفته است:

۱. افزایش رقابت در ارائه خدمات سلامتی در نتیجه اجرای طرح‌های مراقبت مدیریت شده^۲ و سایر مکانیزم‌های پرداخت سرانه
۲. افزایش توجه عموم به مشتری شامل تعهد ارائه دهندگان و دولت در مورد اطلاعات منتشر شده در زمینه ارائه خدمات
۳. افزایش آگاهی بیماران چرا که عقیده بر این است استقلال و قدرت تصمیم‌گیری افراد یک عامل کلیدی در کیفیت خدمات است
۴. افزایش آگاهی و کاربرد مدیریت کیفیت فراگیر^۳ که بر اهمیت مشتری در دستیابی به کیفیت تاکید دارد.

افزایش رقابت در خدمات سلامتی و مراقبتهای بلند مدت مشخصه قابل توجه دهه

1 . Health Maintenance Organization (HMO).

* در صورتیکه متون ارائه شده مربوط به یک موضوع از یک مرجع هستند، شماره مرجع در عنوان اصلی آن موضوع مشخص شده است تا از تکرار شماره مرجع در هر پاراگراف جلوگیری شود

2 . Managed Care.

3 . Total Quality Management (TQM).

۱۹۹۰ بود. در نتیجه افزایش تقریباً مداوم در هزینه خدمات بلند مدت، تلاشهایی برای کنترل هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی و بلند مدت انجام گرفت. برای پاسخ افزایش هزینه‌ها مکانیزم‌های پرداخت تغییر کرد و طرح‌های جدید بیمه‌ای مانند مراقبت‌های سازمان یافته ارائه گردید.

توسعه مراقبت‌های مدیریت شده نیز مربوط به همین حیطه بود. تعاریف متعددی از مراقبت‌های مدیریت شده وجود دارد و اکثر آنان به این نکته اشاره می‌کنند که در یک سیستم مراقبت مدیریت شده، اعضا یا بیمه شدگان سالانه یک مبلغ ثابت پرداخت می‌کنند و در مقابل خدمات بهداشتی و درمانی خاصی دریافت می‌کنند. در چنین حالتی افزایش تعداد افراد تحت پوشش بیمه برای تضمین قدرت پرداخت بیمه ضروری است. همچنین تغییر سریع افراد تحت پوشش نیز به نفع موسسات بیمه نیست. بنابراین آنان باید مشتریان خود را راضی نگه دارند. از سوی دیگر اطلاعات رضایت بیمه شدگان نکته مهمی در جلب مشتری است زیرا بیماران از این اطلاعات برای انتخاب بیمه‌گر خود استفاده می‌کنند. این عوامل دلیل افزایش روزافزون گرایش شرکت‌های بیمه به رضایت مشتری است.

وجود عوامل انگیزشی برای حفظ بیماران از هزینه‌های مراقبت‌های حاد و سایر مراقبت‌های خدمات سلامتی موجب گردید خدمات جامعه‌نگر و خدمات ارائه شده در منازل تا حد زیادی تحت تاثیر قرار گیرد. در طول ۱۰ سال گذشته، توسعه قابل ملاحظه‌ای در مراقبت‌های بلند مدت قابل دسترس سالمندان با ناتوانی‌های مزمن پدید آمد. ارائه مراقبت‌های سلامتی در منزل پس از توسعه بیمه‌های مدیکیر^۱ و مدیکید^۲ به یک صنعت مهم تبدیل شد.

مراقبت‌های بلند مدت از نظر سازمانی نیز در حال تغییر است. کاهش مدت اقامت افراد در یک منطقه موجب کاهش ضریب اشغال تخت خانه‌های سالمندان از ۹۱/۸٪ به ۸۷/۴٪ در سال ۱۹۹۵ گردید. این مساله ارائه‌دهندگان را بیشتر تحت فشار قرار می‌دهد که بدانند مصرف کنندگان به چه نیاز دارند و چه می‌خواهند.

اخیراً تغییرات بسیار عمده‌ای در توجه به اهمیت رضایت مشتری در حیطه مراقبت‌های

1. Medicare.
2. Medicaid.

سلامتی به وجود آمده است. بررسی‌های اخیر سازمان‌های مراقبت مدیریت شده و بیمارستانها نشان می‌دهد پژوهشهای گسترده‌ای جهت سنجش رضایت گیرندگان خدمات انجام گرفته است، حدود ۳۳٪ این مطالعات تقریباً به وسیله موسسات خارج سازمان و بقیه آنها به وسیله خود سازمان‌های ارائه دهنده خدمات انجام گرفته است. یک شاخص اهمیت ارزیابی رضایت، بررسی نظرات مشتریان به وسیله سازمان‌های خصوصی است. بیش از ۶۰ درصد از ۵۰۰ شرکت فورچون^۱ اقدام به بررسی رضایت مشتریان در ارتباط با مراقبتهای سلامت تحت پوشش شرکت نموده‌اند. ۲۱٪ از باقیمانده این شرکت‌ها گزارش نموده‌اند که برنامه‌ای برای جمع‌آوری چنین اطلاعاتی در آینده دارند.

افزایش اختیار مشتری عامل مهم دیگری در افزایش اهمیت بررسی رضایت مشتریان است. در حیطه خدمات سلامتی و مراقبتهای بلند مدت، اهمیت انتخاب و تصمیم‌گیری مشتری براساس دستاوردهای خدمات شناخته شده است. تحت این دیدگاه، کیفیت فقط با توجه و پاسخگویی به صدای مشتریان قابل دستیابی است.

دیدگاه انتخاب مشتری تصریح می‌کند که گیرندگان خدمات باید بتوانند کنترل بیشتری بر نوع خدمات ارائه شده و افراد ارائه دهنده خدمات داشته باشند و این دیدگاه ارزش زیادی برای انتخاب مشتری قائل می‌شود. اگرچه سلامت و ایمنی، عوامل مورد توجهی در تصمیم‌گیری هستند؛ که گاهی اوقات با قدرت انتخاب مشتری همسو نیستند؛ به همین دلیل سازمانهای بهداشتی درمانی ضمن دادن حق انتخاب به مشتری باید نظارت‌های گسترده‌ای برای تامین حداقل سطح ایمنی خدمات خود ارائه دهند تا کیفیت خدمات خود را در سطح مطلوبی حفظ کنند و آن را ارتقاء دهند.

رویکردهای مدیریت کیفیت فراگیر^۲ و ارتقاء مداوم کیفیت^۳ تکنیکهایی هستند که از کنترل‌های آماری برای ارتقاء کیفیت خدمات و کالا استفاده می‌کنند.

در مطالعات اخیر تلاش شده است موضوعات سلامت، خدمات و مراقبتهای بلند مدت مورد استفاده قرار گیرد. از آنجایی که ارتقاء کیفیت انگیزه اولیه ارزیابی رضایت مشتری است، ما عقیده داریم که بررسی نظرات مشتریان به عنوان قسمتی از مدل ارتقاء کیفیت

1. Fortune.

2. Total Quality Management (TQM).

3. Continuous Quality Improvement (CQI).

ضروری است. ما براساس تجارب مدیریت کیفیت، پنج اصل مهم مدیریت کیفیت فراگیر که نیاز برای توجه به ارتقاء کیفیت برای مشتریان را مشخص می‌کند شناسایی نموده‌ایم. این اصول عبارتند از:

۱. شما باید مشتری خود را بشناسید
 ۲. شما باید به نظرات مشتری گوش کنید
 ۳. وجود اطلاعات برای تصمیم‌گیری صحیح ضروری است
 ۴. گروه موثرتر از فرد است
 ۵. suboptimization چالش کلیدی پیش روی سازمانها است
- Suboptimization یعنی یکی از واحدهای سازمان به بهای کاهش بازده سایر بخش‌ها، عملکرد خود را بهینه کند. این مساله منجر به کاهش کلی کیفیت خروجی‌های سازمان می‌شود.

۴. چالش‌های ارزیابی رضایت مشتری [۱]

علیرغم اهمیت توجه به نظرات مشتریان، چالش‌های مهمی بر سر راه ارزیابی رضایت مشتریان وجود دارد. این چالش‌ها عبارتند از:

۴-۱. آموزش و جهت‌یابی حرفه‌ای:

بسیاری از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و مراقبت‌های بلند مدت آموزش‌های زیادی دیده‌اند و مشاغل آنها به مهارت‌های فنی بالایی نیاز دارد. آموزش حرفه‌ای و تجربه اهمیت دارند. گاهی اوقات چنین به نظر می‌رسد که این موارد با ایده توجه به نظرات مشتریان متناقض است. بسیاری از متخصصان عقیده دارند که مشتریان تجربه کافی برای ارائه بازخورد در مورد کیفیت خدمات را ندارند. در این دیدگاه عقیده دارند نظرات مشتری صحیح یا قابل توجه نیست. در نتیجه بسیاری از موسسات توجه به نظرات مشتریان را در مورد خدمات دریافت شده توصیه نمی‌کنند یا بسیار کم توجه می‌کنند.

۴-۲. تاثیر ناتوانی بیماران در ارزیابی رضایت

گیرندگان خدمات، به ویژه در بخش مراقبت‌های بلند مدت، به طور فزاینده در طول دهه گذشته آسیب دیده‌تر (بیمارتر) شده‌اند. افزایش حجم گروه سالمندان، تغییر جهت خدمات از مراقبت‌های حاد به بلند مدت و گسترش گونه‌های مختلف مراقبت‌های بلند مدت موجب گردیده است ارائه خدمات در منزل به عنوان یک رویکرد پذیرفته شده ارائه خدمات به افراد بسیار ناتوان تبدیل شود. ضعف و آسیب دیدگی به دو دلیل مانعی برای ارزیابی نظرات مشتریان در بخش سلامتی است: (۱) دسترسی به افرادی که وضع سلامتی بدی دارند مشکل‌تر است و ارزیابی رضایت آنان مشکل است (مثلاً، کسانی با اختلالات شنوایی، بینایی و تکلم) (۲) شرایط فیزیکی و سطح سلامت بیمار ممکن است بر رضایت بیمار اثر مخدوش کننده بر جا گذارد، بنابراین کسانی که ناتوان‌تر هستند بیشتر احتمال دارد اظهار عدم رضایت از خدمات ارائه شده را داشته باشند. وجود اختلالات شناختی در گیرندگان خدمات نیز چالشی برای ارزیابی رضایت مشتریان است. اکثر موسسات ارائه خدمات بلند مدت و مراکز ارائه مراقبت در منازل به بیمارانی که دچار زوال عقل هستند خدمت ارائه می‌کنند به همین دلیل بسیار مشکل است که اطلاعات ورودی مربوط به رضایت را مستقیماً از خود بیمار بگیرند.

۳-۴. اندازه‌گیری و جمع‌آوری داده

بررسی کیفیت خدمات از نظر مشتری وظیفه بسیار مشکلی است. خدمات سلامت ماهیتاً شخصی هستند یعنی افراد مختلف انتظارات مختلفی از ماهیت و کیفیت خدمات دارند. خدمات سلامت علاوه بر شخصی بودن، تخصصی نیز می‌باشند. گاهی اوقات مشتریان نمی‌دانند که آیا خدمات مناسبی به آنها ارائه شده است یا نه و گاهی اوقات خدمات مناسب دقیقاً آنچه بیماران می‌خواهند نیست. طراحی یک شاخص دقیق و معتبر، موضوع جمع‌آوری اطلاعات را دو برابر مشکل‌تر می‌سازد. برخی از موسسات فقط تجربه ارائه خدمات را دارند، نه جمع‌آوری اطلاعات. در این موارد موسسات باید از افرادی خارج از سازمان برای این کار استفاده کنند. تعیین رویکرد مناسب جمع‌آوری داده‌ها و حجم نمونه نیز برای برخی موسسات مشکل است.

۵. تئوری رضایت مصرف کننده: [۱]

ادبیات موجود در زمینه رضایت گسترده است ولی تعداد بسیار کمی از آنها به زمینه فرآیندهای شناختی و روانشناسی خدمات بلند مدت که منجر به رضایت می‌شود اختصاص دارد. اکثر کارهای تئوریک و تجربی در زمینه تولید و بازاریابی است و بیشتر به این موضوع می‌پردازد که مشتریان چگونه عملکرد یا کیفیت تولیدات و خدمات را ارزیابی می‌کنند و چگونه چنین ارزشیابی‌هایی بر رفتار بعدی مشتری تاثیر می‌گذارد. در این مقالات، مدل تئوریکی غالب در ده سال گذشته بر پایه مدل عدم تطابق انتظارات^۱ استوار بوده است.

در این تئوری رضایت از موارد زیر ناشی می‌گردد:

(۱) ارزیابی شناختی عملکرد مشاهده شده یا کیفیت گزینه‌های مختلف یک خدمت در مقایسه با انتظارات از این گزینه‌ها.

(۲) یک پاسخ موثر به این ارزشیابی رضایت (یا نارضایتی) از یک خدمت زمانی اتفاق می‌افتد که یک تضاد بین انتظارات و عملکرد واقعی به وجود می‌آید.

رضایت وقتی به وقوع می‌پیوندد که عملکرد واقعی از انتظارات فراتر رود؛ نارضایتی زمانی به وقوع می‌پیوندد که تجارب مشتری از خدمات کمتر از سطح انتظارات وی قرار گیرد. به طور کلی توافق گسترده‌ای در ادبیات در مورد اجزاء کلی رضایت مشتری وجود دارد، ولی در مورد جهت برخی از تاثیرات بین اجزاء نشان داده شده در مدل، اختلاف نظرهای عمیقی وجود دارد. برای مثال پاسکو^۲ و سایرین نشان داده‌اند که پاسخ موثر همچنین ممکن است براساس واکنش مشتری به تجربه فوری از محصول یا خدمت به وجود آید. سایرین نشان داده‌اند که انتظارات مستقیماً بر رضایت اثر می‌گذارد. انجام مطالعات بیشتر در زمینه رضایت، منجر به ایجاد ویرایش‌های پیچیده‌تری از مدل گردید. برای مثال تحلیلگران پیشنهاد داده‌اند که رضایت زمانی که عدم تطابق روی می‌دهد تحت تاثیر کیفیت مشاهده شده است. و زمانی که عدم تطابق روی نمی‌دهد تحت تاثیر انتظارات قرار دارد.

مورد دیگر چگونگی ارزیابی رضایت از خدمات در طول زمان است. برای مثال،

1 . Expectancy Disconfirmation.
2 . Pascoe.

طراحی پرسشنامه کیفیت خدمات^۱ که یک شاخص چند بعدی از کیفیت خدمات است، بر این اساس شکل گرفته است که کیفیت یک ساختار تجمعی یا ارزیابی کلی از سیستم ارائه خدمت است.

این بحث مختصر تعدادی از مفاهیم موثر در ارزیابی رضایت از خدمات را مشخص می‌کند. اهمیت تجارب مشتری از کیفیت خدمات، نشان می‌دهد که ابزارهای بررسی رضایت باید در برگیرنده تمام جنبه‌های تولید یا خدمت باشند که از نظر بیمار اهمیت دارد. نکته دوم اهمیت انتظارات در ارزیابی رضایت است. انتظارات بر رضایت مقدم است و به عنوان یک مبنا برای مقایسه با کیفیت مشاهده شده خدمات به شمار می‌آید و اثر مستقل و مستقیمی بر رضایت دارد.

۶. ابعاد رضایت: [۱]

بخش قابل توجهی از مطالعات رضایت بیمار از خدمات بهداشتی در زمینه مراقبت‌های حاد انجام گرفته است. بررسی ابعاد رضایت بیمار نشان می‌دهد که رضایت مشتری از مراقبت‌های سلامتی یک ساختار چند بعدی دارد.

مطالعه‌ای که توسط دیویس و استوارت^۲ (۱۹۷۸) بر روی ۱۰۰ مطالعه رضایت بیمار انجام شده نشان داد ابزار مطالعه ابعاد مختلفی از رضایت (یا خدمت) را مورد بررسی قرار داده است مانند: روابط انسانی ارائه دهنده، کیفیت خدمات، دسترسی^۳ مسایل مالی، محیط فیزیکی، فراهمی،^۴ تداوم و اثربخشی خدمات.

سایر محققان دریافته‌اند که ابعاد رضایت بیمار شامل جنبه‌های فنی و غیرفنی مراقبت، دسترسی و تداوم خدمت و شرایط فیزیکی محیط ارائه خدمت است. به طور کلی، توافق کمی در مورد تعداد و نوع ارتباط ابعاد مختلف رضایت در خدمات مختلف وجود دارد. برای مثال، تحقیقات نشان داده است که تفاوت در مفاهیم و ابعاد رضایت منجر به امتیازبندی متفاوت رضایت بیماران می‌شود. کاربرد این یافته‌ها در خدمات بلند مدت از

1 . Serv Qual.

2 . Davies & Stewart.

3 . Accessibility

4 . Availability.

حساسیت بیشتری برخوردار است.

مطالعات انجام شده در زمینه مراقبت‌های سلامتی در مراکز مراقبت‌های حاد راهنمای مناسبی برای استفاده یا سنجش رضایت بیمار در مراقبت‌های بلند مدت به شمار نمی‌آیند. مراقبت‌های بلند مدت از بسیاری از جنبه‌ها با مراقبت‌های حاد یا مراقبت‌های سلامتی ارائه شده در مطب‌ها متفاوت است. در مقایسه با زمان محدود صرف شده برای ویزیت پزشک یا دوره درمان بیماری حاد، افق زمانی مراقبت‌های بلند مدت طولانی یا حتی مادام‌العمر است. مسایل مرتبط با سلامتی در گیرندگان مراقبت‌های بلند مدت شرایط زندگی روزانه فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و پیچیده و چندگانه هستند. به دلیل آنکه مراقبت‌های بلند مدت شرایط زندگی را در بلند مدت یا حتی به طور دایم تغییر می‌دهند، کیفیت زندگی افراد ناتوان و سالمند نیاز به ارزیابی دارد.

یک مشکل عمومی برای سنجش رضایت مشتری، عدم وجود تعریف دقیق برای رضایت از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است. زیرا کلماتی مانند «رضایت» یا «راضی» ممکن است برای مشتریان مختلف معانی متفاوتی داشته باشند. متأسفانه اکثر مطالعات براساس دیدگاه محققان یا ارائه‌دهندگان شکل گرفته است و کمتر به نظر بیماران در این زمینه توجه شده است و زمانی که مشتریان در طراحی شاخص در مطالعات مشارکت داده می‌شوند، دیدگاه گروه‌های اقلیت در نظر گرفته نمی‌شود در نظر گرفتن دیدگاه گروه اقلیت در طراحی ابزار سنجش رضایت مشتری ضروری است تا ابزاری بدست آید که تمام ابعاد موثر بر رضایت مشتری از خدمات را مورد ارزیابی قرار دهد.

عوامل موثر بر رضایت در خدمات بلند مدت (مراقبت در منزل) شامل شایستگی فنی، قابلیت اطمینان و توانمندی‌های ارتباط بین فردی کارکنان، داشتن حق انتخاب، حمایت کارکنان و کفایت خدمات (که در مراقبت‌های حاد به آن اشاره نشده است) می‌باشد.

مدل عدم تطابق انتظارات، اهمیت درک انتظارات مشتری در ارزیابی رضایت را آشکار می‌سازد. براساس نظراولیور^۱ «انتظارات عبارت است از احتمالات تعریف شده از سوی مشتری برای وقوع اتفاقات مثبت یا منفی، در صورت انجام برخی رفتارها». انتظارات مقدمه‌ای ضروری برای رضایت است که به عنوان استانداردهای ذهنی با کیفیت مشاهده

شده خدمات مقایسه می‌شود و تاثیر مستقل و مستقیم بر رضایت دارد. میلر^۱ یکی از پیشگامان پژوهش در عرصه رضایت سنجی بود که گونه شناسی انتظارات را ترسیم نمود و بین انتظارات در سطوح مختلف تفکیک قائل شد. این سطوح شامل، سطح ایده آل، سطح مورد انتظار و سطح حداقل است. سطح ایده‌ال یا مطلوب عملکرد نشان می‌دهد که مشتری عقیده دارد که کیفیت خدمات باید در بالاترین سطح استاندارد باشد. در مقابل، حداقل انتظارات برای کیفیت پایین‌ترین سطح مورد انتظار است. سطح مورد انتظار یا پیش‌بینی شده عملکرد براساس میانگین تجارب گذشته و در مقایسه با نتایج پیش‌بینی شده عملکرد واقعی است. به دلیل وجود اختلاف بین انواع انتظارات، پژوهشگران در مطالعات سنجش رضایت باید نوع انتظارات مشتری را مشخص کنند. انتظارات از مراقبت‌های سلامتی نه تنها بین افراد مختلف، بلکه در فرهنگ‌های مختلف نیز با هم متفاوت است و می‌تواند تحت تاثیر طول مدت ارائه خدمت و سایر عوامل قرار گیرد. تاثیر مراکز ارائه خدمت بر انتظارات گیرندگان خدمت برای سالمندانی که ساکن مراکز هستند مساله‌ای ویژه است زیرا آنان در مرکز می‌آموزند که مستقل باشند و نحوه عملکرد مرکز می‌تواند بر سطح انتظارات آنان اثر مثبت یا منفی بگذارد.

برای تدوین یک استاندارد عمومی در ارزیابی‌های رضایت باید نوع انتظارات گیرندگان خدمات به عنوان مبنای پاسخگویی به رضایت مشخص شود. در این مرحله، شفافیت در تدوین استانداردها ضروری است. اینکه از بیمار بخواهیم برای پاسخگویی به سوالات رضایت از سطح واقعی عملکرد، آن را با عملکرد مورد انتظار یا پیش‌بینی شده مقایسه کند، در مراقبت‌های بلند مدت پیچیده است. زیرا اکثر گیرندگان خدمات خانه‌های سالمندان تجربه قبلی از این نوع خدمت ندارند. فولک^۲ عقیده دارد که تجربه گذشته که پایه اصلی شکل‌گیری انتظارات از عملکرد خدمات در آینده است، می‌تواند تحت تاثیر تجربه مستقیم مشتری، تجارب بیان شده از سوی دیگران، گزارشات کتبی، نقطه نظرات سایر مشتریان و حافظه قرار گیرد. برخی از ابزارها به طور صریح موضوع انتظارات را بررسی می‌کنند. برای

1. Miller.
2. Folke.

مثال ابزار SERVQUAL شامل بخشی برای بررسی انتظارات است که براساس سطح ایده‌آل عملکرد یا کیفیت عالی خدمات ارائه شده ساخته شده است. یک بخش دیگر شامل ارزشیابی عملکرد فعلی یک شرکت خاص است.

ارزیابی سطح انتظارات باید پیش از ارزیابی رضایت انجام شود. ولی بعضی اوقات بررسی سطح انتظارات به صورت گذشته نگر انجام می‌شود.

۷. ارتباط رضایت مشتری با کیفیت خدمات

بررسی کیفیت خدمات در زمینه سلامتی یکی از گامهای مهم برای ارزیابی و ارتقاء کیفیت خدمات به شمار می‌آید. رضایت بیمار یک شاخص مهم کیفیت خدمات است. [۵] نتایج مطالعات حاکی از آن است که بررسی و سنجش رضایت بیمار و کیفیت خدمات سلامتی در هر دو حیطه مفهومی و عملیاتی فرآیندی پیچیده است با این وجود جمع‌آوری داده‌های مربوط به رضایت بیمار در مقایسه با شاخص‌های حرفه‌ای کیفیت ساده‌تر است. [۴ و ۲]

رضایت مشتری اغلب معادل کیفیت در نظر گرفته می‌شود، ولی اختلافات مهمی بین این دو جزء وجود دارد. همانطور که مثالهای زیر نشان می‌دهد امتیازات رضایت ضرورتاً به درجه کیفیت ترجمه نمی‌شود. [۱]

فرض کنید دو گروه مشابه از مشتریان خدمات یکسانی دریافت نمایند. علاوه بر این فرض نمایید دو گروه بیماران از نظر خصوصیات دموگرافیک و سطح انتظارات از کیفیت خدمات مشابه هستند. در چنین شرایطی اگر از یک ابزار معتبر و پایا استفاده کنید و اختلافات قابل توجهی بین میانگین رضایت دو گروه مشاهده نمایید، آیا فرض اینکه کیفیت خدمات ارائه شده به کسانی که رضایت بیشتری داشتند بالاتر از کسانی بوده که رضایت کمتری داشته‌اند، معقول به نظر می‌رسد؟ پاسخ منفی است زیرا رضایت و کیفیت خدمات ضرورتاً مشابه نیستند. [۱]

مهمترین اختلاف این است که ابعاد کیفیت ضرورتاً بر مبنای ویژگی‌های خدمات استوار است، در صورتی که ارزیابی رضایت اینگونه نیست. ارزیابی کیفیت باید با ماهیت خدمت ارزشیابی شده ارتباط داشته باشد. مثلاً کیفیت غذای رستوران با بررسی کیفیت

تکنیکی غذا شامل تازگی مواد اولیه، تنوع لیست غذا، توانایی آشپز در تهیه غذا، دمای غذای سرو شده و غیره تعیین می‌شود. غیرمنصفانه است که کیفیت غذا را با ارزیابی سطح سروصدای محیط پیرامون، زمان انتظار و رفتار مودبانه ارائه دهندگان خدمت یا هزینه غذا بررسی نماییم. ارزیابی رضایت به هر حال، می‌تواند از هر جنبه خدمت که برای بیمار مهم است صورت گیرد که می‌تواند به کیفیت مربوط باشد یا نباشد. این موارد می‌تواند نه تنها به مسایل نامربوط به غذا ارتباط پیدا کند، بلکه می‌تواند شامل عواملی باشد که تحت کنترل رستوران قرار ندارد شامل وقوع جرایم در همسایگی رستوران، سر و صدای پروژه ساختمانی مجاور رستوران یا گران‌قیمت بودن پارکینگ، این اختلافات نشان می‌دهد که رضایت مفهوم وسیعتری از کیفیت خدمات دارد زیرا کیفیت یکی از ابعاد خدمت است که بر رضایت مشتریان اثر دارد. [۱]

اختلاف مهم دیگر بین رضایت و کیفیت این است که قضاوت در مورد کیفیت می‌تواند بدون داشتن تجربه قبلی شکل بگیرد، اما ارزیابی رضایت ضرورتاً براساس تجارب افراد شکل می‌گیرد. کیفیت بسیاری از تولیدات یا خدمات می‌تواند براساس اعتبار یا بازبینی تعیین شود. برای نمونه، شخص می‌تواند به طور معقول با خواندن ارزشیابی‌ها در مجلات مشتریان یا بازدیدهای فنی در مورد کیفیت ماشین‌ها، کامپیوترها یا تجهیزات استریوفونیک قضاوت کند. به هر حال شخص نمی‌تواند بدون تجربه مستقیم خدمت یا محصول به درستی در مورد رضایت بخش بودن یا نبودن آن قضاوت نماید. [۱]

پایین بودن نمرات ارزیابی رضایت به مفهوم زیر استاندارد بودن کیفیت خدمات نیست. اگرچه احتمال چنین موردی وجود دارد ولی با قطعیت نمی‌توان در مورد آن اظهار نظر کرد. آنچه به قطعیت می‌توان گفت این است که مشتریان یک سازمان کمتر از مشتریان سازمان دیگر که همان خدمات را ارائه می‌دهد از خدمات رضایت دارند. برای بررسی علت این مساله باید خدمات ارائه شده به وسیله هر دو سازمان مورد بررسی دقیق قرار گیرند. بررسی‌ها ممکن است نشان دهد خدمات ارائه شده به مشتریانی که رضایت کمتری دارند به اندازه خدمات سازمان دیگر خوب است یا حتی از آن بهتر است ولی رضایت مشتریان تحت تاثیر عوامل خارج از کنترل ارائه دهنده خدمت مانند نرخ تغییر کارکنان یا ارائه دهندگان خدمت، مشکلات تنظیم خدمات در مناطق شهری و روستایی و ... قرار

گرفته باشد. برای نتیجه‌گیری باید گفت، رضایت بیمار از خدمات یک شاخص است، اما فقط یک شاخص از کیفیت خدمات است و برعکس آن نیز صادق است یعنی کیفیت یک عامل است ولی فقط یکی از عوامل موثر بر رضایت مشتریان به حساب می‌آید. [۱]

۸. متدولوژی و ابزارهای سنجش رضایت مشتری

یکی از پرسشنامه‌های اختصاصی طراحی شده برای بررسی رضایت بیماران، پرسشنامه رضایت از پزشک بیمارستان پرنس مارگارت^۱ است. که در مطالعه‌ای روایی و پایایی آن به اثبات رسیده است. این پرسشنامه ۲۹ سوالی است و در بررسی رضایت به ۴ حیطه عمده تبادل اطلاعات، روابط انسانی، ابراز همدردی و کیفیت زمان اختصاص داده شده برای درمان بیماران توجه نموده است. [۶]

از آنجا که روایی^۲ و پایایی^۳ پرسشنامه‌های سنجش رضایت اثر مهمی بر نتایج مطالعه دارد، در یک مطالعه روایی و پایایی ابزارهای مورد استفاده برای ارزیابی در حیطه وسیعی از مطالعات رضایت مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که فقط ۴۶ درصد مطالعات مورد بررسی روایی یا اعتبار خود را گزارش نموده‌اند و فقط ۶ درصد آنان اعتبار محتوا^۴ و معیار^۵ و پایایی را به طور همزمان گزارش نموده بودند. بررسی مطالعات نشان داد که ابزارهای جدید نسبت به ابزارهای قدیمی‌تر شواهد بیشتری در رابطه با روایی و پایایی ارائه داده‌اند. [۷]

میزان پاسخگویی در مطالعات انجام شده در زمینه رضایت بیماران متغیر است که تاثیر عمده‌ای بر نتایج مطالعه خواهد داشت. پژوهشگران تلاش می‌کنند تا با استفاده از ابزارها و رویکردهای مناسب جمع‌آوری اطلاعات نرخ پاسخگویی را در مطالعه خود افزایش دهند. در این رابطه مطالعه‌ای با هدف بررسی نرخ پاسخگویی گزارش شده و عوامل متدولوژیک تاثیرگذار بر نرخ پاسخگویی در مطالعات منتشر شده رضایت بیمار انجام گرفته است. بررسی نتایج مطالعات نشان داد که نرخ پاسخگویی در ۴۸ درصد مطالعات گزارش شده

1 . The prince Margaret hospital patient satisfaction with doctor questionnaire (PMH/PSQ – MD)
2 . Validity.
3 . Reliability.
4 . Construct validity.
5 . Criterion.

بود که میانگین نرخ پاسخگویی ۷۲/۱ درصد بود. بررسی نتایج مطالعات نشان داد که ارتباطی بین میزان پاسخگویی و نوع ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها وجود ندارد ولی روش جمع‌آوری اطلاعات بر این متغیر موثر است. بدین صورت که در مطالعاتی که از رویکرد چهره به چهره برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده می‌کردند نرخ پاسخگویی بالاتر از مطالعاتی است که از پست برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده می‌شد (۷۶/۶ درصد در مقابل ۶۷ درصد). [۸]

دو رویکرد کلی برای سنجش رضایت بیماران وجود دارد: ۱. رویکرد مساله نگر تجربه خدمات و ۲. رویکرد رضایت از خدمات. در رویکرد اول سوالاتی در مورد مسایل به وقوع پیوسته در طول بستری در بیمارستان با توجه به جنبه‌های مختلف خدمات مطرح می‌گردد و در رویکرد دوم میزان رضایت افراد از جنبه‌های مختلف خدمات در زمان بستری شدن در بیمارستان مورد بررسی قرار می‌گیرد. این دو رویکرد ارزیابی دیدگاه بیمار از تجارب بیمارستانی می‌تواند دو هدف مختلف اما تا حدی مکمل را برای بدست آوردن اطلاعات ارتقاء کیفیت بیمارستانها فراهم نماید. [۹]

در بین ابزارهای موجود بررسی رضایت بیماران برخی کامل هستند و برخی دیگر نقایصی دارند. برخی از آنها به خدمات یا جایگاه خاصی اختصاص دارند و برای ارزشیابی نوع خاصی از خدمت طراحی شده‌اند و نمی‌تواند برای مقایسه بین برنامه‌های مختلف به کار رود. بعضی از ابزارها تحت آزمون‌های روان‌سنجی یا استانداردسازی قرار نگرفته‌اند و باید در برنامه بهداشتی گوناگون گروه‌های جمعیتی مختلف و در طول زمان مورد بررسی بیشتر قرار گیرند.

بعضی از ابزارها نیز به گونه‌ای طراحی شده‌اند که بیشتر منعکس کننده نظرات سازمان بیمه یا ارائه دهنده خدمت هستند تا مشتریان. [۱]

ابزارها از نظر طولانی بودن می‌توانند تک آیتمی باشند یا چند آیتمی، از نظر طراحی می‌توانند کلی یا چند بعدی باشند. از نظر تمرکز می‌توانند بر سالمندان یا غیرسالمندان تمرکز داشته باشند. [۱]

در ادامه به چند نمونه از ابزارهای استاندارد سنجش سلامت اشاره می‌کنیم:

۱ - پرسشنامه رضایت بیمار:^۱ پرسشنامه رضایت بیمار که در سال ۱۹۷۵ به وسیله ویر و همکارانش^۲ طراحی گردید، رضایت از پزشک و خدمات پزشکی را در حیطه‌های زیر اندازه‌گیری می‌کند: دسترسی به خدمات، مسایل مالی خدمات، انسانیت پزشک، کیفیت خدمات، تداوم خدمت، تسهیلات و رضایت کلی. پاسخ سوالات به شکل مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت طراحی شده است و از بسیار موافق تا بسیار مخالف طبقه‌بندی شده است. سوالات به گونه‌ای تنظیم شده است که بین عبارات مثبت و منفی توازن برقرار می‌کند. این پرسشنامه به طور گسترده در مطالعه رضایت مشتریان از خدمات بهداشتی و درمانی مورد استفاده قرار گرفته است.[۱]

۲- پرسشنامه رضایت مشتری:^۳ این پرسشنامه به وسیله لارسن و همکاران^۴ در سال ۱۹۷۹ طراحی گردید. یک پرسشنامه ۸ آیتمی است که برای ارزیابی خدمات سلامت روان طراحی گردیده است. ولی به طور کلی برای سنجش رضایت مشتریان از خدمات انسانی در خدمات پزشکی و بهداشتی - درمانی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. گزینه‌های پاسخ به صورت لیکرت طراحی شده است. در بررسی مشخص شد امتیازات پرسشنامه مشتری با بهبود خروجی‌های خدمت ارتباط دارد. استفاده از این ابزار در گروه‌های نژادی مختلف نشان داد که اختلاف آماری معنی‌داری در این زمینه وجود ندارد و این پرسشنامه نیز به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. در مقایسه پرسشنامه رضایت بیمار و پرسشنامه رضایت مشتری مشخص گردید که پرسشنامه رضایت بیمار یک ابزار سنجش کلی‌تر و چند بعدی‌تر برای بررسی رفاه ذهنی است. در این بررسی مشخص شد که ابزارهای سنجش مانند پرسشنامه رضایت بیمار که شامل آیتم‌هایی کلی در مورد ارائه‌دهنده خدمت نیز هستند اجزاء رفاه ذهنی را بهتر نشان می‌دهند تا ابزارهایی مانند پرسشنامه رضایت مشتری که فقط خدمات ارائه شده را مورد بررسی قرار می‌دهند.[۱]

۳ - مقیاس سنجش رضایت بیماران سالمند:^۵ یک ابزار ۶۰ آیتمی است که رضایت

1 . Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ).
2 . Wear et al.
3 . Customer Satisfaction Questionnaire (CSQ).
4 . Larsen et al.
5 . Old Patient Satisfaction Scale (OPSS)

بیماران سالمند در سازمان‌های حفظ سلامت را مورد بررسی قرار می‌دهد. این ابزار در سال ۱۹۸۶ به وسیله کرینز و همکارانش^۱ طراحی شده است و نگرش مشتریان به خدمات سازمان‌های حفظ سلامت را از چند گروه مشخص می‌کند. این گروه‌ها عبارتند از: ۱. پزشکان ۲. مسایل مالی و تعیین وقت ۳. ارائه دهندگان جایگزین ۴. تغییر پزشکان ۵. کامل بودن خدمات ۶. مناسب بودن سازمان‌های حفظ سلامت ۷. مسایل سلامتی افراد ۸. برنامه‌های جنبی ۹. جو و احساسات کلی ۱۰. دسترسی و مکان قرارگیری مرکز ۱۱. خدمات سلامتی پیشگیرانه ۱۲. معاینات بالینی و موارد طبقه‌بندی نشده را در بر می‌گیرد. همبستگی این پرسشنامه کمی بهتر از پرسشنامه‌های رضایت بیمار و رضایت مشتری است.

۹. رویکردهای سنجش رضایت مشتری [۲]

اولین گام در سنجش رضایت مشتری تصمیم‌گیری و شناسایی دقیق مشتریان است، به هر حال، مشتری اولیه‌ای که مورد توجه است فردی است که واقعاً از خدمات استفاده می‌کند. شرکت‌های مراقبت‌های مدیریت شده و بیمه‌گرها می‌خواهند مشتریان آنها از خدمات ارائه شده در طرح بهداشتی رضایت داشته باشند. کارفرماها می‌خواهند کارمندان آنان رضایت داشته باشند. (اداره بخش سلامت پرهزینه است و زمانی که کارکنان از خدمات دریافت شده ناراضی هستند ممکن است با ارائه دهنده دیگری قرارداد ببندند)

سازمان‌های دولتی رضایت افراد تحت پوشش را در کنار بررسی هزینه و دستاورد خدمات مورد بررسی قرار می‌دهند. علیرغم اینکه مشتریان و خانواده‌های آنان اطلاعات کافی در مورد جنبه‌های تکنیکی کیفیت خدمات را ندارند، احساس آنان در مورد خدمات دریافت شده می‌تواند بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. نظرات آنان به ارائه دهندگان خدمات کمک می‌کند تا بدانند چه فعالیت‌هایی باید بهبود داده شود و به مشتریان بالقوه‌ای که در آینده می‌خواهند خدمات این مرکز را خریداری کنند ارائه نمایند. نظرات مشتریان در کنار نظرات کارکنان، مشاوران و سایر متخصصان حرفه‌ای یکی از شاخص‌های کیفیت خدمات به شمار می‌آید. رویکردهایی که در اینجا مطرح می‌شود برای بررسی نظرات مشتریان اولیه خدمات و در برخی موارد مشتریان ثانویه خدمات شامل اعضای خانواده و دوستان می‌شود.

اطلاعات بدست آمده از این روش‌ها برای ارائه‌دهندگان خدمت، پرداخت کنندگان هزینه خدمات مانند شرکتهای بیمه و سایر خریداران خدمات قابل استفاده خواهد بود.

می‌خواهیم از مشتریان چه چیزهایی بپرسیم؟

همانطور که پیشتر توضیح داده شد، رضایت حیطه‌های مختلفی دارد که برخی از آنها در مشتریان مختلف دارای اهمیت متفاوت است. مهمترین اصل برای تعیین اینکه کدام یک از حیطه‌های رضایت باید مورد بررسی قرار گیرد استفاده از نظرات مشتریان است.

مشتریان درباره خدماتی که دریافت کرده‌اند و جنبه‌هایی از خدمت که موجب رضایتمندی یا نارضایتی آنان شده است اطلاعات خوبی دارند.

اگر غذا برای بیماران اهمیت زیادی دارد باید در بررسی رضایت کلی از موسسه مورد توجه قرار گیرد. وجود پارکینگ برای ملاقات کنندگان و ساعات ملاقات ممکن است برای خانواده بیمار بیشتر از بیمار اهمیت داشته باشد. میستر و بویل^۱ دریافتند که اختلافاتی بین نظرات بیمارانی که در حال حاضر در بخش بستری هستند خانواده بیماران بستری در بخش، خانواده بیماران فوت شده و کارکنان در مورد حیطه‌های مختلف مهم در کیفیت خدمات و جود دارد. خانواده بیماران فوت شده عقیده دارند که روابط انسانی مهمترین عامل است، خانواده بیماران بستری عقیده دارند جنبه‌های تکنیکی مراقبت از اهمیت برخوردار است و بیماران بستری اهمیت جنبه‌های تکنیکی، روابط انسانی و شرایط مرکز ارائه خدمت را یکسان می‌دانند. برای استفاده از نتایج رضایت در ارتقاء خدمات، استفاده از نظرات گروه‌های مختلف تصویر مناسبتری از خدمت ارائه می‌دهد.

ارزیابی رضایت مشتری به بررسی هر دو جنبه عینی و ذهنی خدمت نیاز دارد. سوالات عینی برای ارائه شاخص‌های کیفیت به خصوص زمانی که حیطه‌های مورد مطالعه با دستاوردهای خدمات ارتباط دارند قابل استفاده‌اند. در بسیاری از مطالعات هم سوالات ذهنی مطرح می‌شود مانند «چقدر از خدمات دریافت شده رضایت دارید؟» و هم سوالات عینی مانند «آیا کارکنان به موقع در سر کار خود حاضر شدند؟» دو رویکرد عمده برای بررسی نظرات گیرندگان بهداشتی و درمانی وجود دارد:

رویکردهای مقیاس کوچک^۱ و رویکردهای مقیاس بزرگ. در رویکردهای مقیاس کوچک تحقیق به طور عمقی در مورد شرایط خدمت در تعداد کمی از افراد مورد بررسی قرار می‌گیرد و در رویکردهای مقیاس بزرگ^۲ که سوالاتی با شیوه یکسان از گروه بزرگی از افراد پرسیده می‌شود، ضرورتاً اطلاعات متفاوتی به ما ارائه می‌دهند. هر رویکرد ویژگیهای خاص خود را دارد و برای تولید نوع خاصی از اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرد. ترکیبی از رویکردهای مقیاس کوچک و مقیاس بزرگ اطلاعات کاملتری نسبت به زمانی که یک رویکرد استفاده می‌شود ارائه می‌دهند. بهترین دستورالعمل برای ارزیابی مناسب رضایت مشتری ترکیبی از روشهای مختلف جمع‌آوری داده است زیرا هر رویکرد محدودیتهایی دارد که بر مطالعه تاثیر می‌گذارند.

۹-۱. رویکردهای مقیاس کوچک ارزیابی رضایت

رویکردهایی که در این گروه قرار می‌گیرند اطلاعات عمیقی را از تعداد کمی از افراد جمع‌آوری می‌کنند که معمولاً تحت عنوان روش‌های کیفی شناخته می‌شوند. این رویکردها به ما اجازه می‌دهند تا احساسات افراد را شناسایی کنیم، دلیل رفتار مشتریان را بررسی کنیم و دنیای گیرندگان خدمات را کشف نماییم.

بدین مفهوم که با استفاده از روشهای مقیاس کوچک می‌توان مفاهیم مورد علاقه گیرندگان خدمات و ارزش فعالیت‌ها و جنبه‌های مختلف خدمات را بهتر شناسایی کرد. این رویکردها شامل بحث گروهی متمرکز، مشاهده و مصاحبه‌های فردی هستند. رویکردهای مقیاس کوچک همچنین برای شناسایی اختلافات گروه‌های نژادی و طبقات مختلف اقتصادی - اجتماعی ارزشمند هستند.

۹-۱-۱. بحث گروهی

روش بحث گروهی متمرکز یک روش اقتصادی برای جمع‌آوری اطلاعات به منظور بررسی یک سوال کلی بزرگ به شمار می‌آید.

1 . Small – scale approaches.
2 . Large – scale approaches.

تعداد شرکت کنندگان می‌تواند ۱۰ - ۷ نفر باشد بنابراین همه می‌توانند مکالمات را ببینند و بشنوند. هر جلسه معمولاً حدود یک ساعت طول می‌کشد ولی طول زمان باید متناسب با توانایی و وقت شرکت کنندگان باشد. در جلسات بحث گروهی متمرکز به دلیل نیاز به تردد شرکت کننده تا محل جلسه باید وضعیت فرد در نظر گرفته شود و شرایط برای حضور شرکت کننده در جلسه وجود داشته باشد.

جلسات بحث گروهی متمرکز به وسیله یک تسهیل کننده هدایت می‌شود که کمک می‌کند تمام حیطه‌های مورد نظر در جلسه مورد بحث قرار گیرد. علاوه بر تسهیل کننده یک منشی باید در جلسه حضور داشته باشد تا یادداشت‌های مفصل از مکالمات و نظرات شرکت کنندگان مختلف تهیه کند. گفتگوهای جلسه باید ضبط شود. به شرکت کنندگان باید در ابتدا هدف جلسه توضیح داده شود و از آنان خواسته شود موافقت نامه کتبی شرکت در جلسه و ضبط گفتگوها را امضاء کنند.

اطلاعات بدست آمده از بحث گروهی متمرکز مبنای خوبی برای تعیین جنبه‌های مورد بررسی خدمت در یک مطالعه کمی‌تر است و به ارائه‌دهندگان در تفسیر نتایج مطالعه کمک می‌کند. مطالعات کمی ممکن است اطلاعاتی ارائه دهند که کدام جنبه خدمت بیشتر از سایرین در رضایت موثر بوده است ولی اطلاعات بحث گروهی متمرکز به ما کمک می‌کند تا دلیل این اختلاف را درک نماییم. یکی از نقاط قوت بحث گروهی متمرکز این است که تعامل گروه منجر به ایجاد یک بصیرت می‌شود که ممکن است بدون تعامل دستیابی به آن غیرممکن باشد. فرآیند تعامل گروه ممکن است منجر به استخراج استراتژی‌های پیشرفت شود.

در پایان جلسه باید نظر تمام افراد در مورد مهمترین اطلاعات بدست آمده از جلسه بررسی شود. یکی از وظایف تسهیل‌گر تشویق همه اعضا برای مشارکت عادلانه در جلسه است.

۲-۱-۹. مصاحبه عمیق

مصاحبه‌های فردی دومین استراتژی برای جمع‌آوری اطلاعات از مشتری است. مصاحبه‌ها می‌تواند به صورت حضوری و یا از طریق تلفن انجام شود. مصاحبه‌های فردی

می‌تواند نظرات بدست آمده از بحث گروهی متمرکز را تکمیل کند و یا می‌تواند به عنوان یک شیوه اولیه تعیین رضایت به جای بحث گروهی متمرکز مورد استفاده قرار گیرد. مرتون^۱ عقیده دارد که عملکرد جلسات بحث گروهی فراتر از مصاحبه‌های متمرکز است. (مصاحبه متمرکز تکنیکی است که برای تعیین جنبه‌های تجارب فرد که دستاوردهای مشاهده شده را در مطالعات کمی ارائه می‌دهد، طراحی شده است). جلسات بحث گروهی متمرکز می‌تواند دلایل رضایت و نارضایتی را کشف کند. منافع مصاحبه‌های فردی متعدد هستند: این روش به مشتریان اجازه می‌دهد تا صادقانه‌تر نظرات خود را ابراز کنند؛ موجب از بین بردن تاثیر مشکلات شنوایی، سخن گفتن و سایر معلولیت‌های بر بیان نظرات افراد می‌شود که ممکن است در زمان تعامل گروهی قابل کنترل نباشد. این روش در مقایسه با تعامل گروهی موجب روشن شدن عمق بیشتری از نظرات فردی می‌شود. تدارک شرایط مناسب برای رفت و آمد شرکت کنندگان، پیدا کردن یک زمان مناسب برای تمام شرکت کنندگان، پیدا کردن یک اتاق مناسب یا تسهیلات عمومی برای برگزاری جلسه از محدودیت‌های بحث گروهی متمرکز هستند که در مصاحبه‌های فردی از بین می‌رود. از سوی دیگر بحث گروهی متمرکز با ۸ نفر به اندازه مصاحبه با یک نفر زمان می‌برد. جمع آوری نظرات و تعداد مشابهی از پاسخگویان در روش مصاحبه فردی پرهزینه‌تر است. مصاحبه‌های فردی می‌تواند به تنهایی یا به عنوان دومین قدم در سنجش رضایت به کار رود. محورهای مهم^۲ (مطرح شده) در مصاحبه‌ها که جنبه‌های اصلی از رضایت را مطرح می‌کنند، می‌توانند در مطالعات رضایت سنجی مقیاس بزرگ کمی استفاده شود. اولین گام ممکن است برگزاری چند جلسه بحث گروهی متمرکز باشد که در این جلسات موضوعات مرتبط با رضایت بدست می‌آید و پس از تحلیل رونوشت‌ها محورهای عمومی در رابطه با عوامل موثر بر رضایت استخراج می‌شود. براساس این جلسات می‌توان یکسری سوالات باز را استخراج نمود. مصاحبه‌های فردی می‌تواند در جمله‌بندی مناسب سوالات، شناسایی و طبقه‌بندی محدوده پاسخ‌ها و تعیین ارتباط سوالات کمک کند. در مصاحبه فردی سوالات می‌تواند تا زمانی که پاسخگو آن را درک کند تکرار شوند. انجام این فعالیتها در بحث گروهی به راحتی امکانپذیر نیست.

1 . Merton.

2 . Recurring themes.

۳-۱-۹. مشاهده

یک روش برای درک ابعاد و عوامل موثر بر رضایت مشاهده شیوه ارائه خدمت است. مشاهده معمولاً بر روی تعداد کمی از افراد ولی در زمان طولانی انجام می‌شود. مشاهده گر برای مشاهده به منظور جمع‌آوری اطلاعات در مورد رضایت مشتری باید تعاملات بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت را به صورت فعال مرور نماید. اگرچه فرد ممکن است روزانه شاهد اتفاقات پیرامون خود باشد ولی مشاهده گر تحقیق باید بدون قضاوت شواهد، فعالیت‌ها و عکس‌العمل‌ها را ثبت نماید. در طول زمان و با مشاهدات مداوم، فرد می‌تواند درباره مفهوم رفتار مشاهده شده نتیجه‌گیری نماید.

ضرورتاً فرد مشاهده گر باید از خارج از سازمان انتخاب شود. زیرا ارائه‌دهنده ممکن است نزد همکار یا سرپرست خود رفتاری متفاوت داشته باشد که احتمال این مساله در صورت حضور مشاهده گر خارجی کاهش می‌یابد. از نظر اخلاقی لازم است کارمند و مشتری بدانند که مشاهده به منظور پژوهش انجام می‌شود. مشاهده در یک دوره طولانی از زمان به مشاهده گر اجازه می‌دهد تا در بطن کار محو شود و حضور یا تأثیری در ارائه خدمت نداشته باشد.

رضایت‌بیماران از خدمت از حالات چهره مشتری، مکالمات وی با ارائه‌دهنده، شکایت یا عدم شکایت و اظهار نظرات مستقیم به مشاهده‌کننده قابل استنباط است. گاهی اوقات ممکن است فقط برخی از جنبه‌های ارائه خدمت برای تحقیق ضرورت داشته باشد و در این صورت مشاهده گر فقط همان جنبه را مشاهده می‌کند و به سایر تعاملات کاری ندارد. استراتژی مشاهده به نوع اطلاعات مورد نیاز پژوهش بستگی دارد.

یادداشت برداری روزانه یک جزء ضروری مشاهده است. جزئیات کامل وقایع و کلمه به کلمه مکالمات باید در صورت امکان ثبت شود و از قضاوت در مورد مفهوم آنها باید خودداری شود. در مرحله تحلیل می‌توان در مورد رخدادهای مکالمات قضاوت نمود. ترجمه یا خلاصه کردن یک مکالمه ممکن است به اصل مفاهیم لطمه بزند.

مشاهده فعالیت‌های زمان‌بر و سخت است. برای ۳-۲ ساعت مشاهده باید ۵-۴ ساعت صرف نوشتن شود. مشاهده برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد بیمارانی که ناتوان هستند کاربرد بسیار زیادی دارد. مشاهده همچنین استراتژی بسیار متناسبی برای توصیف شیوه ارائه خدمت است و می‌تواند در طول فرآیند ارزیابی مورد استفاده قرار گیرد.

۴-۱-۹. بررسی خاطرات و مستندات نوشته شده

خاطرات شامل مستندات مشتریان، می‌تواند نظرات آنان را در مورد خدمات دریافت شده منعکس کند. البته این رویکرد برای بیمارانی که ارتباط بیشتری با مرکز ارائه خدمت دارند و طول اقامت بیشتری دارند مناسب تر است مانند افراد بستری در بخش‌های مراقبت بلند مدت. در این روش از افراد خواسته می‌شود نظرات خود را راجع به خدمات مختلف دریافت شده (درمانی و غیردرمانی) بنویسند. این فعالیت می‌تواند در فواصل زمانی مناسب تکرار شود. تکرار در فواصل زمانی مناسب به ما کمک می‌کند تا تصویر مناسبی از خدمات داشته باشیم.

۲-۹. رویکردهای مقیاس بزرگ

همانطور که در پیشتر توضیح داده شد، تعدادی ابزار سنجش رضایت مشتری در دسترس قرار دارد. در حالیکه ابزارهای رضایت در خدمات بهداشتی فراوانند، سایر حوزه‌ها با محدودیت‌هایی در این زمینه روبرو هستند. تفاوت استفاده از یک ابزار سنجش کمی موجود یا طراحی یک ابزار جدید در جدول زیر توضیح داده شده است.

جدول ۱: نقاط قوت و ضعف استفاده از ابزارهای موجود/ طراحی ابزار جدید

طراحی ابزار جدید	استفاده از ابزارهای موجود
امکان مقایسه با سایر خدمات را فراهم نمی‌کند	فراهم آوردن امکان مقایسه با بهترین عملکرد یا سایر ارائه دهندگان
باید اعتبار و روایی آن تعیین و اثبات شود	داشتن اعتبار و روایی منتشر شده
برای توسعه آن به زمان و تخصص نیاز است	نیاز نداشتن به نظر سنجی از محققان و متدولوژیست‌ها
می‌تواند برای جنبه‌های منحصر به فردی از خدمت یا حیطه‌های خاص مورد نظر طراحی شود	ممکن است همه حیطه‌های مورد نظر را پوشش ندهد یا خدمات و موضوعاتی را پوشش دهد که برای ما کاربردی نیست
به زمان و هزینه بیشتری برای ارائه و بازنگری نیاز دارد	اگر قبلاً در یک نمونه مشابه استفاده شده باشد نیاز به پیش آزمون ندارد

اگر برای کار خود نیاز به تغییر در یک ابزار سنجش موجود را داریم، منافع ذکر شده شامل اثبات روایی و اعتبار، قابلیت مقایسه و نیاز به زمان و هزینه کمتر از بین می‌رود. اگر پژوهشگری برای یک حیطه خاص به یک ابزار سنجش نیاز داشته باشد طراحی یک ابزار جدید، ارزشمندتر از استفاده از ابزار قبلی خواهد بود.

اطلاعات بدست آمده از بحث گروهی متمرکز و / یا مصاحبه‌های فردی منبع مهمی از اطلاعات برای انتخاب یا توسعه ابزار به شمار می‌روند. بحث گروهی متمرکز اطلاعات مناسبی در مورد کلمات و عباراتی که افراد برای توصیف تجارب خود استفاده می‌کنند در اختیار ما قرار می‌دهد. این روش همچنین اطلاعات مناسبی در مورد حیطه‌های موثر بر رضایت نیز ارائه می‌دهد. اگر ابزار موجود برای مشتریان و نیازهای سازمان مناسب نبود باید یک ابزار جدید طراحی شود.

ابزارهای کمی یک سری سوالات مشابه را با روشی یکسان از پاسخگو می‌پرسد و معمولاً از افرادی می‌خواهد پاسخ خود را از بین گزینه‌های ارائه شده انتخاب کنند. یک ابزار سنجش سلامت خود ابزاری است که کاملاً ویژگی‌های رضایت مشتری را توصیف نماید. ابزارهای سنجش تک آیتمی^۱ مانند به طور کلی چقدر از خدمات ارائه شده رضایت دارید؟ توصیه نمی‌شود. اکثر ابزارهای سنجش رضایت از چند آیتم برای پوشش دادن حیطه وسیعی از خدمات و ویژگی‌های هر خدمت استفاده می‌کنند. پاسخ‌های ارائه شده برای هر خدمت می‌تواند در یک مقیاس جمع شود. ابزارهای چند آیتمی از اعتبار و پایایی بیشتری برخوردارند و زمانی که اظهارات یا سوالات مساعد و نامساعد پرسیده می‌شود، در جلوگیری از تمایل برای انتخاب گزینه موافق بدون توجه به محتوای سوال کاهش می‌یابد. پاسخ‌ها معمولاً در فرمت لیکرت ارائه می‌شود که پاسخ‌ها را در محدوده‌ای بین حالت‌های بسیار مثبت تا بسیار منفی قرار می‌دهد. جدول ۲ نمونه‌ای از گزینه‌های پاسخ را برای سنجش رضایت نشان می‌دهد. زمانی که شما می‌خواهید بگویید مثلاً ۹۰ درصد مشتریان خدمات ما را عالی و خوب می‌دانند، استفاده از یک ابزار سنجش کمی با پاسخ‌های ساختار یافته مفید است.

آیتم‌ها باید خلاصه و روشن باشند و فقط به یک موضوع اشاره کنند. پرسیدن اینکه از مهربانی و احترام ارائه دهنده خدمت چقدر راضی هستید؟ در واقع دو سوال است یک ارائه دهنده می‌تواند مهربان باشد ولی زیاد احترام نگذارد.

جدول ۲: نمونه گزینه‌های پاسخ ابزار سنجش رضایت

رضایت	ارزشیابی	تکرار	توافق
بسیار راضی = ۱	عالی = ۱	همیشه = ۱	بسیار موافق = ۱
تاحدی راضی = ۲	خوب = ۲	اکثر اوقات = ۲	موافق = ۲
نه راضی نه ناراضی = ۳	متوسط = ۳	گاهی اوقات = ۳	نه موافق نه ناموافق = ۳
تاحدی ناراضی = ۴	ضعیف = ۴	به ندرت = ۴	ناموافق = ۴
بسیار ناراضی = ۵		هرگز = ۵	بسیار ناموافق = ۵

رویکردهای بررسی نظرات مشتریان متنوع هستند. رویکردهایی که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: پرسشنامه خود ایفا، مصاحبه تلفنی و مصاحبه رودررو با افراد، همه این رویکردها می‌تواند برای مطالعات کمی مناسب باشد و اطلاعات مناسبی برای امتیازبندی عددی رضایت فراهم آورد. نتایج کمی بدست آمده نقش مهمی در مقایسه تسهیلات، خدمات یا برنامه‌های سلامتی دارد. محدودیت این مطالعات این است که نتایج بدست آمده از مطالعات کمی فقط اختلاف سطح رضایت را نشان می‌دهد ولی دلیل اختلاف را نشان نمی‌دهد.

برای بررسی علت اختلاف می‌توان با بدست آوردن اطلاعات زمینه‌ای از بحث‌های گروهی و مصاحبه نتایج را تحلیل نمود. استراتژی دیگر برای جبران این مساله استفاده از سؤالات باز در پرسشنامه است. یک سوال می‌تواند مستقیماً از افراد بخواهد در صورت عدم رضایت دلیل ناراضی‌تی خود را بیان کنند. این روش اطلاعات مناسبی برای ارتقاء کیفیت ارائه می‌دهد ولی از سوی دیگر حجم پرسشنامه را افزایش می‌دهد، تکمیل آن را دشوارتر می‌سازد و احتمال تکمیل ۱۰۰ درصد را کاهش می‌دهد.

جدول ۳ این سه رویکرد تکمیل پرسشنامه را با هم مقایسه می‌کند. یکی از محدودیت‌های اصلی در مطالعات سنجش رضایت، هزینه انجام مطالعات است. تکمیل

پرسشنامه با استفاده از روش مصاحبه مستقیم پرهزینه‌ترین و پرسشنامه‌های خود ایفا کم هزینه‌ترین روش‌ها هستند. به همین دلیل بودجه طرح یکی از تعیین‌کننده‌های اصل روش تکمیل پرسشنامه به شمار می‌روند.

۹-۲-۱. بررسی خود ایفا

بررسی‌های کتبی خود ایفا معمولاً اطلاعات کمی ارائه می‌دهند و به پاسخگویان اجازه می‌دهند از بین گزینه‌های پاسخ یک مورد را که با نظرات آنان سازگارتر است انتخاب کنند. دو مزیت عمده این روش عبارت است از کم هزینه بودن نسبت به سایر روش‌ها و سرعت انجام کار نسبت مصاحبه است. پرسشنامه‌های خود ایفا می‌تواند در یک زمان توزیع و جمع‌آوری شود ولی برای تکمیل پرسشنامه با مصاحبه باید پرسشنامه‌ها تک به تک پر شود. یکی دیگر از محسنات این روش این است که در خود ایفا مطمئنیم همه سوالات به یک روش از همه افراد پرسیده می‌شود و گمنامی و قابلیت اعتماد پاسخگو را افزایش می‌دهد. این روش برای سوالات حساس و مهم که فرد نمی‌خواهد هویتش شناسایی شود بیشتر کاربرد دارد. جمع‌آوری اطلاعات مربوط به تاریخ برخی اتفاقات به روش خود ایفا دقیق‌تر است زیرا فرد می‌تواند آن تاریخ‌ها را ابتدا با تقویم چک کند بعد در پرسشنامه بنویسد.

این روش کم هزینه‌تر است و به زمان کمتری نیاز دارد. هزینه‌اش یک سوم هزینه مصاحبه تلفنی است. در مواردی که پرسشنامه را بدون پست بتوان توزیع و جمع‌آوری کرد، هزینه تا حد قابل توجهی کاهش می‌یابد.

هنگام بررسی جمعیت افراد ناتوان، استفاده از این روش مشکلاتی خواهد داشت. استفاده از این روش برای افرادی که مشکل بینایی یا مشکل نوشتن دارند تقریباً غیرممکن است.

۹-۲-۲. مصاحبه‌های تلفنی

پرهزینه‌تر از خود ایفا هستند ولی هزینه آن نصف چهره به چهره است. برای افرادی که مشکل بینایی یا ضعف در نوشتن دارند به راحتی می‌توان از این روش استفاده کرد. برای کسانی که مشکل شنوایی دارند می‌توان از وسایل جانبی تلفن استفاده کرد. در این روش

فرصت تعامل وجود دارد تا سوال برای پاسخگو و جواب برای پرسشگر واضح شود. بررسی‌ها نشان داده است تعداد سوالات بدون پاسخ پرسشنامه در صورت تکمیل به روش خود ایفا از نظر آماری بیشتر از روش مصاحبه تلفنی است. در مواردی که براساس پاسخ یک سوال لازم است سوالات متفاوتی از فرد پرسیده شود، مصاحبه تلفنی پیچیدگی کار را کاهش می‌دهد.

سطح ناتوانی پاسخگو در انتخاب این روش مهم است. برای پاسخگویان بسیار ناتوان باید از روش چهره به چهره استفاده کرد. مصاحبه تلفنی فقط اطلاعات شنیداری را منتقل می‌کند ولی چهره به چهره اطلاعات بصری را نیز منتقل کند و در تکمیل دقیق‌تر پرسشنامه موثر است بهتر است پرسشنامه‌های طولانی تر به روش چهره‌به‌چهره تکمیل شود تا تلفنی. دسترسی جامعه پژوهش به تلفن نیز یکی از ضروریات این روش است.

جدول ۳: انتخاب روش مطالعه

روش تکمیل پرسشنامه	
<p>منافع: هزینه کمتر، اجازه دادن به پاسخگو برای تکمیل پرسشنامه مطابق سرعت خود، تضمین گمنام بودن و قابلیت اطمینان، بدست آوردن جواب‌های صادقانه‌تر</p> <p>معایب: پایین‌تر بودن نرخ پاسخگویی، احتیاج داشتن به سواد خواندن و نوشتن، ضرورت داشتن توانایی بینایی و نوشتن، اشکال در انتقال موضوعات پیچیده</p>	خود ایفا
<p>منافع: هزینه متوسط، تضمین اعتبار پاسخ‌ها به دلیل وجود امکانات توضیح سوالات، امکان استفاده برای تکمیل پرسشنامه‌های طولانی‌تر و یا پیچیده‌تر نسبت به خود ایفا</p> <p>معایب: افزایش هزینه در صورت درخواست هزینه مکالمه از سوی مشتری، خسته کننده‌تر بودن نسبت به مصاحبه چهره به چهره، مشکل در استفاده برای افراد ناتوان، عدم امکان استفاده در موارد محدودیت دسترسی نمونه‌ها به تلفن</p>	مصاحبه تلفنی
<p>منافع: توانایی در جمع‌آوری اطلاعات کاملتر، فراهم آوردن امکان مشاهده و / یا جمع‌آوری شرایط محیطی، قابل استفاده برای افراد بسیار ناتوان</p> <p>معایب: پرهزینه بودن، زمان‌بر بودن، امکان افزایش احتمال ارائه پاسخ‌هایی که مطلوبیت اجتماعی بیشتری دارند.</p>	مصاحبه چهره به چهره

۳-۲-۹. مصاحبه چهره به چهره

این روش برای افراد سالمند و ضعیف مناسب‌تر است ولی در مواردی که با محدودیتهای مالی و زمان مواجه هستیم بهتر است این روش استفاده نشود. برای جمع‌آوری برخی اطلاعات روش چهره به چهره تنها گزینه است مانند اطلاعات در مورد شرایط محیطی مشتری، توانایی افراد در انجام وظایف خاص.

نرخ پاسخگویی در این روش بیشتر از سایر روشها است. این روش نیز مانند مصاحبه تلفنی امکان تعامل پرسشگر و پاسخگو وجود دارد. این روش قابلیت اطمینان بیشتری دارد ولی گمنامی پاسخگو در روش پست کردن پرسشنامه بیشتر است یا حداقل تصور گمنام بودن بیشتر است. در تکمیل پرسشنامه با این روش بیشتر احتمال دارد پاسخها تحت تاثیر فشارهای مطلوبیت اجتماعی دچار انحراف شود، زیرا پاسخگویان بیشتر تمایل دارند جوابی را انتخاب کنند که از نظر معیارهای اجتماعی درست به نظر می‌رسد. این مساله اعتبار پاسخها را کاهش می‌دهد. این روش ضرورت انتخاب مصاحبه کننده خارج سازمانی را افزایش می‌دهد. اگر پرسشگر یک آشنایی جزئی هم با سازمان داشته باشد این مساله ممکن است بر نظرات پاسخگویان اثر نامطلوب بگذارد.

۱۰. عوامل موثر بر رضایت و حیطه‌های رضایت‌گیرندگان خدمات در بخش سلامت

در مطالعه‌ای که با اهداف ارزیابی اعتبار پرسشنامه رضایت از درمان دارویی^۱، با استفاده از معادله مدلسازی ساختاری و ارزیابی اعتبار برابر آن با استفاده از معیارهای شواهد دارویی انجام گرفت، ۳۴۲ بیمار مراجعه کننده به ۱۴ داروخانه در میشیگان در یک مطالعه رضایت از درمان ۴ هفته‌ای شرکت داده شدند. پرسشنامه TSQMVII با یک مدل تئوریکي ثابت شده مدل بالانس تصمیم‌گیری رضایت از درمان^۲ تست شد. این پرسشنامه یک ساختار طبقه‌بندی شده دارد که سه حیطه عمده اثربخشی، عوارض جانبی و سودمندی^۳ دارو را مورد بررسی قرار می‌دهد. [۱۰]

1 . Treatment satisfaction questionnaire for medication.

2 . Decisional balance model of treatment satisfaction.

3 . Convenience.

در مطالعه‌ای مستندات موجود از نظر توصیف عوامل موثر بر رضایت بیماران با توجه به خدمات پرستاری در محیط سلامتی مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه برای توصیف خدمات پرستاری از مدل مراقبت پرستاری هندرسون استفاده شده است. نتایج بررسی نشان داد که ۸ حیطه اثرگذار بر رضایت بیماران از خدمات پرستاری عبارتند از: زمینه‌های اجتماعی، دموگرافیک بیماران، انتظارات بیماران از خدمات پرستاری، محیط فیزیکی، ارتباطات و اطلاعات، تاثیر مشارکت، روابط انسانی بین پرستار و بیمار، شایستگی‌های پزشکی و فنی پرستار و تاثیر سازمان خدمات بهداشتی و درمانی بر بیمار و پرستار. [۵]

۱.۱. عوامل موثر بر رضایت و حیطه‌های رضایت

در مطالعه‌ای که بر روی ۲۵۰ بیمار انجام گرفت، عوامل موثر بر رضایت بیماران از ویزیت سرپایی، وضعیت سلامتی بیمار، زمان انتظار برای دریافت خدمات و قراردادن تحت پوشش بیمه برآورد گردید. بدین صورت که برخورداری از وضعیت سلامتی مناسب‌تر، زمان انتظار و اعتقاد به عدم توجه کافی از سوی پزشک برآورد گردید.

بررسی ارتباط بین میزان رضایت بیمار از ویزیت سرپایی با میزان رضایت پزشک از ویزیت سرپایی نشان داد که هیچ ارتباطی بین این دو متغیر وجود ندارد. [۱۱]

در مطالعه‌ای که بر روی ۱۳۶۶ بیمار مراجعه کننده به یک مرکز تصویربرداری پزشکی انجام شد نشان داد که ویژگی‌های غیرپزشکی ارائه خدمت در دو حیطه عمده مفهومی و قضاوت ذهنی بیمار از خدمات پزشکی بر رضایت بیماران موثر است. در این مطالعه عواملی از جمله نحوه رفتار پرسنل، جو حاکم بر سازمان و اطلاعات در حیطه مفهومی و راحتی انجام اقدام تشخیصی و ارزش اقدام تشخیصی از دید بیمار در حیطه قضاوت ذهنی بیمار از خدمات پزشکی قرار گرفته بود که مشخص شد همه این عوامل با رضایت بیماران ارتباط دارد. [۱۲]

بررسی ارتباط بین رضایت بیمار و نتیجه درمان حاکی از آن است که نتیجه درمان بر رضایت بیمار اثر دارد. تفکیک نتیجه درمان به نتیجه مطلق (وضعیت بیمار ۶ ماه بعد از مداخله جراحی) و نتیجه نسبی (اختلاف بین وضعیت اولیه بیمار و وضعیت پس از درمان)

و بررسی اثر این دو متغیر بر رضایت بیمار نشان داد که نتایج نسبی درمان بیشتر از نتایج مطلق بر رضایت بیمار اثر دارد. [۱۳]

بررسی میزان تاثیر نتیجه درمان بر میزان رضایت نشان داد که نتیجه درمان حدود ۸ درصد واریانس در رضایت را توضیح می‌دهد. براین اساس می‌توان ادعا کرد که نتیجه درمان تنها عامل موثر بر رضایت نیست و عوامل دیگری نیز در رضایت موثر است. [۱۳]

رضایت بیماران نه تنها تحت تاثیر وضعیت پاسخگو (سن بیمار، سطح تحصیلات و وضعیت جسمی بیمار) قرار دارد، بلکه نوع ابزار و رویکرد بررسی رضایت نیز بر آن موثر است. [۱۴]

یکی از عوامل موثر بر رضایت بیماران خصوصاً در مشاوره‌های سرپایی ارتباط بین پزشک و بیمار است. بررسی اینکه چه رفتارهای ارتباطی پزشک و بیمار بر رضایت بیماران تاثیر می‌گذارد نشان داد که اطلاعات ارائه شده از سوی پزشک و / یا بیمار شامل اطلاعات عمومی و اطلاعات ارائه شده در یک موضوع خاص مانند علت شناسی بیماری بر سطح رضایت بیماران تاثیر مثبتی بر جای می‌گذارد. بین میزان درخواست اطلاعات از سوی بیمار و رضایت آنان نیز ارتباط مثبت وجود دارد. این مساله در هنگام فراهم کردن امکان پرسیدن سوال از پزشک برای بیمار نیز صدق می‌کند. [۱۵]

اظهار برخی از احساسات از سوی پزشک در زمان مشاوره مانند عصبانیت، نارضایتی یا لحن منفی صدای پزشک بر رضایت بیماران اثر منفی دارد از سوی دیگر دوستانه بودن لحن پزشک، گفتگوی اجتماعی، رفتار تشویق‌کننده و اظهار همدردی، جلب مشارکت، علاقمندی بیمار به پزشک به عنوان یک انسان و اعتماد به پزشک ارتباط مثبتی با رضایت بیمار دارد. [۱۵]

در مطالعه‌ای مشخص گردید که وضعیت کنونی سلامتی بیمار بیشتر بر رضایت آنان موثر است تا بهبود شرایط سلامتی در اثر دریافت خدمات پزشکی. رضایت بیمار باید هم در مورد فرآیند مراقبت سنجیده شود و هم در مورد نتایج درمان. [۲]

دو خصوصیت سن و سلامت Self-reported افراد دو متغیر کلیدی موثر بر رضایت بیماران هستند. به طور کلی بیماران سالمندتر نسبت به افراد جوان‌تر رضایت بیشتری دارند و بیماران بدحال‌تر از افراد سالمتر رضایت کمتری دارند. [۹]

سایر متغیرهایی که با رضایت بیماران از مراقبت‌های سلامتی ارتباط دارد عبارتند از: نژاد، قومیت، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت بیمه، درآمد، داشتن یک پزشک ثابت و تجارب درمانی گذشته.

مطالعات زیادی در زمینه ارتباط بین سطح رضایت بیمار و ویژگی‌های بیمارستان انجام گرفته است با این حال نتایج مطالعات موجود نشان می‌دهد که بیماران بخش زایمان بالاترین میزان رضایت را نسبت به سایر بیماران داشته‌اند. مقایسه سطح رضایت بیماران داخلی و جراحی نیز نشان داده است که بیماران جراحی از بیماران داخلی رضایت بیشتری داشتند. بررسی‌ها نشان داده است سایر ویژگی‌های بیمارستان مانند وضعیت آموزشی منطقه استقرار و سطح کادر پرستاری بیمارستان نیز با رضایت بیمار ارتباط دارد. [۹]

از آنجایی که نوع بیماری می‌تواند بر رضایت بیماران اثر داشته باشد، در برخی مطالعات تعدیل‌هایی^۱ برای کنترل تاثیر نوع بیماری و کنترل اختلاف ویژگی‌های بیماران در بیمارستانهای مختلف انجام شده است. بدون چنین اقدامی ممکن است اختلافات گزارش شده در میزان رضایت بیماران در نتیجه عوامل بی ارتباط با کیفیت خدمات ایجاد شده باشد. برخی مطالعات تاثیر نوع بیماری بر میزان رضایت بیماران را کمتر از ۱۰ درصد و در برخی موارد ۲ درصد گزارش کرده بودند. دو مطالعه میزان اختلاف ایجاد شده را ۱۵ درصد گزارش نموده بودند. علیرغم تاثیر کم این متغیر بر اختلاف سطح رضایت بیماران از بیمارستان اکثر محققان توصیه کرده‌اند که برای جلوگیری از بروی انحراف در یافته‌ها، خصوصیات بیماران تعدیل شود. [۹]

برای کاهش تاثیر ویژگی‌های بیماران در نتایج مطالعه یکی از رویکردها، تعدیل کردن نمونه‌ها است. رویکرد دیگر جداکردن گزارشات امتیازبندی خدمات برای متغیرهای کلیدی است. مثلاً گزارش نمرات رضایت به طور جداگانه برای افرادی که سطح سلامت عالی و خیلی خوب دارند و آنهایی که سطح سلامت خوب، متوسط و بد دارند. این رویکرد اگرچه پرهزینه است ولی می‌تواند مسایل تعدیل بیماری را که ممکن است اختلاف واقعی بین خدمات ارائه دهندگان مختلف را حذف کند مرتفع سازد. با این وجود استفاده از این روش در مواقعی که تعداد نمونه‌ها در گروه‌های فرعی کاهش می‌یابد ممکن است عملی نباشد. [۹]

1. Adjust.

ترکیب بیماری ممکن است از بیمارستانی به بیمارستان دیگر تغییر کند و تطبیق آن می‌تواند اختلاف واقعی جمعیت را پنهان سازد. [۹]

در بررسی‌های انجام شده در زمینه رضایت بیمار از خدمات بهداشتی - درمانی مشخص گردید که این مساله با نگرش افراد نسبت به جامعه، رضایت از زندگی، ارزشها یا انتظارات از خدمات بهداشتی و درمانی، وضعیت سلامتی، تحصیلات، درآمد، نژاد و موقعیت جغرافیایی ارتباط دارد ولی برخی از مطالعات نیز نتایج متضادی را گزارش کرده‌اند. مثلا سن با رضایت ارتباط دارد بدین صورت که افراد سالمند بیشتر از افراد جوان از خدمات رضایت داشتند ولی در یک مطالعه که در خانه سالمندان انجام شده است سالمندان جوانتر از خدمات رضایت بیشتری داشتند. [۲]

سطح رضایت زنان نیز از خدمات بالاتر از مردان بوده است. شاخص‌های رضایت یا شاخص‌های عینی و گزارشات کیفیت بیمار ارتباط ندارند. مثلا اریکسون^۱ دریافت که بین امتیازبندی ذهنی خدمات پرستاری و ارزیابی عینی کیفیت خدمات ارتباط منفی وجود دارد. [۲] یک تفاوت آشکار هنگام در نظر گرفتن سنجش‌های رضایت بیمار اختلاف بین امتیازبندی عینی در مقابل گزارشات ذهنی است. امتیازبندی مشتریان نشانگر ارزیابی ذهنی خدمات است. این ارزیابی ذهنی می‌تواند براساس تجارب گذشته و استانداردهای شخصی مورد استفاده برای ارزشیابی قرار دارد. در مقابل گزارشات عینی نشانگر حوادثی است که اتفاق افتاده یا نیفتاده است. مثلا در نظر گرفتن معیار سرو ناهار تا قبل از ۱۲:۱۵ ظهر یک گزارش عینی است ولی ارتباط زیادی با سطح رضایت ذهنی بیماران از خدمات مورد بررسی ندارد. [۲]

مسائل حل نشده‌ای در رابطه با اندازه‌گیری رضایت و سوالات جدی در زمینه اعتبار مفاهیم موجود در این زمینه وجود دارد. فرض شده است که رویکرد کنونی برای اندازه‌گیری رضایت ممکن است براساس ارزشها و تجارب بیماران نباشد، بنابراین ممکن است بیمار و نظرات وی در بررسی رضایت نادیده گرفته شوند و این مساله شانس استفاده از نظرات بیماران را در برنامه‌ریزی و ارزشیابی مراقبت‌های سلامتی را کاهش می‌دهد. [۳]

۱۲. رضایت ارائه دهندگان خدمات

عنصر انسانی تار و پود و مهمترین عامل تشکیل دهنده یک سازمان و ایفا کننده نقش اساسی در انجام هدف‌های سازمان است. هنگامی که یک فرد به سازمان می‌پیوندد، مجموعه‌ای از خواسته‌ها، نیازها، آرزوها و آزمون‌های گذشته را که بر روی هم انتظارات شغلی را می‌آفرینند با خود به همراه می‌آورد. خشنودی شغلی نشانی از همسوئی توقعات نوحاسته انسان به کار و میزان برآورده شده انتظارات فرد از طریق کار می‌باشد.

البته تأمین نیازها شرط لازم برای رفع مشکلات می‌باشد. ولی شرط کافی برای بهبود وضع سازمان به شمار نمی‌آید. بدین معنی که ممکن است افرادی کلیه نیازهایشان مرتفع شود ولی به علت نداشتن احساس وفاداری و اعتقاد به سازمان در جهت هدفهای آن مجدانه نکوشند. به همین علت نمی‌توان ادعا کرد ارضاء نیازها در تمام موارد باعث بهبود وضع سازمان می‌شود. اگرچه به جرأت می‌توان مدعی بود که عدم ارضای نیازها در کار سازمان مشکل آفرین است. [۱۴]

امروزه تمام صاحب نظران و اندیشمندان از اهمیت و نقش نیروی انسانی به عنوان عامل توسعه در هر کشور واقف هستند و بر آن تأکید زیاد دارند، بنابراین توجه به روحیات و انگیزه‌های عامل انسانی در هر سازمان از ضرورت و الویت بالایی برخوردار می‌باشد و همچنین اعتقاد دارند که سرمایه و تکنولوژی را می‌توان به صورت وام تأمین نمود و خرید اما انسان‌ها را نه می‌توان خرید و نه به وام گرفت. [۱۴]

بالا رفتن رضایت شغلی سبب افزایش ابقاء در کار اثربخش می‌گردد و بازده شغلی و کارایی را بالا می‌برد. [۱۵ و ۱۶] چنانچه افراد متخصص و حرفه‌ای از شغل خود راضی باشند به احتمال قوی محیط کاری خوش آیند تری برای همکاران و مراجعین ایجاد می‌کنند. زمانی که کارمند در محیط کارش از شغل خود رضایت داشته باشد نتایج زیر بدست می‌آید:

الف- نوآوری و خلاقیت در کار افزایش می‌یابد.

ب- میزان تولید سازمان افزایش می‌یابد.

ج- میزان ترک خدمت کارکنان کاهش پیدا می‌کند.

د- سطح سلامت روانی و در نتیجه آن سلامت روانی و جسمی (روان تنی) کارکنان

افزایش قابل ملاحظه نشان می‌دهد.

همچنین هر قدر اقلیم سازمانی بازتر و مشارکتی‌تر بشود، میزان رضایت شغلی کارکنان افزایش می‌یابد. هر قدر رابطه و کیفیت رهبری بهتر باشد، روحیه کارکنان بهتر خواهد بود. شرکت بیشتر در تصمیم‌گیری مخصوصاً درباره روش‌های آموزشی، موجب تقویت بیشتر رضایت شغلی است. به علاوه عدم امکان شرکت در تصمیم‌گیری بزرگترین منبع نارضایتی کارکنان است. [۱۶]

در رابطه با موضوع رضایت شغلی و عواملی که در آن دخیل هستند، تحقیقات متعددی در داخل و خارج از کشور انجام شده است. بیشتر این تحقیقات میزان رضایت شغلی کارکنان در سازمان و یا میزان رضایت و عدم رضایت کارکنان یا مدیران از وضعیت موجود را مورد بررسی قرار داده‌اند. مطالعات اولیه در باب نگرش‌های مربوط به کار پیش از جنگ جهانی اول شروع شد و به طور فعال در انگلستان، اروپا، آمریکا دنبال گردید. یکی از مطمئن‌ترین نشانه‌های بدی اوضاع یک سازمان رضایت شغلی پایین است. رضایت شغلی به عنوان احساس مساعد و مثبت کارکنان به شغل خود در سازمان متأثر از نیازها، انگیزه‌ها و علائق از یک طرف و شرایط و مختصات شغلی آنان از طرف دیگر می‌باشد در نگاه اول چنین به نظر می‌رسد که هر چه این نیازها بیشتر ارضاء گردد به همان میزان رضایت شغلی بیشتر خواهد بود. [۱۷] ارزیابی با احساس مثبت زمانی پدید می‌آید که کار فرد با نیازها و ارزش‌های هماهنگی داشته باشد. همچنین عدم رضایت زمانی مشاهده می‌گردد که میان فرد و گنجایش شغلی او برای تأمین نیازهای مرتبط با آن ارزش‌ها تفاوت وجود داشته باشد. [۱۵] در مطالعات مختلف سطح رضایتمندی با میزان اختیار در کار، وضعیت اجتماعی و میزان مسئولیت در کار رابطه مستقیم وجود دارد [۱۵، ۱۸، ۱۹].

مدیران همواره به سه علت به موضوع رضایت شغلی افراد توجه می‌کنند:

- ۱- ارتباط مستقیم میزان رضایت با بهره‌وری
عملکرد خوب یک کارمند احتمالاً با افزایش حقوق همراه بوده و ممکن است موجب ارتقای مقام او شود. در مجموع این پدیده‌ها موجب رضایت وی از شغل خواهد شد.
- ۲- ارتباط معکوس رضایت شغلی با غیبت، جا به جایی و ترک شغل
- ۳- ارتباط مستقیم همسازی با شغل و سازگاری شغلی با رضایت شغلی و عملکرد
اگر افراد از نظر شخصیت با نوع کاری که انجام می‌دهند، سازش داشته باشند، عملکرد

بهتری خواهند داشت و نسبت به کار خود رضایت بیشتری حاصل می‌کنند. مدیران باید به این مطلب توجه داشته باشند که واکنش کارکنان بر اساس نوع پنداشت یا برداشت آنان قرار دارد (که ممکن است با واقعیت مطابقت نداشته باشد). [۲۰]

ارائه نتایج کار به کارکنان موجب انگیزش و تعهد بیشتری در آنان می‌شود. بازدهی، تولید و بهره‌وری در سازمان افزایش یافته و سرانجام اینکه آنان نسبت به کار خود رضایت بیشتری ابراز می‌کنند. [۱۵]

از آنجایی که سازمان‌ها هر یک دارای هدف‌های مشخص و معلوم می‌باشند و افرادی را به خدمت می‌پذیرند که دارای ویژگی‌های شایسته بوده و از روش‌های و آئین‌های کار در سازمان پیروی کنند. در اغلب موارد دیده می‌شود که مسئولان کار به نگاه‌داری دارایی‌ها، بیشتر از نگهداری افراد توجه می‌کنند. در صورتی که واقعیت کار، عکس این رابطه را پدید می‌آورد اشیاء همواره در اختیار سازمان دارنده آن است باقی می‌مانند، در حالی که افراد انسانی تنها بخشی از وقت خود را در اختیار سازمان استخدام کننده قرار می‌دهند و بخش بزرگ توجهشان به کنش‌ها و واکنش‌های بیرون از سازمان می‌شود.

در مطالعه انجام شده توسط اوزیورت^۱ و همکاران تحت عنوان پیش‌نشانگرهای خستگی مفرط و رضایت شغلی در بین پزشکان ترکیه^۲ انجام شد برای تعیین سطوح رضایت شغلی و خستگی ناشی از کار زیاد در بین پزشکان استانبول ترکیه و تعیین ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و شرایط کاری و رضایت شغلی این مطالعه انجام شده است. در این مطالعه از ۵۹۸ پزشک شاغل در مراکز مراقبت‌های سلامت استانبول نمونه‌گیری شد پرسش‌نامه‌ای شامل مشخصات اجتماعی و دموگرافیک پزشکان، MBI^۳ و MSQ^۴ از طریق مصاحبه رو در رو تکمیل شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که رضایت شغلی با تعداد روزهای مرخصی در سطح فردی و درصد مالکیت تسهیلات بهداشتی در سطح گروهی رابطه مستقیم دارد تعداد شیفت در ماه، روابط بین فردی و داخل سازمانی و شرایط محیط کاری نیز بسیار موثر است. [۲۱]

1. Ozyurt.

2. Predictors of burnout and Job Satisfaction among Turkish Physicians.

3. Maslach Burnout Inventory.

4. The Minnesota Job Satisfaction Questionnaire.

در مطالعه‌ای که توسط زعیم حق در سال ۲۰۰۸ و در پاکستان انجام شده، میزان استرس شغلی در رابطین^۱ بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه نشان داد که در پاکستان مسئولیت فراهم کردن مراقبت‌های بهداشتی اولیه بر عهده آنان است که گرچه برنامه استفاده از آنها برای نظام بهداشتی فواید بسیاری داشته است اما در نظر گرفتن نقطه نظرات این افراد و مشکلاتی که در روند اجرای وظایفشان با آن رو به رو بودند باید در نظر گرفته شود.

ارزیابی دیسترس روانی و استرس شغلی^۲ با استفاده از پرسش نامه استاندارد خود ایفا SRQ-20 انجام شد. حجم نمونه ۱۵۰ نفر بودند. مطالعه به صورت کیفی و با استفاده از روش بحث گروهی متمرکز انجام شد.

مهمترین این مشکلات عبارتند از: حدود یک چهارم جمعیت مطالعه دارای استرس شغلی معنی‌دار بودند. عوامل موثر بر این استرس عبارت است وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، دوری محل زندگی از محل کار آنها مجبور بودند مسافت طولانی برای رفتن به محل کار طی کنند. تجهیزات و لوازم پزشکی ناکافی، داشتن وظایف متعدد، نامشخص بودن این افراد در ساختار سازمانی، عدم امکان برقراری ارتباط با اعضای خانواده در زمانی که مشغول کار بودند. [۲۲]

مطالعه دیگری به منظور ارزیابی میزان رضایت شغلی در بین همه ۹۵ پزشک PHC کویت انجام شده است در سال ۲۰۰۴ پرسش‌نامه‌ای بین همه پزشکان مراکز PHC توزیع شد ۶۱/۸٪ آنها از شغل خود رضایت داشتند و با افزایش سن میزان رضایت شغلی بیشتر می‌شد. [۲۳]

دپارتمان تحقیقات بازار موسسه آکسفورد^۳ وظیفه پایش میزان رضایت اعضا و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی را بر عهده دارد تا ضمن شناسایی نحوه اجرای برنامه‌های سلامت، امکان ارتقای آن را نیز مورد ارزیابی قرار دهند. داده‌ها از طریق بررسی شکایات و انتقادات و مطالعات پیمایشی رضایت‌سنجی صورت می‌گیرد. عناوین مورد

1 . Lady Health Workers (LHW).

2 . Assessment of mental distress and work-related stress.

3 . Oxfords Market Research Department.

پایش عبارتند از عناوین زیر گرچه به این عناوین ختم نمی‌شود. [۲۴]

- رضایت ارائه دهندگان خدمات
- تداوم و همکاری در ارائه مراقبت‌ها
- به کارگیری رویکردهای مدیریتی
- کیفیت خدمات و روند ارائه آن به مشتری
- مبلغ بیمه و غرامت

برای سنجش رضایت ارائه دهندگان خدمت چند مرحله بررسی صورت می‌گیرد:

۱. ارزیابی سالانه اولیه از میزان رضایت ارائه دهنده خدمات^۱ از حمایت و پشتیبانی سازمان از آن‌ها، به ویژه در حوزه‌های اجرایی و مدیریت عملکرد مثل درستی و به موقع انجام شدن ادعاها، انجام خدمات مشتریان، اقداماتی که لازم است از سوی دپارتمان مدیریت پزشکی انجام شود. در این مطالعه فیدبک ارائه دهندگان خدمت به سیاست‌های پزشکی و شیوه‌های پرداخت نیز مورد سنجش قرار می‌گیرد. در این بررسی که سالانه انجام می‌شود PCPSV۵، ۷۵ متخصص و ۱۵۰ مدیر اداره به طور تصادفی انتخاب شده و بر اساس درجه رضایتشان از تعدادی از جنبه‌های مطرح در برنامه‌های سلامت مورد سوال قرار می‌گیرند. نتایج آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و آوریل، جولای، اکتبر و ژانویه گزارش می‌شود.
۲. ارزیابی سالانه از ارائه دهندگان خدمات مشاوره‌ای سلامت روان^۲ مثل روان پزشکان، روان شناسان، مددکاران اجتماعی با انجام مصاحبه عمیقاً ارائه دهندگان خدمات در اکتبر و نوامبر انجام می‌شود این مطالعه بر روی رضایت کلی شاغلان از کار با آکسفورد، مدیریت به کارگیری و به کارگماری، ساختار پرداخت‌ها، هماهنگی در مشکلات و مسائل درمانی سالانه، کفایت شبکه آکسفورد و وضعیت کلی مدیریت رفتاری در ارائه خدمات است.

1 . Annual Provider Office Satisfaction Survey (Walker Survey).

2 . Annual Behavioral Health Provider Assessment Study.

۳. علاوه بر آن داده‌های مربوط به رضایت اعضا و ارائه‌دهندگان خدمات به طور منظم از طریق جمع‌آوری شکایات، انتقادات و پیشنهادات جمع‌آوری می‌شود.^۱ این داده‌ها به طور ماهانه به دپارتمان مربوط ارجاع شده و توسط کمیته‌ای به صورت ماهانه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۴. به طور ماهانه آنالیز داده‌های جمع‌آوری شده بر عهده دپارتمان تحقیقات بازار است. بررسی روند فعالیت‌ها، مقایسه اهداف از پیش تعیین شده با داده‌های بدست آمده از وظایف این دپارتمان است. [۲۵]

در اولین بررسی رضایت ارائه‌دهندگان خدمات در مدیکر (MCPSS)^۲ میزان رضایت ارائه‌دهندگان خدمات از فرآیندهای شغلی، فعالیت‌های آموزشی که توسط پیمانکاران (CMS) مورد سنجش قرار گرفت. ۸۵٪ افراد شرکت‌کننده در مطالعه به پیمانکارشان بین ۴ تا ۶ امتیاز از ۶ دادند. این مطالعه برای بیش از ۲۵۰۰۰ نفر از ارائه‌دهندگان خدمت به طور تصادفی ارسال شد که پزشکان شاغل در مراکز ارائه خدمات اولیه بهداشتی و موسسات بیمه‌گر در سراسر کشور را نیز شامل می‌شد. تاکید این مطالعه بر روی ۷ بخش است: ارتباطات بین ارائه‌دهنده خدمت با پیمانکار، نیازهای ارائه‌دهندگان خدمات، فرآیندهای قانونی، متغیرها و عوامل نیازمند تغییر، شیوه رسمی به کارگماری افراد، بازآموزی‌های پزشکی، امتحانات ورودی برای آغاز به کار و استخدام. [۲۶]

رضایت شغلی پزشکان، پرستاران و پزشکیاران در مطالعه‌ای که بر روی کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه ارتش صورت گرفت مورد سنجش قرار گرفت. مهمترین شاخص‌های معنی‌دار پیش‌بینی‌کننده رضایت شغلی در این پژوهش اختیارات و هماهنگی‌ها بود. محدودیت در اختیارات و عدم هماهنگی با پزشکان و پرستاران شاغل در حیطه فعالیت‌های کاری آن‌ها به میزان قابل توجهی از میزان رضایت ارائه‌دهندگان خدمت می‌کاست. [۲۷]

این مطالعه با هدف ارزشیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه بر اساس رضایت و نقطه نظرات ارائه‌دهندگان خدمات از سرویس‌های ارائه شده انجام شده است. این مطالعه

1 . complaint, appeal and grievance CAG.

2 . Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey.

برای آزمون این فرضیه بود که انتظارات شامل قابلیت دسترسی به خدمات و تصورات و دیدگاه‌های ارائه دهندگان خدمت از خود و خدماتشان و ارزیابی ارتباط بین ارائه دهنده خدمت - بیمار مهمترین شاخص‌ها در رضایت ارائه دهندگان خدمت است. این فرضیه از مطالعات مربوط به رضایت شغلی حاصل شده است. بدین منظور همه پزشکان عمومی، متخصصین اطفال، پرستاران، داروسازان، و کارکنان شاغل در بخش مدیریتی در ۱۷ مرکز مراقبت‌های بهداشتی مورد مصاحبه حضوری قرار گرفتند. با استفاده از پرسش نامه‌های ساختار یافته‌ای که برای این مطالعه خاص طراحی شده بود. ۷۴٪ از اعضای گروه اظهار داشتند که از خدماتی که در مراکز درمانی ارائه می‌دهند راضی یا خیلی راضی هستند. رضایت کلی در بین پزشکان و داروسازان کمتر بود. مهمترین عامل پیش‌بینی کننده رضایت، ارزیابی از کفایت زمان صرف شده برای بیماران بود. حدود یک سوم اعضای تیم درمان بیان کردند که مقدار زمان اختصاص داده شده به برای معاینه، درمان یا ویزیت بیمار خیلی زیادتر از آنی است که آن‌ها تمایل دارند. یافته‌های این پژوهش نشانگر آن بود که اعضای تیم درمانی از عدم دسترسی به خدمات و تجهیزات برای خودشان و فقدان فرصتی برای مشاوره با افراد پیش کسوت برای رفع ابهامات و مشکلاتشان، ارتباطات سرد و بی‌روح با بیماران عدم رضایت داشتند. [۲۸]

در مطالعه‌ای که توسط جولایی و همکاران [۳۱] در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با همکاری مرکز مهارت‌های بالینی این دانشگاه با هدف پیش‌بینی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده در سال ۱۳۸۷ در استان فارس انجام شد، میزان توانمندی و مهارت پزشکان خانواده مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه با استفاده از آزمون آسکی (OSCE) میزان توانمندی پزشکان خانواده با دقت بالاتری مورد سنجش قرار گرفت. در این روش تعدادی ایستگاه طراحی و در هر ایستگاه سؤالات مختلفی در چارچوب بسته خدمتی سلامت توسط اعضای هیات علمی و متخصصین مطرح، ارزیابی و نمره گذاری شد.

در این بررسی مقطعی از کلیه پزشکان شاغل در برنامه پزشک خانواده دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۷۹ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شدند. این افراد در ۱۹ ایستگاه طراحی شده شرکت کردند که ۱۱ ایستگاه با موضوعات غالباً بهداشتی و ۸ ایستگاه با موضوع طب اورژانس درمان پیش‌بینی شده بود. مرجع مورد استفاده در این

آزمون کتاب "شرح خدمات تیم سلامت و پزشک خانواده" در نظر گرفته شد که سوالات مطرح شده بر مبنای دستورالعمل این کتاب و اهداف برنامه پزشک خانواده طراحی گردیدند. یافته‌های این مطالعه نشانگر آن بود که میانگین نمره کسب شده ۱۱۳ از مجموع کل نمره ۱۹۰ بوده که بسیار پایین است و نشانی از ضعف مهارت پزشکان است. همچنین تغییرات نمرات در بین پزشکان بالا بوده و دارای انحراف معیار ۱۵/۲۳ می‌باشد که می‌تواند نشان‌دهنده بی‌علاقگی بعضی از پزشکان در امر یادگیری و آموزش باشد. بین نمره پزشکان بر اساس سابقه خدمتی آن‌ها اختلاف وجود داشت ولی رابطه معنی‌داری بین جنسیت، وضعیت تاهل و وضعیت استخدامی با نمره آزمون وجود نداشت.

نتایج طرح مذکور عبارتند از؛ بازنگری اساسی در دروس دوره آموزش پزشکی بخصوص توجه بیشتر به دروس بهداشتی و ادغام پروتکل‌های سیستم سلامت در بسته‌های آموزشی پزشکان و نیز لزوم آموزش پزشکان در فیلد سرپائی و بیمارستانهای عمومی. بازنگری دوره‌های باز آموزی که توسط سیستم آموزش مداوم، معاونت‌های بهداشتی برگزار می‌گردد و همکاری بیشتر سایر معاونت‌ها از جمله معاونت آموزشی و درمان در امر آموزش پزشکان خانواده. ایجاد انگیزه هدفمند جهت پزشکانی که بعنوان پزشک خانواده در سیستم سلامت مشغول فعالیت هستند به منظور به روز شدن اطلاعات آنها و ارتقاء کیفیت خدماتشان. ارزیابی مراکز بهداشتی درمانی و پزشکان بر اساس نتایج کیفی و کمی عملکرد بهداشتی و درمانی آنها. [۲۹]

به دنبال فراخوان اداره کل بیمه خدمات درمانی استان ایلام ۹۵ پزشک عمومی اعم از پزشکان آزاد و دارای مطب در استان برای شرکت در این طرح ملی در اداره نظارت و ارزشیابی این اداره کل ثبت نام نمودند این درحالی بود که تعداد کل پزشک مورد نیاز طرح در استان بر اساس جمعیت هدف (روستائیان، عشایر و ساکنان شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر - که حدود ۳۰۸۸۳۱ نفر برآورد شده بود) تعداد مورد نیاز ۸۷ نفر بود یعنی بیش از تعداد مورد نیاز بود اما با شروع طرح و استقرار در مراکز فقط تعداد ۶۰ نفر عقد قرارداد نمودند و در زمان اجرای طرح در سال ۱۳۸۴ تعدادی نیز پس از مدت کوتاهی قرارداد را فسخ نموده و از طرح خارج شدند از این رو مطالعه حاصل با هدف تعیین نظرات پزشکان خانواده و ماماها مستقر در مراکز بهداشتی درمانی روستائی در طرح ارتقاء بیمه درمان و

شناسایی مشکلاتشان انجام پذیرفته است.

جامعه مورد مطالعه کلیه پزشکان و ماماها‌ی مستقر شده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی مجری طرح ارتقاء بیمه درمان روستاییان و عشایر است. یافته‌های این پژوهش مهمترین مشکلات را موارد ذیل استخراج کرده است:

مدت طولانی حضور در مراکز بهداشتی درمانی (۸ ساعت)

با توجه به مفاد ماده ۵۱ قانون کار جمهوری اسلامی ایران و تبصره ۱ زیر این ماده، که ساعات کار در شبانه روز نباید از ۸ ساعت و در هفته از ۴۴ ساعت تجاوز نماید. اگر پزشکان خانواده ۶ روز در هفته و هر روز ۸ ساعت در مرکز بهداشتی درمانی حاضر بوده و مشغول انجام وظیفه باشند در هفته ۴۸ ساعت در مرکز حضور دارند که ۴ ساعت از میزان ساعت مقرر در قانون کار بیشتر است. این کار اضافه بر مدت زمان فعالیت هر کارگر در قانون کار است.

پرداخت به موقع حقوق و ارائه فیش به پزشکان و ماماها، در اختیار داشتن وسیله نقلیه تمام وقت در مرکز بهداشتی درمانی روستایی، تجدید نظر در نحوه پایش عملکرد پزشک و ماما و عدم تأثیر پایش سایر واحدهای مرکز بهداشتی درمانی در پایش این دو، روشن شدن وضعیت پزشک و ماما از نظر عیدی، بازنشستگی، بیمه، مرخصی، مرخصی زایمان ماماها (ماماها از ترس این که مبادا لغو قرارداد شوند ترجیح می‌دهند مرخصی زایمان و استعلاجی استفاده نکنند)، محرومیت از مطب، سرویس ایاب و ذهاب، مأموریت، ادامه تحصیل، اولویت در استخدام و ...، افزایش آموزش به مردم در خصوص نحوه استفاده از دفترچه بیمه روستایی، فعالیت منشی و خدمتگزار در ساعات فعالیت پزشک و ماما، توجه به وضع مدیریتی مراکز و فعالیتهای پرسنل مجری طرح، تامین محل اقامت و امکانات بیتوته در مراکز شبانه روزی برای اضافه شدن پرستار به تیم سلامت، عقد قرارداد مستقیم پزشک و ماما با بیمه خدمات درمانی و دریافت حقوق خود از بیمه خدمات درمانی، کاهش ساعات کاری، جلوگیری از سلیقه‌ای عمل کردن مسئولین شبکه‌ها در برخورد با پزشکان و ماماها‌ی خانواده، عدم توجه به تعداد بیماران ویزیت شده روزانه توسط پزشک در مراکز شلوغ، عدم امنیت شغلی نیروهای شاغل در طرح، حجم کارهای اضافی تحمیلی به ماماها خارج از شرح وظایف مربوطه (نظیر کارهای واحدهای بهداشت خانواده، ثبت اسناد، تهیه آمار مراکز و

باطل کردن قبض و ویزیت و تزریقات و دارویاری)، وضعیت نامشخص قراردادهای و اخذ امضاء در برگیرنده قرارداد تکمیل نشده بدون قید مبلغ قرارداد، با تأکید فراوان بر بحث امنیت شغلی از خواسته‌های مطرح شده توسط پزشکان خانواده و ماما‌های شاغل در طرح بودند. نتیجه آن که اطلاعات بدست آمده نشان می‌دهند که در مسیر اجرای طرح ارتقاء بیمه درمان روستائیان و عشایر مشکلات و تنگناهایی وجود دارد که علی‌رغم موفقیت‌هایی که به دست آورده و منجر به استقرار بیش از ۷۰ پزشک در روستاها و ایجاد دسترسی روستائیان به خدمات درمانی در سطح اول شده است اما هنوز نتوانسته است به نقطه ایده‌آل خود برسد و پس از گذشت بیش از سه سال از شروع آن هنوز با چالش‌هایی روبرو است که توجه بیشتر مسئولین و مجریان محترم برنامه می‌تواند وضع موجود را ارتقاء داده و طرح را به سرمنزل مقصود هدایت نماید. کلیه مسایل مطروحه و مشکلات دیگر اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و جغرافیایی منطقه دیگر نحوه اعمال ضرایب محرومیت، عدم توجه به مسیر حرکت مردم در طراحی ارجاع، تنظیم و ارسال دیر هنگام تفاهم نامه بیمه روستائیان، عدم وجود سیستم جامع نظام پرداخت روستائیان، پرسنل ناکافی شاغل در طرح، عدم توجه کافی به وضعیت ارایه خدمات به مسافران و عشایر و میهمانان، تأثیر نمره پایش سایر قسمتهای مرکز بهداشتی درمانی در حقوق پزشک و ماما، نامشخص بودن وضعیت ارایه خدمات توسط مراکز شبانه روزی و اورژانسها در ساعات خارج از زمان طرح، عدم شفافیت طرح در مورد تکلیف بیمه شده و پزشک در ساعات غیر اداری و ... از جمله مواردی است که باعث کاهش ضریب ماندگاری پزشکان در مراکز بهداشتی درمانی شده و جذب پزشک را برای طرح در مناطق غیر برخوردار با مشکل مواجه نموده است.

با توجه به مسایل فوق و مشکلات جذب پزشک در مناطق غیر برخوردار عدم توجه کافی به میزان و علی‌الخصوص نحوه پرداخت حقوق به پزشکان و ماما‌های خانواده و همچنین مسایل فنی مراکز از جمله اقلام داروئی مورد نیاز، تستهای آزمایشگاهی مورد نیاز، خودرو برای زمان بحران و اعزام بیمار به مراکز مجهزتر و ... می‌توانند رضایتمندی پزشکان را کاهش دهد و این کاهش رضایت منجر به لغو قرارداد پزشکان موجود و عدم جذب پزشکان جدید شده و در نهایت تعطیلی مراکز و عدم موفقیت طرح را به دنبال خواهد داشت. سیستم مالی دانشگاه علوم پزشکی بسیار طولانی و مسیر پریپیچ و خم اداری را طی

می‌کند و برای این که حقوق پزشکان پرداخت گردد اقلاً یک ماه طول می‌کشد و پرداختها نامنظم صورت می‌گیرد به همین دلیل تعدادی از شرکت کنندگان در مطالعه درخواست دریافت مستقیم حقوق خود از بیمه خدمات درمانی را مطرح کرده‌اند.

پیشنهادات اجرایی پژوهشگر در مطالعه فوق الذکر عبارتند از؛

جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانوار بین ۴ تا ۶ برابر از شاخص کشوری و ۱۰ برابر نسبت به شاخص در کشورهای توسعه یافته بیشتر است با کاهش این نسبت پزشکان خانواده فرصت بیشتری جهت توجه به خدمات بهداشتی خواهند داشت.

توجه بیشتر به تجهیز ترالی اورژانس، وضعیت استریلیزاسیون در مراکز بهداشتی درمانی روستائی می‌توان به آرامش فکری پزشکان خانواده در مواقع بحران کمک نماید. بیمه نمودن پزشکان خانواده در مقابل حوادث ناشی از مسئولیت درمان بیماران در روستاهای دور دست و محروم می‌تواند کمک خوبی به ادامه استقرار این عزیزان در مراکز بهداشتی درمانی روستائی گردد.

افزایش تعداد اقلام دارویی و تستهای آزمایشگاهی در طرح و همچنین اجازه تجویز داروهای فارماکوپه خارج از ۲۲۵ قلم و تستهای آزمایشگاهی که پزشکان خانواده از نظر علمی مجاز به تجویز آنها هستند اما در طرح برای آنها محدودیت ایجاد شده است. (علم پزشکان خانواده به ۲۲۵ قلم دارو و ۱۸ کد آزمایشگاهی محدود شده است).

پیشنهاد می‌شود ضرایب محرومیت و فاصله در مراکز بهداشتی درمانی روستائی دور دست و محروم افزایش یابد و نحوه اعمال ضریب محرومیت تبعیت از ضریب محرومیت شهرستان نباشد چون مراکزی هستند که از نظر تقسیمات جغرافیایی جزء شهرستان با حداقل ضریب محرومیت هستند در حالی که در محروم ترین نقطه فعالیت می‌کنند.

به منظور رفع نگرانی پزشکان خانواده و ماماهاست مستقر در مراکز بهداشتی درمانی روستائی ۶۰ درصد حقوق ماهانه آنان بلافاصله بعد از پایان ماه با تأیید دانشگاه علوم پزشکی فارغ از مسیرهای اداری با ارائه فیش پرداختی مستقیماً توسط اداره کل بیمه خدمات درمانی استان به حساب آنان واریز گردد و ۴۰ درصد باقی مانده بعد از مراحل پایش توسط دانشگاه علوم پزشکی در وجه آنان پرداخت شود. در این صورت نقش نظارتی هر دو دستگاه پر رنگ خواهد بود و پزشکان خانواده نیز بدون تأخیر و ماهانه مقدراری از حقوق خود را

دریافت می‌کند.

پیشنهاد می‌شود در خصوص برخورداری پزشکان از بیمه، بازنشستگی، محرومیت از مطب، عیدی، مرخصی، عائله مندی، حق مسکن، ایاب و ذهاب و ... در طرح، اطلاع‌رسانی کافی صورت گرفته و وضعیت برای آنان روشن شود.

توجه ویژه به افزایش امنیت شغلی شاغلان طرح ۱۵۷۵ u ارتقاء بیمه درمان روستاییان و عشایر و اعمال اولویت در استخدام و ادامه تحصیل برای پزشکان و ماماها شاغل در طرح، در این صورت بقاء طرح تضمین خواهد شد و می‌توان به پیشرفت آن و افزایش میزان رضایتمندی امیدوار بود. [۳۰]

در مطالعه دیگری که هدف آن تعیین رضایت ارائه دهندگان خدمت و گیرندگان خدمت در شهرستان تویسرکان از برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده می‌باشد. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه باز و پرسشنامه بوده است.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد اکثریت گیرندگان و ارائه دهندگان با برنامه پزشک خانواده موافق می‌باشند اما مشکلاتی را همچون کمبود بعضی اقلام دارویی، نحوه پرداخت آنچه توافق شده، جایگزینی نامناسب پزشکان در مواقع مرخصی و سردرگمی مراجعین، توجه کمتر به مسائل بهداشتی و تمایل و توجه بیشتر به مسائل درمانی بیماران و منطقه تحت پوشش و ... را مطرح کرده‌اند.

علاوه بر این در همین زمان کمبود پزشک وجود دارد؛ که این مسأله باعث افزایش نارضایتی مردم و از طرفی نارضایتی پزشکان و پرسنل مراکز معین در مرکز شهر شده است. علاوه بر آن به دلیل افزایش بار کاری واحدهای مختلف مرکز بهداشت و عدم پرداخت هیچگونه مزایایی میزان بالای نارضایتی این پرسنل را در پی داشته است.

با توجه به نسخه ۹ دستورالعمل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، میزان نارضایتی پزشکان طرحی سیستم ۱۰۰ درصد افزایش یافته است چرا که طبق نسخه ۹ و نسبت به دستورالعمل‌های قبلی برنامه میزان پرداختی به پزشکان طرحی ۲۵ درصد کاهش یافته است.

۴۵ درصد پزشکان علت نارضایتی خود را مواردی چون مشکل مرخصی گرفتن (با توجه به اینکه جایگزینی پزشک مشکل می‌باشد) عدم ذخیره مرخصی و نحوه پرداخت

مطرح کرده‌اند. در زمینه نحوه پرداخت، ارائه دهندگان بیان کرده اند با ۸۰ درصد قرارداد می‌بندند؛ در صورتی که ۶۰ درصد می‌گیرند، علاوه بر آن کارانه پزشکان با تأخیر بسیار زیاد مثلاً بیش از ۱۰ ماه پرداخت می‌شود. کلیه پزشکان شاغل در برنامه از میزان قرارداد خود در طی سال ۱۳۸۷ اظهار بی‌اطلاعی کرده و دریافت نکردن فیش حقوقی ماهانه را یکی دیگر از مشکلات خود مطرح کرده‌اند.

۳۱/۲۵ درصد ماماهاى شاغل در برنامه پزشک خانواده نیز علت نارضایتی خود را رعایت نشدن عدالت ذکر کرده‌اند و بیان کرده اند افرادی که در مسافتهای مختلف و سوابق کاری گوناگون و شرایط مختلف کاری در مراکز مختلفی شاغل هستند همگی حقوق یکسانی دریافت می‌کنند.

۱۰۰ درصد پرسنل محیطی و ستادی نیز نارضایتی خود را از این برنامه بیان داشته‌اند و آنان عدم پرداخت کارانه پرسنل درگیر در برنامه را طی سالهای ۸۶ و ۸۷ عنوان کرده‌اند و بیان کرده‌اند با اینکه حجم کار آنها افزایش یافته، عملاً هیچگونه مزایایی دریافت ننموده‌اند. در مورد اقلام دارویی ۷۹ درصد ارائه دهندگان بیان کرده اند اگر پزشک بیش از دو قلم دارو بنویسد، بیمه اشکال گرفته و از حقوق پزشک کم می‌شود؛ در حالی که، ممکن است بیمار به بیش از دو قلم دارو نیاز داشته باشد. در زمینه موجودی دارو نیز بیش از نیمی از ارائه دهندگان اظهار داشته اند که از نظر اقلام دارویی کمبود وجود دارد و دارو به میزان کافی در مراکز بهداشتی درمانی موجود نمی‌باشد ۷۰ درصد گیرندگان خدمات هم از عدم وجود اقلام دارویی ناراضی بودند، ۳۰ درصد نیز بیان کرده‌اند، پزشکان دارو کم می‌نویسند و بیماران مجبور به مراجعه مجدد می‌شوند که بدین وسیله بار مراجعه افزایش می‌یابد. حدود ۷۰ درصد پزشکان اظهار داشته‌اند این سیستم برای پزشکان من اسب نیست چرا که از پزشک حمایت نمی‌کند و پزشک مرکز مجبور است همچون پزشک بخش اورژانس بیمارستان کار کند و از طرفی پزشک تنهاست؛ مثلاً، اگر بیماری شب، مراجعه کند کلیه کارها از جمله ویزیت، تجویز و تحویل دارو، تزریقات و ... را پزشک باید به تنهایی انجام دهد که این مسأله باعث کاهش کارایی پزشک می‌گردد و از طرفی این قضیه به دلیل فشاری که به پزشک وارد می‌شود باعث می‌شود قراردادها، کوتاه مدت بسته شود و در نتیجه باعث تعویض زود به زود پزشکان می‌گردد و بنابراین مانع تحقق هدف برنامه پزشک خانواده می‌شود.

۷۶ درصد ارائه‌دهندگان خدمت بیان کرده‌اند با اجرای طرح بیمه روستایی و پزشک خانواده بار مراجعات بیماران افزایش یافته که این خود باعث شده، کارهای بهداشتی رها شده و یا کمتر به آنها پرداخته شود و خدمات به سمت درمان پیش رفته است که از جمله نقایص این سیستم می‌باشد و از این نظر نیاز به بازنگری و اصلاح دارد که البته این مسأله به دلیل پایین بودن ویزیت پزشک می‌باشد که باعث افزایش بار مراجعه و در نهایت افزایش هزینه‌ها می‌گردد.

۵۹ درصد ارائه‌دهندگان و ۷۲ درصد گیرندگان خدمت بیان داشته‌اند که تجهیزات مراکز بهداشتی درمانی مناسب نیست مثلاً، در مورد بیماران قلبی بدلیل فقدان دستگاه ECG، موجبات اتلاف وقت بیمار و پزشک ایجاد می‌شود.

۶۰ درصد ارائه‌دهندگان بیان کرده‌اند که پایش‌ها، علمی نیست و در مواردی مثلاً از پزشک پرسش می‌شود که در ارتباط با کار او نیست. در زمینه سیستم ارجاع حدود ۷۰ درصد ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات اظهار داشته‌اند، با اجرای بیمه روستایی و پزشک خانواده نه تنها سیستم ارجاع بهتر نشده؛ بلکه، بدتر نیز شده است زیرا که موجب سردرگمی مراجعین می‌گردد و در صورت نبود پزشک در مرکز، اقدامی برای بیمار صورت نمی‌گیرد و در صورت مراجعه به سطوح بالاتر از جمله بیمارستان شهرستان و یا استان هزینه‌ها بصورت آزاد محاسبه می‌شود که باعث نارضایتی مراجعین می‌گردد.

از طرفی نیمی از ارائه‌دهندگان عنوان نموده‌اند با اجرای سیستم ارجاع در طرح پزشک خانواده، بار کاری متخصصان افزایش یافته که این مسئله موجب می‌شود امکان ویزیت همه بیماران وجود نداشته باشد و در نتیجه باعث عقب افتادن کار بیماران شود. در این مورد پیشنهاد می‌شود تفویض اختیار بیشتری به پزشکان عمومی شاغل در طرح مذکور صورت گیرد و از بار کاری پزشکان متخصص کم شود.

۴۱ درصد ارائه‌دهندگان خدمات اعلام کرده‌اند از آنجا که بار مراجعات بیماران زیاد است امکان ثبت پرونده‌های بیماران کمتر وجود دارد. در رابطه با توزیع کارانه، ۸۳ درصد ارائه‌دهندگان بیان داشته‌اند که با توجه به درگیری کلیه پرسنل مرکز بهداشتی درمانی در طرح پزشک خانواده، متأسفانه کارانه‌ها بصورت عادلانه توزیع نمی‌شود. ۲۰ درصد ارائه‌دهندگان عنوان نموده‌اند که حقوق دریافتی نسبت به شرح وظایف کم می‌باشد. [۳۱]

فصل دوم

روش تحقیق

اهداف پژوهش

اهداف پژوهش:

هدف کلی^۱:

تعیین رضایت بیمه‌شدگان روستایی و ارائه دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده

اهداف اختصاصی^۲:

۱. تعیین رضایت بیمه‌شدگان روستایی در رابطه با عوامل دسترسی (شامل کاربرد دفترچه بیمه، زمان انتظار، هزینه ویزیت، تهیه دارو)
۲. تعیین رضایت بیمه‌شدگان روستایی در رابطه با پاسخگویی ارائه خدمات (احترام، فرصت برای سوال کردن، امن بودن محیط معاینه، قدرت انتخاب و مفهوم بودن توضیحات)
۳. تعیین رضایت بیمه‌شدگان روستایی در رابطه با اجرای طرح و مقبولیت برنامه (رضایت از خدمات آزمایشگاه و رادیولوژی، زمان انتظار آزمایشگاه و رادیولوژی، هزینه‌های مربوط، کاربرد دفترچه در سطح دوم، رضایت از خدمات سطح دوم)
۴. تعیین رضایت گیرندگان خدمت از نتیجه درمان
۵. تعیین مقبولیت طرح مکتوب از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات
۶. تعیین مقبولیت مراحل اجرایی ارائه خدمات از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات، (شرح وظایف و تناسب حجم آن و توانایی آنان و زمان فعالیت مرکز برای ویزیت روزانه و دهگردشی، امکانات ارائه خدمات، دارو، آزمایش و رادیولوژی)
۷. تعیین مقبولیت وضعیت کمی پرداخت و نحوه آن، رضایت از قراردادهای و اعمال معیار مشخص در نظارت از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات

1. Goals.

2. Objectives.

۸. تعیین وضعیت امکانات ارائه خدمات و ارجاع بیماران از دیدگاه ارائه دهندگان خدمت (ارتباط اجرایی سطح دوم، بازخورد سطح دوم، درخواست‌های مردم در رابطه با ارجاع)
۹. تعیین وضعیت بیتوته و سایر امکانات رفاهی ارائه دهندگان خدمات (ایاب و ذهاب روزانه، ایاب و ذهاب دهگردشی، ایاب و ذهاب بیتوته، امکانات محل بیتوته، امکانات و شرایط شهر یا روستای بیتوته)

سوالات پژوهش:

۱. وضعیت رضایت بیمه شدگان روستایی در رابطه با عوامل دسترسی (شامل کاربرد دفترچه بیمه روستایی، زمان انتظار، هزینه ویزیت، تهیه دارو) چگونه است؟
۲. وضعیت رضایت بیمه شدگان روستایی در رابطه با پاسخگویی ارائه خدمات چگونه است؟ (احترام، فرصت برای سوال کردن، امن بودن محیط معاینه، مفهوم بودن توضیحات، فضای مناسب)
۳. وضعیت رضایت بیمه شدگان روستایی در رابطه با اجزای طرح و مقبولیت برنامه چگونه است؟
۴. وضعیت رضایت گیرندگان خدمت از نتیجه درمان چگونه است؟ مقبولیت طرح از دیدگاه ارائه دهندگان در موارد ذیل چگونه است؟
۵. وضعیت طرح مکتوب نظام ارجاع و پزشک خانواده (شرح وظایف، نحوه فعالیت تیم سلامت در نظام ارجاع و...)
۶. مراحل اجرایی ارائه خدمات و ارجاع در تمام سطوح
۷. نحوه قراردادهای مالی، میزان پرداخت، نحوه پرداخت و اعمال معیار مشخص در نظارت
۸. وضعیت امکانات (ارائه خدمات و ارجاع بیماران)، وضعیت اسکان و امکانات رفاهی ارائه دهندگان خدمات

تعریف عملیاتی واژه‌های کلیدی

- رضایت گیرندگان خدمت عبارت است از احساس مساعد و مطلوب از وضعیت استفاده از خدمات ارائه شده در طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع و متناسب با میزانی که نیازهای گیرندگان خدمات ارضا شود، رضایت وی بیشتر است.
- رضایت ارائه کنندگان خدمت عبارت است از احساس مساعد و مطلوب از وضعیت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع و متناسب با میزانی که نیازهای شغلی و سایر انگیزه‌های ارائه دهندگان خدمات تأمین شود، بیشتر است.
- گیرندگان خدمات شامل روستائیان و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ هزار نفر و عشایر که تحت پوشش بیمه روستایی سازمان بیمه خدمات درمانی بوده و به مرکز ارائه خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع مراجعه می‌نمایند، است.
- ارائه دهندگان خدمات شامل پزشک و مامای مشغول به کار در طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع را در برمی‌گیرد، است.

روش پژوهش:

فاز اول: مطالعات کیفی Qualitative

با توجه به ویژگیهای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده و اهمیت آن ضرورتاً در ابتدا مطالعات کیفی با گروه‌های هدف ارائه دهنده و گیرنده خدمت اجرا شد و ابعاد و محورهای رضایت مشخص شدند این مطالعات شامل بحث گروهی متمرکز "FGD" و استفاده از پرسشنامه نیمه ساختار یافته "Semi structured" است بوده است.

فاز دوم: مطالعه مقطعی Cross-sectional

بر اساس مطالعات کیفی پرسشنامه‌های نهایی جمع‌آوری داده‌ها طراحی شدند و جهت استفاده در مطالعه کمی در سطح کشور که مطالعه‌ای مقطعی است به کار رفته‌اند.

جامعه پژوهش:

بیمه شدگان روستایی که جهت دریافت خدمات طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده مراجعه می‌نمایند و اعضای تیم سلامت ارائه دهندگان خدمت به ایشان.

محیط انجام پژوهش:

مراکز ارائه دهنده خدمات طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده شامل مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری (شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت)

تعداد نمونه و روش نمونه‌گیری

این بررسی، یک مطالعه مقطعی (Cross - Sectional) است که جمعیت مورد بررسی؛ افراد جامعه روستایی و ارائه دهندگان خدمات مربوط به ایشان در سطح کشور هستند. تعداد نمونه (حجم نمونه) با توجه به فرمول $n = \frac{Z_{(1-a/2)}^2 \times p \times q}{d^2}$ محاسبه گردیده است. حجم نمونه و نحوه نمونه‌گیری برای گیرندگان خدمات مربوط:

$$P = 0.50$$

$$q = 0.50 \quad n = \frac{(1/96)^2 \times 0.50 \times 0.50}{0.05 \times 0.05}$$

$$d = 0.05$$

$$Z_{1-a/2} = 1/96 \quad n = 384$$

با برآورد نسبی رضایت ۵۰٪ و دقت ۰/۰۵ تعداد نمونه حدود ۳۹۰ نفر از گیرندگان خدمات است. که با توجه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و در نظر گرفتن design effect بین ۲ - ۱/۵ برای آن و با توجه به اینکه نتایج در سطح کشوری و مناطق ارائه خواهد شد تعداد نمونه برآورد شده در فرمول برای گیرنده خدمات که حداکثر ۷۰۰ مورد است که معادل حداقل تعداد نمونه‌ای است که در هر منطقه مطالعه می‌شود و چون نتایج کشوری نیز مورد نظر است به طور Proportional یا همان نسبتی محاسبات تعداد نمونه صورت خواهد گرفت بدین صورت که برای منطقه‌ای که کمترین جمعیت را به خود اختصاص داده (نسبت به سایر مناطق) ۷۰۰ نمونه لحاظ شده و برای سایر مناطق متناسب افزایش جمعیت آنان این تعداد افزایش می‌یابد که با محاسبات انجام گرفته شده نسبت جمعیتی، تعداد نمونه‌های مورد مطالعه از میان گیرندگان خدمات ۱۱۲۰۰ نفر در کل کشور خواهد بود. تعداد دقیق نمونه‌های مورد مطالعه در هر منطقه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: تعداد جمعیت تحت پوشش بیمه روستایی و نمونه مورد مطالعه

ردیف	نام مناطق و استانهای مربوط	تعداد نمونه ارائه		تعداد نمونه گیرندگان خدمات (نفر)	جمعیت تحت پوشش صندوق بیمه روستایی*
		پزشک	ماما		
۱	تهران، کرج، گلستان، گیلان، مازندران	۲۵۰	۲۵۰	۱۸۰۰	۳,۳۳۲,۰۸۶
۲	سمنان، خراسان جنوبی، خراسان رضوی، خراسان شمالی	۲۵۰	۲۵۰	۱۳۵۰	۲,۵۰۵,۹۵۱
۳	سیستان و بلوچستان، کرمان، هرمزگان، یزد	۲۵۰	۲۵۰	۱۸۰۰	۳,۳۲۵,۱۷۹
۴	بوشهر، خوزستان، فارس، کهگیلویه و بویراحمد	۲۵۰	۲۵۰	۲۰۰۰	۳,۶۵۳,۵۸۲
۵	کرمانشاه، ایلام، کردستان، همدان، لرستان	۲۵۰	۲۵۰	۱۵۵۰	۲,۸۵۸,۰۸۰
۶	اردبیل، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، زنجان، قزوین	۲۵۰	۲۵۰	۲۰۰۰	۳,۶۶۸,۸۶۹
۷	اصفهان، چهارمحال و بختیاری، قم، مرکزی	۲۵۰	۲۵۰	۷۰۰	۱,۲۹۸,۷۶۲
	جمع کل	۱۷۵۰	۱۷۵۰	۱۱۲۰۰	۲۰,۶۴۲,۵۰۹

* جمعیت تحت پوشش مربوط به اسفند ماه ۱۳۸۶ و براساس آمار ستاد نظام ارجاع سازمان بیمه خدمات درمانی است.

روش نمونه‌گیری: در این مطالعه تصادفی بوده است. با توجه به میانگین روزانه مراجعات که حدود ۵۰ تا ۶۰ مورد برای هر مرکز می‌باشد، یک پنجم موارد مراجعه کننده با دفترچه بیمه روستایی به یک چهلیم مراکز در هر منطقه و در تقریباً ۱۰ روز کاری مورد مطالعه قرار گرفت، بدین ترتیب وضعیت نسبتی یا Proportional در سطح کشور رعایت شد.

برای بررسی اهداف رضایت گیرندگان خدمات در زمینه وضعیت ارجاع و نتیجه درمان و رضایت از سایر مراحل نظیر رادیولوژی، تهیه دارو، آزمایشگاه با توجه به اینکه بخشی از مراجعین نیاز به استفاده از این خدمات را دارند، به همین دلیل تجزیه و تحلیل مربوط به این اهداف به صورت کشوری قابل ارائه خواهد بود.

حجم نمونه و نحوه نمونه‌گیری ارائه دهندگان خدمات

تعداد نمونه‌های ارائه دهندگان خدمات براساس فرمول حجم نمونه مطالعات مقطعی (Cross – sectional) محاسبه خواهد گردید.

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{\alpha}{2} \cdot P(1-P)}{d^2} = \frac{384(0/8)(0/2)}{(0/05)^2} \cong 250$$

$$\alpha = 0/05 \quad P = 0/80 \quad d = 0/05$$

طبق فرمول، حجم نمونه ارائه دهندگان خدمات ۲۵۰ نفر در هر منطقه خواهد بود. به بیان دیگر ۱۷۵۰ نفر پزشک و ۱۷۵۰ نفر ماما در کل کشور مورد مطالعه قرار خواهند گرفت.

نمونه‌گیری ارائه دهندگان خدمات براساس لیست اسامی مراکز و به صورت تصادفی انجام خواهد گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌ها از طریق نرم افزار آماری وارد کامپیوتر خواهند شد براساس روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی (آنالیزهای χ^2 ، مقایسه میانگین و رگرسیون لوژستیک) نتایج اطلاعات گزارش شده است. نرم افزار آماری مورد استفاده Spss version 13 است.

بررسی اعتبار و پایایی ابزارهای سنجش

پرسشنامه سنجش رضایت ارائه دهندگان خدمت

بررسی نتایج در دو مطالعه کیفی منجر به تکمیل اطلاعات پرسشنامه بررسی رضایت ارائه دهندگان خدمات در «طرح بررسی رضایتمندی بیمه‌شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و ارائه دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده» شد.

این پرسشنامه در جلسات کارشناسی ناظرین محترم علمی، اجرایی و کارشناسان محترم سازمان بیمه خدمات درمانی نیز مورد بررسی قرار گرفت. پس از اعمال تغییرات و اصلاحات براساس نظرات ایشان ویرایش جدید پرسشنامه آماده شد.

پس از اینکه اعتبار محتوایی این پرسشنامه در طی مراحل فوق‌الذکر نهایی شد جهت پایلوت و بررسی روایی در ۸ مرکز بهداشتی و درمانی روستایی و روستایی - شهری برای ۲۱ نفر از ارائه دهندگان خدمات، پزشک و ماما تکمیل شد.

نتایج پایلوت حذف سوال شماره ۲۶ از پرسشنامه مورد آزمایش و تغییراتی اندک در چیدمان سوالات را سبب شد و نیز آنالیز روایی Reliability سوالات نشان داد که ضریب همبستگی در آزمون آلفای کرون باخ بیش از ۰/۸ است که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه است.

بدین ترتیب پرسشنامه نهایی جهت جمع‌آوری داده‌های مربوط به رضایت سنجی ارائه دهندگان خدمات ارائه شد که شامل ۴ بخش ذیل است:

۱. مشخصات عمومی؛ شامل ۱۶ سوال
۲. اطلاعات مربوط به وضعیت اشتغال در طرح پزشک خانواده؛ شامل ۲۹ سوال
۳. میزان رضایت مربوط به محورهای مختلف اشتغال در طرح پزشک خانواده؛ شامل ۶۱ سوال

- ۳-۱. ۱۴ سوال در محور مفاد قرارداد و احکام
- ۳-۲. ۶ سوال در محور ابعاد پایش و ارزیابی ارائه دهنده خدمت
- ۳-۳. ۸ سوال در محور وضعیت اجرای طرح
- ۳-۴. ۱۲ سوال در محور شرایط و امکانات طرح
- ۳-۵. ۱۴ سوال در محور وسایل و تجهیزات مورد نیاز
- ۳-۶. ۷ سوال در زمینه کلیات طرح
۴. میزان رضایت مربوط به شرایط بیتوته شامل ۲۰ سوال

پرسشنامه سنجش رضایت گیرندگان خدمت

پرسشنامه‌های رضایت گیرندگان خدمات پس از اینکه اعتبار محتوایی خود را طی مراحل کیفی به دست آورد جهت پایلوت و بررسی روایی در ۳ مرکز ارائه خدمات پزشک خانواده و برای ۱۵ نفر از گیرندگان خدمات تکمیل شد.

تغییرات اندکی در چیدمان سوالات و حذف یک سوال انجام شد.

ضریب همبستگی در آزمون آلفای کرون باخ انجام شد و نتایج آن بالای ۰/۶۵ بود که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه است.

پرسشنامه نهایی دارای ۸۵ سوال و در ۱۲ محور مجزا است.

۱. اطلاعات عمومی مربوط به مرکز
۲. اطلاعات عمومی مربوط به گیرنده خدمت
- میزان رضایت گیرنده خدمات در موارد ذیل:
۳. خدمات پزشک خانواده
۴. خدمات مامایی
۵. خدمات دارویی
۶. خدمات تصویربرداری
۷. خدمات آزمایشگاهی
۸. خدمات سطح دوم (ارجاع)
۹. تزریقات
۱۰. خدمات اورژانس
۱۱. خدمات مربوط به صدور و کاربرد دفترچه بیمه روستایی
۱۲. مقایسه وضعیت بعد از اجرای طرح نسبت به قبل از آن

فصل سوم

یافته‌ها

یافته‌ها ۱: میزان رضایت گیرندگان خدمات در طرح
پزشک خانواده و نظام ارجاع

جدول ۱ - فراوانی گیرندگان خدمات به تفکیک جنسیت

جنس	تعداد	درصد
مونث	۷۵۳۶	۶۷
مذکر	۳۷۱۷	۳۳
جمع	۱۱۲۵۳	۱۰۰

همانطور که در جدول ملاحظه می‌شود ۶۷ درصد افراد مورد مطالعه مونث و ۳۳ درصد ایشان مذکر هستند.

جدول ۲ - فراوانی سنی گیرندگان خدمات طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع

سن (سال)	تعداد	درصد
$10 \geq$	۳۳۰	۳
۱۱ - ۲۰	۱۳۸۴	۱۲/۵
۲۱ - ۳۰	۳۲۳۶	۲۹/۱
۳۱ - ۴۰	۲۴۳۱	۲۱/۹
۴۱ - ۵۰	۱۱۵۲۶	۱۳/۷
۵۱ - ۶۰	۱۰۸۶	۹/۸
۶۱ - ۷۰	۵۸۸	۵/۳
۷۱ - ۸۰	۳۹۲	۳/۵
۸۱ - ۹۰	۱۲۵	۱/۱
۹۱ - ۱۰۰	۱۴	۰/۱
بالاتر از ۱۰۰	۳	۰/۰
جمع	۱۱۱۱۵	۱۰۰

نسبت سنی افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۲ مشخص شده است. تقریباً ۴۵ درصد افراد مورد مطالعه ۳۰ سال و کمتر سن دارند.

جدول ۳ - فراوانی تعداد فرزندان در گیرندگان خدمات $n = ۸۷۱۴$

تعداد فرزندان	درصد
بدون فرزند	۴/۱
۱-۵ فرزند	۷۵/۴
۶-۱۰	۱۹/۶
بیش از ۱۰	۰/۹
جمع	۱۰۰

جدول ۴ - فراوانی وضعیت تحصیلات در گیرندگان خدمات

تحصیلات (سال)	تعداد	درصد
بی سواد	۲۷۸۴	۲۶/۶
۱ - ۵	۲۹۹۲	۲۸/۶
۶ - ۸	۱۴۲۱	۱۳/۶
۹ - ۱۲	۳۰۰۵	۲۸/۷
بیش از ۱۲	۲۵۱	۲/۴
جمع	۱۰۵۲۳	۱۰۰

حدود ۲۶ درصد افراد مورد مطالعه سواد نداشته‌اند، بیش از ۴۲ درصد ایشان در سطح ابتدایی و راهنمایی تحصیلات داشته‌اند و بیش از ۳۱ درصد ایشان نیز در سطح دبیرستان و بالاتر تحصیلات داشته‌اند.

جدول ۵ - فراوانی افراد مورد مطالعه به تفکیک نوع مرکز

نوع مراکز	تعداد	درصد
روستایی	۶۱۴۵	۵۴/۵
شهری	۶۸۶	۶/۱
شهری - روستایی	۴۴۸۳	۳۹/۴
جمع	۱۱۳۱۸	۱۰۰

بیش از ۵۴ درصد افراد مورد مطالعه تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی روستایی

بوده‌اند.

جدول ۶- میزان رضایت از ارائه خدمات پزشکی خانواده n = ۱۱۳۱۸

موضوعات	فراوانی	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	متوسط (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
کاربرد دفترچه بیمه روستایی برای مراجعه به پزشک خانواده	۳۷/۴	۴۰/۳	۱۷/۹	۳/۱	۱/۴	۱۰۰	
فاصله‌ای که طی می‌نمایید که به محل ارائه خدمات پزشک خانواده برسید	۲۴/۸	۳۶/۲	۲۴/۴	۹/۸	۴/۸	۱۰۰	
ساعات ارائه خدمات پزشک خانواده توسط مرکز	۳۱	۴۲/۹	۲۰/۵	۴/۴	۱/۲	۱۰۰	
نور و تهویه محیط ارائه خدمت	۳۶	۴۲/۶	۱۶/۴	۳/۷	۱/۲	۱۰۰	
بهداشت و نظافت محیط ارائه خدمت	۳۹	۴۰/۷	۱۵/۹	۳/۱	۱/۳	۱۰۰	
مدت زمان انتظار برای ورود به اتاق معاینه	۲۹/۶	۳۷/۹	۲۴/۳	۶/۱	۲/۱	۱۰۰	
خصوصی بودن محل معاینه	۴۰/۳	۳۹/۱	۱۵/۷	۳/۵	۱/۵	۱۰۰	
توضیحات پزشک در مورد بیماری و روش درمان	۳۸/۵	۴۰/۴	۱۶/۲	۳/۷	۱/۱	۱۰۰	
فرصت جهت پرسیدن سوالات خود از پزشک	۳۸/۶	۳۹/۹	۱۶/۵	۳/۸	۱/۲	۱۰۰	
ارائه پاسخ پزشک به سوالات شما	۴۰/۱	۴۰/۲	۱۵/۱	۳/۶	۱	۱۰۰	
رعایت احترام توسط پزشک	۵۳/۴	۳۵/۶	۸/۶	۱/۵	۰/۹	۱۰۰	
وضعیت حفظ اسرار	۵۴/۲	۳۷/۴	۶/۹	۱	۰/۶	۱۰۰	
تطابق جنسی پزشک	۴۲/۴	۳۲/۵	۱۶/۸	۵/۵	۲/۸	۱۰۰	
هزینه معاینه (ویزیت)	۵۲/۴	۳۳/۹	۱۰/۲	۲/۴	۱/۱	۱۰۰	
ثابت بودن پزشک مرکز	۳۹/۹	۳۵/۶	۱۶/۷	۵/۵	۲/۳	۱۰۰	
خدماتی که توسط پزشک ارائه می‌شود	۳۸/۶	۴۱/۹	۱۶	۲/۷	۰/۸	۱۰۰	
نتیجه درمان	۳۷/۸	۴۱	۱۶/۴	۳/۵	۱/۳	۱۰۰	

همانطور که ملاحظه می‌شود رضایت بسیار زیاد و زیاد از ۶۱ تا ۸۶/۳ درصد متغیر است در مورد شاخصهای مربوط به پاسخگویی responsiveness که در این جدول وجود دارد بیش از ۷۵ درصد رضایت بسیار زیاد و زیاد وجود دارد. رضایت بسیار زیاد و زیاد از کاربرد دفترچه بیمه روستایی ۷۷/۷ درصد است. رضایت بسیار زیاد و زیاد از نتیجه درمان بیش از ۷۸ درصد است.

جدول ۷ - میزان رضایت در مورد زفانی که به ماما یا پرستار جایگزین وی

مراجعه نموده‌اند $n = 4198$

رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	متوسط (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
مدت زمان انتظار برای ورود به اتاق معاینه	۳۹/۲	۳۴/۹	۱۹/۳	۴/۵	۲	۱۰۰
خصوصی بودن محل معاینه	۴۷/۶	۳۳/۹	۱۳/۴	۳/۶	۱/۵	۱۰۰
توضیحات ماما در مورد بیماری و روش درمان	۴۳/۸	۳۶/۴	۱۴/۸	۳/۸	۱/۲	۱۰۰
فرصت جهت پرسیدن سوالات خودتان از ماما	۴۴/۱	۳۶/۴	۱۴/۴	۳/۹	۱/۲	۱۰۰
ارائه پاسخ ماما به سوالات شما	۴۴/۷	۳۵/۶	۱۴/۹	۳/۳	۱/۵	۱۰۰
رعایت احترام توسط ماما	۵۲/۳	۳۳	۱۰/۴	۳/۱	۱/۱	۱۰۰
ثابت بودن مامای مرکز	۴۷/۱	۳۲/۵	۱۳/۳	۵/۱	۲	۱۰۰
خدماتی که توسط ماما ارائه می‌شود	۴۴/۷	۳۶/۹	۱۳	۳/۶	۱/۷	۱۰۰

در زمینه مراجعه به ماما نیز رضایت بسیار زیاد و زیاد بین از ۷۴/۱ و ۸۵/۳ بوده است و شاخصهای پاسخگویی responsiveness که در این جدول وجود دارد نیز بیش از ۸۰ درصد دارای رضایت بسیار زیاد و زیاد بوده است.

جدول ۸ - فراوانی تجویز دارو به گیرندگان خدمات $n = 11318$

تجویز دارو توسط پزشک	بله (درصد)	خیر (درصد)	نمی‌دانم (درصد)	جمع (درصد)
تجویز دارو	۹۴/۷	۴/۴	۰/۹	۱۰۰

تقریباً ۹۵ درصد افراد مورد مطالعه توسط پزشک تجویز دارو داشته‌اند.

جدول ۹- فراوانی تهیه دارو توسط دفترچه بیمه $n = 10719$

جمع (درصد)	خیر (هیچ کدام) (درصد)	برخی داروها (درصد)	بله (همه داروها) (درصد)	
۱۰۰	۱	۳۲/۵	۶۶/۵	تهیه داروها توسط دفترچه بیمه

۶۶/۵ درصد از کسانی که تجویز دارو داشته‌اند توسط دفترچه بیمه داروهای خود را دریافت نموده‌اند، ۳۲/۵ درصد ایشان برخی داروها را توسط دفترچه بیمه دریافت نموده‌اند و ادرصد هیچکدام از آنها توسط دفترچه بیمه دریافت ننموده‌اند.

جدول ۱۰- میزان رضایت از تهیه دارو در گیرندگان خدمات $n = 10719$

جمع (درصد)	بسیار کم (درصد)	کم (درصد)	متوسط (درصد)	زیاد (درصد)	بسیار زیاد (درصد)	فراوانی موضوعات
۱۰۰	۲/۵	۶/۹	۲۳/۵	۳۶/۴	۳۰/۸	هزینه تهیه داروها
۱۰۰	۴/۳	۶/۴	۱۷/۹	۳۴/۴	۳۶/۹	فاصله مکانی داروخانه
۱۰۰	۱/۲	۴/۹	۱۹/۵	۳۸/۷	۳۵/۷	ساعات کاری داروخانه
۱۰۰	۱/۷	۵/۳	۱۹/۶	۳۷/۹	۳۵/۵	مدت انتظار برای دریافت دارو
۱۰۰	۱	۲/۶	۱۲/۹	۳۷/۶	۴۵/۹	نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات دارویی

رضایت بسیار زیاد و زیاد از موارد مربوط به داروخانه از ۶۷/۲ تا ۸۳/۵ درصد متغیر بوده است.

جدول ۱۱- فراوانی تجویز خدمات تصویربرداری به گیرندگان خدمات $n = 11318$

جمع (درصد)	نمی‌دانم (درصد)	خیر (درصد)	بله (درصد)	
۱۰۰	۲/۲	۵۶/۱	۴۱/۸	تجویز خدمات تصویربرداری

تقریباً به ۴۲ درصد افراد مورد مطالعه، تجویز خدمات تصویربرداری ارائه شده است.

جدول ۱۲ - فراوانی انجام خدمات تصویربرداری توسط دفترچه $n = 4731$

جمع (درصد)	خیر (هیچ کدام) (درصد)	برخی موارد (درصد)	بله (همه موارد) (درصد)	فراوانی
۱۰۰	۵/۶	۲۷/۶	۶۶/۸	انجام خدمات تصویربرداری توسط دفترچه بیمه

۶۶/۸ درصد کسانی که تجویز خدمات تصویربرداری داشته‌اند توانسته‌اند با دفترچه تمام موارد را انجام دهند و ۵/۶ درصد هیچکدام از موارد را نتوانسته‌اند با دفترچه انجام دهند.

جدول ۱۳ - میزان رضایت از انجام خدمات تصویربرداری در گیرندگان

خدمات $n = 4731$

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	متوسط (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
هزینه انجام خدمات تصویربرداری (رادیولوژی)	۱۹/۱	۳۰/۹	۲۹/۵	۱۳/۱	۷/۳	۱۰۰	
فاصله مکانی مرکز رادیولوژی	۱۱/۲	۲۳/۶	۲۶/۵	۲۱/۲	۱۷/۴	۱۰۰	
ساعات کاری مرکز رادیولوژی	۱۸	۳۴/۹	۲۸/۹	۱۲/۳	۵/۸	۱۰۰	
مدت انتظار برای دریافت خدمات تصویربرداری (رادیولوژی)	۱۶/۵	۳۲/۱	۲۸/۳	۱۵/۶	۷/۶	۱۰۰	
نحوه برخورد ارائه‌دهندگان خدمات تصویربرداری (رادیولوژی)	۲۸/۹	۴۱	۲۰	۷	۳/۱	۱۰۰	

رضایت بسیار زیاد و زیاد از موارد مربوط به خدمات تصویربرداری از ۴۴/۸ تا ۶۹/۹ درصد متغیر است.

جدول ۱۴ - فراوانی تجویز آزمایش به گیرندگان خدمات $n = 11318$

فراوانی	بله (درصد)	خیر (درصد)	نمی‌دانم (درصد)	جمع (درصد)
تجویز آزمایش توسط پزشک	۶۵/۷	۳۳/۱	۱/۲	۱۰۰

۶۵/۷ درصد از افراد مورد مطالعه توسط پزشک تجویز آزمایش داشته‌اند.

جدول ۱۵ - فراوانی انجام آزمایش توسط دفترچه بیمه $n = 7435$

فراوانی	بله (همه موارد) (درصد)	برخی موارد (درصد)	خیر (هیچ کدام) (درصد)	جمع (درصد)
انجام آزمایشات توسط دفترچه بیمه	۶۹/۸	۲۷/۲	۳	۱۰۰

۶۹/۸ درصد افرادی که تجویز آزمایش داشته‌اند تمام موارد را با دفترچه بیمه انجام داده‌اند و ۳ درصد کسانی که تجویز آزمایش داشته‌اند هیچ یک از موارد آزمایش را نتوانسته‌اند با دفترچه بیمه انجام دهند.

جدول ۱۶- میزان رضایت از انجام آزمایش در گیرندگان خدمات $n = ۷۴۳۵$

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	متوسط (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
هزینه انجام آزمایشات	۲۶/۸	۳۳/۵	۲۵/۲	۹/۲	۵/۲	۱۰۰	
فاصله مکانی تا آزمایشگاه	۲۲/۸	۲۶/۴	۲۳/۸	۱۵/۱	۱۱/۹	۱۰۰	
ساعات کاری آزمایشگاه	۲۴/۶	۳۶/۹	۲۵/۴	۸/۸	۴/۳	۱۰۰	
مدت انتظار برای انجام آزمایشات	۲۴/۴	۳۵/۱	۲۵/۵	۹/۴	۵/۵	۱۰۰	
نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاه	۳۷/۷	۴۰/۴	۱۵/۵	۴/۴	۲	۱۰۰	

میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد از موضوعات مربوط به آزمایشگاه بین ۴۹/۲ درصد تا ۷۸/۱ درصد است.

جدول ۱۷- فراوانی ارجاع به تخصص و انجام آن در گیرندگان خدمات $n = ۱۱۳۱۸$

ارجاع به متخصص $n = ۱۱۳۱۸$	بله (درصد)	خیر (درصد)	نمی دانم (درصد)	جمع (درصد)
ارجاع به متخصص $n = ۱۱۳۱۸$	۵۳/۱	۴۶	۰/۹	۱۰۰
توضیحات کافی در مورد ارجاع $n = ۶۰۰۹$	۸۲/۸	۱۳/۴	۳/۸	۱۰۰
مراجعه به متخصص $n = ۶۰۰۹$	۹۱/۳	۶/۱	۲/۶	۱۰۰

حدود ۵۳ درصد افراد مورد مطالعه ارجاع به متخصص داشته‌اند که ۹۱/۳ درصد ایشان مراجعه نیز نموده‌اند.

جدول ۱۸ - فراوانی تهیه داروی تجویز شده توسط متخصص $n = 5487$

جمع (درصد)	خیر (هیچ کدام) (درصد)	برخی موارد (درصد)	بله (همه موارد) (درصد)	فراوانی
۱۰۰	۷/۵	۳۱/۶	۶۰/۹	آیا توانستید داروی تجویز شده توسط متخصص را با دفترچه بیمه روستایی تهیه نمایید؟

۶۰/۹ درصد از افراد مورد مطالعه داروهای تجویز شده را توسط دفترچه بیمه تهیه نموده‌اند، ۳۱/۶ درصد برخی از اقلام دارویی و ۷/۵ درصد هیچ یک از موارد را نتوانسته‌اند با دفترچه بیمه تهیه نمایند.

جدول ۱۹ - میزان رضایت از خدمات ارائه شده در ارجاع $n = 5487$

جمع (درصد)	بسیار کم (درصد)	کم (درصد)	متوسط (درصد)	زیاد (درصد)	بسیار زیاد (درصد)	فراوانی موضوعات
۱۰۰	۳/۹	۷/۷	۲۴/۷	۳۷	۲۶/۶	زمان اعتبار موارد ارجاع/ و درخواست‌های آزمایشگاهی و رادیولوژی ارجاع شده
۱۰۰	۶/۸	۱۶/۵	۲۸/۴	۳۰/۸	۱۷/۶	هزینه ویزیت متخصص (در موارد ارجاع)
۱۰۰	۲/۵	۵/۸	۱۹/۷	۴۲/۱	۳۰	نتیجه ارجاع و درمان توسط متخصص

۶۳/۶ درصد افراد مورد مطالعه از زمان اعتبار فرمهای ارجاع رضایت بسیار زیاد یا زیاد دارند.

۴۸/۴ درصد افراد مورد مطالعه از هزینه ویزیت متخصص رضایت بسیار زیاد یا زیاد دارند.

۷۲/۱ درصد افراد مورد مطالعه از نتیجه ارجاع و درمان رضایت بسیار زیاد یا زیاد دارند.

جدول ۲۰- فراوانی بستری به تجویز متخصص در گیرندگان خدمات n = ۵۴۸۷

جمع (درصد)	خیر (درصد)	بله (درصد)	
۱۰۰	۶۵/۶	۳۴/۴	بستری به تجویز متخصص

بیش از ۳۴ درصد افراد مورد مطالعه که به متخصص مراجعه نموده اند تجویز بستری شده‌اند.

جدول ۲۱- میزان رضایت در موارد بستری گیرندگان خدمات و سایر نکات ارجاع

جمع (درصد)	بسیار کم (درصد)	کم (درصد)	متوسط (درصد)	زیاد (درصد)	بسیار زیاد (درصد)	رضایت موضوعات
۱۰۰	۲/۵	۴/۵	۱۵/۱	۳۳/۱	۴۴/۷	کاربرد دفترچه بیمه روستایی برای خدمات بیمارستانی (بستری، جراحی) n = ۱۸۸۷ (....)
۱۰۰	۲/۹	۶/۶	۱۸/۵	۳۴/۶	۳۷/۴	هزینه خدمات بیمارستانی n = ۱۸۸۷
۱۰۰	۴/۲	۷/۸	۲۷/۳	۳۵/۱	۲۵/۶	واضح و مشخص بودن سطح بندی سیستم ارائه خدمات (سطوح ارجاع) n = ۵۴۸۷
۱۰۰	۱/۹	۵/۷	۲۱/۶	۳۹/۴	۳۱/۴	بهداشت و نظافت مراکز ارائه خدمات سطوح بالاتر (سطح دوم و سوم) n = ۵۴۸۷

بیش از ۷۰ درصد افراد مورد از کاربرد دفترچه بیمه و هزینه در موارد بستری رضایت بسیار زیاد یا زیاد دارند.

۶۰/۷ درصد افراد مورد مطالعه از وضوح سیستم سطح بندی رضایت بسیار زیاد یا زیاد دارند.

۷۰/۸ درصد افراد مورد مطالعه از بهداشت و نظافت مراکز ارائه خدمات سطوح بالاتر رضایت بسیار زیاد یا زیاد دارند.

جدول ۲۲ - میزان رضایت از انجام تزریقات در گیرندگان خدمات $n = 10167$

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	متوسط (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
تطابق جنسی فرد انجام دهنده تزریقات	۴۴/۹	۳۴/۶	۱۳/۱	۴/۵	۲/۹	۱۰۰	
مدت انتظار برای انجام تزریقات	۳۷/۹	۳۹/۷	۱۵/۳	۴/۹	۲/۲	۱۰۰	
وضعیت انجام تزریقات	۴۲/۱	۳۸/۳	۱۳/۳	۴	۲/۳	۱۰۰	

رضایت بسیار زیاد و زیاد از موارد مختلف تزریقات بین ۷۷/۶ تا ۸۰/۴ درصد است.

جدول ۲۳ - میزان رضایت از خدمات در شرایط اورژانسی در گیرندگان

خدمات $n = 8464$

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	متوسط (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
کاربرد دفترچه در موارد اورژانس یا ساعات غیر اداری	۱۹/۳	۳۱	۲۴/۱	۱۲/۴	۱۳/۲	۱۰۰	
هزینه ارائه خدمات در موارد اورژانس یا ساعات غیر اداری	۱۶/۷	۳۳	۲۵/۲	۱۳/۹	۱۱/۲	۱۰۰	
رسیدگی فوری در موارد اورژانس یا ساعات غیر اداری	۱۶/۲	۳۳	۳۰/۵	۱۳/۱	۷/۱	۱۰۰	
نتیجه درمان در موارد اورژانس یا ساعات غیر اداری	۱۸/۱	۳۷/۵	۲۷/۷	۱۰/۳	۶/۳	۱۰۰	

رضایت بسیار زیاد و زیاد از موارد مختلف خدمات اورژانسی بین ۴۰/۳ تا ۵۵/۶ درصد است. کمترین میزان رضایت در این مورد، در زمینه کاربرد دفترچه در موارد اورژانسی است.

جدول ۲۴ - میزان رضایت از موارد مربوط به دفترچه بیمه در

گیرندگان خدمات ۱۱۳۱۸ n =

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	متوسط (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
وضعیت آموزش و اطلاع رسانی در زمینه استفاده از دفترچه	۲۷/۶	۳۰	۲۶/۷	۱۰/۷	۵	۱۰۰	
مدت زمانی که طول می‌کشد تا دفترچه بیمه صادر (یا تمدید) شود	۳۸/۷	۳۸/۶	۱۷/۱	۴/۱	۱/۵	۱۰۰	
مدت اعتبار دفترچه بیمه	۴۷/۱	۳۶/۸	۱۱/۹	۳/۵	۰/۷	۱۰۰	
محدود بودن انتخاب مراکز و پزشکانی که با دفترچه بیمه می‌توانید مراجعه کنید	۱۶/۸	۲۳/۵	۲۵/۴	۲۰	۱۴/۳	۱۰۰	
توصیه به دیگران برای استفاده از دفترچه بیمه روستایی	۳۶/۷	۳۶/۲	۱۷/۳	۵/۳	۴/۵	۱۰۰	
تمایل شما به استفاده از دفترچه بیمه در نوبتهای آینده	۴۲/۵	۳۸/۵	۱۵/۲	۲/۸	۱/۱	۱۰۰	

رضایت بسیار زیاد و زیاد از موارد مربوط به دفترچه بین ۴۰/۳ تا ۸۳/۹ درصد است کمترین میزان رضایت در این مورد در مورد محدودیت انتخاب مراکز و پزشکان است.

جدول ۲۵ - میزان رضایت از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع n = ۱۱۳۱۸

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	متوسط (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
وضعیت فعلی خدمات ارائه شده توسط ارائه دهندگان خدمات	۴۴/۴	۳۷/۴	۱۵/۷	۱/۹	۶	۱۰۰	
هزینه‌های خدمات ارائه شده در طرح پزشک خانواده نسبت به قبل	۴۰/۶	۳۷/۷	۱۷/۷	۳/۱	۰/۸	۱۰۰	
داشتن دفترچه بیمه روستایی و طرح پزشک خانواده	۴۷/۸	۳۳/۶	۱۴/۹	۲/۶	۱/۱	۱۰۰	

میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع تقریباً ۸۰ درصد است.

جدول ۲۶ - میزان رضایت گیرندگان خدمات از ارائه خدمات پزشک خانواده به تفکیک منطقه

مناطق	رضایت			
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
منطقه ۱	۲۵ (۱/۵)	۹ (۰/۵)	۱۶۹۰ (۹۸/۰)	۱۷۲۴ (۱۰۰)
منطقه ۲	۲۷ (۲/۱)	۹ (۰/۷)	۱۲۷۸ (۹۷/۳)	۱۳۱۴ (۱۰۰)
منطقه ۳	۸۹ (۵/۴)	۱۸ (۱/۱)	۱۵۳۸ (۹۳/۵)	۱۶۴۵ (۱۰۰)
منطقه ۴	۳۵ (۱)	۱۰ (۰/۵)	۱۸۵۶ (۹۷/۶)	۱۹۰۱ (۱۰۰)
منطقه ۵	۷۴ (۵)	۱۹ (۱/۳)	۱۳۹۲ (۹۳/۷)	۱۴۸۵ (۱۰۰)
منطقه ۶	۹۳ (۵/۲)	۱۷ (۱/۰)	۱۶۷۰ (۹۳/۸)	۱۷۸۰ (۱۰۰)
منطقه ۷	۸ (۱/۲)	۳ (۰/۵)	۶۵۰ (۹۸/۳)	۶۶۱ (۱۰۰)
جمع	۳۵۱ (۳/۳)	۸۵ (۰/۸)	۱۰۰۷۴ (۹۵/۹)	۱۰۵۱۰ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار است. $p < ۰/۰۰۱$

جدول ۲۷ - میزان رضایت در مورد زنانی که به ماما مراجعه نموده اند به تفکیک منطقه

مناطق	رضایت			
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
منطقه ۱	۲۱ (۳/۱)	۱۲ (۱/۷)	۶۵۳ (۹۵/۲)	۶۸۶ (۱۰۰)
منطقه ۲	۱۳ (۳/۵)	۶ (۱/۷)	۳۲۴ (۹۴/۵)	۳۴۳ (۱۰۰)
منطقه ۳	۴۶ (۸/۸)	۱۰ (۱/۹)	۴۶۷ (۸۹/۳)	۵۲۳ (۱۰۰)
منطقه ۴	۴۱ (۵/۵)	۱۶ (۲/۱)	۶۹۲ (۹۲/۴)	۷۴۹ (۱۰۰)
منطقه ۵	۳۵ (۵/۴)	۱۵ (۲/۳)	۵۹۹ (۹۲/۳)	۶۴۹ (۱۰۰)
منطقه ۶	۵۲ (۶/۲)	۱۵ (۱/۸)	۷۷۸ (۹۲/۱)	۸۴۵ (۱۰۰)
منطقه ۷	۱۰ (۳/۵)	۴ (۱/۴)	۲۶۸ (۹۵/۰)	۲۸۲ (۱۰۰)
جمع	۲۱۸ (۵/۳)	۷۸ (۱/۹۹)	۳۷۸۱ (۹۲/۷)	۴۰۷۷ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار است. $p < ۰/۰۵$

جدول ۲۸ - میزان رضایت از تهیه دارو به تفکیک منطقه

مناطق	رضایت			
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
منطقه ۱	۶۸ (۴/۰)	۸۹ (۵/۲)	۱۵۶۲ (۹۰/۹)	۱۷۱۹ (۱۰۰)
منطقه ۲	۹۷ (۷/۵)	۴۰ (۳/۱)	۱۱۵۰ (۸۹/۴)	۱۲۸۷ (۱۰۰)
منطقه ۳	۱۸۷ (۱۱/۸)	۹۴ (۵/۹)	۱۳۰۴ (۸۲/۳)	۱۵۸۵ (۱۰۰)
منطقه ۴	۱۵۰ (۷/۹)	۱۰۲ (۵/۴)	۱۶۳۷ (۸۶/۷)	۱۸۸۹ (۱۰۰)
منطقه ۵	۲۵۱ (۱۶/۸)	۵۱ (۳/۴)	۱۱۹۲ (۷۹/۸)	۱۴۹۴ (۱۰۰)
منطقه ۶	۱۱۴ (۶/۲)	۴۵ (۲/۴)	۱۶۸۵ (۹۱/۴)	۱۸۴۴ (۱۰۰)
منطقه ۷	۲۳ (۳/۴)	۸ (۱/۲)	۶۴۱ (۹۵/۴)	۶۷۲ (۱۰۰)
جمع	۸۹۰ (۸/۵)	۴۲۹ (۴/۱)	۹۱۷۱ (۸۷/۴)	۱۰۴۹۰ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از تهیه دارو به تفکیک منطقه معنی دار است. $p < 0/001$

جدول ۲۹ - میزان رضایت از خدمات تصویربرداری به تفکیک منطقه

مناطق	رضایت			
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
منطقه ۱	۱۸۷ (۲۹/۶)	۵۲ (۸/۲)	۳۹۲ (۶۲/۱)	۶۳۱ (۱۰۰)
منطقه ۲	۱۰۰ (۲۰/۷)	۴۵ (۹/۳)	۳۳۷ (۶۹/۹)	۴۸۲ (۱۰۰)
منطقه ۳	۱۵۴ (۲۷/۳)	۵۲ (۹/۲)	۳۵۸ (۶۳/۵)	۵۶۴ (۱۰۰)
منطقه ۴	۱۳۸ (۲۰/۱)	۵۹ (۸/۶)	۴۸۹ (۷۱/۳)	۶۸۶ (۱۰۰)
منطقه ۵	۲۶۲ (۳۴)	۸۶ (۱۱/۲)	۴۲۳ (۵۴/۹)	۷۷۱ (۱۰۰)
منطقه ۶	۳۰۰ (۲۹/۹)	۸۱ (۸/۱)	۶۲۱ (۶۲/۰)	۱۰۰۲ (۱۰۰)
منطقه ۷	۵۵ (۱۸/۳)	۲۶ (۸/۷)	۲۱۹ (۷۳/۰)	۳۰۰ (۱۰۰)
جمع	۱۱۹۶ (۲۷/۰)	۴۰۱ (۹)	۲۸۳۹ (۶۴)	۴۴۳۶ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از خدمات تصویربرداری معنی دار است. $p < 0/001$

جدول ۳۰ - میزان رضایت از خدمات آزمایشگاهی به تفکیک منطقه

مناطق	رضایت		
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)
منطقه ۱	۱۸۳ (۱۷/۸)	۶۱ (۵/۹)	۷۸۴ (۷۶/۳)
منطقه ۲	۵۸ (۷/۲)	۳۴ (۴/۲)	۷۰۹ (۸۷/۵)
منطقه ۳	۱۷۴ (۱۶/۶)	۱۰۶ (۱۰/۱)	۷۷۱ (۷۳/۴)
منطقه ۴	۱۱۱ (۸/۴)	۸۸ (۶/۷)	۱۱۲۰ (۸۴/۹)
منطقه ۵	۳۴۸ (۳۲/۲)	۱۰۷ (۹/۹)	۶۲۷ (۵۷/۹)
منطقه ۶	۳۲۹ (۲۵/۰)	۸۱ (۸/۲)	۹۰۴ (۶۸/۸)
منطقه ۷	۵۵ (۱۰/۹)	۲۳ (۴/۶)	۴۲۵ (۸۴/۵)
جمع	۱۲۵۸ (۱۷/۷)	۵۰۰ (۷)	۵۳۴۰ (۷۵/۲)

تفاوت میزان رضایت از خدمات آزمایشگاهی به تفکیک منطقه معنی دار است. $p < 0/001$

جدول ۳۱ - میزان رضایت از تزریقات به تفکیک منطقه

مناطق	رضایت		
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)
منطقه ۱	۵۹۲ (۳۲/۲)	۱۰۴ (۵/۷)	۱۱۴۰ (۶۲/۱)
منطقه ۲	۱۵۴ (۱۱/۳)	۶۰ (۴/۴)	۱۱۴۹ (۸۴/۳)
منطقه ۳	۲۹۹ (۱۶/۶)	۹۰ (۵/۰)	۱۴۰۸ (۷۸/۴)
منطقه ۴	۲۲۲ (۱۰/۹)	۱۵۱ (۷/۴)	۱۶۷۰ (۸۱/۷)
منطقه ۵	۲۴۲ (۱۵/۴)	۴۶ (۲/۹)	۱۲۸۱ (۸۱/۶)
منطقه ۶	۳۵۹ (۱۷/۹)	۱۱۲ (۵/۶)	۱۵۳۱ (۷۶/۵)
منطقه ۷	۶۷ (۹/۵)	۲۹ (۴/۱)	۶۱۱ (۸۶/۴)
جمع	۱۹۳۵ (۱۷/۱)	۵۹۲ (۵/۲)	۷۸۹۰ (۷۷/۷)

تفاوت میزان رضایت از تزریقات به تفکیک منطقه معنی دار است. $p < 0/001$

جدول ۳۲ - میزان رضایت از خدمات در موارد اورژانس به تفکیک منطقه

مناطق	رضایت			
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
منطقه ۱	۳۰۰ (۲۳/۰)	۱۷۵ (۱۳/۴)	۸۲۹ (۶۳/۶)	۱۳۰۴ (۱۰۰)
منطقه ۲	۳۴۵ (۳۷/۱)	۱۳۱ (۱۴/۱)	۴۵۵ (۴۸/۹)	۹۳۱ (۱۰۰)
منطقه ۳	۳۸۶ (۲۵/۹)	۱۶۵ (۱۱/۱)	۹۴۱ (۶۳/۱)	۱۴۹۲ (۱۰۰)
منطقه ۴	۳۵۱ (۲۲/۲)	۲۲۵ (۱۴/۲)	۱۰۰۳ (۶۳/۵)	۱۵۷۹ (۱۰۰)
منطقه ۵	۳۷۴ (۳۴/۶)	۶۵ (۶)	۶۴۳ (۵۹/۴)	۱۰۸۲ (۱۰۰)
منطقه ۶	۴۲۰ (۲۸/۲)	۱۲۵ (۸/۴)	۹۴۳ (۶۳/۴)	۱۴۸۸ (۱۰۰)
منطقه ۷	۲۰۶ (۳۸/۹)	۴۷ (۸/۹)	۲۷۷ (۵۲/۳)	۵۳۰ (۱۰۰)
جمع	۲۳۸۲ (۲۸/۳)	۹۳۳ (۱۱/۱)	۵۰۹۱ (۶۰/۶)	۸۴۰۶ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از خدمات در موارد اورژانس معنی دار است. $p < 0.001$

جدول ۳۳ - میزان رضایت از موارد مربوط به دفترچه بیمه به تفکیک منطقه

مناطق	رضایت			
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
منطقه ۱	۱۵۹ (۹/۱)	۷۶ (۴/۴)	۱۵۰۸ (۸۶/۵)	۱۷۴۳ (۱۰۰)
منطقه ۲	۶۳ (۴/۷)	۴۲ (۳/۱)	۱۲۳۲ (۹۲/۱)	۱۳۳۷ (۱۰۰)
منطقه ۳	۱۴۹ (۸/۸)	۱۰۱ (۶/۰)	۱۴۴۴ (۸۵/۲)	۱۶۹۴ (۱۰۰)
منطقه ۴	۳۵ (۱/۸)	۱۰ (۰/۵)	۱۸۵۶ (۹۷/۶)	۱۹۰۱ (۱۰۰)
منطقه ۵	۷۴ (۰/۷)	۱۹ (۰/۲)	۱۳۹۲ (۹۳/۷)	۱۴۸۵ (۱۰۰)
منطقه ۶	۱۵۰ (۸/۳)	۵۸ (۳/۲)	۱۵۹۹ (۸۸/۵)	۱۸۰۷ (۱۰۰)
منطقه ۷	۳۲ (۴/۷)	۱۴ (۲/۱)	۶۳۱ (۹۳/۲)	۶۷۷ (۱۰۰)
جمع	۹۱۶ (۸/۶)	۵۳۵ (۵)	۹۲۶۱ (۸۶/۵)	۱۰۷۱۲ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از موارد مربوط به دفترچه بیمه از نظر آماری معنی دار است. $p < 0.001$

جدول ۳۴ - میزان رضایت از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک منطقه

مناطق	رضایت			
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
منطقه ۱	۵۸ (۳/۲)	۱۷۵ (۹/۷)	۱۵۶۴ (۸۷/۰)	۱۷۹۷ (۱۰۰)
منطقه ۲	۴۷ (۳/۵)	۷۲ (۵/۳)	۱۲۳۷ (۹۱/۲)	۱۳۵۶ (۱۰۰)
منطقه ۳	۹۰ (۵/۱)	۹۱ (۵/۱)	۱۵۹۹ (۸۹/۸)	۱۷۸۰ (۱۰۰)
منطقه ۴	۷۸ (۳/۸)	۱۰۵ (۵/۲)	۱۸۴۸ (۹۱)	۲۴۰۳ (۱۰۰)
منطقه ۵	۱۰۱ (۶/۵)	۱۶۲ (۱۰/۴)	۱۲۹۴ (۸۳/۱)	۱۵۵۷ (۱۰۰)
منطقه ۶	۸۳ (۶/۲)	۹۰ (۴/۶)	۱۸۰۱ (۹۱/۲)	۱۹۷۴ (۱۰۰)
منطقه ۷	۲۴ (۳/۴)	۳۳ (۴/۷)	۶۴۷ (۹۱/۹)	۷۰۴ (۱۰۰)
جمع	۴۸۱ (۴/۳)	۷۲۸ (۶/۵)	۹۹۹۰ (۸۹/۲)	۱۱۱۹۹ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار است. $p < 0/001$

جدول ۳۵ - میزان رضایت گیرندگان خدمات از ارائه خدمات پزشک خانواده

به تفکیک تحصیلات

تحصیلات	رضایت			
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
بی سواد	۷۷ (۳)	۲۲ (۰/۸)	۲۴۹۴ (۹۶/۲)	۲۵۹۳ (۱۰۰)
۱ - ۵	۷۹ (۲/۸)	۱۹ (۰/۷)	۲۷۲۸ (۹۶/۵)	۲۸۲۶ (۱۰۰)
۶ - ۸	۳۸ (۲/۹)	۱۳ (۱/۰)	۱۲۶۷ (۹۶/۱)	۱۳۱۸ (۱۰۰)
۹ - ۱۲	۱۳۶ (۴/۹)	۲۵ (۰/۹)	۲۶۰۲ (۹۴/۲)	۲۷۶۳ (۱۰۰)
بیش از ۱۲	۱۰ (۴/۳)	۰ (۰)	۲۲۱ (۹۵/۷)	۲۳۱ (۱۰۰)
جمع	۳۴۰ (۳/۵)	۷۹ (۰/۸)	۹۳۰۲ (۹۵/۷)	۹۷۳۱ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار است. $p < 0/001$

**جدول ۳۶ - میزان رضایت در مورد زنانی که به ماما مراجعه نموده اند
به تفکیک تحصیلات**

رضایت	تحصیلات			
	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بی سواد	۴۵ (۵/۶)	۱۹ (۲/۴)	۷۳۶ (۹۲)	۸۰۰ (۱۰۰)
۱-۵	۵۸ (۴/۵)	۲۷ (۲/۱)	۱۱۹۶ (۹۳/۴)	۱۲۸۱ (۱۰۰)
۶-۸	۲۶ (۴/۹)	۹ (۱/۷)	۴۹۶ (۹۳/۴)	۵۳۱ (۱۰۰)
۹-۱۲	۷۳ (۶/۵)	۲۱ (۱/۹)	۱۰۳۰ (۹۱/۶)	۱۱۲۴ (۱۰۰)
بیش از ۱۲	۱۰ (۱۴/۵)	۰ (۰/۰)	۵۹ (۸۵/۵)	۶۹ (۱۰۰)
جمع	۲۱۲ (۵/۶)	۷۶ (۲)	۳۵۱۷ (۹۲/۴)	۳۸۰۵ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار است. $p < ۰/۰۱$

جدول ۳۷ - میزان رضایت از تهیه دارو به تفکیک تحصیلات

رضایت	تحصیلات			
	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بی سواد	۲۳۱ (۹)	۱۱۸ (۴/۶)	۲۲۱۸ (۸۶/۴)	۲۵۶۷ (۱۰۰)
۱-۵	۲۵۸ (۹/۲)	۱۱۹ (۴/۲)	۲۴۳۵ (۸۶/۶)	۲۸۱۲ (۱۰۰)
۶-۸	۱۱۳ (۸/۶)	۵۸ (۴/۴)	۱۱۴۵ (۸۷/۰)	۱۳۱۶ (۱۰۰)
۹-۱۲	۲۱۶ (۷/۹)	۹۸ (۳/۶)	۲۴۲۳ (۸۸/۵)	۲۷۳۷ (۱۰۰)
بیش از ۱۲	۱۹ (۸/۰)	۱۵ (۶/۳)	۲۰۳ (۸۵/۷)	۲۳۷ (۱۰۰)
جمع	۸۳۷ (۸/۷)	۴۰۸ (۴/۲)	۸۴۲۴ (۸۷/۱)	۹۶۶۹ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار نیست.

جدول ۳۸- میزان رضایت از خدمات تصویربرداری به تفکیک تحصیلات

رضایت تحصیلات	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بی سواد	۲۵۵ (۲۵)	۱۰۵ (۱۰/۳)	۶۵۹ (۶۴/۷)	۱۰۱۹ (۱۰۰)
۱-۵	۳۳۴ (۲۶/۹)	۱۱۸ (۹/۵)	۷۹۱ (۶۳/۶)	۱۲۴۳ (۱۰۰)
۶-۸	۱۴۸ (۲۷/۱)	۴۳ (۷/۹)	۳۵۶ (۶۵/۱)	۵۴۷ (۱۰۰)
۹-۱۲	۳۳۴ (۲۹/۱)	۹۹ (۸/۶)	۷۱۳ (۶۲/۲)	۱۱۴۶ (۱۰۰)
بیش از ۱۲	۲۶ (۳۰/۶)	۱۰ (۱۱/۸)	۴۹ (۵۷/۶)	۸۵ (۱۰۰)
جمع	۱۰۹۷ (۲۷/۲)	۳۷۵ (۹/۳)	۲۵۶۸ (۶۳/۶)	۴۰۴۰ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار نیست.

جدول ۳۹- میزان رضایت از خدمات آزمایشگاه به تفکیک تحصیلات

رضایت تحصیلات	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بی سواد	۲۶۵ (۱۵)	۱۳۰ (۷/۳)	۱۳۸۷ (۷۷/۷)	۱۷۸۵ (۱۰۰)
۱-۵	۳۷۹ (۱۸/۹)	۱۵۱ (۷/۵)	۱۴۷۸ (۷۳/۶)	۲۰۰۸ (۱۰۰)
۶-۸	۱۴۶ (۱۷/۴)	۶۳ (۷/۵)	۶۳۱ (۷۵/۱)	۸۴۰ (۱۰۰)
۹-۱۲	۳۵۷ (۲۰/۳)	۱۱۱ (۶/۳)	۱۲۹۲ (۷۳/۴)	۱۷۶۰ (۱۰۰)
بیش از ۱۲	۲۷ (۱۹/۴)	۹ (۶/۵)	۱۰۳ (۷۴/۱)	۱۳۹ (۱۰۰)
جمع	۱۱۷۷ (۱۸)	۴۶۴ (۷/۱)	۴۸۹۱ (۷۴/۹)	۶۵۳۲ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار نیست.

جدول ۴۰ - میزان رضایت از تزریقات به تفکیک تحصیلات

رضایت / تحصیلات	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بی سواد	۴۴۲ (۱۵/۹)	۱۴۷ (۵/۳)	۲۱۹۵ (۷۸/۸)	۲۷۸۴ (۱۰۰)
۱-۵	۴۹۸ (۱۶/۶)	۱۵۴ (۵/۱)	۲۳۴۰ (۷۸/۲)	۲۹۹۲ (۱۰۰)
۶-۸	۲۴۵ (۱۷/۲)	۶۷ (۴/۷)	۱۱۰۹ (۷۸/۰)	۱۴۲۱ (۱۰۰)
۹-۱۲	۵۳۶ (۱۷/۸)	۱۶۶ (۵/۵)	۲۳۰۳ (۷۶/۶)	۳۰۰۵ (۱۰۰)
بیش از ۱۲	۵۰ (۱۹/۹)	۱۵ (۶/۰)	۱۸۶ (۷۴/۱)	۲۵۱ (۱۰۰)
جمع	۱۷۷۱ (۱۶/۹)	۵۴۹ (۵/۳)	۸۱۳۳ (۷۷/۸)	۱۰۴۵۳ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی‌دار نیست.

جدول ۴۱ - میزان رضایت از خدمات در موارد اورژانس به تفکیک تحصیلات

رضایت / تحصیلات	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بی سواد	۵۰۴ (۲۵/۳)	۲۳۲ (۱۱/۶)	۱۲۶۰ (۶۳/۱)	۱۹۹۶ (۱۰۰)
۱-۵	۶۳۰ (۲۸/۸)	۲۳۹ (۱۰/۹)	۱۳۲۲ (۶۰/۳)	۲۱۹۱ (۱۰۰)
۶-۸	۳۱۴ (۲۹/۸)	۱۲۳ (۱۱/۷)	۶۱۶ (۵۸/۵)	۱۰۵۳ (۱۰۰)
۹-۱۲	۷۰۱ (۳۰/۷)	۲۴۸ (۱۰/۹)	۱۳۳۵ (۵۸/۵)	۲۲۸۴ (۱۰۰)
بیش از ۱۲	۵۶ (۳۰/۳)	۱۹ (۱۰/۳)	۱۱۰ (۵۹/۵)	۱۸۵ (۱۰۰)
جمع	۲۲۰۵ (۲۸/۶)	۸۶۱ (۱۱/۲)	۶۴۶۳ (۶۰/۲)	۷۷۰۹ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی‌دار است $p < 0/05$

جدول ۴۲ - میزان رضایت از موارد مربوط به دفترچه بیمه روستایی به تفکیک تحصیلات

رضایت	تحصیلات			
	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بی سواد	۲۰۴ (۷/۷)	۱۲۴ (۴/۷)	۲۳۰۶ (۸۷/۵)	۲۶۳۴ (۱۰۰)
۱ - ۵	۲۲۰ (۷/۷)	۱۶۷ (۵/۸)	۲۴۷۱ (۸۶/۵)	۲۸۵۸ (۱۰۰)
۶ - ۸	۱۱۴ (۸/۵)	۶۶ (۴/۹)	۱۱۶۰ (۸۶/۶)	۱۳۴۰ (۱۰۰)
۹ - ۱۲	۳۰۱ (۱۰/۷)	۱۲۸ (۴/۵)	۲۳۹۳ (۸۴/۸)	۲۸۲۲ (۱۰۰)
بیش از ۱۲	۱۹ (۸/۱)	۱۲ (۵/۱)	۲۰۳ (۸۶/۸)	۲۳۴ (۱۰۰)
جمع	۸۵۸ (۸/۷)	۴۹۷ (۵)	۸۵۳۳ (۸۶/۳)	۹۸۸۸ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار است. $p < ۰/۰۵$

جدول ۴۳ - میزان رضایت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک تحصیلات

رضایت	تحصیلات			
	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بی سواد	۱۱۵ (۴/۲)	۱۶۷ (۶/۱)	۲۴۷۴ (۹۸/۸)	۲۷۵۶ (۱۰۰)
۱ - ۵	۱۲۲ (۴/۱)	۱۹۴ (۶/۵)	۲۶۴۷ (۸۹/۳)	۲۹۶۳ (۱۰۰)
۶ - ۸	۴۴ (۳/۱)	۱۰۰ (۷/۱)	۱۲۵۸ (۸۹/۷)	۱۴۰۲ (۱۰۰)
۹ - ۱۲	۱۶۱ (۵/۴)	۲۰۸ (۷/۰)	۲۶۰۶ (۸۷/۶)	۲۹۷۵ (۱۰۰)
بیش از ۱۲	۱۴ (۵/۶)	۱۲ (۴/۸)	۲۲۲ (۸۹/۵)	۲۴۸ (۱۰۰)
جمع	۴۵۶ (۴/۴)	۶۸۱ (۶/۶)	۹۲۰۷ (۸۹)	۱۰۳۴۴ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار است. $p < ۰/۰۵$

**جدول ۴۴ - میزان رضایت گیرندگان خدمت ازارائه خدمات پزشکی خانواده
به تفکیک نوع مرکز بهداشتی**

نوع مرکز	رضایت			
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
روستایی	۱۸۶ (۳/۲)	۵۱ (۰/۹)	۵۵۱۴ (۹۵/۹)	۵۷۵۱ (۱۰۰)
شهری	۵ (۰/۸)	۵ (۰/۸)	۶۳۹ (۹۸/۵)	۶۴۹ (۱۰۰)
شهری - روستایی	۱۵۹ (۳/۹)	۲۹ (۰/۷)	۳۹۱۸ (۹۵/۴)	۴۱۰۶ (۱۰۰)
جمع	۳۵۰ (۳/۳)	۸۵ (۰/۸)	۱۰۰۷۱ (۹۵/۹)	۱۰۵۶۰ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار نیست.

**جدول ۴۵ - میزان رضایت در مورد زنانی که به ماما مراجعه نموده‌اند به
تفکیک نوع مرکز بهداشتی**

نوع مرکز	رضایت			
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
روستایی	۹۷ (۴/۶)	۳۱ (۱/۵)	۱۹۸۸ (۹۴/۰)	۲۱۱۶ (۱۰۰)
شهری	۲ (۰/۶)	۸ (۲/۵)	۳۱۵ (۹۶/۹)	۳۲۵ (۱۰۰)
شهری - روستایی	۱۱۹ (۷/۳)	۳۹ (۲/۴)	۱۴۷۵ (۹۰/۳)	۱۶۳۳ (۱۰۰)
جمع	۲۱۸ (۵/۴)	۷۸ (۱/۹)	۳۷۷۸ (۹۲/۷)	۴۰۷۴ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار است. $p < 0/001$

جدول ۴۶ - میزان رضایت از تهیه دارو به تفکیک نوع مرکز بهداشتی

نوع مرکز	رضایت			
	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
روستایی	۳۴۰ (۶/۰)	۲۲۲ (۳/۹)	۵۱۴۹ (۹۰/۲)	۵۷۱۱ (۱۰۰)
شهری	۳۹ (۵/۸)	۲۸ (۴/۲)	۶۰۱ (۹۰/۰)	۶۶۸ (۱۰۰)
شهری - روستایی	۵۱۰ (۱۲/۴)	۱۷۸ (۴/۳)	۳۴۱۸ (۸۳/۲)	۴۱۰۶ (۱۰۰)
جمع	۸۸۹ (۸/۵)	۴۲۸ (۴/۱)	۹۱۶۸ (۸۷/۴)	۱۰۴۸۵ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی‌دار است. $p < ۰/۰۰۱$

جدول ۴۷ - میزان رضایت از خدمات تصویربرداری به تفکیک نوع مرکز بهداشتی

نوع مرکز	رضایت			
	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
روستایی	۵۷۱ (۲۶/۱)	۱۸۷ (۸/۶)	۱۴۲۷ (۶۵/۳)	۲۱۸۵ (۱۰۰)
شهری	۱۰۴ (۳۱/۱)	۱۸ (۵/۴)	۲۱۲ (۶۳/۵)	۳۳۴ (۱۰۰)
شهری - روستایی	۵۱۹ (۲۷/۱)	۱۹۶ (۱۰/۲)	۱۱۹۹ (۶۲/۲)	۱۹۱۴ (۱۰۰)
جمع	۱۱۹۴ (۲۶/۹)	۴۰۱ (۹)	۲۸۳۸ (۶۴)	۴۴۳۳ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی‌دار است. $p < ۰/۰۰۵$

جدول ۴۸ - میزان رضایت از خدمات آزمایشگاه به تفکیک نوع مرکز بهداشتی

رضایت نوع مرکز	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
روستایی	۶۵۰ (۱۷/۹)	۲۹۲ (۸/۰)	۲۶۹۳ (۷۴/۱)	۳۶۳۵ (۱۰۰)
شهری	۱۱۷ (۲۲/۲)	۳۵ (۶/۶)	۳۷۵ (۷۱/۲)	۵۲۷ (۱۰۰)
شهری - روستایی	۴۹۰ (۱۶/۷)	۱۷۳ (۵/۹)	۲۲۶۸ (۷۷/۴)	۲۹۳۱ (۱۰۰)
جمع	۱۲۵۷ (۱۷/۷)	۵۰۰ (۷)	۵۳۳۶ (۷۵/۲)	۷۰۹۳ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی‌دار است. $p < 0/05$

جدول ۴۹ - میزان رضایت از تزریقات به تفکیک نوع مرکز بهداشتی

رضایت نوع مرکز	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
روستایی	۱۱۸۳ (۱۹/۳)	۳۳۱ (۵/۴)	۴۶۳۱ (۷۵/۴)	۶۱۴۵ (۱۰۰)
شهری	۴۲ (۶/۱)	۳۶ (۵/۳)	۶۰۶ (۸۸/۶)	۶۸۴ (۱۰۰)
شهری - روستایی	۷۰۷ (۱۵/۸)	۲۲۴ (۵/۰)	۳۵۵۲ (۷۹/۲)	۴۴۸۳ (۱۰۰)
جمع	۱۹۳۲ (۱۷/۱)	۵۹۱ (۵/۲)	۸۷۸۹ (۷۷/۷)	۱۱۳۱۲ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی‌دار است. $p < 0/001$

جدول ۵۰ - میزان رضایت در مراجعات اورژانس به تفکیک نوع مرکز بهداشتی

نوع مرکز	رضایت			
	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
روستایی	۱۱۹۷ (۲۵/۵)	۶۰۷ (۱۲/۹)	۲۸۸۹ (۶۱/۶)	۴۶۹۳ (۱۰۰)
شهری	۱۵۰ (۲۷/۵)	۵۶ (۱۰/۳)	۳۴۰ (۶۲/۳)	۵۴۶ (۱۰۰)
شهری - روستایی	۱۰۳۳ (۳۲/۷)	۲۷۰ (۸/۵)	۱۸۶۰ (۵۸/۸)	۳۱۶۳ (۱۰۰)
جمع	۲۳۸۰ (۲۸/۳)	۹۳۳ (۱۱/۱)	۵۰۸۹ (۶۰/۶)	۸۴۰۲ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار است. $p < 0/001$

جدول ۵۱ - میزان رضایت از موارد مربوط به دفترچه بیمه روستایی به

تفکیک نوع مرکز بهداشتی

نوع مرکز	رضایت			
	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
روستایی	۴۰۷ (۷/۰)	۲۴۹ (۴/۳)	۵۱۹۷ (۸۸/۸)	۵۸۵۳ (۱۰۰)
شهری	۱۶ (۲/۵)	۳۸ (۵/۸)	۵۹۶ (۹۱/۷)	۶۵۰ (۱۰۰)
شهری - روستایی	۴۹۲ (۱۱/۷)	۲۴۸ (۵/۹)	۳۴۶۵ (۸۲/۴)	۴۲۰۵ (۱۰۰)
جمع	۹۱۵ (۸/۵)	۵۳۵ (۵)	۹۲۵۸ (۸۶/۵)	۱۰۷۰۸ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار است. $p < 0/001$

جدول ۵۲ - میزان رضایت از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع

به تفکیک نوع مرکز بهداشتی

رضایت نوع مرکز	کم	متوسط	زیاد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
روستایی	۲۰۸ (۳/۴)	۳۸۶ (۶/۴)	۵۴۸۴ (۹۰/۲)	۶۰۷۸ (۱۰۰)
شهری	۵ (۰/۷)	۳۸ (۵/۶)	۶۳۳ (۹۳/۶)	۶۷۶ (۱۰۰)
شهری - روستایی	۲۶۸ (۶/۰)	۳۰۴ (۶/۸)	۳۸۶۸ (۸۷/۱)	۴۴۴۰ (۱۰۰)
جمع	۴۸۱ (۴/۳)	۷۲۸ (۶/۵)	۹۹۸۵ (۸۹/۲)	۱۱۱۹۴ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت از نظر آماری معنی دار است. $p < ۰/۰۰۱$

جدول ۵۳: مقایسه امتیاز رضایت گیرندگان خدمات از طرح پزشک خانواده

و نظام ارجاع به تفکیک منطقه

خدمات منطقه	منطقه ۱	منطقه ۲	منطقه ۳	منطقه ۴	منطقه ۵	منطقه ۶	منطقه ۷	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
	پزشک	۷۰/۵۵	۷۱/۲۶	۶۸/۶۹	۷۲/۲۷	۶۷/۱۵	۶۹/۸۲	۷۱/۲۷	۷۰/۱۰	۱۷	۸۵
ماما	۳۴/۰۸	۳۵/۵۹	۳۱/۷۷	۳۳/۸۵	۳۳/۱۹	۳۳/۳۰	۳۴/۸۶	۳۳/۶۲	۸	۴۰
داروخانه	۲۰/۲۲	۲۰/۴۳	۱۹/۶۰	۱۹/۹۶	۱۹/۶۹	۲۰/۳۲	۲۰/۸۳	۲۰/۰۸	۵	۲۵
تصویربرداری	۱۶/۸۶	۱۷/۷۷	۱۶/۸۶	۱۷/۵۸	۱۶/۲۵	۱۶/۷۸	۱۷/۶۱	۱۷/۰۰	۵	۲۵
آزمایشگاه	۱۸/۱۷	۲۰/۰۷	۱۷/۹۴	۱۹/۵۳	۱۶/۸۱	۱۷/۶۸	۱۹/۸۲	۱۸/۴۲	۵	۲۵
ارجاع	۲۵/۸۶	۲۸/۱۰	۲۷/۳۲	۲۶/۴۴	۲۷/۰۰	۲۶/۹۶	۲۷/۸۰	۲۶/۹۲	۷	۳۵
توزیقات	۱۱/۴۶	۱۲/۸۷	۱۲/۰۹	۱۲/۳۱	۱۲/۶۷	۱۲/۳۱	۱۳/۳۵	۱۲/۳۴	۳	۱۵
مراجعه در موارد اورژانس	۱۳/۷۶	۱۲/۹۳	۱۳/۵۷	۱۳/۶۹	۱۳/۴۸	۱۳/۶۹	۱۲/۴۷	۱۳/۴۹	۴	۲۰
دفترچه بیمه روستایی	۲۲/۶۲	۲۴/۱۲	۲۳/۵۶	۲۳/۶۰	۲۱/۹۲	۲۳/۶۴	۲۳/۶۴	۲۳/۲۷	۶	۳۰
وضعیت فعلی خدمات نسبت به قبل از اجرای طرح	۱۲/۱۵	۱۲/۸۱	۱۲/۷۰	۱۳/۰۴	۱۲/۰۸	۱۲/۸۲	۱۲/۵۵	۱۲/۶۱	۳	۱۵

جدول ۵۴: مقایسه امتیاز رضایت گیرندگان خدمات از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک سن

حداکثر حدافل ممکن	حدافل ممکن	کل	سن											خدمات
			۱۰۰ ≤	- ۱۰۰ ۹۱	- ۹۰ ۸۱	- ۸۰ ۷۱	- ۷۰ ۶۱	- ۶۰ ۵۱	- ۵۰ ۴۱	- ۴۰ ۳۱	- ۳۰ ۲۱	- ۲۰ ۱۱	۱۰ ≥	
۸۵	۱۷	۷۰/۱۰	۶۱/۳۳	۷۰/۶۹	۷۱/۳۴	۷۰/۱۱	۷۰/۹۲	۷۱/۲۷	۷۰/۱۲	۶۹/۹۳	۶۹/۷۹	۶۹/۴۰	۷۱/۶۷	پزشک
۴۰	۸	۳۳/۵۵	۲۷/۰۰	۳۸/۰۰	۳۱/۵۷	۳۱/۷۶	۳۲/۳۰	۳۳/۸۴	۳۳/۵۳	۳۳/۴۳	۳۴/۰۲	۳۲/۶۴	۳۳/۵۵	ماما
۲۵	۵	۲۰/۰۸	۲۱/۰۰	۲۰/۰۸	۱۹/۸۶	۱۹/۹۰	۲۰/۳۶	۲۰/۲۸	۱۹/۹۶	۲۰/۰۹	۲۰/۰۱	۲۰/۰۶	۲۰/۵۳	داروخانه
۲۵	۵	۱۷/۰۴	۱۳/۵۰	۲۱/۲۰	۱۷/۱۳	۱۶/۳۵	۱۷/۶۷	۱۷/۳۷	۱۷/۱۰	۱۶/۹۱	۱۷/۰۵	۱۶/۶۴	۱۸/۳۲	تصویربرداری
۲۵	۵	۱۸/۴۰	۱۶/۵۰	۲۰/۶۷	۱۸/۹۲	۱۸/۶۰	۱۸/۹۸	۱۸/۸۰	۱۸/۳۸	۱۸/۱۲	۱۸/۲۹	۱۸/۳۹	۱۹/۱۹	آزمایشگاه
۳۵	۷	۲۶/۹۶	۲۷/۰۰	۳۲/۵۰	۲۶/۳۲	۲۶/۲۲	۲۷/۵۴	۲۷/۲۸	۲۷/۱۱	۲۶/۷۲	۲۶/۹۵	۲۶/۳۹	۲۸/۹۵	ارجاع
۱۵	۳	۱۲/۳۵	۱۲/۳۳	۱۲/۳۸	۱۲/۵۲	۱۲/۴۲	۱۲/۵۷	۱۲/۴۶	۱۲/۳۸	۱۲/۲۲	۱۲/۴۲	۱۲/۱۵	۱۲/۳۱	تزیقات
۲۰	۴	۱۳/۴۷	۱۱/۶۶	۱۷/۰۰	۱۴/۱۹	۱۳/۷۸	۱۳/۶۷	۱۳/۹۷	۱۳/۸۰	۱۳/۴۷	۱۳/۲۲	۱۳/۰۹	۱۳/۰۰	مراجعه در موارد اورژانس
۳۰	۶	۲۳/۲۹	۱۸/۰۰	۲۵/۵۳	۲۳/۵۹	۲۳/۳۹	۲۳/۸۲	۲۳/۷۱	۲۳/۳۳	۲۳/۱۰	۲۳/۲۷	۲۳/۰۲	۲۳/۵۳	دفترچه بیمه روستایی
۱۵	۳	۱۲/۶۱	۱۱/۰۰	۱۳/۴۳	۱۲/۵۰	۱۲/۴۳	۱۲/۸۶	۱۲/۷۱	۱۲/۵۷	۱۲/۵۸	۱۲/۶۴	۱۲/۵۳	۱۲/۷۴	وضعیت فعلی خدمات نسبت به قبل از اجرای طرح

جدول ۵۵: مقایسه امتیاز رضایت گیرندگان خدمات از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک جنس

خدمات	جنس		مونت	مذکر	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
	مونت	مذکر					
پزشک	۷۰/۲۷	۶۹/۷۶	۷۰/۰۹	۱۷	۸۵		
ماما	۳۳/۶۱	۳۳/۴۹	۳۳/۶۱	۸	۴۰		
داروخانه	۲۰/۱۰	۲۰/۰۳	۲۰/۰۸	۵	۲۵		
تصویربرداری	۱۶/۹۷	۱۷/۱۰	۱۷/۰۰	۵	۲۵		
آزمایشگاه	۱۸/۴۴	۱۸/۳۶	۱۸/۶۷	۵	۲۵		
ارجاع	۲۶/۹۲	۲۶/۹۵	۲۶/۹۳	۷	۳۵		
تزریقات	۱۲/۴۳	۱۲/۱۶	۱۲/۳۴	۳	۱۵		
مراجعه در موارد اورژانس	۱۳/۴۲	۱۳/۶۲	۱۳/۴۹	۴	۲۰		
دفترچه بیمه روستایی	۲۳/۲۶	۲۳/۳۳	۲۳/۲۸	۶	۳۰		
وضعیت فعلی خدمات نسبت به قبل از اجرای طرح	۱۲/۶۴	۱۲/۵۸	۱۲/۶۲	۳	۱۵		

جدول ۵۶: مقایسه امتیاز رضایت گیرندگان خدمات از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک سطح سواد

خدمات	سواد							
	بی سواد	۱-۵	۶-۸	۹-۱۲	بیش از ۱۲	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
پزشک	۷۰/۵۹	۷۰/۳۰	۷۰/۱۴	۶۹/۶۰	۶۹/۳۴	۷۰/۱۳	۱۷	۸۵
ماما	۳۲/۸۸	۳۳/۸۵	۳۳/۸۵	۳۳/۷۷	۳۲/۸۱	۳۳/۶۰	۸	۴۰
داروخانه	۲۰/۱۱	۱۹/۹۶	۱۹/۹۳	۲۰/۲۷	۲۰/۳۰	۲۰/۰۹	۵	۲۵
تصویربرداری	۱۷/۱۹	۱۶/۹۷	۱۷/۰۸	۱۶/۶۲	۱۶/۵۴	۱۶/۹۳	۵	۲۵
آزمایشگاه	۱۸/۷۰	۱۸/۳۳	۱۸/۴۹	۱۸/۱۴	۱۷/۷۱	۱۸/۳۹	۵	۲۵
ارجاع	۲۶/۷۲	۲۷/۲۲	۲۶/۸۷	۲۶/۶۷	۲۴/۹۲	۲۶/۸۳	۷	۳۵
تزریقات	۱۲/۴۵	۱۲/۳۵	۱۲/۲۷	۱۲/۳۱	۱۲/۰۶	۱۲/۳۵	۳	۱۵
مراجعه در موارد اورژانس	۱۳/۸۹	۱۳/۵۰	۱۳/۳۱	۱۳/۱۵	۱۳/۴۵	۱۳/۴۷	۴	۲۰
دفترچه بیمه روستایی	۲۳/۷۲	۲۳/۲۲	۲۲/۹۹	۲۳/۱۵	۲۳/۳۵	۲۳/۳۰	۶	۳۰
وضعیت فعلی خدمات نسبت به قبل از اجرای طرح	۱۲/۷۸	۱۲/۶۶	۱۲/۵۹	۱۲/۴۸	۱۲/۶۰	۱۲/۶۳	۳	۱۵

جدول ۵۷: مقایسه امتیاز رضایت گیرندگان خدمات از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک تاهل

خدمات	تاہل	مجرد	متاہل	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
پزشک	۶۹/۶۰	۷۰/۲۷	۷۰/۱۳	۱۷	۸۵	
ماما	۳۱/۸۳	۳۳/۸۰	۳۳/۶۳	۸	۴۰	
داروخانه	۲۰/۱۹	۲۰/۰۶	۲۰/۰۸	۵	۲۵	
تصویربرداری	۱۷/۱۶	۱۷/۰۹	۱۷/۰۳	۵	۲۵	
آزمایشگاه	۱۸/۳۶	۱۸/۴۵	۱۸/۴۴	۵	۲۵	
ارجاع	۲۶/۴۳	۲۷/۱۰	۲۷/۰۰	۷	۳۵	
تزیقات	۱۲/۲۲	۱۲/۳۸	۱۲/۳۵	۳	۱۵	
مراجعه در موارد اورژانس	۱۳/۲۹	۱۳/۵۵	۱۳/۵۰	۴	۲۰	
دفترچه بیمه روستایی	۲۳/۲۷	۲۳/۳۲	۲۳/۳۰	۶	۳۰	
وضعیت فعلی خدمات نسبت به قبل از اجرای طرح	۱۲/۵۴	۱۲/۶۵	۱۲/۶۳	۳	۱۵	

جدول ۵۸: مقایسه امتیاز رضایت گیرندگان خدمات از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک نوع مرکز

خدمات	نوع مرکز	روستایی	شهری	شهری - روستایی	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
پزشک	۷۰/۴۲	۷۰/۹۶	۶۹/۵۳	۷۰/۱۰	۱۷	۸۵	
ماما	۳۳/۷۴	۳۵/۸۲	۳۳/۰۳	۳۳/۶۲	۸	۴۰	
داروخانه	۲۰/۵۹	۱۹/۹۴	۱۹/۴۱	۲۰/۰۸	۵	۲۵	
تصویربرداری	۱۷/۲۴	۱۶/۹۴	۱۶/۷۵	۱۷/۰۰	۵	۲۵	
آزمایشگاه	۱۸/۴۲	۱۸/۰۶	۱۸/۵۰	۱۸/۴۳	۵	۲۵	
ارجاع	۲۷/۴۱	۲۹/۵۵	۲۶/۰۵	۲۶/۹۳	۷	۳۵	
تزیقات	۱۲/۲۴	۱۲/۷۵	۱۲/۴۲	۱۲/۳۴	۳	۱۵	
مراجعه در موارد اورژانس	۱۳/۶۵	۱۳/۴۱	۱۳/۲۸	۱۳/۵۰	۴	۲۰	
دفترچه بیمه روستایی	۲۳/۷۳	۲۴/۲۸	۲۲/۴۹	۲۳/۲۸	۶	۳۰	
وضعیت فعلی خدمات نسبت به قبل از اجرای طرح	۱۲/۷۹	۱۲/۹۳	۱۲/۳۳	۱۲/۶۲	۳	۱۵	

جدول ۵۹: مقایسه امتیاز رضایت گیرندگان خدمات از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک تعداد فرزند

خدمات	فرزند	بدون فرزند	۱-۵ فرزند	۶-۱۰ فرزند	بیش از ۱۰	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
پزشک	۶۹/۹۴	۷۰/۱۴	۷۰/۶۰	۷۲/۲۶	۷۰/۲۴	۱۷	۸۵	
ماما	۳۳/۴۰	۳۳/۸۱	۳۳/۰۹	۲۹/۲۲	۳۳/۷۰	۸	۴۰	
داروخانه	۲۰/۰۴	۲۰/۰۲	۲۰/۱۳	۲۰/۶۱	۲۰/۰۵	۵	۲۵	
تصویربرداری	۱۶/۹۱	۱۷/۰۴	۱۷/۰۷	۱۸/۶۶	۱۷/۰۵	۵	۲۵	
آزمایشگاه	۱۸/۶۶	۱۸/۳۶	۱۸/۵۸	۱۹/۱۲	۱۸/۴۲	۵	۲۵	
ارجاع	۲۶/۴۶	۲۷/۰۷	۲۷/۴۵	۲۷/۵۰	۲۷/۱۴	۷	۳۵	
تزیقات	۱۲/۳۰	۱۲/۳۶	۱۲/۵۱	۱۲/۴۱	۱۲/۳۹	۳	۱۵	
مراجعه در موارد اورژانس	۱۳/۱۱	۱۳/۵۶	۱۳/۸۰	۱۳/۸۲	۱۳/۵۹	۴	۲۰	
دفترچه بیمه روستایی	۲۳/۴۶	۲۳/۲۷	۲۳/۵۷	۲۴/۰۲	۲۳/۳۴	۶	۳۰	
وضعیت فعلی خدمات نسبت به قبل از اجرای طرح	۱۲/۶۱	۱۲/۶۱	۱۲/۷۸	۱۳/۱۸	۱۲/۶۵	۳	۱۵	

جدول ۶۰: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی گیرندگان برای خدمات پزشکی خانواده در طرح مربوط با استفاده از روش رگرسیون لوژستیک بر حسب سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع مرکز و مناطق*

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
سن (به سال)	۱/۰۱۲	۱/۰۲۳ - ۱/۰۰۱	۰/۰۳۱
تحصیلات	۱/۰۵۴	۱/۰۱۸ / ۱/۰۹۱	۰/۰۰۳
تعداد فرزندان	۰/۹۴۳	۰/۸۷۹ - ۱/۰۱۱	۰/۰۹۹
نوع مرکز			< ۰/۰۰۱
۱. روستایی			
۲. شهری	۰/۹۰۸	۰/۷۰۱ - ۱/۱۷۷	۰/۴۶۵
۳. شهری روستایی	۰/۱۶۱	۰/۰۶۹ - ۰/۳۷۴	< ۰/۰۰۱
منطقه			< ۰/۰۰۱
منطقه ۱			
منطقه ۲	۱/۲۹۶	۰/۷۲۴ - ۲/۳۱۹	۰/۳۸۳
منطقه ۳	۳/۶۵۲	۲/۲۴۲ - ۵/۹۴۹	< ۰/۰۰۱
منطقه ۴	۱/۲۹۲	۰/۷۵۴ - ۲/۲۳۱	۰/۳۴۷
منطقه ۵	۳/۴۶۵	۲/۰۹۳ - ۵/۷۳۷	< ۰/۰۰۱
منطقه ۶	۳/۹۶۶	۲/۴۰۸ - ۶/۵۳۳	< ۰/۰۰۱
منطقه ۷	۰/۷۵۱	۰/۳۳۱ - ۱/۷۰۳	۰/۴۹۳

* با توجه به اینکه در مدل لوژستیک برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی انجام می‌شود، خطر نسبی در نظر گرفته شده برای این مدل لوژستیک میزان نارضایتی است. در این جدول نتایج هم به صورت «میزان رضایت» و هم به صورت «میزان نارضایتی» ارائه شده است. البته با لحاظ اینکه اهداف مورد مطالعه طرح، تعیین میزان رضایت است در سایر جداول لوژستیک نتایج به صورت «میزان رضایت» ارائه شده است.

۱. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مناطق ۳، ۵، ۶ بسیار کمتر است. (میزان نارضایتی در منطقه سه ۳/۶۵۲ برابر، در منطقه پنج ۳/۴۶۵ برابر و در منطقه شش، ۳/۹۶۶ برابر نسبت به منطقه یک است.)
۲. میزان رضایت گیرندگان خدمات با افزایش سن و تحصیلات، کاهش می‌یابد. (میزان نارضایتی با افزایش هر واحد سن «سال» ۱/۰۱۲ برابر و با افزایش هر واحد تحصیلات «سال» ۱/۰۵۴ برابر می‌شود.)
۳. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مراکز شهری روستایی بیشتر است. (میزان نارضایتی در مراکز شهری روستایی ۰/۱۶۱ برابر نسبت به مراکز روستایی است.)
۴. تعداد فرزندان بر میزان رضایت تاثیری ندارد.

جدول ۶۱: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی گیرندگان برای خدمات داروخانه در طرح مربوط با استفاده از روش رگرسیون لوژیستیک بر حسب سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع مرکز و مناطق

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
سن (به سال)	۰/۹۹۸	۰/۹۹۱ - ۱/۰۰۴	۰/۵۳۴
تحصیلات	۰/۹۸۲	۰/۹۶۱ - ۱/۰۰۳	۰/۰۹۷
تعداد فرزندان	۰/۹۹۳	۰/۹۵۴ - ۱/۰۳۴	۰/۷۳۶
نوع مرکز			<۰/۰۰۱
۱. روستایی			
۲. شهری	۰/۵۲۶	۰/۴۵۱ - ۰/۶۱۳	<۰/۰۰۱
۳. شهری روستایی	۰/۵۹۸	۰/۴۳۱ - ۰/۸۳۱	۰/۰۰۲
منطقه			<۰/۰۰۱
منطقه ۱			
منطقه ۲	۰/۹۰۶	۰/۶۸۲ - ۱/۲۰۵	۰/۴۹۹
منطقه ۳	۱/۸۹۸	۱/۴۷۶ - ۲/۴۴۰	<۰/۰۰۱
منطقه ۴	۱/۲۳۴	۰/۹۶۰ - ۱/۵۸۷	۰/۱۰۰
منطقه ۵	۱/۸۰۷	۱/۳۹۸ - ۲/۳۳۵	<۰/۰۰۱
منطقه ۶	۰/۷۲۹	۰/۵۴۲ - ۰/۹۸۰	۰/۰۳۶
منطقه ۷	۰/۴۴۷	۰/۲۸۷ - ۰/۶۹۴	<۰/۰۰۱

- میزان رضایت گیرندگان خدمات مناطق ۳، ۵ کمتر و در مناطق ۶، ۷ بالاتر است.
- میزان رضایت گیرندگان خدمات در مناطق شهری روستایی نسبت به روستایی بالاتر است.
- سن و تحصیلات و تعداد فرزندان نقشی ندارند.

جدول ۶۲: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی گیرندگان برای خدمات مامایی در طرح مربوط با استفاده از روش رگرسیون لوژیستیک بر حسب سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع مرکز و مناطق

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
سن (به سال)	۱/۰۰۱	۰/۹۸۶ - ۱/۰۱۷	۰/۸۷۷
تحصیلات	۱/۰۲۲	۰/۹۸۱ - ۱/۰۶۳	۰/۲۹۸
تعداد فرزندان	۱/۰۶۸	۰/۹۷۴ - ۱/۱۷۱	۰/۱۶۳
نوع مرکز			<۰/۰۰۱
۱. روستایی			
۲. شهری	۰/۵۳۳	۰/۲۶۶ - ۱/۰۶۸	۰/۰۷۶
۳. شهری روستایی	۱/۶۱۵	۱/۲۰۰ - ۲/۱۷۴	۰/۰۰۲
منطقه			۰/۰۱۶
منطقه ۱			
منطقه ۲	۱/۰۶۲	۰/۵۶۴ - ۱/۹۹۸	۰/۸۵۳
منطقه ۳	۲/۰۱۳	۱/۱۹۵ - ۳/۳۹۰	۰/۰۰۹
منطقه ۴	۱/۲۲۷	۰/۷۳۲ - ۲/۰۵۷	۰/۴۳۷
منطقه ۵	۱/۴۲۷	۰/۸۳۵ - ۲/۴۳۹	۰/۱۹۳
منطقه ۶	۱/۸۱۶	۱/۰۸۵ - ۳/۰۳۹	۰/۰۲۳
منطقه ۷	۰/۷۳۱	۰/۳۳۵ - ۱/۵۹۸	۰/۴۳۲

۱. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مناطق ۳، ۶ کمتر است.
۲. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مناطق شهری روستایی کمتر است.
۳. سن، تحصیلات و تعداد فرزند تاثیری ندارد.

جدول ۶۳: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی گیرندگان برای خدمات سطح دوم در طرح مربوط با استفاده از روش رگرسیون لوژیستیک بر حسب سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع مرکز و مناطق

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	P value
سن (به سال)	۱/۰۰۶	۰/۹۹۵ - ۱/۰۱۷	۰/۲۷۸
تحصیلات	۱/۰۲۰	۰/۹۸۱ - ۱/۰۶۱	۰/۳۰۹
تعداد فرزندان	۱/۰۲۷	۰/۹۵۷ - ۱/۱۰۱	۰/۴۶۲
نوع مرکز	-	-	۰/۰۰۲
۱. روستایی	-	-	-
۲. شهری	۰/۲۶۱	۰/۱۰۲ - ۰/۶۶۷	۰/۰۰۵
۳. شهری روستایی	۱/۲۸۴	۰/۹۸۳ - ۱/۶۸۵	۰/۰۶۶
منطقه	-	-	۰/۰۲۰
منطقه ۱	-	-	-
منطقه ۲	۰/۴۷۳	۰/۲۷۰ - ۰/۸۲۷	۰/۰۰۹
منطقه ۳	۰/۶۵۳	۰/۴۰۸ - ۱/۰۴۵	۰/۰۷۶
منطقه ۴	۰/۶۷۷	۰/۴۴۱ - ۱/۰۳۹	۰/۰۷۴
منطقه ۵	۰/۷۰۶	۰/۴۴۹ - ۱/۱۰۹	۰/۱۳۱
منطقه ۶	۰/۸۷۹	۰/۵۶۸ - ۱/۳۶۰	۰/۵۶۲
منطقه ۷	۰/۳۵۳	۰/۱۷۹ - ۰/۶۹۴	۰/۰۰۳

۱. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مناطق ۲، ۷ بالاتر است.
۲. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مراکز شهری بالاتر است.
۳. میزان رضایت گیرندگان خدمات سن، تحصیلات تعداد فرزند تاثیری ندارد.

جدول ۶۴: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی نسبت به طرح پزشک خانواده در مقایسه با قبل از اجرا با استفاده از روش رگرسیون لوژیستیک بر حسب سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع مرکز و مناطق

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	P value
سن (به سال)	۱/۰۰۵	۰/۹۹۹ - ۱/۰۱۲	۰/۱۲۵
تحصیلات	۱/۰۰۹	۰/۹۸۷ - ۱/۰۳۲	۰/۴۲۸
تعداد فرزندان	۰/۹۷۳	۰/۹۳۲ - ۱/۰۱۶	۰/۲۱۵
نوع مرکز	-	-	< ۰/۰۰۱
۱. روستایی	-	-	-
۲. شهری	۰/۷۴۹	۰/۶۴۰ - ۰/۸۷۷	< ۰/۰۰۱
۳. شهری روستایی	۰/۴۷۱	۰/۳۱۴ - ۰/۷۰۷	< ۰/۰۰۱
منطقه	-	-	< ۰/۰۰۱
منطقه ۱	-	-	-
منطقه ۲	۰/۵۹۷	۰/۴۵۰ - ۰/۷۹۲	< ۰/۰۰۱
منطقه ۳	۰/۷۶۷	۰/۵۹۳ - ۰/۹۹۲	۰/۰۴۳
منطقه ۴	۰/۶۴۰	۰/۴۹۷ - ۰/۸۲۴	۰/۰۰۱
منطقه ۵	۱/۳۸۶	۱/۰۸۵ - ۱/۷۶۹	۰/۰۰۹
منطقه ۶	۰/۶۴۱	۰/۴۸۵ - ۰/۸۴۷	۰/۰۰۲
منطقه ۷	۰/۶۴۱	۰/۴۵۴ - ۰/۹۰۶	۰/۰۱۲

- میزان رضایت گیرندگان خدمات در مناطق ۲، ۳، ۴، ۶ و ۷ بالاتر و در منطقه ۵ کمتر است.
- میزان رضایت گیرندگان خدمات در مراکز شهری و شهری روستایی بالاتر است.
- سن، تحصیلات و تعداد فرزند تاثیر ندارد.

جدول ۶۵: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی گیرندگان برای خدمات دفترچه بیمه روستایی در طرح مربوط با استفاده از روش رگرسیون لوژستیک بر حسب سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع مرکز و مناطق

Pvalue	فاصله اطمینان ۹۵٪	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	نام متغیر
۰/۸۴۹	۰/۹۹۴ – ۱/۰۰۷	۱/۰۰۱	سن (به سال)
۰/۰۶۲	۰/۹۹۹ – ۱/۰۴۱	۱/۰۲۰	تحصیلات
۰/۳۱۷	۰/۳۱۸ – ۰/۶۸۴	۰/۹۸۰	تعداد فرزندان
< ۰/۰۰۱	–	–	نوع مرکز
–	–	–	۱. روستایی
< ۰/۰۰۱	۰/۵۳۴ – ۰/۷۲۰	۰/۶۲۰	۲. شهری
< ۰/۰۰۱	۰/۳۳۷ – ۰/۶۷۱	۰/۴۷۵	۳. شهری روستایی
< ۰/۰۰۱	–	–	منطقه
–	–	–	منطقه ۱
< ۰/۰۰۱	۰/۳۷۴ – ۰/۶۷۱	۰/۵۰۱	منطقه ۲
۰/۰۰۵	۱/۱۰۸ – ۱/۷۷۳	۱/۴۰۱	منطقه ۳
۰/۰۱۸	۰/۵۸۳ – ۰/۹۵۰	۰/۷۴۴	منطقه ۴
< ۰/۰۰۱	۱/۶۹۵ – ۲/۶۹۹	۲/۱۳۹	منطقه ۵
۰/۱۱۴	۰/۶۱۵ – ۱/۰۵۳	۰/۸۰۵	منطقه ۶
< ۰/۰۰۱	۰/۳۱۸ – ۰/۶۸۴	۰/۴۶۶	منطقه ۷

۱. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مناطق ۳، ۴ و ۷ بالاتر و در مناطق ۳ و ۵ کمتر است.
۲. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مراکز شهری و شهری - روستایی بالاتر از روستاهاست.
۳. میزان رضایت گیرندگان خدمات سن، تحصیلات و تعداد فرزند ارتباطی ندارد.

جدول ۶۶: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی گیرندگان برای خدمات اورژانس در طرح مربوط با استفاده از روش رگرسیون لوژستیک بر حسب سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع مرکز و مناطق

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
سن (به سال)	۰/۹۹۹	۰/۹۹۴ - ۱/۰۰۴	۰/۷۰۳
تحصیلات	۱/۰۱۷	۱/۰۰۱ - ۱/۰۳۴	۰/۰۳۹
تعداد فرزندان	۰/۹۸۸	۰/۹۵۷ - ۱/۰۱۹	۰/۴۲۹
نوع مرکز	-	-	۰/۰۱۰
۱. روستایی	-	-	-
۲. شهری	۰/۸۳۸	۰/۷۴۴ - ۰/۹۴۳	۰/۰۰۳
۳. شهری روستایی	۰/۸۱۷	۰/۶۴۴ - ۱/۰۳۷	۰/۰۹۷
منطقه	-	-	< ۰/۰۰۱
منطقه ۱	-	-	-
منطقه ۲	۲/۰۷۴	۱/۶۸۹ - ۲/۵۴۶	< ۰/۰۰۱
منطقه ۳	۱/۰۹۲	۰/۸۹۸ - ۱/۳۲۹	۰/۳۷۸
منطقه ۴	۱/۰۳۵	۰/۸۵۵ - ۱/۲۵۳	۰/۷۲۳
منطقه ۵	۱/۲۴۷	۱/۰۰۴ - ۱/۵۴۹	۰/۰۴۶
منطقه ۶	۱/۱۱۸	۰/۹۰۸ - ۱/۳۷۷	۰/۲۹۲
منطقه ۷	۱/۶۳۴	۱/۲۸۷ - ۲/۰۷۵	< ۰/۰۰۱

۱. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مناطق ۲، ۵ و ۷ کمتر است.
۲. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مراکز شهری بالاتر است.
۳. میزان رضایت گیرندگان خدمات با افزایش تحصیلات کمتر می‌شود.
۴. میزان رضایت گیرندگان خدمات با سن و تعداد فرزند ارتباطی ندارد.

جدول ۶۷: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی گیرندگان برای خدمات تزریقات در طرح مربوط با استفاده از روش رگرسیون لوژیستیک بر حسب سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع مرکز و مناطق

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
سن (به سال)	۰/۹۹۶	۰/۹۹۱ - ۱/۰۰۱	۰/۱۵۶
تحصیلات	۰/۹۹۷	۰/۹۸۰ - ۱/۰۱۳	۰/۶۸۹
تعداد فرزندان	۰/۹۸۶	۰/۱۵۰ - ۰/۲۶۵	۰/۴۰۵
نوع مرکز	-	-	< ۰/۰۰۱
۱. روستایی	-	-	-
۲. شهری	۱/۱۸۴	۱/۰۴۶ - ۱/۳۳۹	۰/۰۰۷
۳. شهری روستایی	۰/۴۴۷	۰/۳۳۰ - ۰/۶۰۷	< ۰/۰۰۱
منطقه	-	-	< ۰/۰۰۱
منطقه ۱	-	-	-
منطقه ۲	۰/۲۹۴	۰/۲۳۹ - ۰/۳۶۲	< ۰/۰۰۱
منطقه ۳	۰/۳۹۷	۰/۳۳۰ - ۰/۴۷۶	< ۰/۰۰۱
منطقه ۴	۰/۳۴۷	۰/۲۸۹ - ۰/۴۱۷	< ۰/۰۰۱
منطقه ۵	۰/۲۹۳	۰/۲۳۷ - ۰/۳۶۴	< ۰/۰۰۱
منطقه ۶	۰/۵۲۵	۰/۴۳۵ - ۰/۶۳۳	< ۰/۰۰۱
منطقه ۷	۰/۲۰۰	۰/۱۵۰ - ۰/۲۶۵	< ۰/۰۰۱

۱. میزان رضایت گیرندگان خدمات تمام مناطق بالاتر از منطقه است.
۲. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مراکز شهری و روستایی بالاتر و در مراکز شهری کمتر است.
۳. سن، تحصیلات و تعداد فرزندان نقشی ندارد.

جدول ۶۸: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی گیرندگان برای خدمات آزمایشگاهی در طرح مربوط با استفاده از روش رگرسیون لوژیستیک بر حسب سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع مرکز و مناطق

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
سن (به سال)	۰/۹۹۸	۰/۹۹۱ – ۱/۰۰۴	۰/۴۵۵
تحصیلات	۱/۰۲۳	۱/۰۰۳ – ۱/۰۴۳	۰/۰۲۳
تعداد فرزندان	۱/۰۱۸	۰/۹۷۸ – ۱/۰۵۹	۰/۰۰۱
نوع مرکز	-	-	۰/۰۰۱
۱. روستایی	-	-	-
۲. شهری	۱/۳۲۱	۱/۱۴۱ – ۱/۵۲۹	< ۰/۰۰۱
۳. شهری روستایی	۱/۱۹۳	۰/۹۲۳ – ۱/۵۴۲	۰/۱۷۷
منطقه	-	-	< ۰/۰۰۱
منطقه ۱	-	-	-
منطقه ۲	۰/۳۴۶	۰/۲۵۸ – ۰/۴۶۳	< ۰/۰۰۱
منطقه ۳	۰/۹۰۵	۰/۷۱۷ – ۱/۱۴۳	۰/۴۰۳
منطقه ۴	۰/۴۹۱	۰/۳۸۳ – ۰/۶۲۹	< ۰/۰۰۱
منطقه ۵	۱/۹۴۳	۱/۵۴۳ – ۲/۴۴۶	< ۰/۰۰۱
منطقه ۶	۱/۵۳۷	۱/۲۲۰ – ۱/۹۳۷	< ۰/۰۰۱
منطقه ۷	۰/۴۹۱	۰/۳۶۰ – ۰/۶۷۱	< ۰/۰۰۱

- میزان رضایت گیرندگان خدمات در مناطق ۲ و ۴ و ۷ بالاتر و در مناطق ۵، ۶، کمتر است.
- میزان رضایت گیرندگان خدمات در مراکز شهری کمتر از سایر مراکز است.
- میران رضایت گیرندگان خدمات با افزایش تحصیلات کمتر می‌شود.

جدول ۶۹: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی گیرندگان برای خدمات تصویربرداری در طرح مربوط با استفاده از روش رگرسیون لوژیستیک بر حسب سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع مرکز و مناطق

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
سن (به سال)	۰/۹۹۸	۰/۹۹۱ - ۱/۰۰۵	۰/۴۹۳
تحصیلات	۱/۰۱۳	۰/۹۹۱ - ۱/۰۳۶	۰/۲۴۴
تعداد فرزندان	۱/۰۳۳	۰/۹۸۷ - ۱/۰۸۲	۰/۱۶۳
نوع مرکز	-	-	۰/۴۷۶
۱. روستایی	-	-	-
۲. شهری	۰/۹۲۴	۰/۷۸۷ - ۱/۰۸۴	۰/۳۳۲
۳. شهری روستایی	۱/۰۶۶	۰/۷۹۱ - ۱/۴۳۵	۰/۶۷۵
منطقه	-	-	< ۰/۰۰۱
منطقه ۱	-	-	-
منطقه ۲	۰/۶۶۲	۰/۴۹۲ - ۱/۸۹۰	۰/۰۰۶
منطقه ۳	۰/۹۶۴	۰/۷۲۹ - ۱/۲۷۵	۰/۷۹۷
منطقه ۴	۱/۶۲۰	۰/۴۶۷ - ۰/۸۲۳	۰/۰۰۱
منطقه ۵	۱/۴۸۰	۱/۱۲۸ - ۱/۹۴۰	۰/۰۰۵
منطقه ۶	۱/۱۶۱	۰/۸۹۲ - ۱/۵۱۱	۰/۲۶۸
منطقه ۷	۰/۶۱۷	۰/۴۳۸ - ۰/۸۷۰	۰/۰۰۶

۱. میزان رضایت گیرندگان خدمات در مناطق ۲، ۴ و ۷ بالاتر و در مناطق ۵ و ۶ کمتر است.

۲. میزان رضایت گیرندگان خدمات در نوع مرکز، سن، تحصیلات و تعداد فرزند تاثیری ندارد.

یافته‌ها ۲: میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت در طرح
پزشک خانواده و نظام ارجاع

جدول ۱ - فراوانی ارائه دهندگان خدمات مورد مطالعه به تفکیک منطقه

استان	پزشک (تعداد)	ماما (تعداد)	جمع
منطقه ۱ ^۱	۲۵۶	۲۴۷	۵۰۳
منطقه ۲ ^۲	۲۷۲	۲۵۱	۵۲۳
منطقه ۳ ^۳	۲۴۸	۲۵۲	۵۰۰
منطقه ۴ ^۴	۲۷۴	۲۷۷	۵۵۱
منطقه ۵ ^۵	۲۶۹	۲۶۹	۵۳۸
منطقه ۶ ^۶	۲۴۷	۲۴۸	۴۹۵
منطقه ۷ ^۷	۲۴۸	۲۵۹	۵۰۷
جمع	۱۸۱۴	۱۸۰۳	۳۶۱۷

در این جدول تعداد پزشکان و ماماهاى مورد مطالعه به تفکیک منطقه ارائه شده است. مجموع افراد مورد مطالعه ۳۶۱۷ نفر در کل مناطق است.

۱. تهران، کرج، گلستان، گیلان، مازندران.
۲. سمنان، خراسان شمالی، خراسان جنوبی، خراسان رضوی.
۳. سیستان و بلوچستان، کرمان، هرمزگان، یزد.
۴. بوشهر، خوزستان، فارس، کهگیلویه و بویراحمد.
۵. کرمانشاه، ایلام، کردستان، همدان، لرستان.
۶. اردبیل، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، زنجان، قزوین.
۷. اصفهان، چهارمحال و بختیاری، قم، مرکزی.

جدول ۲ - فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک نوع مرکز

پزشک		نوع مراکز
درصد	تعداد	
۶۰/۳	۱۰۸۹	روستایی
۵/۶	۱۰۱	شهری
۳۴/۱	۶۱۶	شهری - روستایی
۱۰۰	۱۰۸۶	جمع

۶۰ درصد پزشکان مورد مطالعه در مراکز روستایی و ۳۴ درصد آنان در مراکز شهری - روستایی شاغل هستند.

جدول ۳ - فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک سال فراغت از تحصیل

پزشک		نوع مراکز
درصد	تعداد	
۲۶/۸	۴۷۹	۱۳۸۰ و قبل از آن
۳۸	۶۷۹	۱۳۸۰ - ۸۴
۳۵/۲	۶۳۱	۱۳۸۵ و بالاتر
۱۰۰	۱۷۸۹	جمع

بیش از ۷۳ درصد پزشکان شاغل در طرح پزشک خانواده فارغ التحصیلان بعد از ۱۳۸۰ هستند.

جدول ۴ - فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک دانشگاه فارغ التحصیلی

پزشک		نوع مراکز
درصد	تعداد	
۸۴/۶	۱۴۹۳	دولتی
۱۳/۱	۲۳۱	آزاد
۱/۴	۲۳	سایر دانشگاه‌ها*
۱	۱۸	خارج از کشور
۱۰۰	۱۷۶۵	جمع

* دانشگاه‌های شاهد، فاطمیه، بقیه ا... و ارتش

بیش از ۸۴ درصد شاغلین پزشک در طرح پزشک خانواده از دانشگاه‌های دولتی فارغ التحصیل شده‌اند و ۱ درصد آنان فارغ التحصیلان خارج از کشور هستند.

جدول ۵ - فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک جنس

پزشک		جنس
درصد	تعداد	
۵۱/۳	۹۱۳	مذکر
۴۸/۷	۸۶۷	مونث
۱۰۰	۱۷۸۰	جمع

جدول ۶- فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک سن

پزشک		سن (سال)
درصد	تعداد	
۰/۷	۱۲	۲۱-۲۵
۴۰/۱	۷۱۸	۲۶-۳۰
۳۱/۷	۵۶۸	۳۱-۳۵
۱۵/۶	۲۷۹	۳۶-۴۰
۸/۸	۱۵۷	۴۱-۴۵
۲	۳۶	۴۶-۵۰
۰/۸	۱۴	۵۱-۵۵
۰/۳	۵	بیش از ۵۵
۱۰۰	۱۷۸۹	جمع

بیش از ۸۷ درصد از پزشکان مورد مطالعه بین ۲۶ تا ۴۰ سال سن دارند.

جدول ۷- فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک وضعیت تاهل

پزشک		وضعیت تاهل
درصد	تعداد	
۲۹/۸	۵۲۸	مجرد
۷۰/۲	۱۲۴۵	متاهل
۱۰۰	۱۷۷۳	جمع

۷۰/۲ درصد از پزشکان مورد مطالعه متاهل هستند.

جدول ۸ - فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک تعداد فرزندان

پزشک		تعداد فرزندان
درصد	تعداد	
۳۶/۶	۴۵۵	۱ فرزند
۱۵/۸	۱۹۷	۲ فرزند
۲/۳	۲۸	۳ فرزند
۰/۴	۵	۴ فرزند
۴۴/۹	۵۵۹	بدون فرزند
۱۰۰	۱۲۴۴	جمع

۴۴/۹ درصد از پزشکان متأهل مورد مطالعه فرزند ندارند.

جدول ۹ - فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک محل تولد

پزشک		محل تولد
درصد	تعداد	
۴۶/۹	۸۴۵	مرکز استان
۵۲/۷	۹۴۹	شهرستان
۰/۴	۸	سایر
۱۰۰	۱۸۰۱	جمع

۴۶/۹ درصد پزشکان مورد مطالعه متولد مراکز استان‌ها هستند و ۵۲/۷ درصد ایشان متولد شهرستان هستند.

جدول ۱۰- فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک مدت اشتغال بر حسب ماه

پزشک		اشتغال بر حسب ماه
درصد	تعداد	
۲۸	۴۸۸	۱ - ۱۲
۱۹/۷	۳۴۴	۱۳ - ۲۴
۱۷/۲	۳۰۰	۲۵ - ۳۶
۳۵/۱	۶۱۱	> ۳۶
۱۰۰	۱۷۴۳	جمع

جدول ۱۱- فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک وضعیت استخدامی

پزشک		وضعیت استخدامی
درصد	تعداد	
۱۸/۶	۳۳۶	طرحی
۰/۶	۱۱	پیام‌آور بهداشت
۶۰	۱۰۸۲	قرارداد پزشک خانواده
۱۶/۴	۲۹۴	پیمانی
۴/۳	۷۸	رسمی
/۱	۲	سایر*
۱۰۰	۱۸۰۴	جمع

۶۰ درصد پزشکان مورد مطالعه، قرارداد پزشک خانواده دارند.

* شبهه پیمانی.

جدول ۱۲ - فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک نوع سکونت

پزشک		نوع سکونت
درصد	تعداد	
۳۶/۱	۶۴۸	غیر بیتوته
۳۸/۴	۶۸۸	بیتوته مداوم
۲۵/۵	۴۵۷	بیتوته غیرمداوم
۱۰۰	۱۷۹۳	جمع

بیش از ۷۳ درصد پزشکان مورد مطالعه دارای وضعیت بیتوته مداوم یا غیر مداوم هستند.

جدول ۱۳ - فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک وضعیت محل خدمت

پزشک		
درصد	تعداد	
۱۱/۷	۲۱۰	محل تولد شما است
۱۱/۵	۲۰۷	محل زندگی شما قبل از اشتغال به کار بوده است
۱۸/۴	۳۳۰	هر دو گزینه ۱ و ۲
۵۸/۳	۱۰۴۶	هیچکدام
۱۰۰	۱۷۹۳	جمع

بیش از ۵۸ درصد پزشکان مورد مطالعه در محلی خدمت می‌کنند که نه محل تولد و نه محل زندگی قبلی ایشان بوده است.

جدول ۱۴- فراوانی صدور قرارداد یا حکم برای افراد مورد مطالعه

پزشک		ارائه دهنده خدمت صدور حکم
درصد	تعداد	
۶۸/۲	۱۱۹۷	بله
۲۱/۵	۳۷۸	خیر
۱۰/۳	۱۸۰	نمی‌دانم
۱۰۰	۱۷۵۵	جمع

۶۸/۲ درصد از پزشکان مورد مطالعه ذکر نموده اند که قرارداد برای ایشان صادر شده است.

جدول ۱۵ - وضعیت مدت زمان فعلی و قبلی ارائه دهندگان خدمت

فعلی		قبلی		قرارداد مدت زمان عقد قرارداد
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۰/۵	۳۸۷	۲۰/۵	۲۶۷	> ۳ ماه
۷/۴	۹۴	۸/۸	۱۱۵	۳ - ۶
۵۱/۱	۶۴۸	۶۲/۷	۸۱۶	۷ - ۱۲
۱۰/۳	۱۳۰	۵/۲	۶۸	۱۳ - ۲۴
۰/۶	۸	۲/۷	۳۵	۲۵ - ۳۶
-	-	-	-	بیش از ۳۶
۱۰۰	۱۲۶۷	۱۰۰	۱۳۰۱	جمع

۲۹/۴ درصد از پزشکان مورد مطالعه دارای قرارداد قبلی ۶ ماهه یا کمتر هستند و ۳۷/۹ درصد از ایشان دارای قرارداد فعلی ۶ ماهه یا کمتر هستند.

جدول ۱۶ - فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک نوع بیمه

پزشک		ارائه دهنده خدمت نوع بیمه
درصد	تعداد	
۸۶/۵	۱۵۲۸	تامین اجتماعی
۷/۵	۱۳۳	خدمات درمانی
۱/۸	۳۰	بیمه تامین اجتماعی همراه سایر بیمه‌ها
۳/۲	۵۷	هیچ کدام
۱	۱۷	سایر موارد*

۸۸/۳ درصد از پزشکان مورد مطالعه دارای بیمه تامین اجتماعی به تنهایی یا همراه سایر بیمه‌ها هستند و ۷/۵ درصد از ایشان بیمه خدمات درمانی دارند و ۳/۲ درصد هیچ بیمه‌ای ندارند.

جدول ۱۷ - فراوانی پزشکان مورد مطالعه به تفکیک روزهای موظفی در قرارداد

پزشک		ارائه دهنده خدمت روزهای موظفی
درصد	تعداد	
۰/۲	۳	$10 \leq$
۱/۵	۲۴	۱۰ - ۲۰
۹۸/۴	۱۶۱۲	> 20
۱۰۰	۱۶۳۹	جمع

* غالب موارد بیمه‌های نیروی مسلح هستند.

جدول ۱۸ - وضعیت سازمانهای ارزیابی کننده از دیدگاه افراد مورد مطالعه

پزشک		ارائه دهنده خدمت موضوعات
درصد	تعداد	
۱۳/۷	۲۳۷	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
۶/۴	۱۱۱	سازمان بیمه خدمات درمانی
۷۸/۶	۱۳۶۱	هر دو سازمان
۰/۷	۱۲	هر دو سازمان فوق الذکر و فرمانداری*
۰/۳	۶	هر دو سازمان فوق الذکر و سازمان بازرسی
۰/۳	۵	هر دو سازمان فوق الذکر و تامین اجتماعی
۱۰۰	۱۷۳۲	جمع

بیش از ۹۳ درصد پزشکان مورد مطالعه دانشگاه علوم پزشکی را به عنوان سازمان ارزیابی کننده ذکر نموده‌اند.

۸۶/۳ درصد از ایشان سازمان بیمه خدمات درمانی را به عنوان سازمان ارزیابی کننده ذکر نموده‌اند.

* بخش‌داری و استانداری را نیز در بر می‌گیرد.

جدول ۱۹ - وضعیت مفاد قرارداد یا احکام حقوقی از دیدگاه پزشکان

رضایت		بلی		خیر		نمی‌دانم		جمع	
موضوعات		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آیا از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی اطلاع دارید		۱۱۷۴	۶۶	۴۴۶	۲۵/۱	۱۶۰	۹	۱۷۸۰	۱۰۰
آیا یک نسخه از قرارداد یا احکام حقوقی به شما تحویل داده شده است		۱۱۰۹	۶۲/۱	۶۲۹	۳۵/۱	۵۰	۲/۸	۱۷۸۵	۱۰۰
آیا دریافته‌اید شما طبق قرارداد یا احکام حقوقی است		۸۴۷	۴۷/۹	۴۸۴	۲۷/۴	۴۳۷	۲۴/۷	۱۷۶۸	۱۰۰
آیا زمان پرداخت‌ها طبق قرارداد یا احکام حقوقی انجام شده است		۳۵۶	۲۰/۱	۱۲۳۲	۶۹/۵	۱۸۵	۱۰/۴	۱۷۷۳	۱۰۰
آیا از مبلغ قرارداد یا احکام حقوقی در هر ماه (۳۰ - ۲۰ درصد) کسر شده است		۱۳۰۴	۷۴	۱۵۸	۹	۳۰۰	۱۷	۱۷۶۲	۱۰۰
آیا برای پرداخت مبلغ کسر شده (۳۰ - ۲۰ درصد) از معیارهای پایش و ارزیابی استفاده می‌شود		۱۱۴۳	۶۵	۱۷۹	۱۰	۴۳۹	۲۵	۱۷۵۸	۱۰۰
آیا زمان پرداخت مبلغ کسر شده (۳۰ - ۲۰ درصد) ماهیانه طبق قرارداد/ یا احکام حقوقی انجام شده است		۴۰۹	۲۴	۹۳۰	۵۴/۵	۳۶۶	۲۱/۵	۱۷۰۵	۱۰۰
آیا از فرمول پرداخت به خود به عنوان پزشک / ماما اطلاع دارید		۸۱۱	۴۶	۸۰۵	۴۵/۶	۱۴۸	۸/۴	۱۷۶۴	۱۰۰
آیا هر ماه به شما فیش حقوقی ارائه می‌شود		۷۳۸	۴۲/۲	۹۴۶	۵۴/۱	۶۳	۳/۶	۱۷۴۷	۱۰۰
(در مورد خانم‌ها) آیا از امکانات قانونی مرخصی زایمان برخوردار هستید		۲۶۰	۳۳/۲	۱۷۲	۲۲	۳۵۰	۴۴/۸	۷۸۲	۱۰۰
(در مورد خانم‌ها) آیا از امکانات قانونی پاس شیر دهی برخوردار هستید		۲۹۶	۳۷/۷	۱۴۴	۱۸/۳	۳۴۶	۴۴	۷۸۶	۱۰۰
آیا ماهانه به شما مرخصی تعلق می‌گیرد؟		۱۶۳۰	۹۲/۶	۹۰	۵/۱	۴۰	۲/۳	۱۷۶۰	۱۰۰

۶۲/۱ درصد پزشکان مورد مطالعه ذکر نموده‌اند که یک نسخه از قرارداد به ایشان تحویل داده شده است و ۴۷/۹ درصد ذکر نموده‌اند که میزان دریافتی آنان مطابق قرارداد است، و تنها ۲۰/۱ درصد زمان پرداخت را مطابق قرارداد ذکر نموده‌اند. ۴۲/۲ درصد از پزشکان مورد مطالعه هر ماه فیش حقوقی دریافت می‌دارند.

جدول ۲۰ - وضعیت ارائه برنامه مکتوب به پزشکان

وضعیت		بلی		خیر		نمی‌دانم		جمع	
موضوعات		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
آیا جدیدترین نسخه طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده به صورت مکتوب یا CD در اختیار شما قرار دارد؟		۴۶/۴	۸۲۲	۴۹/۸	۸۲۲	۳/۸	۶۷	۱۷۷۱	۱۰۰
آیا راهنماهای بالینی (guide line) جهت تصمیم‌گیری پزشکی به صورت مکتوب یا CD در اختیار شما قرار دارد؟		۵۶/۶	۱۰۰۱	۳۹/۴	۶۹۸	۴	۷۱	۱۷۷۰	۱۰۰
آیا دستورالعمل‌های اجرایی جهت ارائه خدمات و روندهای اجرایی به صورت مکتوب یا CD در اختیار شما قرار دارد؟		۶۳/۵	۱۱۲۴	۳۱/۸	۵۶۳	۴/۷	۸۴	۱۷۷۱	۱۰۰
آیا نحوه ثبت اطلاعات پرونده مراجعین، فرم‌ها و دستورالعمل تکمیل آن به صورت مکتوب یا CD وجود دارد؟		۵۸/۴	۱۰۳۵	۳۵/۸	۶۳۴	۵/۸	۱۰۲	۱۷۷۱	۱۰۰
آیا شرح وظایف شما (اعضای تیم سلامت) به صورت مکتوب یا CD مشخص است؟		۸۰/۲	۱۴۱۵	۱۶/۳	۲۸۸	۳/۵	۶۲	۱۷۶۵	۱۰۰
آیا شما به عنوان پزشک خانواده/ ماما جلسات آموزشی بصورت کلاس، کارگاه یا کارآموزی و در زمینه راهنماهای علمی و مراحل اجرای طرح داشته‌اید؟		۸۵/۵	۱۵۰۷	۱۴/۵	۲۵۵	۰	۰	۱۷۶۲	۱۰۰

بیش از ۸۰ درصد پزشکان شرح وظایف خود را مشخص ذکر نموده و در کلاسهای آموزشی مربوط نیز شرکت داشته‌اند. اما کمتر از ۶۰ درصد پزشکان مورد مطالعه برنامه مکتوب را در اختیار دارند.

جدول ۲۱- زمان ارائه آموزش‌های مربوط به طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع

درصد	تعداد	زمان آموزش‌ها
۱۴/۴	۲۲۱	قبل از شروع کار
۵۰	۷۶۹	ضمن خدمت
۳۵/۶	۵۴۷	هر دو
۱۰۰	۱۵۳۷	جمع

۵۰ درصد پزشکان آموزش‌های مربوط به طرح را ضمن خدمت دریافت نموده‌اند و ۳۵/۶ درصد آنان در هر دو زمان ضمن خدمت و قبل از شروع کار.

جدول ۲۲- مدت زمان ارائه آموزش در رابطه با طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع

درصد	تعداد	زمان آموزش‌ها(ساعت)
۲۹/۳	۳۰۲	$5 \geq$
۲۴/۳	۲۵۱	۶-۱۰
۱۹/۳	۱۹۹	۱۱-۲۵
۲۷/۳	۲۸۰	$25 <$
۱۰۰	۱۰۳۲	جمع

بیش از ۵۳ درصد از پزشکان ۱۰ ساعت یا کمتر آموزش داشته‌اند.

جدول ۲۳ - افراد ارائه دهنده آموزش به پزشکان

درصد	تعداد	آموزش دهندگان
۱۵/۹	۲۸۴	پزشک
۱۵	۲۶۹	متخصص
۴۲/۳	۷۵۶	کارشناس
۱۴/۵	۲۶۰	ستاد شهرستان
۵/۴	۹۶	کاردان
۶/۹	۱۲۳	سازمان بیمه خدمات و درمانی
۱۰۰	۱۷۸۸	جمع

۳۰/۹ درصد پزشکان ذکر نموده‌اند که ارائه دهنده آموزش پزشک یا متخصص بوده است و ۲۱/۴ درصد آنان سازمان یا ستاد مربوط ارائه دهنده آموزش را بدون مشخص نمودن مقطع علمی ذکر نموده‌اند.

جدول ۲۴ - وضعیت استمرار آموزش‌های طرح پزشک خانواده

جمع		نمی‌دانم		خیر		بلی		استمرار آموزش‌ها
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۱۵۰۸	۱۱/۱	۱۶۷	۴۲/۱	۶۳۵	۴۶/۸	۷۰۶	

۴۶/۸ درصد پزشکان آموزش‌های طرح پزشک خانواده را مستمر ذکر نموده‌اند.

جدول ۲۵ - زمان ارائه خدمات پزشکی به هر بیمار

مدت زمان ویزیت (دقیقه)	تعداد	درصد
$t \leq 5$	۶۰۳	۳۶/۵
$5 < t \leq 10$	۷۷۶	۴۶/۹
$10 < t \leq 15$	۲۱۹	۱۳/۲
$15 < t \leq 20$	۴۴	۲/۷
$t > 20$	۱۱	۰/۷
جمع	۱۶۵۳	۱۰۰

۸۳/۴ درصد پزشکان ۱۰ دقیقه یا کمتر برای ویزیت بیمار زمان صرف می‌نمایند.

جدول ۲۶ - کفایت زمان ارائه خدمت توسط پزشک

بلی		خیر		نمی‌دانم		جمع		
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۸۶۶	۵۱/۹	۷۵۶	۴۵/۳	۴۷	۲/۸	۱۶۶۹	۱۰۰	آیا به نظر شما این زمان جهت انجام فرآیندهای ویزیت بیمار کفایت می‌کند

۵۱/۹ درصد پزشکان زمان ارائه خدمت را کافی می‌دانند و ۴۵/۳ درصد این زمان را ناکافی ذکر نموده‌اند.

جدول ۲۷ - میزان رضایتمندی پزشکان از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی $n = 1814$

موضوعات	وضعیت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
به موقع بودن تمدید قراردادها یا احکام حقوقی (در صورت تمایل شما به تمدید)	۶/۴	۱۶/۸	۳۳/۳	۲۱/۵	۲۲/۱	۱۰۰	
کل مبلغ قرارداد یا احکام حقوقی	۱	۶/۷	۲۶/۵	۳۳/۳	۳۲/۵	۱۰۰	
مدت زمان عقد قرارداد یا احکام حقوقی رضای	۳/۴	۱۵/۷	۳۸/۷	۲۳/۴	۱۸/۹	۱۰۰	
نحوه کسورات ناشی از پایش و ارزشیابی	۳/۱	۱۰/۲	۲۲/۹	۲۶/۳	۳۷/۴	۱۰۰	
میزان دریافتی ماهیانه خود	۱	۵/۷	۲۳/۲	۳۰/۹	۳۹/۲	۱۰۰	
نحوه پرداخت مابقی حقوق (کسورات پایش و ارزشیابی)	۱/۵	۶/۴	۱۹/۷	۲۸/۷	۴۳/۶	۱۰۰	
میزان دریافتی شما به عنوان پزشک خانواده/ ماما در مقایسه با سایر رده‌های تخصصی ارائه خدمت	۰/۸	۷/۳	۲۳/۴	۲۸/۳	۴۰/۲	۱۰۰	
میزان دریافتی شما به عنوان پزشک خانواده/ ماما متناسب با نوع خدمات ارائه شده توسط شما	۰/۷	۵/۴	۱۸/۵	۳۴/۵	۴۰/۸	۱۰۰	
شرایط استفاده از مرخصی	۳/۹	۱۹/۷	۳۵/۷	۱۹/۸	۲۰/۹	۱۰۰	
وضعیت تاثیر "شیفت کاری در روزهای تعطیل" در دریافتی	۲/۱	۶/۸	۲۴/۱	۲۴/۷	۴۲/۳	۱۰۰	
در آمد خود در رابطه با "بیماران غیر بیمه روستایی"	۰/۵	۳/۷	۱۶/۷	۲۳	۵۶/۱	۱۰۰	
وضعیت پرداخت برای بیماران مسافر (دارای دفترچه روستایی)	۲	۵/۷	۲۳/۶	۲۱/۶	۴۷/۱	۱۰۰	
وجود "سازمان یا مقام خاصی" در موارد پیگیری مشکلات حقوق و دریافتی	۳/۱	۷/۷	۱۹/۶	۲۵/۳	۴۴/۳	۱۰۰	
شرایط فرمول پرداخت	۱/۱	۶/۴	۲۸/۷	۲۹/۳	۳۴/۵	۱۰۰	

همانطور که ملاحظه می‌شود میزان رضایت بسیار زیاد یا زیاد پزشکان از مفاد قرارداد در غالب موضوعات قرارداد یا احکام کمتر از ۲۰ درصد است.

جدول ۲۸ - میزان رضایتمندی پزشکان از ابعاد پایش و ارزیابی طرح

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
نحوه برخورد کسانی که از طرف دانشگاه علوم پزشکی (شبکه بهداشت و درمان) پایش و ارزیابی طرح را انجام می‌دهند	۸/۵	۲۷/۶	۳۶	۱۳/۱	۱۴/۸	۱۰۰	
توانمندی و کفایت کسانی که از دانشگاه علوم پزشکی (شبکه بهداشت و درمان) پایش و ارزیابی طرح را انجام می‌دهند	۷/۲	۲۴/۱	۳۵	۱۷	۱۶/۷	۱۰۰	
نحوه برخورد کسانی که از طرف سازمان بیمه خدمات درمانی پایش و ارزیابی طرح را انجام می‌دهند	۲۳/۹	۴۱/۹	۲۵	۵/۵	۳/۸	۱۰۰	
توانمندی و کفایت کسانی که از طرف سازمان بیمه خدمات درمانی پایش و ارزیابی طرح را انجام می‌دهند	۱۹/۸	۳۹	۳۰/۴	۶/۶	۴/۳	۱۰۰	
بازخورد نتایج پایش و ارزشیابی پزشک/ ماما از طرف سازمان بیمه خدمات درمانی به شما	۱۰	۲۳/۷	۲۷/۱	۲۰	۱۹/۲	۱۰۰	
بازخورد نتایج پایش و ارزشیابی پزشک/ ماما از طرف دانشگاه علوم پزشکی (شبکه بهداشت و درمان) به شما	۹/۱	۲۸/۳	۲۹/۱	۱۷/۸	۱۵/۷	۱۰۰	

میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد از ابعاد پایش و ارزیابی کمتر از ۴۰ درصد است البته رضایت از برخورد و کفایت نمایندگان سازمان بیمه خدمات درمانی نسبت به نمایندگان دانشگاه‌ها بیشتر است که به حدود ۶۰ درصد می‌رسد.

جدول ۲۹- میزان رضایتمندی پزشکان از وضعیت اجرایی طرح

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
کیفیت راهنمای بالینی (guide line) که جهت تصمیم‌گیری پزشکی در اختیار شما قرار دارد	۵/۳	۲۵/۲	۴۰/۸	۱۶/۲	۱۲/۵	۱۰۰	
کیفیت دستورالعمل‌های اجرایی که جهت ارائه خدمات و روندهای اجرایی در اختیار شما قرار دارد	۴/۲	۲۱/۶	۴۴/۵	۱۸/۵	۱۱/۱	۱۰۰	
وضوح و مشخص بودن وظایف و خدماتی که باید ارائه دهید	۳/۴	۲۱/۵	۳۸/۵	۲۳	۱۳/۵	۱۰۰	
چقدر از تناسب حجم کار و زمان کاری خود راضی هستید؟	۰/۸	۹/۴	۲۴	۲۶/۷	۳۹/۲	۱۰۰	
تناسب توانایی‌های کسب شده در دوره تحصیلی با وظایف خود در این طرح	۴/۷	۲۲/۴	۳۱/۵	۲۲/۲	۱۹/۱	۱۰۰	
وظایفی که به موجب طرح به عهده‌ی شما گذاشته شده (مثلا در مورد ماماها، تزریقات، نوبت‌دهی و ... و در مورد پزشکان گزارش‌دهی، جمع‌آوری آمار و ...)	۱/۸	۸/۹	۲۷/۵	۲۶/۸	۳۴/۹	۱۰۰	
میزان ساعات کاری خود در ماه	۱/۵	۹/۹	۲۷/۳	۲۷/۴	۳۴	۱۰۰	
آموزش‌های داده شده برای این طرح	۲/۵	۱۶/۸	۳۹/۷	۲۴	۱۶/۹	۱۰۰	

میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد از ابعاد اجرایی طرح حداکثر حدود ۳۰ درصد و در غالب موارد کمتر از آن است.

میزان رضایت از تناسب حجم کار و زمان کاری حدود ۱۰ درصد است میزان رضایت از تناسب توانایی کسب شده در طی تحصیلات با وظایف حدود ۲۷ درصد است.

جدول ۳۰ - میزان رضایتمندی پزشکان از شرایط و امکانات طرح

جمع (درصد)	بسیار کم (درصد)	کم (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	بسیار زیاد (درصد)	رضایت موضوعات
۱۰۰	۱۸/۹	۲۱/۸	۳۱/۲	۲۴/۶	۳/۵	طیف خدمات آزمایشگاهی که مجاز به تجویز آنها هستید
۱۰۰	۱۶/۴	۱۷/۹	۳۴/۵	۲۶/۹	۴/۳	طیف خدمات رادیولوژی که مجاز به تجویز آنها هستید
۱۰۰	۲۲/۹	۲۷/۳	۲۸/۲	۱۸/۵	۳/۲	طیف داروهایی که مجاز به تجویز آن هستید
۱۰۰	۳۰/۹	۲۷/۳	۲۷/۳	۱۱/۹	۲/۶	محدودیت درصد ارجاع به سطوح تخصصی
۱۰۰	۲۲/۴	۲۵/۵	۳۵/۷	۱۴/۸	۱/۶	وضعیت ارائه خدمات در سطوح بالاتر که بیماران را ارجاع می‌دهید
۱۰۰	۴۸/۴	۲۷/۸	۱۶/۸	۵/۷	۱/۲	بازخورد (فیدبک) متخصصین در رابطه با بیمارانی که ارجاع می‌دهید
۱۰۰	۵/۶	۲/۸	۵/۷	۱۷/۳	۶۸/۵	مواجه بودن با تقاضاهای بی مورد مردم در مورد ارجاع
۱۰۰	۴/۵	۴/۲	۹/۴	۲۴/۶	۵۷/۳	مواجه بودن با درخواستهای بی مورد مردم برای تجویز دارو
۱۰۰	۵/۷	۱۶/۴	۲۰/۲	۲۸/۸	۲۸/۹	مواجه بودن با درخواست مردم برای استفاده از دفترچه بیمه روستایی سایرین
۱۰۰	۷۱	۱۷/۲	۸/۹	۲/۱	۰/۸	وضعیت تعلق مزایای غذا (مزایای نقدی یا غیرنقدی)
۱۰۰	۳۱/۶	۱۴/۱	۲۲/۷	۲۰/۹	۱۰/۶	شرایط رفت و آمد روزانه به محل اشتغال به کار خود

میزان رضایت از شرایط و امکانات طرح حدود ۳۰ درصد و غالباً کمتر از آن است. میزان مواجهه با تقاضاهای بی مورد تجویز دارو و ارجاع و استفاده از دفترچه سایرین به ترتیب بیش از ۸۱، ۸۵ و ۵۷ درصد است.

جدول ۳۱ - علل عدم رضایت از شرایط رفت و آمد از نظر پزشکان

درصد	تعداد	علل
۵۷/۴	۵۵۲	ترکیب زمان و هزینه و وسیله نقلیه مورد نیاز
۲۱/۹	۲۱۰	وسیله نقلیه مورد نیاز
۵/۲	۵۰	زمان مورد نیاز برای تردد
۱/۳	۱۳	هزینه مورد نیاز برای تردد
۲/۹	۲۹	مشکلات جاده‌ای (به تنهایی و یا به همراه سایر موارد)
۲/۳	۲۳	ترکیب وسیله نقلیه مورد نیاز و سایر موارد
۱/۳	۱۳	ترکیب زمان، هزینه و سایر موارد
۲/۵	۲۵	محدود بودن سوخت (به تنهایی و یا به همراه سایر موارد)
۱	۱۰	نامناسب بودن سرویس
۰/۵	۵	مشکل تردد در روزهای تعطیل و سایر موارد
۱۰۰	۹۶۵	جمع

بیش از ۹۶ درصد از پزشکان مورد مطالعه مشکلات تردد به محل خدمت را شامل زمان، هزینه، وسیله نقلیه و مشکلات جاده‌ای ذکر نموده‌اند.

جدول ۳۲- میزان رضایتمندی پزشکان از در اختیار بودن وسایل و

تجهیزات مورد نیاز طرح

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
وضعیت وسایل معاینه مورد نیاز (نظیر گوشی، فشار سنج، تخت معاینه و تخت ژنیکولوژی)	۱۴/۲	۳۹/۳	۲۹/۳	۱۰/۵	۶/۷	۱۰۰	
وضعیت اتاق معاینه از نظر شرایط فیزیکی (مساحت، تهویه، نور، نظافت)	۱۲/۶	۳۳/۴	۲۶/۹	۱۴/۴	۱۲/۷	۱۰۰	
وضعیت اتاق معاینه از نظر سیستم سرمایشی و گرمایشی	۱۰/۴	۲۹/۵	۲۶/۵	۱۹/۷	۱۳/۹	۱۰۰	
دسترسی به تلفن در محل کار خود راضی	۱۳/۴	۳۰/۹	۲۰/۱	۱۵	۲۰/۶	۱۰۰	
وضعیت امکانات تشخیصی آزمایشگاهی	۴/۴	۱۹/۷	۳۹	۱۹/۷	۱۷/۲	۱۰۰	
وضعیت امکانات تشخیصی تصویربرداری	۳/۲	۱۷/۱	۳۰/۳	۱۸/۷	۳۰/۷	۱۰۰	
تجهیز داروخانه با لیست داروهای الزامی	۹/۳	۳۲/۶	۳۱/۶	۱۴/۸	۱۱/۶	۱۰۰	
وضعیت دسترسی به سایر اقلام داروهای مورد نیاز علاوه بر داروهای (فوق الذکر)	۵/۴	۲۱/۳	۳۰/۳	۲۳/۶	۱۹/۴	۱۰۰	
محدودیت تعداد اقلام دارویی در یک نسخه	۲/۷	۷/۹	۲۴/۸	۳۰/۱	۳۴/۵	۱۰۰	
وضعیت امکان انجام "پاپ اسمیر (این سوال به ماما مرتبط است)	۱۲/۱	۲۸/۱	۳۱/۳	۱۱	۱۷/۴	۱۰۰	
مشخص بودن فرایندهای ارائه خدمت در مراجعات اورژانسی	۲/۵	۱۵/۲	۴۰/۷	۲۴/۲	۱۷/۴	۱۰۰	
چقدر از وضعیت امکانات در شرایط اورژانسی (تجهیزات، ست اورژانس و ...) راضی هستید؟	۴	۲۱/۲	۳۸/۱	۲۰/۱	۱۶/۶	۱۰۰	
وضعیت نقل و انتقال بیماران در صورت نیاز در موارد اورژانسی	۴/۸	۲۱/۲	۲۹/۳	۲۱/۴	۲۳/۳	۱۰۰	
امکانات مورد نیاز جهت دهگردشی مانند امکانات رفت و آمد	۹	۲۹/۴	۳۰/۷	۱۵/۸	۱۵	۱۰۰	
شرایط حضور در محل کار پس از ساعت اداری (۱۳:۳۰) (علیرغم خروج سایر پرسنل مرکز)	۱/۷	۷/۱	۱۹	۱۸/۳	۵۴	۱۰۰	

میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد پزشکان در زمینه وسایل و تجهیزات مورد نیاز ارائه خدمات از ۱۰/۶ درصد برای محدودیت تعداد اقلام دارویی تا ۵۳/۵ درصد برای وسایل معاینه مورد نیاز متغیر است.

رضایت از شرایط مراجعات اورژانسی حدود ۱۷/۷ درصد است و رضایت از شرایط حضور در محل کار پس از ساعات اداری ۸/۸ درصد است.

جدول ۳۳ - وضعیت استمرار اشتغال به این شغل ۱۸۱۴ = n

موضوعات	استمرار	بلی (درصد)	خیر (درصد)	نمی‌دانم (درصد)	جمع (درصد)
اشتغال در این طرح	۳۰/۸	۳۶/۸	۳۲/۳	۱۰۰	
توصیه به سایر همکاران جهت اشتغال در این طرح	۲۳/۵	۴۹/۷	۲۶/۸	۱۰۰	

شاخصهای استمرار اشتغال در مورد قصد ادامه در شغل ۳۰/۸ درصد و در مورد توصیه به اشتغال ۲۳/۵ درصد است.

جدول ۳۴ - علل عدم تمایل به ادامه اشتغال در این شغل توسط پزشکان

علل	فراوانی	تعداد	درصد
میزان حقوق	۷۴۸	۱۸/۹	
حجم کار	۷۲۶	۱۸/۴	
میزان مرخصی	۳۴۸	۸/۸	
امنیت شغلی	۵۳۲	۱۳/۵	
شرایط محیط کار	۵۰۰	۱۲/۶	
شرایط محل زندگی	۴۴۹	۱۱/۳	
ادامه تحصیل	۶۲۴	۱۷	
مسائل مربوط به خانواده	۶	۰/۱۵	
نقص در سازماندهی کار	۲۲	۰/۵	
جمع*	۳۹۵۵	۱۰۰	

بیشترین دلایل عدم تمایل به ادامه اشتغال شامل میزان حقوق، حجم کار، وضعیت امنیت شغلی و شرایط محیط کار و زندگی هستند.

* ارائه دهندگان خدمات به بیش از یک علت در مورد عدم اشتغال اشاره نموده‌اند، که این امر باعث تعدد پاسخ‌ها شده و بدین ترتیب جمع علل بیش از تعداد ارائه دهندگان خدمات شده است.

جدول ۳۵ - علل ادامه اشتغال در این شغل توسط پزشکان

علل	تعداد	درصد
انگیزه‌های مالی	۵۸	۱۱/۲
انگیزه خدمت به مردم	۳۰	۵/۸
علاقتمندی به شغل	۵۷	۱۱
مطلوب بودن طرح	۲۹	۵/۴
امنیت محیط کار	۱۰	۱/۸
کمبود شغل	۱۱۱	۲۱/۴
وابسته به شرایط	۴۹	۹/۵
امید به بهبود شرایط	۴۹	۹/۵
انگیزه مالی همراه با سایر علل	۷۴	۱۴/۳
خدمت همراه با سایر علل	۳۰	۵/۸
علاقتمندی و سایر علل	۱۵	۲/۹
کمبود شغل و سایر علل	۹	۱/۷
جمع	۵۲۱	۱۰۰

بیشترین دلایل تمایل به ادامه اشتغال شامل کمبود شغل، انگیزه مالی و پس از این موارد علاقتمندی به شغل است.

جدول ۳۶ - فراوانی موثر بودن طرح از دیدگاه پزشکان $n = ۱۸۱۴$

فراوانی	بلی (درصد)	خیر (درصد)	نمی‌دانم (درصد)	جمع (درصد)
موثر بودن	۵۹/۵	۲۹/۱	۱۱/۵	۱۰۰

از دیدگاه ۵۹/۵ درصد پزشکان طرح پزشک خانواده، این طرح اثربخش است.

جدول ۳۷ - وضعیت رضایت پزشکان از شرایط بیتوته n = ۱۱۴۵

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
فضای واحد مسکونی که در اختیار شماست	۷/۹	۲۸	۳۳/۱	۱۶/۹	۱۴/۱	۱۰۰	
وضعیت سازه‌ای واحد مسکونی	۶	۲۷	۳۱/۹	۱۹/۴	۱۵/۸	۱۰۰	
تجهیزات واحد مسکونی (نظیر) لوازم خانگی و	۳/۹	۱۷/۷	۳۲/۶	۲۶/۲	۱۹/۷	۱۰۰	
وضعیت آب آشامیدنی در واحد مسکونی خود	۵/۳	۲۱/۸	۲۴/۲	۱۸/۴	۳۰/۳	۱۰۰	
وضعیت سرویس توالت بهداشتی در واحد مسکونی خود	۶/۴	۳۱/۴	۳۱/۸	۱۶/۲	۱۴/۱	۱۰۰	
وضعیت برق در واحد مسکونی	۹/۴	۴۲/۲	۲۶/۹	۱۲/۱	۹/۴	۱۰۰	
وضعیت حمام در واحد مسکونی	۷/۵	۳۰/۴	۳۰/۴	۱۳/۷	۱۸/۱	۱۰۰	
وضعیت تلفن در واحد مسکونی	۱۰/۱	۲۴	۲۱/۳	۱۳/۹	۳۰/۷	۱۰۰	
وضعیت کف پوش در واحد مسکونی	۵	۲۴/۲	۳۰/۵	۱۷/۱	۲۳/۲	۱۰۰	
وضعیت سرمایشی در واحد مسکونی	۸/۳	۲۹/۴	۲۷/۵	۱۵/۲	۱۹/۶	۱۰۰	
وضعیت سیستم گرمایشی در واحد مسکونی	۸/۶	۲۸/۴	۲۸	۱۵/۹	۱۹/۱	۱۰۰	
وضعیت امنیت	۸/۷	۲۷/۹	۲۹/۳	۱۶	۱۸/۱	۱۰۰	
ساعات مراجعه بیماران در طی شبانه روز	۲/۵	۹/۵	۲۶/۲	۲۲/۳	۳۹/۵	۱۰۰	
وضعیت تهیه مواد غذایی و سایر مایحتاج خود	۴/۱	۱۴/۴	۲۸/۷	۲۳/۴	۲۹/۵	۱۰۰	
وضعیت سیستم آموزشی جهت فرزندان	۱/۶	۵/۵	۱۷/۳	۱۹/۴	۵۶/۲	۱۰۰	
وضعیت امکانات رفاهی و تفریحی جهت خود و خانواده	۰/۸	۳/۳	۱۲/۳	۲۰/۸	۶۲/۸	۱۰۰	
وضعیت اجتماعی - فرهنگ محیط	۲	۶/۹	۲۱/۸	۲۶/۴	۴۳	۱۰۰	
امکانات دسترسی به ارتباطی نظیر تلفن، اینترنت و ..	۲/۲	۱۰	۲۳/۴	۲۳/۹	۴۰/۵	۱۰۰	
امکانات دسترسی به منابع علمی و آموزشی در شهر یا روستای محل بیتوته	۰/۶	۳/۳	۱۴/۲	۲۶/۷	۵۵/۳	۱۰۰	
اوقات فراغت خود در روزهای تعطیل رسمی	۰/۶	۵	۱۶/۶	۲۳/۱	۵۴/۷	۱۰۰	

همانطور که در جدول ملاحظه می‌شود رضایت بسیار زیاد و زیاد در زمینه‌های مختلف

مربوط به بیتوته از ۴۰ درصد تا حداکثر ۴۲ درصد متغیر است.

جدول ۳۸ - موضوعات پیشنهادی برای اجرای طرح توسط پزشکان

درصد	تعداد	پیشنهادات
۲۷	۸۴۹	افزایش دریافتی و مزایا
۴/۴	۱۳۶	نظم و بهبود وضعیت پرداخت‌ها
۱۳/۴	۴۱۹	مزایای ادامه تحصیل
۱۴	۴۳۶	بهبود امنیت شغلی
۱۴	۴۳۹	بهبود امکانات رفاهی
۲۰	۶۲۶	بهبود شرایط کاری
۶/۹	۲۱۷	بهبود شرایط طرح پزشک خانواده
۱۰۰	۳۱۲۲	جمع

بیشترین پیشنهادات پزشکان جهت شاغلین در این طرح شامل افزایش دریافتی و مزایا، و بهبود شرایط کاری، امنیت شغلی و امکانات رفاهی است و مزایای ادامه تحصیل پس از آن‌ها قرار می‌گیرد.

جدول ۳۹ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک نوع مرکز

ماما		نوع مراکز
درصد	تعداد	
۶۲/۱	۱۱۰۲	روستایی
۶/۸	۱۲۰	شهری
۳۱/۲	۵۵۳	شهری - روستایی
۱۰۰	۱۷۷۵	جمع

۶۲/۱ درصد ماماهاى مورد مطالعه در مراکز روستایی و ۳۱/۲ درصد از آنان در مراکز شهری - روستایی حضور داشته‌اند.

جدول ۴۰ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک سال فراغت از تحصیل

ماما		نوع مراکز
درصد	تعداد	
۳۸/۶	۶۶۹	۱۳۸۰ و قبل از آن
۴۸/۴	۸۳۸	۱۳۸۱ - ۸۴
۱۳	۲۲۶	۱۳۸۵ و بالاتر
۱۰۰	۱۷۳۳	جمع

۶۱/۴ درصد از ماما‌های مورد مطالعه فارغ التحصیلان سالهای بعد از ۱۳۸۰ هستند.

جدول ۴۱ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک دانشگاه فارغ التحصیلی

ماما		نوع مراکز
درصد	تعداد	
۳۸/۲	۶۵۸	دولتی
۶۱/۶	۱۰۶۱	آزاد
۰/۳	۴	سایر دانشگاه‌ها *
۱۰۰	۱۷۲۳	جمع

* دانشگاه‌های شاهد، فاطمیه، بقیه ا... و ارتش

بیش از ۶۱ درصد از ماما‌های مورد مطالعه از دانشگاه آزاد فارغ التحصیل شده اند.

جدول ۴۲ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک جنس

ماما		جنس
درصد	تعداد	
۰/۲	۳	مذکر*
۹۹/۸	۱۷۶۱	مونث
۱۰۰	۱۷۶۴	جمع

* پرسنل مذکر در این حوزه شامل پرستار جایگزین ماما می‌باشد.

جدول ۴۳ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک سن

ماما		سن (سال)
درصد	تعداد	
۱۰/۷	۱۸۹	۲۱-۲۵
۵۱/۷	۹۱۱	۲۶-۳۰
۲۹/۱	۵۱۳	۳۱-۳۵
۵/۶	۹۹	۳۶-۴۰
۱	۱۷	۴۱-۴۵
۰/۲	۴	۴۶-۵۰
۰/۵	۸	۵۱-۵۵
۱/۲	۲۱	بیشتر از ۵۵
۱۰۰	۱۷۶۲	جمع

بیش از ۸۶ درصد از ماما‌های مورد مطالعه بین ۲۶ تا ۴۰ سال سن دارند.

جدول ۴۴ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک وضعیت تاهل

ماما		وضعیت تاهل
درصد	تعداد	
۶۴/۵	۱۱۳۷	متاهل
۳۵/۵	۶۲۵	مجرد
۱۰۰	۱۷۶۲	جمع

۶۴/۵ درصد از ماما‌های مورد مطالعه متاهل هستند.

جدول ۴۵ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک تعداد فرزندان

ماما		تعداد فرزندان
درصد	تعداد	
۴۱/۵	۴۷۱	۱ فرزند
۱۳/۱	۱۴۸	۲ فرزند
۱/۴	۱۶	۳ فرزند
۰/۲	۲	۴ فرزند
۴۳/۸	۴۹۷	بدون فرزند
۱۰۰	۱۱۳۴	جمع

۴۳/۸ درصد از ماما‌های متاهل مورد مطالعه فرزند ندارند.

جدول ۴۶ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک محل تولد

ماما		محل تولد
درصد	تعداد	
۳۶/۹	۶۵۷	مرکز استان
۶۲/۹	۱۱۲۴	شهرستان
۰/۴	۶	سایر
۱۰۰	۱۷۸۷	جمع

۳۶/۹ درصد ماماهاى مورد مطالعه متولد مراکز استان‌ها هستند و ۶۲/۹ درصد ایشان متولد شهرستان هستند.

جدول ۴۷ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک مدت اشتغال بر حسب ماه

ماما		اشتغال بر حسب ماه
درصد	تعداد	
۱۰/۹	۱۸۶	۱ - ۱۲
۱۲/۱	۲۰۸	۱۳ - ۲۴
۱۵/۹	۲۷۳	۲۵ - ۳۶
۶۱/۱	۱۰۴۷	> ۳۶
۱۰۰	۱۷۱۴	جمع

جدول ۴۸ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک وضعیت استخدامی

ماما		وضعیت استخدامی
درصد	تعداد	
۱/۴	۲۵	طرحی
۰	۰	پیام آور بهداشت
۹۵/۵	۱۷۱۰	قرارداد پزشک خانواده
۲/۷	۴۸	پیمانی
۰/۳	۵	رسمی
۰/۱	۲	سایر
۱۰۰	۱۷۹۰	جمع

بیش از ۹۵/۵ درصد از ماماهاى مورد مطالعه داراى قرارداد پزشک خانواده هستند.

جدول ۴۹ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک نوع سکونت

ماما		نوع سکونت
درصد	تعداد	
۷۴/۸	۱۳۰۳	غیر بیتوته
۱۷/۶	۳۰۷	بیتوته مداوم
۷/۶	۱۳۳	بیتوته غیر مداوم
۱۰۰	۱۷۴۳	جمع

۲۵/۲ درصد از ماماهاى مورد مطالعه داراى وضعیت بیتوته مداوم یا غیر مداوم هستند.

جدول ۵۰ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک وضعیت محل خدمت

ماما		وضعیت محل خدمت نسبت به محل تولد و زندگی
درصد	تعداد	
۱۷/۳	۳۰۹	محل تولد شما است
۱۵/۶	۲۷۹	محل زندگی شما قبل از اشتغال به کار بوده است
۲۷/۸	۴۹۶	هر دو گزینه ۱ و ۲
۳۹/۳	۷۰۱	هیچکدام
۱۰۰	۱۷۸۵	جمع

۳۹/۳ درصد ماماهاى مورد مطالعه در محلی خدمت می‌کنند که نه محل تولد و نه محل زندگی ایشان است.

جدول ۵۱ - فراوانی صدور قرارداد یا حکم برای ماما

ماما		ارائه دهنده خدمت صدور حکم
درصد	تعداد	
۷۴/۷	۱۲۹۸	بله
۱۵/۹	۲۷۶	خیر
۹/۴	۱۶۴	نمی‌دانم
۱۰۰	۱۷۳۸	جمع

۷۴/۷ درصد از ماماهاى مورد مطالعه ذکر نموده‌اند که قرارداد برای ایشان صادر شده است.

جدول ۵۲ - وضعیت مدت زمان فعلی و قبلی ماما

فعلی		قبلی		ارائه دهنده خدمت مدت زمان عقد قرارداد
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۶/۵	۴۸۰	۲۲/۲	۳۵۱	> ۳ ماه
۴/۶	۶۰	۶/۴	۱۰۱	۳ - ۶
۵۵/۹	۷۳۵	۶۷/۵	۱۰۶۵	۷ - ۱۲
۱/۸	۲۴	۱/۲	۱۹	۱۳ - ۲۴
۱/۲	۱۶	۲/۷	۴۲	۲۵ - ۳۶
-	-	-	-	بیش از ۳۶
۱۰۰	۱۳۱۵	۱۰۰	۱۵۷۸	جمع

۲۸/۲ درصد از ماماهاى مورد مطالعه داراي قرارداد قبلى ۶ ماهه يا کمتر هستند و ۴۰/۱ درصد از ايشان داراي قرارداد فعلی ۶ ماهه يا کمتر هستند.

جدول ۵۳ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک نوع بیمه

ماما		ارائه دهنده خدمت نوع بیمه
درصد	تعداد	
۹۵/۹	۱۷۰۶	تامین اجتماعی
۱/۲	۲۱	خدمات درمانی
۱/۵	۲۵	بیمه تامین اجتماعی با سایر بیمه‌ها
۱/۲	۲۳	هیچ کدام
۰/۳	۴	سایر
۱۰۰	۱۷۷۹	جمع

۹۷/۴ درصد ماماهاى مورد مطالعه داراي بیمه تامین اجتماعی به تنهایی یا با سایر بیمه‌ها هستند و ۱/۲ درصد هیچ بیمه‌ای ندارند.

جدول ۵۴ - فراوانی ماما مورد مطالعه به تفکیک روزهای موظفی در قرارداد

ماما		ارائه دهنده خدمت روزهای موظفی
درصد	تعداد	
۰/۱	۲	$10 \leq$
۰/۴	۷	۱۰ - ۲۰
۹۹/۴	۱۵۹۵	> 20
۱۰۰	۱۶۰۴	جمع

جدول ۵۵ - وضعیت سازمانهای ارزیابی کننده از دیدگاه ماما

ماما		ارائه دهنده خدمت سازمان ارزیابی کننده
درصد	تعداد	
۱۷/۴	۲۹۲	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
۸	۱۳۵	سازمان بیمه خدمات درمانی
۷۳/۷	۱۲۳۷	هر دو سازمان
۰/۵	۸	هر دو سازمان فوق الذکر و فرمانداری*
۰/۱	۲	هر دو سازمان فوق الذکر و بازرسی
۰/۳	۴	هر دو سازمان فوق الذکر و سایر سازمانها
۱۰۰	۱۶۷۸	جمع

۹۲ درصد از ماماهاى مورد مطالعه دانشگاه علوم پزشکی را به عنوان سازمان ارزیابی کننده ذکر نموده‌اند.

۸۲/۶ درصد از ایشان سازمان بیمه خدمات درمانی را به عنوان سازمان ارزیابی کننده ذکر نموده‌اند.

* بخشدارى و استانداردى را نیز در بر مى‌گیرد.

جدول ۵۶ - وضعیت مفاد قرارداد یا احکام حقوقی از دیدگاه ماما

رضایت		بلی		خیر		نمی‌دانم		جمع	
موضوعات		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
آیا از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی اطلاع دارید		۷۴/۲	۱۳۱۴	۱۸/۳	۳۲۴	۱۳/۶	۱۳۴	۱۷۷/۲	۱۰۰
آیا یک نسخه از قرارداد یا احکام حقوقی به شما تحویل داده شده است		۷۲/۳	۱۲۹۳	۲۵/۸	۴۶۱	۱/۹	۳۴	۱۷۸/۸	۱۰۰
آیا دریافتی شما طبق قرارداد یا احکام حقوقی است		۵۸/۱	۱۰۲۹	۲۰/۳	۳۵۹	۲۱/۶	۳۸۳	۱۷۷/۱	۱۰۰
آیا زمان پرداخت‌ها طبق قرارداد یا احکام حقوقی انجام شده است		۳۲/۴	۵۷۵	۵۷/۹	۱۰۲۷	۹/۷	۱۷۲	۱۷۷/۴	۱۰۰
آیا از مبلغ قرارداد یا احکام حقوقی در هر ماه (۳۰ - ۲۰ درصد) کسر شده است		۶۳/۲	۱۰۹۷	۱۶/۷	۲۹۰	۲۱	۳۵۰	۱۷۳/۷	۱۰۰
آیا برای پرداخت مبلغ کسر شده (۳۰ - ۲۰ درصد) از معیارهای پیش و ارزیابی استفاده می‌شود		۵۶/۹	۹۷۳	۱۵/۲	۲۶۰	۲۷/۹	۴۷۷	۱۷۱/۰	۱۰۰
آیا زمان پرداخت مبلغ کسر شده (۳۰ - ۲۰ درصد) ماهیانه طبق قرارداد/ یا احکام حقوقی انجام شده است		۳۱/۱	۵۰۱	۴۰/۸	۶۵۷	۲۸/۱	۴۵۳	۱۶۱/۱	۱۰۰
آیا از فرمول پرداخت به خود به عنوان پزشک / ماما اطلاع دارید		۳۵/۱	۶۱۶	۵۴/۱	۹۴۸	۱۰/۸	۱۸۹	۱۷۵/۳	۱۰۰
آیا هر ماه به شما فیش حقوقی ارائه می‌شود		۴۵/۹	۸۱۰	۵۲/۱	۹۱۹	۲	۳۵	۱۷۶/۴	۱۰۰
(در مورد خانم‌ها) آیا از امکانات قانونی مرخصی زایمان برخوردار هستید		۳۵/۶	۵۷۷	۳۱/۶	۵۱۲	۳۲/۷	۵۳۰	۱۶۱/۹	۱۰۰
(در مورد خانم‌ها) آیا از امکانات قانونی پاس شیر دهی برخوردار هستید		۳۵/۹	۵۷۹	۲۶/۵	۴۲۷	۳۷/۶	۶۰۶	۱۶۱/۲	۱۰۰
آیا ماهانه به شما مرخصی تعلق می‌گیرد؟		۹۴/۵	۱۶۷۰	۵/۶	۵۶	۲/۳	۴۱	۱۷۵/۶	۱۰۰

۷۲/۳ درصد از ماما‌های مورد مطالعه ذکر نموده‌اند که یک نسخه از قرارداد یا احکام به ایشان تحویل داده شده است.

۵۸/۱ درصد ذکر نموده‌اند دریافتی مطابق قرارداد است و تنها ۳۲/۴ درصد زمان پرداخت را مطابق قرارداد یا احکام ذکر نموده‌اند.

۴۵/۹ درصد از ماما‌های مورد مطالعه هر ماه فیش حقوقی دریافت می‌دارند.

جدول ۵۷ - وضعیت ارائه برنامه مکتوب به ماما

رضایت		بلی		خیر		نمی‌دانم		جمع	
موضوعات		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آیا جدیدترین نسخه طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده به صورت مکتوب یا CD در اختیار شما قرار دارد		۷۰۷	۴۰/۵	۹۰۲	۵۱/۶	۱۳۸	۷/۹	۱۷۴۷	۱۰۰
آیا راهنماهای بالینی (guide line) جهت تصمیم‌گیری پزشکی به صورت مکتوب یا CD در اختیار شما قرار دارد		۶۰۸	۳۸	۷۷۶	۴۸/۶	۲۱۴	۱۳/۴	۱۵۹۸	۱۰۰
آیا دستورالعمل‌های اجرایی جهت ارائه خدمات و روندهای اجرایی به صورت مکتوب یا CD در اختیار شما قرار دارد		۹۷۹	۵۷/۸	۵۸۶	۳۴/۶	۱۲۹	۷/۶	۱۶۹۴	۱۰۰
آیا نحوه ثبت اطلاعات پرونده مراجعین، فرم‌ها و دستورالعمل تکمیل آن به صورت مکتوب یا CD وجود دارد		۱۰۵۲	۶۲/۲	۴۹۰	۲۹	۱۴۹	۸/۸	۱۶۹۱	۱۰۰
آیا شرح وظایف شما (اعضای تیم سلامت) به صورت مکتوب یا CD مشخص است		۱۳۲۹	۷۶/۳	۳۳۹	۱۹/۵	۷۳	۴/۲	۱۷۴۱	۱۰۰
آیا شما به عنوان پزشک خانواده/ ماما جلسات آموزشی بصورت کلاس، کارگاه یا کارآموزی و در زمینه راهنماهای علمی و مراحل اجرای طرح داشته‌اید		۱۴۷۰	۸۴	۲۸۰	۱۶	-	-	۱۷۵۰	۱۰۰

بیش از ۷۶ درصد ماماهاى مورد مطالعه شرح وظایف خود را مشخص ذکر نموده و ۸۴ درصد نیز در کلاسهای آموزشی مربوط شرکت داشته‌اند. ۴۰/۵ درصد از ماماهاى مورد مطالعه برنامه مکتوب را در اختیار دارند.

جدول ۵۸ - زمان ارائه آموزش‌های برنامه به ماما

درصد	تعداد	زمان آموزش‌ها
۷/۱	۱۰۷	قبل از شروع کار
۶۰/۶	۹۱۵	ضمن خدمت
۳۲/۳	۴۸۷	هر دو
۱۰۰	۱۵۰۹	جمع

۶۰/۶ درصد از ماماهاى مورد مطالعه، آموزش‌های مربوط را ضمن خدمات دریافت نموده‌اند و ۳۲/۳ درصد آنان در هر دو زمان ضمن خدمت و قبل از شروع به کار.

جدول ۵۹ - مدت زمان ارائه آموزش در رابطه با طرح پزشک خانواده به ماما

درصد	تعداد	مدت زمان (ساعت)
۳۵/۶	۳۳۸	$5 \geq$
۲۷/۴	۲۶۰	۶ - ۱۰
۱۶/۲	۱۵۴	۱۱ - ۲۵
۲۰/۸	۱۶۷	$25 <$
۱۰۰	۹۴۹	جمع

جدول ۶۰ - افراد ارائه دهنده آموزش به ماما

آموزش دهندگان	تعداد	درصد
پزشک	۴۷۹	۲۳/۵
متخصص	۱۹۱	۹/۴
کارشناس	۹۰۱	۴۴/۱
ستاد شهرستان	۳۱۹	۱۵/۶
کاردان	۹۳	۴/۶
سازمان بیمه خدمات درمانی	۵۸	۲/۸
جمع	۲۰۴۱	۱۰۰

۳۲/۹ درصد ماماها ذکر نموده‌اند که ارائه دهنده آموزش پزشک یا متخصص بوده است و ۱۸/۴ درصد آنان سازمان یا ستاد مربوط را ذکر نموده‌اند.

جدول ۶۱ - وضعیت استمرار آموزش‌های طرح پزشک خانواده

استمرار آموزشی‌ها		بلی		خیر		نمی‌دانم		جمع	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۸۹۳	۶۱/۱	۴۵۷	۳۱/۳	۱۱۱	۷/۶	۱۴۶۱	۱۰۰		

۶۱/۱ درصد ماماهاى مورد مطالعه آموزش‌های طرح پزشک خانواده را مستمر ذکر نموده‌اند.

جدول ۶۲ - زمان ارائه خدمات ماما به هر بیمار

درصد	تعداد	مدت زمان ویزیت
۷/۸	۱۲۰	$t \leq 5$
۳۰/۸	۴۷۳	$5 < t \leq 10$
۳۵/۶	۵۴۶	$10 < t \leq 15$
۱۸/۷	۲۸۷	$15 < t \leq 20$
۷/۱	۱۰۹	$t > 20$
۱۰۰	۱۵۳۵	جمع

۶۱/۴ درصد ماما‌های مورد مطالعه بیش از ۱۰ دقیقه برای ویزیت بیمار زمان صرف می‌نمایند.

جدول ۶۳ - کفایت زمان ارائه خدمت توسط ماما

جمع		نمی‌دانم		خیر		بلی		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۱۵۷۰	۳/۲	۵۰	۲۱/۸	۳۴۲	۷۵	۱۱۷۸	آیا به نظر شما این زمان جهت انجام فرآیندهای ویزیت بیمار کفایت می‌کند

۷۵ درصد ماما‌های مورد مطالعه، زمان ارائه خدمت را کافی می‌دانند و ۲۱/۸ درصد این زمان را ناکافی ذکر نموده‌اند.

جدول ۶۴ - میزان رضایتمندی ماما از مفاد قرارداد با احکام حقوقی $n = 1803$

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
به موقع بودن تمدید قراردادها یا احکام حقوقی (در صورت تمایل شما به تمدید)	۷/۵	۱۵/۸	۳۴/۸	۲۳	۱۸/۹	۱۰۰	
کل مبلغ قرارداد یا احکام حقوقی به عنوان پزشک خانواده / ماما	۱/۷	۷/۷	۳۸/۲	۲۸/۵	۲۳/۹	۱۰۰	
مدت زمان عقد قرارداد یا احکام حقوقی	۲/۷	۱۳/۴	۳۴/۵	۲۸/۵	۲۱	۱۰۰	
نحوه کسورات ناشی از پایش و ارزشیابی	۳/۱	۱۱/۷	۳۲	۲۷/۸	۲۵/۴	۱۰۰	
میزان دریافتی ماهیانه خود به عنوان پزشک خانواده / ماما	۱/۱	۷/۶	۳۴/۶	۲۸/۸	۲۷/۹	۱۰۰	
نحوه پرداخت مابقی حقوق (کسورات پایش و ارزیابی)	۲/۵	۸/۸	۳۱/۳	۲۷/۴	۳۰/۱	۱۰۰	
میزان دریافتی شما به عنوان پزشک خانواده / ماما در مقایسه با سایر رده‌های تخصصی ارائه خدمت	۱/۲	۷/۷	۲۸/۶	۲۹/۹	۳۲/۶	۱۰۰	
میزان دریافتی شما به عنوان پزشک خانواده / ماما متناسب با نوع خدمات ارائه شده توسط شما	۱/۴	۶/۲	۲۴/۴	۳۳/۲	۳۴/۸	۱۰۰	
شرایط استفاده از مرخصی	۶	۲۰/۶	۳۳/۵	۲۰	۲۰	۱۰۰	
وضعیت تاثیر "شیفت کاری در روزهای تعطیل در دریافتی خود	۷	۱۱/۴	۲۶/۹	۲۰/۶	۳۴/۲	۱۰۰	
در آمد خود در رابطه با "بیماران غیر بیمه روستایی	۱/۶	۷/۷	۲۹/۲	۲۱/۳	۴۰/۱	۱۰۰	
وضعیت پرداخت برای بیماران مسافر (دارای دفترچه روستایی)	۲/۹	۱۴	۳۲/۸	۱۹/۶	۳۰/۷	۱۰۰	
وجود "سازمان یا مقام خاصی" در موارد پیگیری مشکلات حقوق و دریافتی	۳/۵	۱۱/۵	۲۷/۱	۲۴/۷	۳۳/۱	۱۰۰	
شرایط فرمول پرداخت	۱/۷	۷/۴	۳۳/۸	۲۸/۲	۲۸/۹	۱۰۰	

همانطور که ملاحظه می‌شود میزان رضایت بسیار زیاد یا زیاد ماماهاى مورد مطالعه در غالب موضوعات کمتر از ۲۰ درصد است.

جدول ۶۵ - میزان رضایتمندی ماما از ابعاد پایش و ارزیابی طرح

رضایت / موضوعات	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
نحوه برخورد کسانی که از طرف دانشگاه علوم پزشکی (شبکه بهداشت و درمان) پایش و ارزیابی طرح را انجام می‌دهند	۱۱/۳	۲۹/۹	۳۷/۳	۱۱/۱	۱۰/۴	۱۰۰
توانمندی و کفایت کسانی که از دانشگاه علوم پزشکی (شبکه بهداشت و درمان) پایش و ارزیابی طرح را انجام می‌دهند	۱۰/۷	۳۳	۳۷/۱	۱۱/۲	۷/۹	۱۰۰
نحوه برخورد کسانی که از طرف سازمان بیمه خدمات درمانی پایش و ارزیابی طرح را انجام می‌دهند	۲۸/۸	۴۳/۱	۲۲/۳	۳/۵	۲/۳	۱۰۰
توانمندی و کفایت کسانی که از طرف سازمان بیمه خدمات درمانی پایش و ارزیابی طرح را انجام می‌دهند	۲۵/۳	۴۲/۳	۲۴/۵	۵	۲/۹	۱۰۰
بازخورد نتایج پایش و ارزشیابی پزشک/ ماما از طرف سازمان بیمه خدمات درمانی به شما	۱۲/۱	۲۵/۴	۲۶/۳	۱۹/۴	۱۶/۸	۱۰۰
بازخورد نتایج پایش و ارزشیابی پزشک/ ماما از طرف دانشگاه علوم پزشکی (شبکه بهداشت و درمان) به شما	۱۱/۱	۳۲/۷	۲۷/۹	۱۷/۱	۱۱/۱	۱۰۰

میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد از ابعاد پایش و ارزیابی تقریباً بین ۳۴ و ۷۲ درصد است. میزان رضایت از برخورد و کفایت نمایندگان سازمان بیمه خدمات درمانی نسبت به نمایندگان دانشگاه‌ها بیشتر است.

جدول ۶۶ - میزان رضایتمندی ماما از وضعیت اجرایی طرح

موضوعات	رضایت		نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
	زیاد (درصد)	بسیار زیاد (درصد)				
کیفیت راهنمای بالینی (guide line) که جهت تصمیم‌گیری پزشکی در اختیار شما قرار دارد	۸	۲۵/۶	۴۰/۲	۱۵/۶	۱۰/۷	۱۰۰
کیفیت دستورالعمل‌های اجرایی که جهت ارائه خدمات و روندهای اجرایی در اختیار شما قرار دارد	۷/۴	۲۸/۱	۴۳/۱	۱۲/۹	۸/۵	۱۰۰
وضوح و مشخص بودن وظایف و خدماتی که باید ارائه دهید	۶/۴	۲۰/۹	۳۲/۹	۲۰/۹	۱۸/۸	۱۰۰
تناسب حجم کار و زمان کاری خود	۱/۹	۷/۹	۲۵/۷	۲۵	۳۹/۵	۱۰۰
تناسب توانایی‌های کسب شده در دوره تحصیلی با وظایف خود در این طرح	۱۰/۶	۳۰/۴	۲۷/۳	۱۵/۱	۱۶/۶	۱۰۰
سایر وظایفی که به موجب طرح به عهده‌ی شما گذاشته شده (مثلاً در مورد ماماها، تزریقات، نوبت‌دهی و ... و در مورد پزشکان گزارش‌دهی، جمع‌آوری آمار و ...)	۲/۲	۶/۱	۱۹/۸	۲۴	۴۸	۱۰۰
میزان ساعات کاری خود در ماه	۲	۱۱/۷	۲۷/۸	۲۳/۵	۳۵	۱۰۰
آموزش‌های داده شده برای این طرح	۵/۲	۲۴/۱	۳۹/۸	۱۸/۷	۱۲/۲	۱۰۰

میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد از ابعاد اجرایی طرح حداکثر ۴۱ درصد است میزان رضایت از تناسب حجم کار و زمان کاری تقریباً ۱۰ درصد است. میزان رضایت از تناسب توانایی‌های کسب شده در طی تحصیلات و وظایف ۴۱ درصد است.

جدول ۶۲ - میزان رضایتمندی ماما از شرایط و امکانات طرح

موضوعات	رضایت				
	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)
طیف خدمات آزمایشگاهی که مجاز به تجویز آنها هستید	۵/۴	۲۱/۲	۳۸	۱۸/۶	۱۶/۸
طیف خدمات رادیولوژی که مجاز به تجویز آنها هستید	۴/۹	۱۷/۲	۳۵/۶	۱۵/۷	۲۶/۶
طیف داروهایی که مجاز به تجویز آن هستید	۵/۱	۱۹/۵	۳۹/۴	۱۸/۷	۱۷/۲
محدودیت درصد ارجاع به سطوح تخصصی	۵/۹	۲۱/۳	۴۱/۷	۱۸/۸	۱۲/۳
وضعیت ارائه خدمات در سطوح بالاتر که بیماران را ارجاع می‌دهید	۵/۴	۲۲/۲	۴۰/۷	۱۹/۴	۱۲/۳
بازخورد (فیدبک) متخصصین در رابطه با بیمارانی که ارجاع می‌دهید	۳/۴	۱۲/۶	۳۰/۳	۲۷/۹	۲۵/۹
مواجهه با تقاضاهای بی مورد مردم در مورد ارجاع	۳۶/۲	۲۸	۱۸/۲	۱۰/۴	۷/۳
مواجهه با درخواستهای بی مورد مردم برای تجویز دارو	۳۷/۲	۲۸/۸	۱۸/۲	۹/۷	۶/۱
مواجهه با درخواست مردم برای استفاده از دفترچه بیمه روستایی سایرین	۲۲/۶	۲۶/۷	۲۱/۴	۱۹/۳	۱۰
وضعیت تعلق مزایای غذا (مزایای نقدی یا غیرنقدی)	۰/۹	۲/۲	۹/۸	۱۶/۳	۷۰/۸
شرایط رفت و آمد روزانه به محل اشتغال به کار خود	۸/۵	۱۴/۴	۲۰/۶	۱۵/۷	۴۰/۸

میزان رضایت از شرایط و امکانات طرح از شرایط و امکانات طرح در بیشترین موارد کمتر از ۳۰ درصد است.

میزان مواجهه با تقاضاهای بی مورد ارجاع، تجویز دارو و استفاده از دفترچه سایرین به ترتیب بیش از ۶۶، ۶۶ و ۴۹ درصد است.

جدول ۶۸ - علل عدم رضایت از شرایط رفت و آمد از نظر ماما

درصد	تعداد	علل
۵۳	۶۷۰	ترکیب زمان مورد نیاز و هزینه و وسیله نقلیه مورد نیاز
۱۶/۱	۲۰۴	وسيله نقلیه مورد نیاز
۵	۶۳	زمان مورد نیاز برای تردد
۶/۴	۸۱	هزینه مورد نیاز برای تردد
۴/۶	۵۸	مشکلات جاده‌ای (به تنهایی و یا به همراه سایر موارد)
۲/۴	۳۰	ترکیب وسیله نقلیه مورد نیاز و سایر موارد
۱۱/۲	۱۴۳	ترکیب زمان و هزینه و سایر موارد
۰/۴	۵	محدود بودن سوخت (به تنهایی و یا به همراه سایر موارد)
۰/۵	۶	نامناسب بودن سرویس
۰/۴	۵	مشکل تردد در روزهای تعطیل و سایر موارد
۱۰۰	۱۲۶۵	جمع

بیش از ۹۹ درصد از ماماهاى مورد مطالعه مشکلات تردد به محل خدمت را شامل زمان، هزینه، وسیله نقلیه و مشکلات جاده‌ای ذکر نموده‌اند.

جدول ۶۹ - میزان رضایتمندی ماما از در اختیار بودن وسایل و تجهیزات مورد نیاز طرح

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
وضعیت وسایل معاینه مورد نیاز (نظیر گوشی، فشار سنج، تخت معاینه و تخت ژینکولوژی)	۲۳/۶	۳۷/۵	۲۷/۵	۸/۱	۳/۳	۱۰۰	
وضعیت اتاق معاینه از نظر شرایط فیزیکی (مساحت، تهویه، نور، نظافت)	۱۳/۴	۲۳/۵	۲۸/۲	۱۸/۶	۱۶/۳	۱۰۰	
وضعیت اتاق معاینه از نظر سیستم سرمایشی و گرمایشی	۱۰/۹	۲۱	۲۶/۸	۱۹/۷	۲۱/۶	۱۰۰	
دسترسی به تلفن در محل کار خود	۱۰/۹	۲۳/۷	۲۴/۲	۱۴/۸	۲۶/۴	۱۰۰	
وضعیت امکانات تشخیصی آزمایشگاهی	۶/۳	۱۹/۹	۳۹/۹	۱۶/۸	۱۷/۱	۱۰۰	
وضعیت امکانات تشخیصی تصویربرداری	۴/۹	۱۵/۴	۲۹/۷	۱۶/۸	۳۳/۲	۱۰۰	
تجهیز داروخانه با لیست داروهای الزامی	۱۳/۵	۳۵/۱	۳۳/۶	۹/۹	۷/۹	۱۰۰	
وضعیت دسترسی به سایر اقلام داروهای مورد نیاز علاوه بر داروهای فوق الذکر (این سوال به پزشک مرتبط است)	۱۰/۷	۲۰/۹	۴۵/۲	۱۱/۹	۱۱/۳	۱۰۰	
محدودیت تعداد اقلام دارویی در یک نسخه	۶/۲	۱۸/۳	۴۸/۸	۱۸/۶	۸/۱	۱۰۰	
وضعیت امکان انجام "پاپ اسمیر" (این سوال به ماما مرتبط است)	۱۷/۶	۳۰/۲	۲۵/۶	۱۲/۳	۱۴/۳	۱۰۰	
مشخص بودن فرایندهای ارائه خدمات در مراجعات اورژانسی	۶	۲۳/۲	۴۶/۷	۱۵/۱	۹	۱۰۰	
وضعیت امکانات در شرایط اورژانسی (تجهیزات، ست اورژانس و ...)	۶/۱	۲۴/۳	۴۳/۳	۱۷/۹	۸/۴	۱۰۰	
وضعیت نقل و انتقال بیماران در صورت نیاز در موارد اورژانسی	۷	۲۳/۲	۳۴/۲	۲۰/۱	۱۵/۵	۱۰۰	
امکانات مورد نیاز جهت دهگردشی مانند امکانات رفت و آمد	۹/۵	۳۰/۱	۳۱	۱۵/۹	۱۳/۵	۱۰۰	
شرایط حضور در محل کار پس از ساعت اداری (۱۳:۳۰) (علیرغم خروج سایر پرسنل)	۲/۷	۶/۹	۱۷	۱۶	۵۷/۴	۱۰۰	

میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد ماما‌های مورد مطالعه در زمینه وسایل و تجهیزات مورد نیاز ارائه خدمات از ۲۰/۳ درصد برای امکانات تشخیص تصویربرداری تا ۶۱/۲ درصد برای وسایل معاینه مورد نیاز متغیر است.

رضایت از شرایط مراجعات اورژانسی حدود ۲۹/۲ درصد است.
رضایت از شرایط حضور در محل کار پس از ساعات اداری ۹/۶ درصد است.

جدول ۲۰- وضعیت استمرار اشتغال ماما به این شغل n = ۱۸۰۰

موضوعات	رضایت	بلی (درصد)	خیر (درصد)	نمی‌دانم (درصد)	جمع (درصد)
قصد ادامه اشتغال در این طرح	۷۱	۸/۱	۲۰/۹	۱۰۰	
توصیه به سایر همکاران جهت اشتغال در این طرح	۴۴/۹	۲۷	۲۸/۱	۱۰۰	

شاخص‌های استمرار اشتغال در مورد قصد ادامه در شغل ۷۰ درصد است و در مورد توصیه شغل به سایرین ۴۴/۹ درصد است.

جدول ۲۱- علل تمایل به ادامه اشتغال در این شغل توسط ماما

درصد	تعداد	علل
۷/۵	۸۸	انگیزه‌های مالی
۳/۹	۴۵	خدمت به مردم
۲۱/۱۵	۲۴۶	علاقتمندی به شغل
۱	۱۲	مطلوب بودن طرح
۱/۲	۱۴	امنیت محیط کار
۲۴/۸	۲۸۹	کمبود شغل
۳/۹۵	۴۶	وابسته به شرایط
۷/۵	۸۸	امید به بهبود شرایط
۲۲	۲۵۳	انگیزه مالی همراه با سایر علل
۷	۸۱	خدمت به همراه سایر علل
۱۰۰	۱۱۶۲	جمع

بیشترین دلایل تمایل به ادامه اشتغال شامل کمبود شغل و انگیزه‌های مالی است. علاقتمندی به شغل پس از این موارد است.

جدول ۷۲ - علل ادامه اشتغال در این شغل توسط ماما

علل	تعداد	درصد
میزان حقوق	۲۳۲	۱۶/۱
حجم کار	۳۰۱	۲۰/۸
میزان مرخصی	۱۶۷	۱۱/۶
امنیت شغلی	۲۸۸	۱۹/۹
شرایط محیط کار	۲۰۷	۱۴/۳
شرایط محل زندگی	۱۷۷	۱۲/۲
ادامه تحصیل	۷۳	۵/۱
جمع	۱۴۴۵	۱۰۰

بیشترین دلایل عدم تمایل به ادامه اشتغال شامل حجم کار، امنیت شغلی، میزان حقوق و شرایط محیط کار و زندگی است.

جدول ۷۳ - فراوانی موثر بودن طرح از دیدگاه ماما

جمع		نمی‌دانم		خیر		بلی		فراوانی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۱۷۱۹	۱۰/۳	۱۷۷	۶/۸	۱۱۷	۸۲/۹	۱۴۲۵	موثر بودن

از دیدگاه ۸۲/۹ درصد ماماهاى مورد مطالعه در طرح پزشک خانواده این طرح موثر است.

جدول ۷۴- وضعیت رضایت ماما از شرایط بیتوته $n = ۴۴۲$

موضوعات	رضایت	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
فضای واحد مسکونی که در اختیار شماست	۶/۲	۱۶/۲	۳۳/۲	۲۱/۱	۲۳/۲	۱۰۰	
وضعیت سازه‌ای واحد مسکونی	۶/۲	۲۳/۷	۲۹/۱	۲۰/۵	۲۰/۵	۱۰۰	
تجهیزات واحد مسکونی (نظیر) لوازم خانگی و ..	۲/۲	۱۴/۶	۲۹	۲۴/۷	۲۹/۵	۱۰۰	
وضعیت آب آشامیدنی در واحد مسکونی	۴/۳	۱۹/۲	۲۲/۲	۲۲/۲	۳۲/۲	۱۰۰	
وضعیت سرویس توالت بهداشتی در واحد مسکونی خود	۶/۵	۲۱/۱	۳۱/۱	۱۷/۶	۲۳/۸	۱۰۰	
وضعیت برق در واحد مسکونی	۱۰/۸	۳۱/۸	۳۲/۳	۱۰/۸	۱۴/۳	۱۰۰	
وضعیت حمام در واحد مسکونی	۶/۸	۲۰/۵	۲۹/۲	۱۸/۶	۲۴/۹	۱۰۰	
وضعیت تلفن در واحد مسکونی	۷/۴	۱۲/۱	۱۷/۹	۱۵/۴	۴۷/۳	۱۰۰	
وضعیت کف پوش در واحد مسکونی	۵/۵	۱۷/۷	۲۸/۸	۲۰/۸	۲۷/۱	۱۰۰	
وضعیت سیستم سرمایشی در واحد مسکونی	۷/۷	۱۸/۶	۳۰/۹	۱۸/۳	۲۴/۶	۱۰۰	
وضعیت سیستم گرمایشی در واحد مسکونی	۸/۱	۲۱/۹	۲۷/۵	۱۶/۷	۲۵/۸	۱۰۰	
وضعیت امنیت در واحد مسکونی	۱۵	۲۹/۲	۲۵/۸	۱۳/۶	۱۶/۴	۱۰۰	
ساعات مراجعه بیماران در طی شبانه روز	۵/۵	۱۲/۵	۳۲/۷	۲۲/۴	۲۶/۸	۱۰۰	
وضعیت تهیه مواد غذایی و سایر مایحتاج خود	۲/۴	۱۲/۹	۳۱	۲۱	۳۲/۶	۱۰۰	
وضعیت سیستم آموزشی جهت فرزندان	۱/۶	۴/۷	۲۳/۷	۱۹/۸	۵۰/۲	۱۰۰	
وضعیت امکانات رفاهی و تفریحی جهت خود و خانواده	۱/۱	۳/۱	۱۰/۳	۲۱/۲	۶۴/۳	۱۰۰	
وضعیت اجتماعی - فرهنگی محیط زندگی	۱/۹	۶/۲	۲۴/۵	۲۶/۱	۴۱/۲	۱۰۰	
امکانات ارتباطی نظیر تلفن، اینترنت و ...	۲/۴	۹/۱	۲۰/۶	۲۳/۳	۴۴/۵	۱۰۰	
امکانات دسترسی به منابع علمی و آموزشی	۱/۱	۲/۹	۱۳/۶	۲۷/۶	۵۴/۸	۱۰۰	
اوقات فراغت خود در روزهای تعطیل رسمی	۱/۹	۴/۱	۱۳/۸	۲۵/۹	۵۴/۳	۱۰۰	

همانطور که در جدول ملاحظه می‌شود در زمینه موضوعات مربوط به بیتوته رضایت

بسیار زیاد و زیاد از حدود ۴ درصد تا ۴۴/۲ درصد متغیر می‌باشد

جدول ۷۵ - موضوعات پیشنهادی برای اجرای طرح توسط ماما

درصد	تعداد	پیشنهادات
۲۴/۶	۷۸۳	افزایش دریافتی، مزایا
۳/۲	۱۰۳	نظم و بهبود وضعیت پرداخت‌ها
۶	۱۹۰	مزایای ادامه تحصیل
۲۰/۶	۶۵۵	بهبود امنیت شغلی
۱۳/۱	۴۱۳	بهبود امکانات رفاهی
۳۰/۲	۹۶۰	بهبود شرایط کاری
۲/۳	۷۲	بهبود و شرایط طرح پزشک خانواده
۱۰۰	۳۱۷۶	جمع

بیشترین پیشنهادات ماماهاى مورد مطالعه جهت شاغلین در این طرح شامل بهبود شرایط کاری، افزایش دریافتی و مزایا، بهبود امنیت شغلی و امکانات رفاهی است.

جدول ۷۶ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی
به تفکیک منطقه

جمع (درصد)	رضایت			مناطق
	زیاد	متوسط	کم	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۵۰۶ (۱۰۰)	۲۵ (۴/۹)	۹ (۱/۸)	۴۷۲ (۹۳/۳)	منطقه ۱
۵۲۳ (۱۰۰)	۱۰/۷ (۱۰/۷)	۹ (۱/۷)	۴۵۸ (۸۷/۶)	منطقه ۲
۵۰۰ (۱۰۰)	۷۲ (۱۴/۴)	۱۳ (۲/۶)	۴۱۵ (۸۳)	منطقه ۳
۵۵۲ (۱۰۰)	۳۳ (۱۴/۴)	۱۰ (۱/۸)	۵۰۹ (۹۲/۲)	منطقه ۴
۵۳۹ (۱۰۰)	۶۰ (۱۱/۱)	۸ (۱/۵)	۴۷۱ (۸۷/۴)	منطقه ۵
۴۹۷ (۱۰۰)	۶۰ (۱۱/۱)	۶ (۱/۲)	۴۳۱ (۸۶/۷)	منطقه ۶
۵۰۷ (۱۰۰)	۱۵ (۳)	۵ (۱/۰)	۴۳۱ (۹۶/۱)	منطقه ۷
۳۶۲۴ (۱۰۰)	۳۲۱ (۸/۹)	۶۰ (۱/۷)	۳۲۴۳ (۸۹/۵)	جمع

تفاوت میزان رضایت در مناطق معنی دار است: $P < ۰/۰۰۱$

جدول ۷۷ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی به تفکیک ارائه دهندگان خدمات

رضایت	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع (درصد)
				ارائه دهندگان خدمات
پزشک	۱۶۵۳ (۹۱/۱)	۲۴ (۱/۳)	۱۳۷ (۷/۶)	۱۸۱۴ (۱۰۰)
ماما	۱۵۸۴ (۸۷/۹)	۳۶ (۲)	۱۸۳ (۱۰/۱)	۱۸۰۳ (۱۰۰)
جمع	۳۲۳۷ (۸۹/۵)	۶۰ (۱/۷)	۳۲۰ (۸/۸)	۳۶۱۷ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت در ارائه دهندگان خدمات دارای تفاوت معنی دار است: $P < 0/05$

جدول ۷۸ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی به تفکیک سال فارغ التحصیلی

رضایت	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	جمع (درصد)
				ارائه دهندگان خدمات
۱۳۸۰ و قبل از آن	۱۰۴۶ (۹۱)	۲۲ (۱/۹)	۸۱ (۷)	۱۱۴۹ (۱۰۰)
۸۷ - ۱۳۸۴	۱۳۳۴ (۸۷/۸)	۲۸ (۱/۸)	۱۵۷ (۱۰/۳)	۱۵۱۹ (۱۰۰)
۱۳۸۸ و بعد از آن	۷۷۱ (۸۹/۹)	۱۰ (۱/۳)	۷۷ (۹)	۸۵۸ (۱۰۰)
جمع	۳۱۵۱ (۸۹/۴)	۶۰ (۱/۷)	۳۱۵ (۸/۹)	۳۵۲۶ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت در سالهای فارغ التحصیلی مختلف معنی دار است. $P < 0/05$

جدول ۷۹- میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی به تفکیک وضعیت بیتوته

وضعیت بیتوته	رضایت		
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)
بدون بیتوته	۱۷۶۵ (۹۰/۳)	۳۵ (۱/۸)	۱۵۵ (۷/۹)
بیتوته مداوم	۸۵۷ (۸۶/۱)	۱۸ (۱/۸)	۱۲۰ (۱۲/۱)
غیرمداوم	۵۴۳ (۹۲)	۷ (۱/۲)	۴۰ (۶/۸)
جمع	۳۱۶۵ (۸۹/۴)	۶۰ (۱/۷)	۳۱۵ (۸/۹)

تفاوت میزان رضایت در شرایط مختلف بیتوته معنی دار است. $P < ۰/۰۱$

جدول ۸۰ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از ابعاد پایش و ارزیابی به تفکیک منطقه

مناطق	رضایت		
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)
منطقه ۱	۱۶۷ (۳۳)	۵۸ (۱۱/۵)	۲۸۱ (۵۵/۵)
منطقه ۲	۲۰۸ (۳۹/۸)	۴۳ (۸/۲)	۲۷۲ (۵۲)
منطقه ۳	۱۶۳ (۳۲/۶)	۶۲ (۱۲/۴)	۲۷۵ (۵۵)
منطقه ۴	۲۰۳ (۳۶/۸)	۵۸ (۱۰/۵)	۲۹۱ (۵۲/۷)
منطقه ۵	۱۵۳ (۲۸/۴)	۵۰ (۹/۳)	۳۳۶ (۶۲/۳)
منطقه ۶	۱۵۷ (۳۱/۶)	۴۲ (۸/۵)	۲۹۸ (۶۰)
منطقه ۷	۱۹۸ (۳۹/۱)	۴۵ (۸/۹)	۲۶۴ (۵۲/۱)
جمع	۱۲۴۹ (۳۴/۵)	۳۵۸ (۹/۹)	۲۰۱۷ (۵۵/۷)

تفاوت میزان رضایت در مناطق مختلف معنی دار است: $P < ۰/۰۵$

جدول ۸۱ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از ابعاد پایش و ارزیابی به تفکیک ارائه دهندگان خدمات

ارائه دهندگان	رضایت		
	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)
پزشک	۷۰۵ (۳۸/۹)	۱۸۳ (۱۰/۱)	۹۲۶ (۵۱)
ماما	۵۴۱ (۳۰)	۱۷۵ (۹/۷)	۱۰۸۷ (۶۰/۳)
جمع	۱۲۴۶ (۳۴/۴)	۳۵۸ (۹/۹)	۲۰۱۳ (۵۵/۷)

تفاوت میزان رضایت در ارائه دهندگان مختلف خدمات معنی دار است. $P < ۰/۰۰۱$

جدول ۸۲ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از ابعاد پایش و ارزیابی به تفکیک

سال فارغ التحصیلی

جمع (درصد)	زیاد	متوسط	کم	رضایت سال فارغ التحصیلی
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۱۴۹ (۱۰۰)	۶۴۰ (۵۵/۷)	۱۱۴ (۹/۹)	۳۹۵ (۳۴/۴)	۱۳۸۰ و قبل از آن
۱۵۱۹ (۱۰۰)	۸۹۹ (۵۹/۲)	۱۳۴ (۸/۸)	۴۸۶ (۳۲)	۱۳۸۴ - ۸۷
۸۵۸ (۱۰۰)	۴۳۰ (۵۰/۱)	۹۹ (۱۱/۵)	۳۲۹ (۳۸/۳)	۱۳۸۸ و بعد از آن
۳۵۲۶ (۱۰۰)	۱۹۶۹ (۵۵/۸)	۳۴۷ (۹/۸)	۱۲۱۰ (۳۴/۳)	جمع

تفاوت رضایت در سالهای مختلف فارغ التحصیلی معنی دار است. $P < ۰/۰۱$

جدول ۸۳ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از ابعاد پایش و ارزیابی به تفکیک وضعیت

بیتوته

جمع (درصد)	زیاد	متوسط	کم	رضایت وضعیت بیتوته
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۹۵۵ (۱۰۰)	۱۱۱۴ (۵۷)	۱۹۰ (۹/۷)	۶۵۱ (۳۳/۳)	غیربیتوته
۹۹۵ (۱۰۰)	۵۸۶ (۵۸/۹)	۹۳ (۹/۳)	۳۱۶ (۳۱/۸)	بیتوته مداوم
۵۹۰ (۱۰۰)	۲۸۰ (۴۷/۵)	۶۴ (۱۰/۸)	۲۴۶ (۴۱/۷)	بیتوته غیر مداوم
۳۵۴۰ (۱۰۰)	۱۹۸۰ (۵۵/۹)	۳۴۷ (۹/۸)	۱۲۱۳ (۳۴/۳)	جمع

تفاوت رضایت به تفکیک وضعیت بیتوته معنی دار است. $P < ۰/۰۰۱$

جدول ۸۴ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از وضعیت اجرایی طرح به تفکیک مناطق

جمع (درصد)	زیاد	متوسط	کم	رضایت مناطق
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۵۰۶ (۱۰۰)	۷۱ (۱۴)	۲۵ (۴/۹)	۴۱۰ (۸۱)	منطقه ۱
۵۲۳ (۱۰۰)	۹۶ (۱۸/۴)	۳۱ (۴/۹)	۳۹۶ (۷۵/۷)	منطقه ۲
۵۰۰ (۱۰۰)	۱۳۸ (۲۷/۶)	۴۰ (۸)	۳۲۲ (۶۴/۴)	منطقه ۳
۵۵۲ (۱۰۰)	۱۲۷ (۲۳/۰)	۳۰ (۵/۴)	۳۹۵ (۷۱/۶)	منطقه ۴
۵۳۹ (۱۰۰)	۹۴ (۱۷/۴)	۲۱ (۳/۹)	۴۲۴ (۷۸/۷)	منطقه ۵
۴۹۷ (۱۰۰)	۱۰۵ (۲۱/۱)	۲۸ (۵/۶)	۳۶۴ (۷۳/۲)	منطقه ۶
۵۰۷ (۱۰۰)	۸۸ (۱۷/۴)	۲۸ (۵/۵)	۳۹۱ (۷۷/۱)	منطقه ۷
۳۶۲۴ (۱۰۰)	۷۱۹ (۹/۸)	۲۰۳ (۵/۶)	۲۷۰۲ (۷۴/۶)	جمع

تفاوت میزان رضایت در مناطق مختلف معنی دار است. $P < ۰/۰۰۱$

جدول ۸۵ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از وضعیت اجرایی طرح به تفکیک سال فارغ التحصیلی

رضایت	سال فارغ التحصیلی		
	کم	متوسط	زیاد
جمع (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
	۱۳۸۰ و قبل از آن	۸۶۷ (۷۵/۵)	۵۷ (۵)	۲۲۵ (۱۹/۶)
۱۳۸۴ - ۸۷	۱۱۲۱ (۷۳/۸)	۹۰ (۵/۹)	۳۰۸ (۲۰/۳)
۱۳۸۸ و بعد از آن	۶۳۳ (۷۳/۸)	۵۳ (۶/۲)	۱۷۲ (۲۰)
جمع	۲۶۲۱ (۷۴/۳)	۲۰۰ (۵/۷)	۷۰۵ (۲۰)

تفاوت میزان رضایت در ارائه دهندگان به تفکیک فارغ التحصیلان معنی دار نیست.

جدول ۸۶ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از وضعیت اجرایی طرح به تفکیک وضعیت بیتوته

رضایت	وضعیت بیتوته		
	کم	متوسط	زیاد
جمع (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
	بدون بیتوته	۱۴۹۰ (۷۶/۲)	۱۰۳ (۵/۳)	۳۶۲ (۱۸/۵)
بیتوته دائم	۶۹۰ (۶۹/۳)	۵۷ (۵/۷)	۲۴۸ (۲۴/۹)
بیتوته غیرمداوم	۴۵۵ (۷۷/۱)	۳۶ (۶/۱)	۹۹ (۱۶/۸)
جمع	۲۶۳۵ (۷۴/۷)	۱۹۶ (۵/۶)	۷۰۹ (۲۰)

تفاوت میزان رضایت به تفکیک وضعیت بیتوته معنی دار است. $P < 0/001$

جدول ۸۷ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از شرایط و امکانات طرح

به تفکیک منطقه

جمع (درصد)	زیاد	متوسط	کم	رضایت مناطق
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۵۰۶ (۱۰۰)	۸۵ (۱۶/۸)	۲۷ (۵/۳)	۳۹۴ (۷۷/۹)	منطقه ۱
۵۲۳ (۱۰۰)	۱۰۱ (۱۹/۳)	۳۴ (۶/۵)	۳۸۸ (۷۴/۲)	منطقه ۲
۵۰۰ (۱۰۰)	۱۴۰ (۲/۱)	۳۷ (۷/۴)	۳۲۳ (۶۴/۶)	منطقه ۳
۵۵۲ (۱۰۰)	۱۲۶ (۲۲/۸)	۲۴ (۴/۳)	۴۰۲ (۷۲/۸)	منطقه ۴
۵۳۹ (۱۰۰)	۱۴۶ (۲۷/۱)	۳۵ (۶/۵)	۳۵۸ (۶۶/۴)	منطقه ۵
۴۹۷ (۱۰۰)	۱۲۰ (۲۴/۱)	۲۸ (۵/۶)	۳۴۹ (۷۰/۲)	منطقه ۶
۵۰۷ (۱۰۰)	۱۳۶ (۲۶/۸)	۳۷ (۷/۳)	۳۳۴ (۶۵/۹)	منطقه ۷
۳۶۲۴ (۱۰۰)	۸۵۴ (۲۳/۶)	۲۲۲ (۶/۱)	۲۵۴۸ (۷۰/۳)	جمع

تفاوت میزان رضایت در مناطق مختلف معنی دار است. $P < ۰/۰۰۱$

جدول ۸۸ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از شرایط و امکانات طرح به

تفکیک ارائه دهندگان

جمع (درصد)	زیاد	متوسط	کم	رضایت ارائه دهندگان
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۸۱۴ (۱۰۰)	۸۲۵ (۲۹/۱)	۱۳۸ (۷/۶)	۱۱۴۸ (۶۳/۳)	پزشک
۱۸۰۳ (۱۰۰)	۳۲۳ (۱۷/۹)	۸۴ (۴/۷)	۱۳۹۶ (۷۷/۴)	ماما
۳۶۱۷ (۱۰۰)	۸۵۱ (۲۳/۵)	۲۲۲ (۶/۱)	۲۵۴۴ (۷۰/۳)	جمع

جدول ۸۹ - میزان رضایت ارائه‌دهندگان خدمات از شرایط و امکانات طرح

به تفکیک سال فارغ التحصیلی

رضایت	سال فارغ التحصیلی		
	کم	متوسط	زیاد
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱۳۸۰ و قبل از آن	۸۵۰ (۷۴)	۶۱ (۵/۳)	۲۳۸ (۲۰/۷)
۱۳۸۴ - ۸۷	۱۰۵۹ (۶۹/۷)	۹۴ (۶/۲)	۳۶۶ (۲۴/۱)
۱۳۸۸ و بعد از آن	۵۶۵ (۶۵/۹)	۶۲ (۷/۲)	۲۳۱ (۲۶/۹)
جمع	۲۴۷۴ (۷۰/۲)	۲۱۷ (۶/۲)	۸۳۵ (۲۳/۷)
جمع (درصد)			
			۱۱۴۹ (۱۰۰)
			۱۵۱۹ (۱۰۰)
			۸۵۸ (۱۰۰)
			۳۵۲۶ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت در ارائه دهندگان مختلف معنی دار است. $P < ۰/۰۰۵$

جدول ۹۰ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از شرایط و امکانات طرح به

تفکیک وضعیت بیتوته

رضایت	وضعیت بیتوته		
	کم	متوسط	زیاد
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
غیر بیتوته	۱۴۲۳ (۷۲/۸)	۱۱۴ (۵/۸)	۴۱۸ (۲۱/۴)
بیتوته دائم	۶۳۰ (۶۳/۳)	۶۱ (۶/۱)	۳۰۴ (۳۰/۶)
بیتوته غیرمداوم	۴۲۷ (۷۲/۴)	۴۴ (۷/۵)	۱۱۹ (۲۰/۲)
جمع	۲۴۸۰ (۷۰/۱)	۲۱۹ (۶/۲)	۸۴۱ (۲۳/۸)
جمع (درصد)			
			۱۹۵۵ (۱۰۰)
			۹۹۵ (۱۰۰)
			۵۹۰ (۱۰۰)
			۳۵۴۰ (۱۰۰)

تفاوت میزان رضایت در شرایط مختلف بیتوته معنی دار است. $P < ۰/۰۰۱$

جدول ۹۱ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از وسایل و تجهیزات طرح
به تفکیک منطقه

جمع (درصد)	زیاد	متوسط	کم	رضایت مناطق
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۵۰۶ (۱۰۰)	۸۹ (۱۷/۶)	۲۵ (۴/۹)	۳۹۲ (۷۷/۵)	منطقه ۱
۵۲۳ (۱۰۰)	۱۲۰ (۲۲/۹)	۲۰ (۳/۸)	۳۸۳ (۷۳/۲)	منطقه ۲
۵۰۰ (۱۰۰)	۱۴۱ (۲۸/۲)	۱۱ (۲/۲)	۳۴۸ (۶۹/۶)	منطقه ۳
۵۵۲ (۱۰۰)	۶۷ (۱۲/۱)	۱۵ (۲/۷)	۴۷۰ (۸۵/۱)	منطقه ۴
۵۳۹ (۱۰۰)	۹۸ (۱۸/۲)	۱۲ (۲/۲)	۴۲۹ (۷۹/۶)	منطقه ۵
۴۹۷ (۱۰۰)	۱۰۹ (۲۱/۹)	۹ (۱/۸)	۳۷۹ (۷۶/۳)	منطقه ۶
۵۰۷ (۱۰۰)	۹۴ (۱۸/۵)	۱۳ (۲/۶)	۴۰۰ (۷۸/۹)	منطقه ۷
۳۶۲۴ (۱۰۰)	۷۱۸ (۱۹/۸)	۱۰۵ (۲/۹)	۲۸۰۱ (۷۷/۳)	جمع

تفاوت رضایت در مناطق مختلف معنی دار است. $P < ۰/۰۰۱$

**جدول ۹۲ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از وسایل و تجهیزات طرح
به تفکیک ارائه دهندگان**

رضایت	جمع (درصد)		
	زیاد تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	کم تعداد (درصد)
پزشک	۳۶۶ (۲۰/۲)	۵۳ (۲/۹)	۱۳۹۵ (۷۶/۹)
ماما	۳۵۱ (۱۹/۵)	۵۲ (۲/۹)	۱۴۰۰ (۷۷/۶)
جمع	۷۱۷ (۱۹/۸)	۱۰۵ (۲/۹)	۲۷۹۵ (۷۷/۳)

تفاوت میزان رضایت در ارائه دهندگان مختلف معنی دار نیست.

**جدول ۹۳ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از وسایل و تجهیزات به تفکیک
سال فارغ التحصیلی**

رضایت	جمع (درصد)		
	زیاد تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	کم تعداد (درصد)
۱۳۸۰ و قبل از آن	۲۴۴ (۲۱/۲)	۳۲ (۲/۸)	۸۷۳ (۷۶)
۱۳۸۴ - ۸۷	۳۱۰ (۲۰/۴)	۴۷ (۳/۱)	۱۱۶۲ (۷۶/۵)
۱۳۸۸ و بعد از آن	۱۵۰ (۱۷/۵)	۲۳ (۲/۷)	۶۸۵ (۷۹/۸)
جمع	۷۰۴ (۲۰)	۱۰۲ (۲/۹)	۲۷۲۰ (۷۷/۱)

تفاوت میزان رضایت معنی دار نیست.

جدول ۹۴ - میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از وسایل و تجهیزات به تفکیک وضعیت بیتوته

جمع (درصد)	زیاد	متوسط	کم	رضایت
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۹۵۵ (۱۰۰)	۳۹۲ (۲۰/۱۴)	۵۸ (۳)	۱۵۰۵ (۷۷)	غیر بیتوته
۹۹۵ (۱۰۰)	۲۱۹ (۲۲)	۲۵ (۲/۵)	۷۵۱ (۷۵/۵)	بیتوته دائم
۵۹۰ (۱۰۰)	۹۷ (۱۶/۴)	۲۱ (۳/۶)	۴۷۲ (۸۰)	بیتوته غیر مداوم
۳۵۴۰ (۱۰۰)	۷۰۸ (۲۰)	۱۰۴ (۲/۹)	۲۷۲۸ (۷۷/۱)	جمع

تفاوت میزان رضایت معنی دار نیست.

جدول ۹۵: مقایسه امتیاز رضایت ارائه دهندگان خدمات از وضعیت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک منطقه

موضوع / خدمات	منطقه ۱	منطقه ۲	منطقه ۳	منطقه ۴	منطقه ۵	منطقه ۶	منطقه ۷	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
مفاد قرارداد یا احکام حقوقی	۲۷/۳۰	۲۹/۸۹	۳۱/۷۰	۲۷/۸۱	۲۹/۴۳	۲۹/۴۱	۲۵/۹۴	۲۸/۷۷	۱۴	۷۰
ابعاد پایش و ارزیابی طرح	۱۹/۳۲	۱۸/۴۸	۱۹/۱۴	۱۸/۸۰	۱۹/۹۰	۱۹/۴۲	۱۸/۶۹	۱۹/۱۱	۶	۳۰
وضعیت اجرایی طرح	۱۹/۰۱	۱۹/۴۴	۲۰/۹۱	۲۰/۲۸	۱۹/۲۵	۱۹/۸۴	۱۹/۰۲	۱۹/۶۸	۸	۴۰
شرایط و امکانات طرح	۲۷/۲۸	۲۵/۸۴	۲۷/۹۹	۲۵/۰۱	۲۸/۳۱	۲۸/۱۷	۲۷/۴۱	۲۷/۱۲	۱۱	۵۵
وسایل و تجهیزات مورد نیاز	۳۶/۴۷	۳۷/۸۷	۳۸/۵۲	۳۴/۶۴	۳۶/۶۴	۳۷/۴۶	۳۷/۱۱	۳۶/۹۲	۱۵	۷۵

جدول ۹۶: مقایسه امتیاز رضایت ارائه دهندگان خدمات از وضعیت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک شغل

موضوع / خدمات	پزشک	ماما	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
مفاد قرارداد یا احکام حقوقی	۲۸/۰۲	۲۹/۵۴	۲۸/۷۸	۱۴	۷۰
ابعاد پایش و ارزیابی طرح	۱۸/۴۸	۱۹/۷۳	۱۹/۱۱	۶	۳۰
وضعیت اجرایی طرح	۱۹/۷۴	۱۹/۶۰	۱۹/۶۷	۸	۴۰
شرایط و امکانات طرح	۳۰/۴۵	۲۳/۷۷	۲۷/۱۱	۱۱	۵۵
وسایل و تجهیزات مورد نیاز	۳۷/۷۹	۳۶/۰۶	۳۶/۹۳	۱۵	۷۵

جدول ۹۷: مقایسه امتیاز رضایت ارائه دهندگان خدمات از وضعیت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک زمان فارغ التحصیلی

موضوع / خدمات	۱۳۸۰ و قبل از آن	۸۴ - ۱۳۸۰	۱۳۸۵ و بالاتر	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
مفاد قرارداد یا احکام حقوقی	۲۷/۸۱	۲۹/۵۴	۲۸/۸۲	۲۸/۸۰	۱۴	۷۰
ابعاد پایش و ارزیابی طرح	۱۹/۲۵	۱۹/۴۵	۱۸/۴۲	۱۹/۱۳	۶	۳۰
وضعیت اجرایی طرح	۱۹/۶۱	۱۹/۷۴	۱۹/۸۸	۱۹/۷۳	۸	۴۰
شرایط و امکانات طرح	۲۶/۰۹	۲۷/۰۱	۲۹/۱۵	۲۷/۲۳	۱۱	۵۵
وسایل و تجهیزات مورد نیاز	۳۶/۹۶	۳۷/۲۲	۳۶/۶۴	۳۷/۰۰	۱۵	۷۵

جدول ۹۸: مقایسه امتیاز رضایت ارائه دهندگان خدمات از وضعیت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک جنسیت

موضوع / خدمات	مذکر	مونث	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
مفاد قرارداد یا احکام حقوقی	۲۸/۷۶	۲۸/۷۹	۲۸/۷۸	۱۴	۷۰
ابعاد پایش و ارزیابی طرح	۱۹/۱۵	۱۹/۰۷	۱۹/۰۹	۶	۳۰
وضعیت اجرایی طرح	۲۰/۲۵	۱۹/۴۸	۱۹/۶۸	۸	۴۰
شرایط و امکانات طرح	۳۰/۳۷	۲۶/۰۴	۲۷/۱۶	۱۱	۵۵
وسایل و تجهیزات مورد نیاز	۳۸/۵۲	۳۶/۳۶	۳۶/۹۲	۱۵	۷۵

جدول ۹۹: مقایسه امتیاز رضایت ارائه دهندگان خدمات از وضعیت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک نوع استخدام

موضوع / خدمات	طرحی	پیام آور بهداشت	قرارداد پزشک خانواده	پیمانی	رسمی	سایر	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
مفاد قرارداد یا احکام حقوقی	۲۶/۸۸	۲۳/۶۳	۲۸/۹۶	۲۹/۴۵	۲۹/۳۶	۲۳/۲۵	۲۸/۷۸	۱۴	۷۰
ابعاد پایش و ارزیابی طرح	۱۷/۸۷	۱۵/۸۱	۱۹/۲۷	۱۹/۱۴	۱۹/۷۴	۱۴/۷۵	۱۹/۱۱	۶	۳۰
وضعیت اجرایی طرح	۱۹/۳۶	۱۶/۷۲	۱۹/۶۴	۱۹/۹۰	۲۱/۸۷	۱۹/۰۰	۱۹/۶۸	۸	۴۰
شرایط و امکانات طرح	۲۹/۸۵	۲۹/۹۰	۲۶/۳۰	۲۹/۹۲	۳۰/۹۷	۱۹/۰۰	۲۷/۱۱	۱۱	۵۵
وسایل و تجهیزات مورد نیاز	۳۵/۶۱	۳۳/۶۳	۳۶/۷۳	۳۹/۰۸	۴۱/۱۵	۳۰/۵۰	۳۶/۹۳	۱۵	۷۵

جدول ۱۰۰: مقایسه امتیاز رضایت ارائه دهندگان خدمات از وضعیت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به تفکیک وضعیت بیتوته

موضوع	غیر بیتوته	بیتوته مداوم	بیتوته غیرمداوم	جمع	حداقل ممکن	حداکثر ممکن
مفاد قرارداد یا احکام حقوقی	۲۸/۶۱	۲۹/۸۶	۲۷/۸۷	۲۸/۸۴	۱۴	۷۰
ابعاد پایش و ارزیابی طرح	۱۹/۳۲	۱۹/۳۵	۱۸/۱۵	۱۹/۱۴	۶	۳۰
وضعیت اجرایی طرح	۱۹/۴۴	۲۰/۵۴	۱۹/۳۱	۱۹/۷۳	۸	۴۰
شرایط و امکانات طرح	۲۵/۹۴	۲۹/۱۴	۲۸/۱۲	۲۷/۲۰	۱۱	۵۵
وسایل و تجهیزات مورد نیاز	۳۶/۷۴	۳۷/۹۲	۳۶/۶۱	۳۷/۰۵	۱۵	۷۵

جدول ۱۰۱: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی ارائه دهندگان خدمات از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی در طرح پزشکی خانواده با استفاده از روش رگرسیون لوژیستیک بر حسب منطقه، شغل، جنسیت و نوع سکونت

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
منطقه	-	-	< ۰/۰۰۱
منطقه ۱	-	-	-
منطقه ۲	۰/۴۸۴	۰/۲۹۱ - ۱/۸۰۶	۰/۰۰۵
منطقه ۳	۰/۳۸۴	۰/۲۳۱ - ۰/۶۹۳	< ۰/۰۰۱
منطقه ۴	۰/۸۵۲	۰/۴۹۱ - ۱/۴۸۰	۰/۵۷۱
منطقه ۵	۰/۴۵۸	۰/۲۷۶ - ۰/۷۵۸	۰/۰۰۲
منطقه ۶	/۴۴۰	۰/۲۶۴ - ۰/۷۳۴	۰/۰۰۲
منطقه ۷	۲/۱۱۹	۱/۰۶۷ - ۴/۲۰۷	۰/۰۳۲
شغل	-	-	< ۰/۰۰۱
پزشک	-	-	-
ماما	۰/۴۸۲	۰/۳۴۳ - ۰/۶۷۷	۰/۰۱۵
جنسیت	-	-	-
مذکر	-	-	-
مونث	۱/۵۸۹	۱/۰۹۳ - ۲/۳۱۱	۰/۰۰۱
نوع سکونت	-	-	-
غیر بیتوته	-	-	-
بیتوته مداوم	۰/۵۹۹	۰/۴۴۹ - ۰/۸۰۰	۰/۰۰۱
بیتوته غیر مداوم	۰/۹۹۴	۰/۶۷۵ - ۱/۴۶۶	۰/۹۷۷

- رضایت ارائه دهندگان خدمات در منطقه ۲، ۳، ۵، ۶ بالاتر و در منطقه ۷ کمتر است
- رضایت در افراد مونث کمتر از مذکر است
- رضایت در پزشکان کمتر از ماما است
- رضایت در بیتوته غیر مداوم کمتر است

جدول ۱۰۲: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR ناراضی‌ی ارائه‌دهندگان خدمات از وسایل و تجهیزات مورد نیاز در طرح پزشک خانواده با استفاده از روش رگرسیون لوژیستیک بر حسب منطقه، شغل، جنسیت و نوع سکونت

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
منطقه	-	-	< ۰/۰۰۱
منطقه ۱	-	-	-
منطقه ۲	۰/۷۴۹	۰/۵۴۴ - ۱/۰۳۱	۰/۰۷۷
منطقه ۳	۰/۵۵۶	۰/۴۰۳ - ۰/۷۶۸	< ۰/۰۰۱
منطقه ۴	۱/۴۹۸	۱/۰۵۲ - ۲/۱۳۲	۰/۰۲۵
منطقه ۵	۱/۰۲۳	۰/۷۳۵ - ۱/۴۲۳	۰/۸۹۵
منطقه ۶	۰/۷۹۱	۰/۵۷۰ - ۱/۰۹۶	۰/۱۵۸
منطقه ۷	۰/۹۲۷	۰/۶۶۴ - ۱/۲۹۵	۰/۶۵۹
شغل	-	-	-
پزشک	-	-	-
ماما	۰/۸۸۷	۰/۷۱۲ - ۱/۱۰۶	۰/۲۸۶
جنسیت	-	-	-
مذکر	-	-	-
مونث	۱/۴۹۷	۱/۱۷۴ - ۱/۹۰۹	۰/۰۰۱
نوع سکونت	-	-	۰/۰۶۹
غیربیتوته	-	-	-
بیتوته مداوم	۱/۰۷۹	۰/۸۷۲ - ۱/۳۳۵	۰/۴۸۳
بیتوته غیرمداوم	۱/۳۶۹	۱/۰۴۹ - ۱/۷۸۷	۰/۰۲۱

۱. رضایت ارائه‌دهندگان خدمات در منطقه ۳ بیشتر و در منطقه ۴ کمتر است.
۲. رضایت در ارائه‌دهندگان مونث کمتر از مذکر است (پزشکان مونث).
۳. رضایت در بیتوته غیر مداوم کمتر از بیتوته مداوم و غیربیتوته است.
۴. شغل، سن و تاهل نقشی ندارند.

جدول ۱۰۳: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی ارائه دهندگان خدمات از ابعاد پایش و ارزیابی طرح پزشک خانواده با استفاده از روش رگرسیون لوژستیک بر حسب منطقه، شغل، جنسیت و نوع سکونت

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
منطقه	-	-	۰/۰۰۱
منطقه ۱	-	-	-
منطقه ۲	۱/۳۰۴	۱/۶۸۹ - ۱/۰۰۷	۰/۰۴۴
منطقه ۳	۱/۲۶۹	۱/۶۶۱ - ۰/۹۶۹	۰/۰۸۳
منطقه ۴	۱/۲۳۰	۱/۵۸۹ - ۰/۹۵۳	۰/۱۱۲
منطقه ۵	۰/۸۵۴	۱/۱۰۸ - ۰/۶۵۹	۰/۲۳۵
منطقه ۶	۰/۹۷۷	۱/۲۷۳ - ۰/۷۵۰	۰/۸۶۴
منطقه ۷	۱/۳۵۲	۱/۷۵۹ - ۱/۰۴۰	۰/۰۲۴
شغل	-	-	-
پزشک	-	-	-
ماما	۰/۵۸۲	۰/۶۹۱ - ۰/۴۹۰	<۰/۰۰۱
جنسیت	-	-	-
مذکر	-	-	-
مونث	۱/۳۷۸	۱/۶۷۱ - ۱/۱۳۷	<۰/۰۰۱
نوع سکونت	-	-	<۰/۰۰۱
غیربیتوته	-	-	-
بیتوته مداوم	۰/۷۹۴	۰/۹۴۶ - ۰/۶۶۷	۰/۰۱۰
بیتوته غیرمداوم	۱/۲۵۲	۱/۵۳۲ - ۱/۰۲۳	/۰۲۹

۱. رضایت ارائه دهندگان خدمات در منطقه ۲ و ۷ کمتر است.
۲. رضایت در افراد مونث کمتر از مذکر است.
۳. رضایت در پزشکان کمتر از ماما است.
۴. رضایت در بیتوته غیرمداوم کمتر و در بیتوته مداوم بیشتر است.

جدول ۱۰۴: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی ارائه دهندگان خدمات وضعیت اجرایی در طرح پزشک خانواده با استفاده از روش رگرسیون لوژیستیک بر حسب منطقه، شغل، جنسیت و نوع سکونت

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
منطقه	-	-	<۰/۰۰۱
منطقه ۱	-	-	-
منطقه ۲	۰/۷۹۵	۰/۵۶۲ - ۱/۱۲۴	۰/۱۹۴
منطقه ۳	۰/۵۰۳	۰/۳۵۸ - ۰/۷۰۶	<۰/۰۰۱
منطقه ۴	۰/۵۷۸	۰/۴۱۵ - ۰/۸۰۶	۰/۰۰۱
منطقه ۵	۰/۸۴۵	۰/۵۹۷ - ۱/۱۹۵	۰/۳۴۱
منطقه ۶	۰/۶۹۸	۰/۴۹۴ - ۰/۹۸۶	۰/۰۴۱
منطقه ۷	۰/۸۹۵	۰/۶۲۷ - ۱/۲۷۸	۰/۵۴۲
شغل	-	-	-
پزشک	-	-	-
ماما	۰/۷۲۶	۰/۵۸۱ - ۰/۹۰۹	۰/۰۰۵
جنسیت	-	-	-
مذکر	-	-	-
مونث	۱/۴۷۰	۱/۱۵۱ - ۱/۸۷۸	۰/۰۰۲
نوع سکونت	-	-	۰/۰۰۴
غیربیتوته	-	-	-
بیتوته مداوم	۰/۷۳۴	۰/۵۹۶ - ۰/۹۰۴	۰/۰۰۴
بیتوته غیرمداوم	۱/۰۷۲	۰/۸۲۴ - ۱/۳۹۴	۰/۶۰۵

۱. رضایت ارائه دهندگان خدمات در مناطق ۳، ۴، ۶ بیشتر است.
۲. رضایت در ماما بیشتر است.
۳. رضایت در افراد مونث کمتر است.
۴. رضایت در بیتوته مداوم بیشتر است.

جدول ۱۰۵: برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای خطر نسبی OR نارضایتی ارائه دهندگان خدمات از شرایط و امکانات طرح پزشک خانواده با استفاده از روش رگرسیون لوژیستیک بر حسب منطقه، شغل، جنسیت و نوع سکونت

نام متغیر	برآورد خطر نسبی تعدیل شده	فاصله اطمینان ۹۵٪	Pvalue
منطقه	-	-	۰/۰۰۲
منطقه ۱	-	-	-
منطقه ۲	۰/۹۷۶	۰/۷۰۱ - ۱/۳۵۸	۰/۸۸۴
منطقه ۳	۰/۶۱۸	۰/۴۴۶ - ۰/۸۵۵	۰/۰۰۴
منطقه ۴	۰/۷۴۱	۰/۵۳۹ - ۱/۰۱۸	۰/۰۶۴
منطقه ۵	۰/۶۰۹	۰/۴۴۵ - ۰/۸۳۲	۰/۰۰۲
منطقه ۶	۰/۷۳۱	۰/۵۲۸ - ۱/۰۱۱	۰/۰۵۸
منطقه ۷	۰/۶۲۱	۰/۴۵۱ - ۰/۸۵۴	۰/۰۰۳
شغل	-	-	-
پزشک	-	-	-
ماما	۱/۸۶۱	۱/۵۲۷ - ۲/۲۶۸	<۰/۰۰۱
جنسیت	-	-	-
مذکر	-	-	-
مؤنث	۱/۰۱۸	۰/۸۲۳ - ۱/۲۵۹	۰/۸۶۸
نوع سکونت	-	-	<۰/۰۰۱
غیربیتوته	-	-	-
بیتوته مداوم	/۸۰۸	۰/۶۶۴ - ۰/۹۸۲	۰/۰۳۲
بیتوته غیرمداوم	۱/۳۴۹	۱/۰۵۵ - ۱/۷۲۶	۰/۰۱۷

- رضایت ارائه دهندگان خدمات مناطق ۳، ۵، ۷ بالاتر از سایر مناطق است.
- رضایت ماما کمتر از پزشک است.
- رضایت بیتوته مداوم بیشتر و بیتوته غیرمداوم کمتر است.
- در جنسیت تفاوتی در این مورد وجود ندارد.

فصل چهارم

نتیجه گیری و پیشنهادات

رضایت از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در گیرندگان خدمات

بررسی نتایج رضایتمندی گیرندگان خدمات نشان داد، رضایت بالایی در زمینه ارائه خدمات پزشکی، مامایی و تزریقات، وجود دارد. نتایج بیانگر آن است $۸۰/۵\%$ ، $۸۱/۶\%$ و $۸۰/۶\%$ مراجعه کنندگان رضایت بالاتر از متوسط به ترتیب از خدمات ارائه شده توسط پزشک خانواده، ماما و تزریقات دارند.

در شاخص‌های پاسخگویی غالباً رضایت بسیار بالایی مشاهده می‌شود، به طوریکه $۷۸/۵\%$ درصد تا $۹۱/۶\%$ درصد مراجعین میزان رضایت بالاتر از متوسط از پاسخگویی پزشکان خانواده به تفکیک شاخص‌های مختلف پاسخگویی داشته‌اند.

در زمینه ارائه خدمات تشخیصی آزمایشگاهی و تصویربرداری میزان رضایت کاهش می‌یابد. به خصوص در زمینه خدمات آزمایشگاهی این کاهش بیشتر است که می‌تواند به دلیل محدودیت انجام بسیاری از آزمایشات توسط دفترچه بیمه روستایی باشد. همچنین قابل ذکر است که خدمات تشخیصی آزمایشگاهی و تصویربرداری در تمام مراکز بهداشتی - درمانی به طور مستقیم ارائه نمی‌شود که احتمال تأثیر این موضوع بر میزان رضایت از این خدمات را باید در نظر داشت.

۶۱% از مراجعین از وضعیت دسترسی به مراکز ارائه دهنده خدمات پزشک خانواده و $۷۳/۹\%$ مراجعین از ساعات ارائه خدمات رضایت بیش از متوسط دارند. میزان رضایت از زمان انتظار برای دریافت خدمات از پزشک و ماما به ترتیب در $۶۷/۵\%$ و $۷۴/۱\%$ مراجعین بیش از متوسط است.

کاهش میزان رضایت از «خدمات اورژانسی» نیز مشاهده می‌شود و نکته قابل توجه اینکه در زمینه موضوعات مربوط به اورژانس، ارائه دهندگان خدمات نیز رضایت بسیار اندکی را ذکر نموده‌اند و این نکته ضرورت پرداختن به شرایط اورژانس را بیشتر نمایان می‌سازد.

میزان رضایت از هزینه درمان در موارد ارجاع به متخصص پایین است. به نظر می‌رسد دسترسی به خدمات در سطح دوم نسبت به سطح اول، حداقل برای مراجعین با دفترچه بیمه روستایی دارای مسائل خاص است.

موضوع با اهمیت دیگری که باید بدان پرداخته شود رضایت بسیار زیاد گیرندگان خدمات از شرایط مربوط به دفترچه بیمه روستایی به جز محدودیت در انتخاب مرکز و

پزشک معالج بوده است. حدود ۶۰ درصد از مراجعین از محدودیت موجود در انتخاب مرکز و پزشک معالج خود رضایت متوسط و کمتر از آن را ذکر کرده‌اند.

رضایت بسیار زیاد از وضعیت ارائه خدمات بعد از اجرای طرح پزشک خانواده نسبت به قبل از آن وجود دارد. این نکته نشانگر آن است که تقاضای بالایی برای دسترسی به خدمات پزشک خانواده وجود داشته است که با اجرای این طرح رضایت بسیار بالایی نیز ایجاد شده است. البته در شروع چنین طرحی چه بسا با مراجعاتی مواجه شویم که صرفاً به دلیل در دسترس بودن خدمات ایجاد می‌شود نه به دلیل وجود تقاضای واقعی که یکی از ویژگیهای خاص بهداشت و درمان این است که قانون عرضه و تقاضا در این بخش مانند سایر کالاها و خدمات نیست به عبارت دیگر تقاضا تا حد زیادی تحت تاثیر عرضه خدمات قرار دارد. به بیان دقیقتر افزایش در عرضه خدمات موجب افزایش تقاضا و کاهش در عرضه خدمات موجب کاهش تقاضا می‌شود. به همین دلیل همانطور که لحاظ محدودیت ارجاع از سطح اول به سطح دوم مدنظر برنامه‌ریزان و مسئولین درمان در این طرح بوده است به نظر می‌رسد راهکارهایی جهت محدود نمودن مراجعات اولیه به تیم درمان طرح پزشک خانواده نیز باید لحاظ گردد، به طور مثال بادر نظر گرفتن مرز حداکثر استفاده از دفترچه بیمه تا تعداد نسخ معینی می‌تواند یکی از راهکارهای مربوط باشد. بی‌تردید هر سیاست که توسط سیاستگذاران سازمان بیمه اتخاذ می‌شود باید با دقت کافی و در نظر گرفتن جوانب امر و دیدگاه سیستمی انتخاب و اجرا شود. معهداً این میزان رضایت که در سال‌های ابتدای طرح وجود دارد در صورتی ادامه خواهد یافت که کیفیت خدمات درمانی، دارویی و تشخیصی مد نظر قرار گیرد، چه بعد از پاسخگویی به تقاضایی که شاید ده‌ها سال در جامعه وجود داشته است، طبعاً رضایت اولیه بالایی به وجود خواهد آمد اما بعد از استقرار طرح و برنامه‌های مربوط، انتظارات جامعه متوجه کیفیت خدمات خواهد شد و این نکته‌ای است که در شاخص‌های بررسی کیفیت خدمات به صورت شکاف کیفیتی مطرح می‌شود که اهمیت بررسی تفاوت انتظارات گیرندگان خدمات و وضعیت موجود خدمات را نمایان می‌سازد.

بیش از ۴۵ درصد پزشکان زمان ویزیت را جهت انجام فرایندهای ویزیت بیمار کافی نمی‌دانند و حدود ۲۲ درصد ماماها نیز همینطور و این نشانگر دیگری است که در این

مرحله تاکید باید بر روی استانداردهای خدمت و کیفیت خدمت صورت گیرد. این نتایج همچنین نشان دهنده عدم هماهنگی حجم خدمات با زمان ارائه خدمت از نظر ارائه دهندگان خدمات است. ارائه آموزش در رابطه با شکایات جسمی و روانی بیماران، مهمی است که با افزایش مراجعات و کاهش زمان ویزیت نادیده گرفته می‌شود.

رضایت مراجعه کنندگان از نتیجه درمان پزشک خانواده (سطح اول) و متخصص (سطح دوم) نسبتاً بالا است به طوری که به ترتیب ۷۸/۸٪ و ۷۲/۱٪ مراجعین رضایت بالاتر از سطح متوسط داشته‌اند.

در زمینه عوامل موثر بر رضایت گیرندگان خدمت از طرح پزشک خانواده نتایج نشان داد:

سن از عوامل موثر بر رضایت گیرندگان خدمات پزشکی سطح اول و آزمایشگاهی است. به طوری که با افزایش سن میزان رضایت از هر دو این خدمات کاهش می‌یابد.

میزان تحصیلات دریافت کنندگان خدمات پزشکی سطح اول و اورژانس بر میزان رضایت آنان تاثیر دارد. نتایج نشان می‌دهد با افزایش تحصیلات میزان رضایت از هر دو این خدمات، کاهش یافته است.

از بین ۳ نوع مرکز روستایی، شهری و شهری - روستایی میزان رضایت گیرندگان خدمات پزشکی، دارویی و تزریقات از مراکز شهری - روستایی بیشتر از سایر مراکز است. در مورد خدمات مامایی میزان رضایت گیرندگان خدمات از مراکز شهری - روستایی پایین‌تر از سایر مراکز است.

رضایت از خدمات آزمایشگاهی مراکز شهری پایین‌تر از سایر مراکز ارائه خدمات بوده است در حالی که بالاترین رضایت از خدمات اورژانس و خدمات پزشکی سطح دوم مربوط به مراکز شهری است.

رضایت از خدمات پزشکی در مناطق ۳، ۵ و ۶ کمتر است. رضایت از خدمات مامایی در مناطق ۳ و ۶ کمتر است. رضایت از خدمات دارویی در مناطق ۶ و ۷ بالاتر است.

رضایت از خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری در مناطق ۲، ۴ و ۷ بالاتر است.

رضایت از خدمات سطح دوم (ارجاع) در مناطق ۲ و ۷ بالاتر است.

رضایت از خدمات اورژانس در مناطق ۲، ۵ و ۷ کمتر است.

رضایت از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در ارائه دهندگان خدمات

بررسی نتایج مربوط به رضایتمندی ارائه دهندگان خدمات نکات بارزی را نشان می‌دهد، متأسفانه رضایت در اغلب محورها پایین است.

موارد مربوط به مفاد قرارداد و احکام، وضعیت اجرایی طرح، امکانات و شرایط مربوط، وسایل و تجهیزات مورد نیاز، ابعاد پایش و ارزیابی و شرایط بیتوته هیچ یک از رضایت بالایی برخوردار نمی‌باشند:

موارد مربوط به مفاد قرارداد یا احکام: رضایتمندی کمتر از ۲۰ درصد و کمترین رضایت در مورد میزان دریافتی و درآمد است.

موارد مربوط به ابعاد پایش و ارزیابی طرح: رضایتمندی بین ۳۱/۳ تا ۶۰ درصد است و کمترین آن در زمینه توانمندی و کفایت ارزیابان است.

موارد مربوط به شرایط و امکانات طرح: رضایتمندی بین ۲/۹ تا ۳۱/۲ درصد است و کمترین آنها مربوط به وضعیت تعلق مزایای غذا و همچنین بازخورد متخصصین در رابطه با بیماران ارجاعی است.

بیش از ۹۶ درصد از مشکلات تردد شامل زمان مورد نیاز، هزینه مورد نیاز، وسیله نقلیه و مشکلات جاده‌ای شکایات دارند.

موارد مربوط به وسایل و تجهیزات مورد نیاز طرح رضایتمندی: از ۸/۸ تا ۵۳/۵ و کمترین موارد رضایت در زمینه شرایط حضور پس از ساعات اداری و محدودیت ارقام دارویی در یک نسخه است

شرایط بیتوته: رضایتمندی از ۳/۹ تا حداکثر ۴۲ درصد است و کمترین نارضایتی‌ها در مورد امکانات دسترسی به منابع علمی، امکانات آموزشی فرزندان و ساعات مراجعه بیماران در شبانه روز است.

تمایل به استمرار اشتغال پزشکان حدود ۳۰/۸ درصد و در مورد توصیه به دیگران ۲۳/۵ درصد است و در مورد پزشکانی که تمایل به ادامه اشتغال دارند بیشترین دلایل شامل کمبود شغل، انگیزه مالی و پس از این موارد علاقمندی به شغل است.

بیشترین پیشنهادات ارائه دهندگان خدمات جهت اشتغال در این طرح؛ افزایش دریافتی و مزایا ۲۷٪ و بهبود شرایط کاری است ۲۰٪.

چنین شرایطی که به جابه‌جایی بالای پزشکان منجر می‌شود، استقرار طرح را تحت تاثیر قرار می‌دهد و چه بسا علیرغم رضایت بالای فعلی گیرندگان خدمات، این وضعیت دیری نپاید. در واقع عدم تطابق رضایت در ارائه دهندگان خدمات و گیرندگان آن خدمات منجر به ناپایداری ارائه خدمات و در نتیجه منجر به کاهش کیفیت خدمات و افت رضایت در گیرندگان خدمات خواهد شد.

در بررسی ارتباط سن، شغل، جنس، وضعیت سکونت و مناطق با رضایتمندی ارائه دهندگان خدمات نکات ذیل قابل ارائه است:

مفاد قرارداد یا احکام حقوقی

۱. رضایت ارائه دهندگان خدمات در منطقه ۲، ۳، ۵، ۶ بالاتر و در منطقه ۷ کمتر است
۲. رضایت در افراد مونث کمتر از مذکر است
۳. رضایت در پزشکان کمتر از ماما است
۴. رضایت در بیتوته غیر مداوم کمتر است

ابعاد پایش و ارزیابی طرح

۱. رضایت ارائه دهندگان خدمات در منطقه ۲ و ۷ کمتر است
۲. رضایت در افراد مونث کمتر از مذکر است
۳. رضایت در پزشکان کمتر از ماما است
۴. رضایت در بیتوته غیر مداوم کمتر و در بیتوته مداوم بیشتر است

وضعیت اجرایی طرح

۱. رضایت ارائه دهندگان خدمات در مناطق ۳، ۴، ۶ بیشتر است.
۲. رضایت در ماما بیشتر است
۳. رضایت در افراد مونث کمتر است
۴. رضایت در بیتوته مداوم بیشتر است

وسایل و تجهیزات

۱. رضایت ارائه دهندگان خدمات در منطقه ۳ بیشتر است
۲. رضایت در ارائه دهندگان مونث کمتر از مذکر است
۳. رضایت در بیتوته غیر مداوم کمتر از بیتوته مداوم و غیربیتوته است
۴. شغل و سن نقشی ندارند

رضایت از شرایط و امکانات طرح

۱. رضایت ارائه دهندگان خدمات مناطق ۳، ۵، ۷ بالاتر از سایر مناطق است
۲. رضایت ماما کمتر از پزشک است
۳. رضایت بیتوته مداوم بیشتر و بیتوته غیرمداوم کمتر است.
۴. در جنسیت تفاوتی در این مورد وجود ندارد.

نکته حائز اهمیت دیگر این است که علیرغم انجام مقایسه آماری بین مناطق مختلف انواع مراکز، تحصیلات و ارائه دهندگان مختلف خدمات و ...، معنادار بودن تفاوت رضایت‌ها از نظر آماری چه بسا با معنادار بودن از نظر مدیریتی تفاوت داشته باشد. لذا پیشنهاد می‌شود که مدیران ذی ربط و استفاده کننده از نتایج این پژوهش بیش از آنکه به تفاوت آماری میزان رضایت امتیاز بدهند، طیفی از میزان رضایت را که برای ارائه دهندگان خدمات و نیز برای گیرندگان خدمات به عنوان طیف مطلوب قلمداد می‌شود لحاظ نمایند و در واقع میزان رضایت مطلوب، قابل قبول و غیرقابل قبول را در ارزشیابی روند ارائه خدمات و مقایسه مراکز مختلف با یکدیگر مشخص نمایند.

پیشنهادات در راستای رضایتمندی ارائه دهندگان خدمات

پیشنهادات اجرایی

- بهبود سیستم پرداخت و افزایش میزان دریافتی ارائه دهندگان خدمات
- ایجاد تناسب در حجم کار و ساعات کاری در ارائه دهندگان خدمات
- ایجاد سیستم بازخورد از متخصصین سطح دوم

- افزایش توانمندی و کفایت ارزیابان طرح و جلب مشارکت ارائه دهندگان خدمات در ارزیابی
- توجه به شرایط حضور و ارائه خدمات پس از ساعات اداری، برای ارائه دهندگان خدمات (پزشک و ماما)
- بهبود وضعیت تردد
- قانونمند نمودن وضعیت مراجعات بیماران در شرایط بیتوته
- بهبود شرایط دسترسی به منابع علمی برای ارائه دهندگان و امکانات آموزشی فرزندان ایشان

پیشنهادات پژوهشی

- ارزشیابی وضعیت قرارداد و احکام حقوقی و شرایط پرداخت در طرح پزشک خانواده و ارائه راهکارهای ارتقا
- ارزشیابی وضعیت اجرایی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع و ارائه راهکارهای ارتقای آن
- بررسی وضعیت بیتوته (مداوم، غیرمداوم) و ارائه راهکارهای ارتقای آن
- بررسی دوره‌ای رضایتمندی ارائه دهندگان خدمات و بازخورد آن به متولیان تامین و جذب نیروی انسانی

پیشنهادات در راستای رضایتمندی گیرندگان خدمات

پیشنهادات اجرایی

- آموزش و اطلاع رسانی در زمینه کاربرد دفترچه به گیرندگان خدمات و معرفی مراکز مربوط
- افزایش دسترسی گیرندگان خدمات به خدمات تشخیصی شامل آزمایشگاهی و تصویربرداری
- افزایش قدرت "انتخاب ارائه دهنده خدمات" توسط گیرندگان خدمات
- افزایش دسترسی به خدمات سطح دوم

پیشنهادات پژوهشی

- بررسی کیفیت خدمات و کنترل کیفی آن
- بررسی مسائل موجود در ارائه خدمات آزمایشگاهی، تصویربرداری و ارائه راهکارها
- بررسی مسائل موجود در ارائه خدمات سطح دوم و ارائه راهکارها
- بررسی مسائل موجود در مراجعات اورژانسی و ارائه راهکار

فصل پنجم

منابع

منابع:

1. Applebaum Robert A., Straker Jane K., Geron Scott M., Assessing satisfaction in health and long –term care: Practical approaches to hearing the voices of consumers. Springer publishing compony.
2. Kravitz Richard, Patient Satisfaction with Halth Care: critical outcome or trivial pusuit?, Journal of general internal medicine, 1998 April; 13(4): 280 – 282.
3. Avis Mark., Bond Meg, Arthur Antony, Satisfying solutions? A review of somw unresolved issues in the measurement of patient satisfaction, Journal of advanced nursing, 1995 August; 22:2.
4. Taylor SA, Cronin JJ Jr. Modeling patient satisfaction and service quality, Journal of health care marketing 1994 spring; 14 (1): 34-44.
5. Johansoon Peter, Oleni Magnus, Fridlund Bengt, Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature atudy, Scandivavian journal of caring sciences, 2002 Nov; 16 (4): 337 – 344.
6. Loblaw D.Amdrew, Bezjak Andrea, Bunstonf Terry, Development and testing of a visit – specific patient satisfaction questionnaire : The princess Margaret hospital satisfaction with doctor questionnaire, Journal of clinical oncology, 1999, 17 (6): 1931.
7. Sitzia John, How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies care, 1999, 11 (4): 319 – 328.
8. Sitzia John, Wood Neil, Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies, International Journal for quality in health care, 1998; 10 (4): 311 -317.
9. Barr Judith k., Banks Sara, Public reporting of hospital patient satisfaction: A review of survey methods and statistical approaches, prepared for the Rhode Island Department of health, health quality performance measurement and reporting program, 2002.
10. Atkinson M.J. Kumar R. Cappelleri J.C. Hass S.L. "Hierarchical construct validity of the treatment satisfaction questionnaire for medication (TSQM version1) among outpatient pharmacy consumers" Value in health, nov./ Dec. 2008: Vol 8.
11. Probst JC, Greenhouse DL, Selassie AW, Patient and physician satisfaction with an outpatient care visit, Journal of fam practice, 1997 Nov; 45 (5): 418 – 25.
12. Peyrot M, Cooper PD, Shnafp D, Consumer satisfaction and perceiced quality of outpatient health services, Journal of health care market, 1993 winter; 13(1); 24-33.
13. Kane Robert L., MacieJewski Mathew, Finch Michael, The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcome, Medical care Journal, 1997, 35(7): 714 -730.
14. Ross Caroline K., Steward Colette A., Sinacore James M., A comparative study of seven measures of patient satisfaction, Medical care Journal, 1995, 33(4): 392-406.

15. Williams S. Weinman J. Dale J. "Doctor patient communication and patient satisfaction a review" *family practice*, 1998; 15: 480 - 442
۱۶. سلیمانان زهره، تعیین میزان رضایتمندی شغلی و عوامل موثر بر آن در پرستاران بیمارستانهای اطفال دانشگاه تهران، پایان نامه دوره MPH دانشکده بهداشت، دانشگاه تهران ۱۳۷۹.
۱۷. طاهری صدیقه، بررسی رابطه بین ادراک کارکنان از شایستگی خود و ادراک مدیران از شایستگی آنان با رضایت شغلی کارکنان در ادارات آموزش و پرورش شهر کرمان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، ۱۳۷۹.
۱۸. تجزیه چی فرناز، بررسی و مقایسه رابطه بین میزان رضایت شغلی کارکنان دانشگاه علامه طباطبایی و میزان کارایی آنان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۷۵.
۱۹. هرسی و بلانچارد، مترجم: علاقه بند علی، مدیریت رفتار سازمانی، تهران، انتشارات امیرکبیر ۱۳۸۴.
۲۰. رضائیان علی، مبانی رفتار سازمانی، تهران، انتشارات سمت، ۱۳۸۲.
21. Buciniene I, Blaxevice A, Bliudsiute E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania, *Biomedical Central*, 2005, 6; 10 – 16.
۲۲. رعنائی اشکیکی فاطمه، بررسی میزان رضایت شغلی روستا و سرپرستان واحدهای مختلف و عوامل موثر بر آن در بیمارستانهای آموزشی رشت، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی رشت، ۱۳۷۸.
23. Ozyurt A., Hayran O., Sur H., Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians, *Q J Med* 2006; 99: 61 – 169.
24. Haq Z., Iqbal Z., Rahman A., Job stress among community health workers: a mulimethod study from Pakistan, *International Journal of Mental Health Systems* 2008,2:15.
25. Al-Eisa I.S., Al-Mutar M.s., Al-Abduljalil H.k., Job satisfaction of primary health care physicians at capital health region, Kuwait, *middle east journal of family medicine*, July 2005, VOL 3, Issue 3.
26. Monitoring of Member and provoder satisfaction, NCQA 2004/2005 standards and guidelines for te accreditation of MCOs. QI 6: Member satisfaction.
27. Monitoring of Member and provider satisfaction, NCQA 2004/2005 standards and qidelines guidelines for te accreditation of MCOs. QI 1: Member satisfaction.

28. Medicare survey finds overall satisfaction in contractor – provider relationship, 2006, <https://www.mcpsstudy.org/srvy/mcpsinfo.asp>.
29. Byers V.L.; Mays M.Z; Mark D.D.; provider satisfaction in Army primary care clinics, military medicine, 1999, Vol 164, n2, pp 132-135 (36 ref).
30. Pilpel D. Naggan L., evaluation of primary health services: The provider perspective, Journal of community health, volume 13, number4, December 1988.
۳۱. جولایی حسن، علیزاده مهوش، فلاح زاده محمدحسین، باصری علی، صیادی مهرباب، بررسی میزان توانمندی پزشکان خانواده استان فارس با استفاده از آزمون OSCE در سال ۱۳۸۷، مجموع مقالات ارائه شده در همایش هم اندیشی.
۳۲. نصری مراد، بررسی مقایسه‌ای نظرات پزشکان خانواده مستقر در مراکز بهداشتی درمانی روستایی در طرح ارتقای بیمه درمان روستاییان و عشایر در استان ایلام، بهار ۸۵ و دی ماه ۸۷، مجموع مقالات ارائه شده در همایش هم اندیشی.
۳۳. نجفی لیلا، فرجی، عبیدالله، بررسی رضایت ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت از برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده شهرستان تویسرکان، ۱۳۸۷، مجموع مقالات ارائه شده در همایش هم اندیشی.