

اللَّهُ  
الْكَرِيمُ  
الْحَمِيدُ



تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از رساله دکتری

آقای علی اصغر قدس رشته پرستاری رساله دکتری خود را با عنوان: «طراحی و روان سنجی پرسشنامه رضایت بیمار از مراقبتهای پرستاری» در تاریخ ۱۳۹۰/۱/۳۰ ارائه کردند. اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر عیسی محمدی	استاد راهنما
	دکتر زهره ونکی	استاد مشاور
	دکتر انوشیروان کاظم نژاد	استاد مشاور
	دکتر فضل اله احمدی	استاد ناظر
	دکتر منیره انوشه	استاد ناظر
	دکتر سادات سید باقر مداح	استاد ناظر
	دکتر مهوش صلصالی	استاد ناظر
	دکتر سیما محمدخان کرمانشاهی	نماینده تحصیلات تکمیلی

# آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی

## دانشگاه تربیت مدرس

**مقدمه:** با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

**ماده ۱-** حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می‌باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

**ماده ۲-** انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می‌باشد.

**تبصره:** در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

**ماده ۳-** انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه) حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آئین‌نامه- های مصوب انجام شود.

**ماده ۴-** ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

**ماده ۵-** این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

«اینجانب علی اصغر قدس دانشجوی رشته پرستاری ورودی سال تحصیلی ۱۳۸۵ مقطع دکتری دانشکده علوم پزشکی متعهد می‌شوم کلیه نکات مندرج در آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته‌های علمی مستخرج از پایان‌نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین‌نامه فوق‌الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می‌دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم.»

امضا

تاریخ

## آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:

"کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته پرستاری است که در سال ۱۳۸۹ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی جناب آقای دکتر عیسی محمدی، مشاوره سرکارخانم دکتر زهره ونکی و مشاوره آمار جناب آقای دکتر انوشیروان کاظم نژاد از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب علی اصغر قدس دانشجوی رشته پرستاری مقطع دکتری، تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضا



رساله

دوره دکتری تخصصی (Ph.D.) در رشته پرستاری

عنوان

طراحی و روانسنجی پرسش نامه رضایت بیمار از مراقبت های پرستاری

نگارش

علی اصغر قدس

استاد راهنما

دکتر عیسی محمدی

اساتید مشاور

دکتر زهره ونکی

دکتر انوشیروان کاظم نژاد

بهار ۱۳۹۰

تقدیم به:

همه کسانی که به من آموختند

به روح بلند پدرم که از فیض وجودش محروم

به مادر عزیزم که مرهمون دعاها و زحمات بی حد او، هستم

به همسر مهربانم که صبورانه حمایت می کند

و به فرزندان دلبندم که سرمایه های زندگیم هستند

## مشکر و قدردانی

سپاس بیکران خداوند بی‌همتار که با لطف و عنایت جاودانه خویش زمینه تحصیل و تحقیق را برایم مهیا نمود. لازم می‌دانم مراتب تشکر و قدردانی فراوان خود را نسبت به کلیه عزیزان و سرورانی نمایم که انجام این پژوهش مرهون کمک‌های بی‌شائبه آنان است.

با نهایت احترام، از زحمات ارزنده جناب آقای دکتر محمدی به عنوان استاد محترم راهنما سپاسگذاری می‌کنم. توانایی بالای علمی، همراه با دقت، صبوری و اخلاق نیکشان را می‌ستایم.

استاد محترم مشاور، سرکار خانم دکتر ونگلی که با دلسوزی و مساعدت خود مراد انجام پژوهش‌هایم را یاری کردند.

جناب آقای دکتر کاظم نژاد که بخش آمار پژوهش‌هایم را با کمک و راهنمایی‌های ارزنده ایشان به انجام رسانید.

جناب آقای دکتر احمدی که از نظرات اندیشمندان و سازنده ایشان بهره‌بردم.

همه اساتید محترمی که در طی مدت تحصیل از محضرشان کسب فیض کردم.

کلیه مشارکت‌کنندگان عزیزم که قبول زحمت کرده، تجارب ارزشمندشان را در اختیارم قرار دادند.

و مسئولین بیمارستانهای امیرالمومنین، فاطمیه و تاسین اجتماعی سمنان که نهایت همکاری در انجام پژوهش را مبذول

داشتند.

## چکیده

امروزه توجه فزاینده ای به بررسی رضایت بیماران از مراقبت می شود چرا که رضایت بیمار یک شاخص معتبر و مهم برای کیفیت خدمات پرستاری محسوب می شود. رضایت مفهومی است که به شدت تحت تاثیر عوامل زمینه ای، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و مذهبی قرار دارد. با توجه به اهمیت موضوع رضایت بیمار در مراقبت های پرستاری و لزوم اندازه گیری آن و نبود ابزاری استاندارد و بومی برای اندازه گیری آن در ایران، پژوهشگر بر آن شد تا پرسش نامه ای براساس معنا و تعریف ذی نفعان اصلی (بیماران) از مفهوم رضایت از مراقبت های پرستاری و با استفاده از یک روند علمی طراحی و روان سنجی نماید.

این پژوهش در دو مرحله انجام گرفت: در مرحله اول با یک رویکرد کیفی و با استفاده از روش آنالیز محتوا، مفهوم رضایت بیمار با استفاده تجارب بیماران تبیین و تعریف گردید. این مرحله با انجام مصاحبه نیمه ساختارمند با ۱۵ بیمار بستری در بخش های مختلف بیمارستان و تجزیه تحلیل داده های حاصل با استفاده از تکنیک آنالیز محتوای متعارف انجام شد. نتایج حاصل از این مرحله شامل ۷ درونمایه و ۲۳ طبقه اصلی بودند. درونمایه ها شامل: ویژگی های فردی پرستار، پایش و ارائه مراقبت ها، ارتباط بین فردی، پاسخگویی و مسئولیت پذیری، مدیریت و سرپرستی بخش، تامین رفاه و آسایش و نهایتاً پذیرش و خشنودی بود که براساس آن ها رضایت به صورت زیر تعریف گردید: رضایت احساس خشنودی و آرامشی است که بیمار در نتیجه پذیرش عاطفی و عقلانی پرستار درک می کند. این احساس از طریق قضاوت هوشیارانه، آگاهانه و گاه احساسی بیمار نسبت به پرستار و محیط مراقبتی است که در ابعاد چند گانه ی، ویژگی های فردی پرستار، پایش و ارائه مراقبت ها، ارتباط بین فردی، پاسخگویی و مسئولیت پذیری، مدیریت و سرپرستی بخش و تامین رفاه و آسایش بیمار شکل می گیرد.

در مرحله دوم بر اساس تعاریف نظری و عملی برآمده از تحقیق مرحله اول، ۱۰۷ گویه اولیه طراحی شدند و در یک فرآیند متدولوژیک مورد تجزیه تحلیل و روانسنجی قرار گرفتند. در این مرحله روایی صوری پرسش نامه به کمک نظرخواهی از بیماران و متخصصین بررسی شد. سپس روایی محتوا با استفاده از نظر متخصصین در دو مرحله جداگانه ارزیابی شد. روایی سازه نیز با ۲۶۰ نمونه و با کمک تحلیل عاملی انجام گرفت که منجر به تشکیل چهار عامل (مراقبت همدلانه، ویژگی های فردی و حرفه ای، بی توجهی و سهل انگاری، پاکیزگی و آراستگی محیط) گردید. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ موید همسانی درونی بالای پرسش نامه در هر یک از زیر مقیاس ها و کل ابزار (۰/۹۵) بود. پایایی ثبات نیز با استفاده از آزمون مجدد با فاصله زمانی ۱۰ روز معادل ۰/۹۶ بود.

نهایتاً پرسش نامه توسعه یافته در این مطالعه با عنوان " پرسش نامه رضایت بیمار از مراقبت های پرستاری " با ۴۵ گویه و ویژگی های روانسنجی مناسب ارائه گردید که قابلیت به کارگیری در سیستم های مراقبت بهداشتی کشورمان را دارد و می تواند جهت ارزیابی مراقبت های ارائه شده توسط پرستاران مورد استفاده قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** پرسش نامه، رضایت بیمار، مراقبت پرستاری، تحلیل محتوای کیفی، روانسنجی



## فهرست مطالب

۱	فصل اول: مقدمه .....
۲	۱-۱. زمینه و اهمیت پژوهش.....
۱۷	۲-۱. اهداف پژوهش.....
۱۸	فصل دوم: فلسفه هدایت کننده مطالعه .....
۱۹	۱-۲. پارادایم ها و رویکردهای مربوط به تعریف و سنجش مفهوم رضایت .....
۲۰	۱-۱-۲. مدل های شکل گیری رضایت.....
۲۰	۱-۱-۱-۲. مدل رضایت مندی مشتری سوئدی.....
۲۱	۲-۱-۱-۲. مدل شاخص رضایت مشتری در آمریکا.....
۲۲	۳-۱-۱-۲. مدل شاخص رضایت مشتری در اروپا.....
۲۳	۲-۱-۲. رویکرد اقتصادی در رضایت.....
۲۵	۳-۱-۲. رویکرد مهندسی در رضایت.....
۲۶	۴-۱-۲. رویکردهای روان شناختی- اجتماعی در رضایت.....
۲۶	۱-۴-۱-۲. تئوری مازلو.....
۲۷	۲-۴-۱-۲. نظریه انتظار-عدم تایید.....
۲۸	۳-۴-۱-۲. نظریه اسناد.....
۳۰	۴-۴-۱-۲. نظریه برابری.....
۳۱	۵-۴-۱-۲. نظریه عملکرد.....
۳۲	۲-۲. تعریف رضایت در سیستم های مراقبت بهداشتی.....
۳۴	۳-۲. بررسی پارادایمیک طراحی ابزارهای اندازه گیری رضایت بیماران.....
۳۸	۴-۲. مروری بر مطالعات انجام شده .....
۴۸	فصل سوم: روش تحقیق .....
۴۹	۱-۳. روش تحقیق بخش کیفی مطالعه .....
۴۹	۱-۱-۳. دلیل انتخاب روش پژوهش و معرفی مختصر آن .....

۵۲	..... ۲-۱-۳. روش جمع آوری و تولید داده ها
۵۴	..... ۳-۱-۳. معرفی و نحوه انتخاب مشارکت کننده ها
۵۵	..... ۴-۱-۳. تجزیه تحلیل داده ها
۵۷	..... ۵-۱-۳. دقت و اعتبار علمی مطالعه
۵۸	..... ۱-۵-۱-۳. قابلیت اعتبار
۵۸	..... ۲-۵-۱-۳. قابلیت ثبات
۵۹	..... ۳-۵-۱-۳. قابلیت تایید پذیری
۵۹	..... ۴-۵-۱-۳. قابلیت انتقال
۶۰	..... ۶-۱-۳. محدودیت های پژوهش
۶۱	..... ۷-۱-۳. ملاحظات اخلاقی پژوهش
۶۱	..... ۲-۳. روش تحقیق بخش کمی مطالعه
۶۱	..... ۱-۲-۳. استخراج گویه ها
۶۲	..... ۲-۲-۳. روایی صوری
۶۲	..... ۳-۲-۳. روایی محتوا
۶۳	..... ۴-۲-۳. روایی سازه
۶۴	..... ۵-۲-۳. پایایی ابزار
۶۵	..... ۱-۵-۲-۳. همبستگی درونی
۶۵	..... ۲-۵-۲-۳. آزمون مجدد
۶۷	..... فصل چهارم: یافته های پژوهش
۶۸	..... ۱-۴. یافته ها
۷۹	..... ۱-۱-۴. درونمایه ۱: ویژگی های فردی پرستار
۸۳	..... ۲-۱-۴. درونمایه ۲: پایش و ارائه مراقبت ها
۸۹	..... ۳-۱-۴. درونمایه ۳: ارتباط بین فردی
۹۴	..... ۴-۱-۴. درونمایه ۴: پاسخگویی و مسئولیت پذیری
۹۸	..... ۵-۱-۴. درونمایه ۵: مدیریت و سرپرستی بخش

۱۰۲	..... ۶-۱-۴. درونمایه ۶: تامین رفاه و آسایش
۱۰۹	..... ۷-۱-۴. درونمایه ۷: پذیرش و خشنودی
۱۱۳	..... ۲-۴. بحث
۱۲۵	..... ۳-۴. نتیجه گیری نهایی
۱۲۶	..... فصل پنجم: طراحی و اعتبار یابی پرسش نامه
۱۲۷	..... ۱-۵. مقدمه
۱۲۸	..... ۲-۵. روش طراحی ابزار
۱۳۰	..... ۱-۲-۵. استخراج گویه ها
۱۳۲	..... ۲-۲-۵. ساختار و تبیین گویه ها
۱۴۲	..... ۳-۵. روان سنجی ابزار
۱۴۲	..... ۱-۳-۵. روایی صوری و محتوا
۱۵۹	..... ۲-۳-۵. روایی سازه
۱۷۲	..... ۳-۳-۵. پایایی پرسش نامه
۱۷۲	..... ۱-۳-۳-۵. همسانی درونی
۱۷۳	..... ۲-۳-۳-۵. پایایی ثبات
۱۷۴	..... ۴-۵. نمره گذاری پرسش نامه
۱۸۰	..... ۵-۵. بحث
۱۸۹	..... ۶-۵. نتیجه گیری نهایی
۱۹۰	..... ۷-۵. کاربرد پژوهش
۱۹۱	..... ۸-۵. پیشنهاد برای پژوهش های بعدی
۱۹۲	..... فهرست منابع
۲۱۶	..... ضمائم
۲۲۵	..... چکیده انگلیسی

## فهرست جداول

۴۲	جدول ۱-۲. پرسش نامه رضایت گونزالس (زیر مقیاس مراقبت های پرستاری) .....
	جدول ۱-۴. نمایش روند استخراج تم از واحدهای معنایی، کدها و طبقات مربوط به درونمایه
۷۸	پذیرش و خشنودی .....
۱۳۱	جدول ۱-۵. روند گویه سازی در بعد ویژگی های فردی پرستار .....
۱۳۳	جدول ۲-۵. گویه های مربوط به درونمایه ویژگی های فردی .....
۱۳۵	جدول ۳-۵. گویه های مربوط به درونمایه پایش و ارائه مراقبت .....
۱۳۶	جدول ۴-۵. گویه های مربوط به درونمایه ارتباط بین فردی .....
۱۳۷	جدول ۵-۵. گویه های مربوط به درونمایه پاسخگویی و مسئولیت پذیری .....
۱۳۸	جدول ۶-۵. گویه های مربوط به درونمایه مدیریت و سرپرستی بخش .....
۱۴۰	جدول ۷-۵. گویه های مربوط به درونمایه تامین رفاه و آسایش .....
۱۴۱	جدول ۸-۵. گویه های مربوط به درونمایه پذیرش و خشنودی .....
۱۴۲	جدول ۹-۵. گویه های اولیه و تغییرات داده شده در مرحله اول .....
۱۴۶	جدول ۱۰-۵. گویه های اصلاح شده در روایی صوری .....
۱۴۷	جدول ۱۱-۵. گویه های اصلاحی در روایی صوری .....
	جدول ۱۲-۵. بخشی از پرسش نامه ارسالی به متخصصین برای ارائه نظر در مورد ضرورت هر یک
۱۴۸	از گویه ها (CVR) .....
۱۴۸	جدول ۱۳-۵. جدول لاوشه .....
	جدول ۱۴-۵. بخشی از پرسش نامه ارسالی به متخصصین برای ارائه نظر در مورد مرتبط بودن،
۱۴۹	سادگی و واضح بودن هر یک از گویه ها (CVI) .....
۱۴۹	جدول ۱۵-۵. نتایج مربوط به CVI و CVR .....
۱۵۳	جدول ۱۶-۵. نتایج مربوط به CVI و CVR در مرحله دوم .....
۱۵۶	جدول ۱۷-۵. پرسش نامه تعیین ضریب تاثیر آیتم .....
۱۵۷	جدول ۱۸-۵. ضریب تاثیر گویه ها .....
۱۶۱	جدول ۱۹-۵. نتایج آزمون تی گروه های مستقل .....

۱۶۲	جدول ۵-۲۰. نتایج آزمون KMO و کرویت بار تلت .....
۱۶۲	جدول ۵-۲۱. مقادیر ویژه و واریانس کل تبیین شده .....
۱۶۵	جدول ۵-۲۲. عوامل چهارگانه استخراج شده از تحلیل عاملی با استفاده از دوران ماتریکس .....
۱۷۳	جدول ۵-۲۳. ضریب آلفای کرونباخ پرسش نامه .....
۱۷۳	جدول ۵-۲۴. نتایج آماری آزمون مجدد .....
۱۷۴	جدول ۵-۲۵. نمره گذاری در گویه های مثبت و منفی .....
۱۷۵	جدول ۵-۲۶. توزیع نمرات در دسته بندی سه سطحی .....
۱۷۶	جدول ۵-۲۷. توزیع نمرات در دسته بندی چهار سطحی .....
۱۷۶	جدول ۵-۲۸. توزیع نمرات در دسته بندی پنج سطحی .....
۱۷۷	جدول ۵-۲۹. مقیاس چهار طبقه ای رضایت .....
۱۷۸	جدول ۵-۳۰. پرسش نامه نهایی رضایت بیمار از مراقبت های پرستاری .....
۱۸۲	جدول ۵-۳۱. آلفای کرونباخ در ابزار مرکوریس .....
۱۸۳	جدول ۵-۳۲. مقایسه گویه های ابزار سروکوال و ابزار حاضر .....
۱۸۶	جدول ۵-۳۳. ضریب آلفای کرونباخ در ابزار سروکوال .....
۱۸۷	جدول ۵-۳۴. پرسش نامه اصفهان (زیر مقیاس پرستاری) .....
۱۸۹	جدول ۵-۳۵. پرسش نامه جولایی (زیر مقیاس پرستاری) .....

## فهرست نمودارها

۱۶۴	..... نمودار ۵-۱. نمودار شن ریزه
۱۷۴	..... نمودار ۵-۲. نمودار توزیع انتخاب های ۵گانه در پاسخنامه ها
۱۷۵	..... نمودار ۵-۳. نمودار توزیع نمرات در دسته بندی سه سطحی
۱۷۶	..... نمودار ۵-۴. نمودار توزیع نمرات در دسته بندی چهار سطحی
۱۷۷	..... نمودار ۵-۵. نمودار توزیع نمرات در دسته بندی پنج سطحی

## فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۲. ساختار کلان مدل شاخص رضایت مشتری در کشور سوئد ..... ۲۱
- شکل ۲-۲. مدل شاخص رضایت مشتری در آمریکا ..... ۲۲
- شکل ۳-۲. مدل شاخص رضایت مشتری در اروپا ..... ۲۳
- شکل ۱-۴. نمایش نمادین درونمایه ویژگی‌های فردی پرستار و طبقات شکل دهنده آن ..... ۸۳
- شکل ۲-۴. نمایش نمادین درونمایه پایش و ارائه مراقبت‌ها و طبقات شکل دهنده آن ..... ۸۹
- شکل ۳-۴. نمایش نمادین درونمایه ارتباط بین فردی و طبقات شکل دهنده آن ..... ۹۴
- شکل ۴-۴. نمایش نمادین درونمایه پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری و طبقات شکل دهنده آن ..... ۹۸
- شکل ۵-۴. نمایش نمادین درونمایه مدیریت و سرپرستی بخش و طبقات شکل دهنده آن ..... ۱۰۲
- شکل ۶-۴. نمایش نمادین درونمایه تامین رفاه و آسایش و طبقات شکل دهنده آن ..... ۱۰۸
- شکل ۷-۴. نمایش نمادین درونمایه پذیرش و خشنودی و طبقات شکل دهنده آن ..... ۱۱۳
- شکل ۸-۴. نمایش نمادین زیر مفاهیم رضایت بیماران از مراقبت‌های پرستاری ..... ۱۲۵
- شکل ۱-۵. آرایش درونمایه‌های ۷ گانه در عامل‌های ۴ گانه شناخته شده توسط تحلیل عاملی ..... ۱۷۳

فصل اول

مقدمه



## ۱-۱. زمینه و اهمیت پژوهش

به لحاظ تاریخی مفهوم رضایت به دنبال پرداختن به مفهوم کیفیت کالا و خدمات در صنعت مطرح شده است. مفهوم کیفیت ریشه در مطالعات متخصصین صنعتی، نظیر فیگنباوم<sup>۱</sup>، کروزبی<sup>۲</sup>، ژوران<sup>۳</sup> و دمینگ<sup>۴</sup> دارد. برای اولین بار در دهه های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ اهمیت کیفیت در صنعت مورد توجه قرار گرفت. در سال ۱۹۵۱ فیگنباوم کیفیت را، توانایی یک محصول در به انجام رساندن تمام اهداف مورد انتظار با صرف کمترین هزینه ممکن تعریف کرد. کروزبی اهمیت رابطه کیفیت و هزینه را مورد تأکید قرار داد اما، تعریف کیفیت را گسترده تر ساخت و تناسب یک کالا با نیازها را نیز جزئی از کیفیت دانست. ژوران رویکردی سه گانه به کیفیت داشت که شامل: برنامه ریزی کیفیت، کنترل کیفیت و ارتقاء کیفیت است [۱].

جهت گیری بر رضایت مشتری، پدیده نوظهوری نیست، بسیاری از صاحبان موفق کسب و کار، در طول سالیان متمادی، اهمیت تمرکز بر رضایت مشتری را تشخیص داده اند. تغییر و تحول در زندگی بشر راه پرفرازی پیموده و یکی از ویژگی های دنیای جدید شدت و سرعت در تحول است، تفاوت عمده جهان پیشرفته با جهان در حال توسعه در همین معنا نهفته است. وجود رقابت های سخت در عرصه های گوناگون بقای جوامع و سازمانها را متلاطم و نیازمند توانمندی های خاص آن کرده است. ارائه دائمی و افزایش کالاهای و خدمات نو نتیجه این رقابتها و نشان دهنده تلاشی

---

1 Fiengenbaum

2 Crosby

3 Zhoran

4 Deming

مستمر برای این بقاست. بازار اقتصاد جهانی، هیچ گاه به این اندازه رقابتی نبوده است. در سراسر دنیا، سازمان ها و بنگاه های تجاری تلاش می کنند تا از طریق نیل به مزایای منحصر به فرد، نسبت به سایر رقبا به موقعیتی ممتاز دست یابند. از سوی دیگر، مشتریان و مصرف کنندگان، همواره در جستجوی عرضه کنندگانی هستند که کالا یا خدماتی به مراتب بهتر ارائه می کنند. درک این تمایز، فرایند گزینش کالا یا خدمات مورد نیاز را هدایت نموده و مشتریان را در تصمیم گیری برای پرداخت بهای بیشتر در مقابل دریافت کالا یا خدمات بهتر یاری می نماید [۲].

در سال های اخیر جنبش بازسازی عظیمی در صنعت و تجارت به وجود آمده است تا رقابتی جدی در بازار جهانی داشته باشند. سیستم های ارائه مراقبت های بهداشتی نیز با هدف ارائه خدماتی که موثر، در دسترس و به صرفه باشند بازسازی می شوند. امروزه تعریف کیفیت مراقبت بهداشتی حاوی بعد جدیدی به نام نگرش مصرف کننده نیز می باشد [۳]. مدیریت جامع کیفیت<sup>۱</sup>، رویکردی مطلوب در توسعه خدمات مراقبت بهداشتی است. مدیریت جامع کیفیت نه تنها دانش حرفه ای، شایستگی و کاربرد مناسب تکنولوژی را شامل می شود بلکه درک بیماران در مورد نوع و سطح مراقبتی که دریافت می کنند را نیز در بر می گیرد [۴]. افزایش روزافزون هزینه های خدمات بهداشتی و نیاز به استفاده بهتر از منابع، نگرانی همه ملت های پیشرفته است [۵]. چرا که اثربخشی خدمات و کیفیت مراقبت از نظر بیماران، شاخصی برای بقای موسسات و تداوم موفقیت در سیستم مراقبت خواهد بود [۶،۷]. از طرف دیگر مشتری مداری در جامعه ما منجر به رقابت شدیدی شده و مطالبه مصرف کنندگان، مسئولیت بیشتر همه افراد درگیر در ارائه خدمات بهداشتی را می طلبد [۸]. تغییرات در تکنولوژی و سیستم های مراقبت بهداشتی در سال های گذشته نه تنها باعث افزایش هزینه های خدمات مراقبت بهداشتی شده است بلکه راه های متفاوتی برای تشخیص و درمان را فراهم کرده است. نقش بیمار از اواخر دهه ۱۹۶۰ که یک دریافت کننده غیر فعال خدمات بود به یک مشارکت کننده فعال تغییر یافته است. در حال حاضر بیماران به طور روزافزونی می خواهند تا در مورد وضعیت سلامتی خود یاد بگیرند و در برنامه ریزی، سازماندهی و تصمیم گیری خدمات بهداشتی خود

---

1 total quality management, TQM

مشارکت داشته باشند [۹]. پیترز<sup>۱</sup> می گوید: نگرش بیماران به طور عجیبی از یک نقش غیر فعال به نقش فعال تغییر یافته است. امروزه مصرف کنندگان از خدمات بهداشتی، سطح تحصیلات بالاتری دارند، آگاهی بیشتری داشته و بیشتر، خدمات بهداشتی را مورد نقد و بررسی قرار می دهند [۱۰]. در گذشته ارائه دهندگان خدمات بهداشتی این گونه تصور می کردند که به نیازهای بیماران بر اساس استانداردها و دانش خود آگاهند. اما بیماران به طور فزاینده ای به دنبال شرکت در برنامه ریزی و فرآیند تصمیم گیری بوده، می خواهند بدانند چه وقایعی در مورد وضعیت آن ها رخ داده و حتی تشخیص ها را درک کنند [۱۱]. یک چنین بیمارانی در خواست توسعه کیفیت خدمات را دارند. بنابراین کیفیت خدمات بیمارستانی را نمی توان فقط از نگاه کارکنان حرفه ای تعریف کرد [۱۲]. به این ترتیب بدیهی است که نیاز به اندازه گیری کفایت خدمات بهداشتی وجود دارد تا تعیین شود آیا استفاده مناسب از منابع صورت می گیرد [۹]. در واقع این درک ذهنی بیمار است که مهم است. هیچ فرد دیگری به جز بیمار نمی تواند به مراقبین حرفه ای بگوید که چه چیزی اهمیت دارد [۱۳]. ماهون<sup>۲</sup> می نویسد: فاکتورهای تاثیر گذار بر رضایت بیمار که از نقطه نظر بیمار باشند بسیار اهمیت دارند اما اگر از نقطه نظر دیگران مثل مراقبین حرفه ای باشد اهمیت کمتری دارند [۱۴].

اگر چه بیماران، امروزه برخوردار از تکنولوژی پیشرفته و درمان های پیچیده تر توسط افراد متخصص هستند اما احساس می کنند هنوز مراقبت کافی دریافت نمی کنند [۱۵]. بنابراین ضروری است به طور مداوم اثر هر تغییری در فعالیت ها و مداخلات روزانه اندازه گیری شود و از هماهنگی همه کسانی که در مراقبت از بیمار سهیم هستند مطمئن شویم [۱۶]. گذشته از آن سئوالات زیادی به دنبال تغییرات، ایجاد شده است که بهترین روش برای یافتن پاسخ به آن، پرسیدن از خود بیماران است. اندازه گیری رضایت بیمار در بررسی کیفیت خدمات ارائه شده بسیار مفید است. بیماران قادرند اطلاعاتی را بدهند که اگر به درستی ارزیابی شود می تواند در بهبود کیفیت موثر باشد. به همین

---

1 Peters

2 Mahon YP

جهت بسیاری از محققان معتقدند که رضایت بیمار فقط یک اندازه گیری از کیفیت نیست بلکه هدف ارائه خدمات بهداشتی است [۱۷].

در آغاز هزاره سوم میلادی، مفهوم رضایت مشتری به سرعت در حال فراگیر شدن می باشد. تحقیقات اخیر نشان می دهد که حدود ۹۵٪ از کل مدیران ارشد اجرایی در امریکا عقیده دارند، رضایت مشتری از اساسی ترین مسائل مورد توجه در سازمان آن ها محسوب می گردد. رضایت مندی مشتریان، تأثیری شگرف بر حیات حال و آینده یک سازمان خواهد داشت. کاوسی در مقدمه کتاب خود با عنوان روش های اندازه گیری رضایت مشتری می نویسد: بنظر من سختی رقابت و غلبه بر پیچیدگی های بازار با جلب همدلی و رضایت مشتریان بسیار ساده خواهد شد و این یعنی موقعیتی که همه سازمان ها به دنبال آنند [۲]. گفته می شود که امروزه ایالات متحده آمریکا در موج سوم انقلاب مراقبت های بهداشتی یعنی دوره بررسی و حسابرسی<sup>۱</sup> قرار دارد. موج اول دوره گسترش سریع بهداشت و تکنولوژی و موج دوم دوره صرفه جویی در هزینه ها بوده است [۱۸].

امروزه فضای انحصاری گذشته در حیطه تولید کالا و ارائه خدمات در هم شکسته شده و شناسایی، تفکیک، اولویت بندی، کشف انتظارات اصلی و در نهایت حصول رضایت مشتریان، از مهم ترین فعالیت های سازمان های خدماتی به شمار می رود [۱۹].

هدف از خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت ها، تأمین و ارتقاء سلامتی افراد جامعه می باشد و رضایت بیماران به عنوان یکی از ابعاد سلامتی، عامل مهمی در بهبود وضعیت سلامتی آنان دارد. عدم رضایت از خدمات بهداشتی درمانی عواقب نامطلوبی را به دنبال دارد. ناخرسندی مردم منجر به قطع ارتباط آنان با نظام بهداشتی و یا حداقل عدم مشارکت آنان در ارائه خدمات می شود. به علاوه ناخوشایندی مردم منجر به احساس عدم کفایت و ناخوشنودی پرسنل و به تبع آن کاهش کارایی نظام بهداشتی می گردد و بالاخره آن که رضایت، یکی از وجوه سلامتی فرد است و در صورت عدم توجه به رضایت مردم، نظام بهداشتی بر خلاف رسالت خود که پاسخ به نیاز مردم برای سلامتی است، عمل کرده است [۲۰].

---

1 The era of assessment and accountability