

دانشور پزشکی

عوامل مؤثر بر انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت دولتی، خصوصی و خیریه

نویسندگان: رامین روانگرد^۱، مهناز جوانبخت^۲، پیوند باستانی^{*}

۱. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

E-mail: bastanip@sums.ac.ir

* نویسنده مسئول: پیوند باستانی

چکیده

مقدمه و هدف: استفاده‌کنندگان خدمات در انتخاب ارائه‌دهنده مراقبت سلامت متفاوت عمل می‌کنند. این مطالعه به شناسایی عوامل مؤثر بر انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت دولتی، خصوصی و خیریه در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی شیراز پرداخته است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی کاربردی است که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه پژوهش، شامل ۳۳۰ نفر از کارمندان شاغل در مراکز دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم و نمونه‌گیری تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، نسخه فارسی شده پایا و روای پرسشنامه فریرا بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS23.0 مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد سازه‌های قصد، نگرش و کنترل رفتاری درک شده در بخش دولتی بالاتر از بخش خصوصی و خیریه بود. کارکنان مرد، متأهل، کارکنان مسن‌تر، کارکنان با تحصیلات کمتر، کارکنان شاغل در مرکز تحقیقات و بیمارستان، کارکنان با سابقه کاری بالاتر و کارکنان با نوع استخدامی شرکتی و قراردادی تمایل بیشتری به انتخاب بخش دولتی داشتند ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از تمایل بیشتر کارکنان در استفاده از خدمات بخش دولتی بود؛ اما جهت استفاده بهتر و بیشتر از خدمات موجود در هر یک از بخش‌های مورد بررسی می‌توان ایجاد اعتمادسازی بیشتر، ایجاد جو همدلی و احترام و تسهیل استفاده از خدمات بخش دولتی و استفاده از رویکردهای مختلف بازاریابی اجتماعی در کنار تعیین تعرفه قابل پرداخت برای عموم مردم در دو بخش خصوصی و خیریه را پیشنهاد نمود.

واژگان کلیدی: ارائه‌دهنده خدمت، خدمات سلامت، کارکنان بخش سلامت

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست‌ونهم-شماره ۱۳۴
اردیبهشت ۱۳۹۷

دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۰۵
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۷/۰۱/۲۰
پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۲۶

مقدمه

اصلی‌ترین کارکرد نظام سلامت ارائه خدمات سلامت است. اینکه خدمات به چه میزان مؤثر باشند، وابسته به آن است که چه خدماتی ارائه‌شده و چگونه این خدمات سازمان‌دهی می‌شوند (۱). از سوی دیگر، در سال‌های اخیر پیشرفت سریع علوم پزشکی و فناوری‌های جدید در عرصه مراقبت سلامت از یک طرف و بالا رفتن سطح انتظارات مردم و بهبود وضع اقتصادی، اجتماعی از سوی دیگر، باعث شده است تا انتظارات و توقعات مردم از خدمات ارائه‌شده در بیمارستان‌ها، نسبت به سابق بیشتر شود.

امروزه بیماران در انتخاب خدمات مراقبت سلامت نسبت به گذشته حساسیت بیشتری دارند و بیشتر از قبل درگیر فرآیند مراقبت سلامت خود می‌باشند (۲، ۳). مطالعات نشان داده‌اند که استفاده از نظرات بیماران در زمینه انتخاب زمان، مکان و نوع ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، منجر به کاهش زمان انتظار جهت دریافت مراقبت سلامت و افزایش رقابت در میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌شود (۸، ۹) که به نوبه خود موجب پاسخگویی بیشتر، بهبود کارایی (از قبیل کاهش هزینه)، کیفیت و کمیت مراقبت‌ها می‌گردد (۱۰، ۱۱).

از طرف دیگر، جلب رضایت هر چه بیشتر و توجه به خواسته‌های بیماران، آنان را به انجام صحیح و به موقع دستورالعمل‌های درمانی خویش ترغیب می‌کند و موجب تسریع پیشرفت معالجات و دستیابی به هدف اصلی درمان یعنی بهبود بیمار می‌شود (۱).

در همین رابطه، نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهند که عواملی همچون سن (۴، ۵)، جنس (۶)، تحصیلات (۵، ۷)، وضعیت تأهل (۶)، نوع بیمه (۵، ۶، ۸-۱۰)، وضعیت سلامتی، شدت و نوع بیماری (۸، ۹، ۱۱-۱۵)، نژاد (۸، ۱۱، ۱۲)، درآمد خانوادگی (۶، ۱۴)، توصیه پزشک (۱۴)، مسافت برای دریافت خدمات، آگاهی از خدمات دریافتی، حمایت جامعه (۱۵، ۱۶)، قیمت خدمات (۱۷-۱۹)، کیفیت خدمات و امکانات رفاهی (۱۹-۲۳)، نحوه عملکرد پزشک معالج (۹، ۲۴، ۲۵)،

برخورد مناسب کادر درمان با بیماران (۴)، اهمیت دسترسی به حمایت اجتماعی و دوستان (مانند امکان ملاقات آزادانه) در زمان بستری (۴، ۲۶)، سابقه قبلی خانوار در استفاده از خدمات سلامت (۴، ۱۰، ۲۷-۲۹) و شهرت بیمارستان (۹، ۱۰، ۲۴) عوامل مؤثری در انتخاب ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت هستند.

از سوی دیگر، کارکنان نظام سلامت، یعنی انواع مختلفی از کارکنان بالینی و غیربالینی، که امکان انجام مداخلات فردی و فعالیت‌های بهداشت عمومی را فراهم می‌سازند و مهم‌ترین ورودی‌های نظام سلامت هستند، خود به عنوان قشری گسترده، همانند سایر استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت، در انتخاب ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت متفاوت عمل می‌کنند (۳۰، ۳۱). با توجه به نقش مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت در ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه، ارزیابی مهم‌ترین عواملی که ممکن است در انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت دولتی، خصوصی یا خیریه مورد توجه افراد قرار گیرد، می‌تواند روشنگر نقاط ضعف موجود و همین‌طور نقاط قوت بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت در افزایش پاسخگویی هر چه بیشتر به مصرف‌کنندگان خدمات مراقبت سلامت و برجسته کردن حقوق بیماران در انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات باشد (۹).

با توجه به اینکه در کشور ما مطالعات اندکی در این حوزه صورت گرفته است، لذا در این مطالعه به شناسایی عوامل مؤثر در انتخاب ارائه‌دهنده خدمات سلامت در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی شیراز، به عنوان بیماران بالقوه، بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در سال ۱۳۹۵ پرداخته شده است.

روش کار

این مطالعه، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع کاربردی است که به صورت مقطعی بر روی کلیه کارمندان شاغل در مراکز زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز از جمله دانشکده‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز

نسخه باز ترجمه شده پرسشنامه توسط خبرگان مسلط به زبان انگلیسی با یکدیگر مطابقت داده و تأیید شد. همچنین، پرسشنامه ترجمه شده نهایی با اعمال نظرات خبرگان، بومی سازی شد و سؤالات مربوط به مؤسسات درمانی خیریه و سؤالات دموگرافیک به آن اضافه شد.

برای سنجش پایایی، پرسشنامه بین ۲۰ نفر از جامعه آماری مورد مطالعه توزیع شد و سپس با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، پایایی پرسشنامه برابر $\alpha=0/806$ به دست آمد. همچنین، روایی صوری و محتوایی آن با نظر خبرگان تأیید گردید.

قبل از شروع مطالعه، هدف از انجام مطالعه برای کارمندان مورد بررسی توضیح داده شد و رضایت شفاهی جهت شرکت در مطالعه از آن‌ها اخذ شد. قابل ذکر است که اگر کارمندی مایل به همکاری نبود یا در زمان مراجعه در مرخصی بود و یا حضور نداشت، افراد با شرایط مشابه نمونه منتخب (از نظر جنسیت، سابقه کاری، پست سازمانی، محل خدمت و ...) در همان واحدها انتخاب می شدند.

در پایان، به منظور تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS 23.0 و آزمونهای کولموگروف-اسمیرنوف، مقایسه میانگین‌های مستقل (Independent t-test)، آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) و آزمون تعقیبی LSD در سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده گردید.

یافته‌ها

از ۳۳۰ کارمند مورد مطالعه، بیشتر آن‌ها زن (۶۶/۰۶٪)، متأهل (۶۸/۵٪)، در رده سنی ۳۱-۴۰ (۳۸/۸٪)، دارای مدرک لیسانس (۵۶/۴٪)، شاغل در بیمارستان‌ها (۶۷/۳٪)، دارای پست سازمانی اداری و مالی (۴۱/۲٪)، دارای سابقه کار ۱۵-۵ سال (۵۱/۵٪) و نوع استخدامی قراردادی (۳۹/۷٪) بودند. در این مطالعه پس از آزمون نرمالیتی مشخص شد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند ($P>0.05$).

نتایج تست‌ها و آزمون‌های مورد استفاده در زمینه میانگین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به تفکیک بخش دولتی، خصوصی و خیریه نشان داد که سازه

بهداشتی و درمانی، مراکز تحقیقاتی و حوزه ستادی در سال ۱۳۹۵ انجام شده است. حجم نمونه این مطالعه بر اساس یافته‌های مطالعه پایلوت و فرمول زیر، با فرض $d=0/05$ ، $\alpha=0/05$ و $p=0/71$ ، برابر با ۳۱۷ نفر گردید که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۳۳۰ نفر تعیین گردید.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2} = 317$$

پس از تعیین حجم نمونه، تعداد نمونه مورد نیاز با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم و بر اساس تعداد کارکنان شاغل در مراکز زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز، بین دانشکده‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی، مراکز تحقیقاتی و حوزه ستادی دانشگاه تخصیص یافت و سپس در هر یک از حوزه‌های فوق‌الذکر، تعداد نمونه مورد نیاز از بین کارکنان به صورت تصادفی ساده و بر اساس شماره پرسنلی انتخاب شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه انگلیسی استاندارد که بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در پنج بعد نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری درک شده، قصد و رفتار طراحی شده و در مطالعه فری‌را به کار گرفته شده بود، استفاده شد (۳۰). این پرسشنامه شامل دو قسمت اطلاعات دموگرافیک کارکنان مورد مطالعه (از جمله سن، جنس، مقطع تحصیلی و ...) و ۳۳ سؤال مربوط به ابعاد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود که شامل ۴ سؤال درباره اهمیت سلامت و استفاده از خدمات سلامت، ۴ سؤال مربوط به بعد نگرش، ۴ سؤال مربوط به بعد هنجار ذهنی، ۴ سؤال مربوط به بعد کنترل رفتاری درک شده، ۴ سؤال مربوط به بعد قصد و ۳ سؤال مربوط به بعد رفتار بود. ۱۰ سؤال نیز تجربه قبلی از انتخاب خدمات سلامت را می‌سنجید. سؤالات بر مبنای لیکرت پنج گزینه‌ای با طیف‌بندی (خیلی زیاد=۵، زیاد=۴، متوسط=۳، کم=۲ و خیلی کم=۱) پاسخ داده شدند.

این پرسشنامه ابتدا از انگلیسی به فارسی ترجمه و سپس از فارسی به انگلیسی باز ترجمه شد و سپس دو

سازه‌های نگرش ($P=0/009$) و هنجار ذهنی ($P=0/001$) در بخش خیریه با متغیر سطح تحصیلات، بین سازه‌های قصد ($P=0/003$) و کنترل رفتاری درک شده ($P<0/001$) در بخش دولتی و سازه‌های قصد ($P=0/029$) و نگرش ($P=0/030$) و هنجار ذهنی ($P=0/042$) در بخش خصوصی و نیز کلیه سازه‌ها در بخش خیریه ($P<0/05$) با متغیر محل خدمت، بین سازه قصد ($P=0/023$) در بخش دولتی و سازه‌های قصد ($P<0/001$) و کنترل رفتاری درک شده ($P=0/003$) در بخش خصوصی و سازه نگرش ($P=0/035$) در بخش خیریه با متغیر سابقه کار، بین سازه‌های نگرش ($P=0/007$)، هنجار ذهنی ($P=0/029$) و کنترل رفتاری درک شده ($P=0/044$) در بخش دولتی با متغیر نوع استخدام و در نهایت، بین سازه تجربه قبلی با پوشش بیمه تکمیلی در بخش دولتی ($P=0/033$) و خصوصی ($P=0/016$) ارتباط معنی‌داری وجود داشت (جدول ۱).

قصد، نگرش و کنترل رفتاری درک شده در بخش دولتی، سازه هنجار ذهنی در بخش خیریه، و سازه تجربه قبلی (رضایتمندی) در بخش خصوصی دارای بالاترین میانگین‌ها نسبت به بخش‌های دیگر بودند (جدول ۱). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سازه نگرش در بخش دولتی ($P=0/023$) و بخش خیریه ($P=0/007$) و سازه‌های قصد ($P<0/001$) و تجربه قبلی ($P=0/022$) در بخش خصوصی با جنسیت، بین سازه‌های نگرش ($P=0/047$)، کنترل رفتاری درک شده ($P=0/019$) و تجربه قبلی ($P=0/039$) در بخش دولتی و سازه قصد در بخش خیریه ($P=0/049$) با وضعیت تأهل، بین سازه‌های قصد در بخش خصوصی ($P=0/001$) و خیریه ($P=0/024$) و سازه کنترل رفتاری درک شده در بخش خصوصی ($P=0/048$) با متغیر سن، بین سازه‌های نگرش ($P=0/017$) و تجربه قبلی ($P=0/012$) در بخش دولتی و سازه‌های قصد ($P=0/049$) و کنترل رفتاری درک شده ($P=0/001$) در بخش خصوصی

جدول ۱. رابطه میانگین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده با متغیرهای دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

خیریه		خصوصی		دولتی		نوع ارائه‌دهنده نتایج متغیر		
P-value	انحراف معیار ± میانگین	P-value	انحراف معیار ± میانگین	P-value	انحراف معیار ± میانگین			
0/344	2/05±0/96	<0/001	3/20±0/85	0/079	3/83±0/90	مرد	قصد	
	1/95±0/85		3/54±0/76		3/65±0/84	زن		
0/018	3/45±1/10	0/428	3/52±0/92	0/023	3/88±1/01	مرد	نگرش	
	3/75±1/00		3/60±0/84		3/62±0/92	زن		
0/154	3/55±1/03	0/335	3/49±1/00	0/145	3/74±1/06	مرد	هنجار ذهنی	
	3/71±0/94		3/60±0/89		3/57±0/99	زن		
0/611	3/04±1/23	0/143	3/79±0/87	0/055	4/18±0/83	مرد	کنترل رفتاری درک شده	
	2/97±1/24		3/93±0/79		3/99±0/84	زن		
0/845	3/28±0/48	0/022	3/71±0/47	0/393	3/57±0/63	مرد	تجربه قبلی	
	3/29±0/48		3/83±0/44		3/51±0/52	زن		
0/049	2/13±0/92	0/261	3/50±0/73	0/074	3/58±0/83	مجرد	قصد	
	1/92±0/87		3/39±0/84		3/77±0/87	متاهل		
0/026	3/83±0/95	0/392	3/51±0/88	0/047	3/56±0/90	مجرد	نگرش	
	3/56±1/07		3/60±0/87		3/78±0/97	متاهل		
0/789	3/63±0/89	0/927	3/55±0/91	0/207	3/52±1/01	مجرد	هنجار ذهنی	
	3/66±1/04		3/56±0/94		3/67±1/02	متاهل		
0/196	3/12±1/08	0/090	4/00±0/70	0/019	3/89±0/89	مجرد	کنترل رفتاری درک شده	
	2/94±1/30		3/83±0/86		4/13±0/80	متاهل		
0/739	3/30±0/45	0/144	3/73±0/50	0/006	3/40±0/540	مجرد	تجربه قبلی	
	3/28±0/49		3/81±0/43		3/58±0/56	متاهل		

$\cdot/0.24$ A vs D= $\cdot23/0$ B vs $\cdot42/0$ C= C vs $\cdot17/0$ D=	$2/0.9 \pm 0/0.95$	$\cdot/0.01$ $\cdot\cdot/1/0$ A vs D< $\cdot\cdot/1/0$ B vs D< $\cdot\cdot/1/0$ C vs D<	$3/47 \pm 0/1.0$	$\cdot/257$	$3/60 \pm 0/1.88$	(A) 20-30	قصد	
	$1/1.87 \pm 0/1.81$		$3/42 \pm 0/1.78$		$3/72 \pm 0/1.83$	(B) 31-40		
	$2/1.2 \pm 0/0.94$		$3/52 \pm 0/1.74$		$3/77 \pm 0/1.90$	(C) 41-50		
	$1/1.54 \pm 0/1.59$		$2/65 \pm 1/1.0$		$4/0.1 \pm 0/1.83$	(D) 51-60		
$\cdot/0.74$	$3/74 \pm 0/0.96$	$\cdot/925$	$3/55 \pm 0/0.95$	$\cdot/567$	$3/65 \pm 0/0.95$	(A) 20-30	نگرش	
	$3/69 \pm 0/0.96$		$3/61 \pm 0/1.81$		$3/72 \pm 0/1.89$	(B) 31-40		
	$3/75 \pm 1/1.59$		$3/55 \pm 0/1.78$		$3/71 \pm 1/1.03$	(C) 41-50		
	$3/0.4 \pm 1/1.42$		$3/60 \pm 1/1.27$		$4/0.1 \pm 1/0.9$	(D) 51-60		
$\cdot/90.8$	$3/61 \pm 0/0.96$	$\cdot/278$	$3/46 \pm 1/1.02$	$\cdot/70.8$	$3/61 \pm 1/0.5$	(A) 20-30	هنجار ذهنی	
	$3/70 \pm 0/1.85$		$3/62 \pm 0/1.85$		$3/59 \pm 1/1.01$	(B) 31-40		
	$3/64 \pm 1/1.05$		$3/64 \pm 0/1.79$		$3/65 \pm 1/1.0$	(C) 41-50		
	$3/60 \pm 1/1.49$		$3/2.8 \pm 1/1.43$		$3/90 \pm 0/0.99$	(D) 51-60		
$\cdot/20.4$	$3/1.4 \pm 1/1.24$	$\cdot/0.48$ $\cdot\cdot/1/0$ A vs D= $\cdot\cdot/1.4/0$ B vs D=	$3/97 \pm 0/1.81$	$\cdot/790$	$4/1.2 \pm 0/1.81$	(A) 20-30	کنترل رفتاری درک شده	
	$2/9.6 \pm 1/1.20$		$3/93 \pm 0/1.76$		$4/0.4 \pm 0/1.85$	(B) 31-40		
	$2/9.8 \pm 1/1.27$		$3/81 \pm 0/1.80$		$4/0.2 \pm 0/1.82$	(C) 41-50		
	$2/4.5 \pm 1/1.30$		$3/40 \pm 1/1.17$		$3/93 \pm 1/1.04$	(D) 51-60		
$\cdot/0.59$	$3/33 \pm 0/1.50$	$\cdot/558$	$3/81 \pm 0/1.47$	$\cdot/419$	$3/46 \pm 0/1.54$	(A) 20-30	تجربه قبلی	
	$3/21 \pm 0/1.47$		$3/77 \pm 0/1.46$		$3/53 \pm 0/1.55$	(B) 31-40		
	$3/37 \pm 0/1.41$		$3/80 \pm 0/1.41$		$3/60 \pm 0/1.59$	(C) 41-50		
	$3/1.4 \pm 0/1.61$		$3/65 \pm 0/1.50$		$3/51 \pm 0/1.58$	(D) 51-60		
$\cdot/515$	$2/0.7 \pm 1/1.09$	$\cdot/0.49$ $\cdot\cdot/47/0$ B vs C= C vs D= $\cdot/0.18$	$3/40 \pm 0/1.81$	$\cdot/0.53$	$4/0.1 \pm 0/1.85$	دییلم و زیر دییلم (A)	قصد	
	$2/1.2 \pm 0/1.89$		$3/60 \pm 0/1.70$		$3/84 \pm 0/1.80$	فوق دییلم (B)		
	$1/9.8 \pm 0/1.88$		$3/33 \pm 0/1.79$		$3/68 \pm 0/1.88$	لیسانس (C)		
	$1/8.8 \pm 0/1.82$		$3/60 \pm 0/1.87$		$3/54 \pm 0/1.85$	فوق لیسانس (D) و بالاتر		
$\cdot/0.09$ A vs C= $\cdot/0.04$ A vs $\cdot\cdot/1/0$ D	$3/1.4 \pm 1/1.11$	$\cdot/355$	$3/83 \pm 0/1.77$	$\cdot/0.17$ A vs B= $\cdot/0.49$ A vs C= $\cdot/0.09$ A vs D = $\cdot/0.02$	$4/1.6 \pm 0/1.83$	دییلم و زیر دییلم (A)	نگرش	
	$3/50 \pm 0/0.92$		$3/57 \pm 0/1.63$		$3/73 \pm 0/1.95$	فوق دییلم (B)		
	$3/70 \pm 1/1.05$		$3/55 \pm 0/1.92$		$3/69 \pm 0/1.94$	لیسانس (C)		
	$3/84 \pm 0/1.98$		$3/51 \pm 0/1.92$		$3/52 \pm 1/1.00$	فوق لیسانس (D) و بالاتر		
$\cdot/0.01$ A vs C= $\cdot/0.03$ A vs D< $\cdot/0.01$	$3/1.6 \pm 1/1.08$	$\cdot/829$	$3/63 \pm 0/1.92$	$\cdot/0.99$	$3/97 \pm 0/1.96$	دییلم و زیر دییلم (A)	هنجار ذهنی	
	$3/4.6 \pm 0/1.84$		$3/62 \pm 0/1.72$		$3/72 \pm 0/1.99$	فوق دییلم (B)		
	$3/70 \pm 0/1.98$		$3/56 \pm 0/1.92$		$3/60 \pm 1/1.02$	لیسانس (C)		
	$3/90 \pm 0/1.89$		$3/4.8 \pm 1/1.07$		$3/45 \pm 1/1.02$	فوق لیسانس (D) و بالاتر		
$\cdot/122$	$2/9.5 \pm 1/1.22$	$\cdot/0.01$ $\cdot\cdot/47/0$ A vs C= $\cdot\cdot/1/0$ A vs D< $\cdot\cdot/0.06$ B vs D= $\cdot\cdot/0.06$ C vs D=	$3/57 \pm 0/1.77$	$\cdot/561$	$4/1.9 \pm 0/1.78$	دییلم و زیر دییلم (A)	کنترل رفتاری درک شده	
	$3/0.2 \pm 1/1.15$		$3/7.5 \pm 0/1.83$		$4/1.2 \pm 0/1.73$	فوق دییلم (B)		
	$2/8.8 \pm 1/1.23$		$3/87 \pm 0/1.80$		$4/0.0 \pm 0/1.88$	لیسانس (C)		
	$3/3.1 \pm 1/1.28$		$4/1.9 \pm 0/1.80$		$4/0.9 \pm 0/1.82$	فوق لیسانس (D) و بالاتر		
$\cdot/170$	$3/30 \pm 0/1.41$	$\cdot/362$	$3/91 \pm 0/1.45$	$\cdot/0.12$ A vs C= $\cdot/0.42$ A vs D $\cdot/0.02$ = B vs D= $\cdot/0.43$ C $\cdot/0.41$ vs D=	$3/74 \pm 0/1.53$	دییلم و زیر دییلم (A)	تجربه قبلی	
	$3/3.9 \pm 0/1.41$		$3/81 \pm 0/1.48$		$3/5.9 \pm 0/1.56$	فوق دییلم (B)		
	$3/2.9 \pm 0/1.47$		$3/7.8 \pm 0/1.42$		$3/5.3 \pm 0/1.53$	لیسانس (C)		
	$3/1.8 \pm 0/1.55$		$3/7.4 \pm 0/1.51$		$3/3.7 \pm 0/1.62$	فوق لیسانس (D) و بالاتر		

<p>۰/۰۰۱ A vs E= ۰/۰۰۱ B vs C= ۰/۰۴۹ B vs E= ۰/۰۰۱ C vs E < ۰/۰۱۰</p>	۱/۷۵±۰/۷۹	<p>۰/۰۲۹ A vs B= ۰/۰۰۸</p>	۳/۷۴±۰/۷۵	<p>۰/۰۰۳ A vs B= ۰/۰۰۱ A vs D= ۰/۰۰۳ A vs E= ۰/۰۰۳ C vs D= ۰/۰۲۸</p>	۳/۲۲±۱/۰۴	دانشکده (A)	<p>قصد</p>	
	۱/۹۸±۰/۸۹		۳/۳۳±۰/۸۴		۳/۷۶±۰/۸۲	بیمارستان (B)		
	۱/۶۵±۰/۷۸		۳/۶۰±۰/۶۱		۳/۵۴±۰/۷۱	مراکز بهداشتی (C)		
	۲/۱۷±۰/۸۳		۳/۴۶±۰/۷۶		۴/۲۸±۱/۰۴	مراکز تحقیقاتی (D)		
	۲/۵۰±۰/۸۷		۳/۵۸±۰/۷۰		۳/۸۵±۰/۹۲	حوزه ستادی دانشگاه (E)		
<p>۰/۰۲۸ A vs C= ۰/۰۱۵ B vs C= ۰/۰۰۳ C vs E = ۰/۰۳۳</p>	۳/۵۲±۱/۰۷	<p>۰/۰۳۰ A vs B= ۰/۰۲۶ A vs D= ۰/۰۰۷ D vs E= ۰/۰۱۸</p>	۳/۲۵±۰/۹۶	<p>۰/۱۰۴</p>	۳/۴۷±۱/۰۶	دانشکده (A)	<p>نگرش</p>	
	۳/۵۸±۱/۰۷		۳/۶۳±۰/۸۶		۳/۷۴±۰/۹۴	بیمارستان (B)		
	۴/۱۵±۰/۹۳		۳/۶۰±۰/۷۹		۳/۴۶±۰/۷۶	مراکز بهداشتی (C)		
	۴/۱۴±۰/۸۳		۴/۲۵±۱/۰۸		۴/۲۸±۱/۱۲	مراکز تحقیقاتی (D)		
	۳/۶۲±۰/۸۸		۳/۳۹±۰/۷۸		۳/۸۳±۱/۰۱	حوزه ستادی دانشگاه (E)		
<p>۰/۰۲۶ A vs C= ۰/۰۱۲ =B vs C ۰/۰۰۰ =C vs E ۰/۰۴۰</p>	۳/۴۹±۱/۰۵	<p>۰/۰۴۲ A vs B= ۰/۰۲۵ A vs C= ۰/۰۳۳ A vs D= ۰/۰۰۷ D vs E= ۰/۰۴۲</p>	۳/۱۹±۱/۰۲	<p>۰/۱۶۹</p>	۳/۵۸±۱/۱۳	دانشکده (A)	<p>هنجار ذهنی</p>	
	۳/۶۴±۱/۰۲		۳/۵۹±۰/۹۲		۳/۶۱±۰/۹۹	بیمارستان (B)		
	۴/۱۰±۰/۷۲		۳/۶۸±۰/۸۱		۳/۳۶±۰/۸۵	مراکز بهداشتی (C)		
	۴/۰۳±۰/۷۵		۴/۲۵±۰/۷۵		۴/۱۰±۱/۱۸	مراکز تحقیقاتی (D)		
	۳/۴۲±۰/۷۰		۳/۴۷±۰/۹۶		۳/۸۹±۱/۱۵	حوزه ستادی دانشگاه (E)		
<p><۰/۰۰۱ A vs C= ۰/۰۳۱ B vs C < ۰/۰۰۱ C vs E < ۰/۰۰۱</p>	۲/۷۸±۱/۴۱	<p>۰/۸۸۹</p>	۳/۸۷±۰/۹۱	<p><۰/۰۰۱ B vs C < ۰/۰۰۱ C vs D= ۰/۰۱۰ C vs E= ۰/۰۰۶</p>	۳/۸۵±۱/۰۱	دانشکده (A)	<p>کنترل رفتاری درک شده</p>	
	۳/۱۳±۱/۲۴		۳/۹۰±۰/۸۷		۴/۱۶±۰/۷۷	بیمارستان (B)		
	۲/۱۲±۰/۹۳		۳/۹۶±۰/۵۳		۳/۵۰±۰/۵۹	مراکز بهداشتی (C)		
	۲/۸۲±۰/۷۴		۳/۸۲±۰/۴۷		۴/۳۹±۱/۰۰	مراکز تحقیقاتی (D)		
	۳/۱۶±۱/۰۴		۳/۷۷±۰/۶۶		۴/۰۴±۱/۰۱	حوزه ستادی دانشگاه (E)		
<p>۰/۰۰۷ A vs D= ۰/۰۱۰ B vs D= ۰/۰۴۵ B vs E = ۰/۰۱۴ C vs D= ۰/۰۱۱ D vs E = ۰/۰۰۳</p>	۳/۱۷±۰/۵۶	<p>۰/۶۱۳</p>	۳/۷۹±۰/۴۴	<p>۰/۱۲۱</p>	۳/۴۲±۰/۵۳	دانشکده (A)	<p>تجربه قبلی</p>	
	۳/۳۳±۰/۴۸		۳/۷۸±۰/۴۶		۳/۵۵±۰/۵۳	بیمارستان (B)		
	۳/۱۹±۰/۳۶		۳/۸۸±۰/۴۲		۳/۵۰±۰/۴۰	مراکز بهداشتی (C)		
	۳/۷۰±۰/۵۶		۳/۸۵±۰/۳۵		۴/۰۰±۰/۷۶	مراکز تحقیقاتی (D)		
	۳/۱۲±۰/۴۳		۳/۷۱±۰/۴۷		۳/۴۳±۰/۷۷	حوزه ستادی دانشگاه (E)		
<p>۰/۰۷۳</p>	۲/۱۹±۱/۰۴	<p><۰/۰۰۱ A vs D= ۰/۰۰۱ B vs D < ۰/۰۰۱ C vs D < ۰/۰۰۱</p>	۳/۳۶±۰/۸۷	<p>۰/۰۲۳ A vs D= ۰/۲۲/۰ =B vs D ۰/۰۰۹</p>	۳/۶۵±۰/۸۳	زیر ۵ (A)	<p>قصد</p>	<p>سابقه کار</p>
	۱/۹۳±۰/۸۴		۳/۴۹±۰/۷۸		۳/۶۲±۰/۸۹	۵-۱۵ (B)		
	۲/۰۳±۰/۸۹		۳/۵۴±۰/۶۷		۳/۸۶±۰/۸۳	۲۵-۱۶ (C)		
	۱/۶۷±۰/۷۳		۲/۶۷±۰/۸۹		۴/۱۶±۰/۷۶	۳۰-۲۶ (D)		
<p>۰/۰۳۵ A vs D =</p>	۳/۶۸±۱/۰۵	<p>۰/۹۲۸</p>	۳/۵۸±۰/۹۹	<p>۰/۱۲۵</p>	۳/۷۱±۰/۹۴	زیر ۵ (A)	<p>نگرش</p>	
	۳/۷۵±۰/۹۴		۳/۵۵±۰/۸۵		۳/۶۳±۰/۹۴	۵-۱۵ (B)		

۰/۰۲۵ B vs D ۰/۰۰۷=	۳/۵۲±۱/۱۳ ۳/۰۸±۱/۳۶		۳/۶۳±۰/۷۰ ۳/۵۵±۱/۳۵		۳/۷۸±۰/۹۸ ۴/۱۵±۰/۹۸	۲۵-۱۶ (C) ۳۰-۲۶ (D)		
۰/۴۴۸	۳/۵۴±۰/۹۴ ۳/۷۴±۰/۹۱ ۳/۵۷±۱/۰۱ ۳/۶۵±۱/۴۱	۰/۸۱۵	۳/۶۵±۰/۹۳ ۳/۵۲±۰/۹۴ ۳/۵۸±۰/۷۵ ۳/۵۱±۱/۴۰	۰/۰۷۶	۳/۷۰±۱/۰۲ ۳/۵۳±۱/۰۴ ۳/۶۰±۰/۹۴ ۴/۱۵±۱/۰۰	زیر ۵ ۵-۱۵ ۱۶-۲۵ ۲۶-۳۰	هنجار ذهنی	
۰/۰۷۲	۲/۹۱±۱/۱۰ ۳/۱۰±۱/۳۵ ۳/۰۱±۱/۳۱ ۲/۳۵±۱/۱۷	۰/۰۰۳ A vs B= ۰/۰۲۰ B vs D= ۰/۰۰۱ C vs D= ۰/۰۲۷	۳/۷۴±۰/۸۱ ۴/۰۲±۰/۷۸ ۳/۸۵±۰/۷۸ ۳/۴۰±۱/۰۵	۰/۹۴۲	۴/۰۴±۰/۸۱ ۴/۰۸±۰/۸۶ ۴/۰۱±۰/۷۹ ۴/۰۶±۰/۹۹	زیر ۵ (A) ۱۵-۵ (B) ۲۵-۱۶ (C) ۳۰-۲۶ (D)	کنترل رفتاری درک شده	
۰/۱۴۵	۳/۳۴±۰/۵۲ ۳/۲۳±۰/۴۸ ۳/۳۷±۰/۴۲ ۳/۲۴±۰/۴۶	۰/۷۶۱	۳/۸۳±۰/۴۲ ۳/۷۸±۰/۴۸ ۳/۷۵±۰/۴۱ ۳/۷۶±۰/۴۶	۰/۱۰۰	۳/۴۴±۰/۵۲ ۳/۴۹±۰/۵۷ ۳/۶۴±۰/۵۷ ۳/۶۶±۰/۴۷	زیر ۵ ۵-۱۵ ۱۶-۲۵ ۲۶-۳۰	تجربه قبلی	
۰/۰۶۷	۲/۱۸±۱/۰۰ ۲/۳۷±۱/۰۶ ۱/۹۰±۰/۸۷ ۱/۸۸±۰/۸۹ ۱/۹۴±۰/۸۰	۰/۴۰۳	۳/۴۷±۰/۹۱ ۳/۱۵±۰/۷۷ ۳/۴۵±۰/۸۲ ۳/۵۷±۰/۵۵ ۳/۴۲±۰/۷۹	۰/۳۲۹	۳/۵۱±۰/۸۶ ۳/۸۶±۰/۷۵ ۳/۷۸±۰/۸۶ ۳/۵۶±۰/۸۷ ۳/۷۰±۰/۸۹	طرحی شرکتی قراردادی پیمانی رسمی	قصد	
۰/۸۰۹	۳/۷۸±۱/۰۷ ۳/۵۲±۰/۹۷ ۳/۵۹±۱/۰۹ ۳/۷۱±۰/۷۹ ۳/۶۷±۱/۰۵	۰/۴۴۴	۳/۵۰±۱/۱۲ ۳/۷۵±۰/۴۹ ۳/۶۵±۰/۸۹ ۳/۵۲±۰/۶۷ ۳/۴۸±۰/۸۶	۰/۰۰۷ =B vs D ۰/۰۰۳ =C vs D ۰/۰۰۱ D vs E= ۰/۰۳۵	۳/۵۷±۱/۰۵ ۳/۹۸±۰/۶۴ ۳/۸۶±۰/۹۰ ۳/۱۸±۰/۹۸ ۳/۶۳±۰/۹۹	طرحی (A) شرکتی (B) قراردادی (C) پیمانی (D) رسمی (E)	نگرش	
۰/۲۷۳	۳/۶۷±۰/۹۸ ۳/۵۳±۰/۷۱ ۳/۵۳±۱/۱۰ ۳/۷۲±۰/۷۵ ۳/۸۱±۰/۹۰	۰/۴۴۵	۳/۶۷±۱/۰۸ ۳/۷۱±۰/۵۵ ۳/۵۹±۰/۹۸ ۳/۳۱±۰/۹۱ ۳/۵۰±۰/۸۸	۰/۰۲۹ B vs D= ۰/۰۰۷ C vs D= ۰/۰۰۶	۳/۴۸±۱/۱۷ ۳/۸۹±۰/۷۵ ۳/۷۵±۰/۹۹ ۳/۱۲±۰/۹۷ ۳/۵۷±۱/۰۲	طرحی (A) شرکتی (B) قراردادی (C) پیمانی (D) رسمی (E)	هنجار ذهنی	نوع استفاده
۰/۸۲۶	۲/۹۶±۱/۲۰ ۳/۲۱±۰/۷۸ ۳/۰۰±۱/۳۷ ۳/۱۲±۱/۱۷ ۲/۹۲±۱/۱۹	۰/۸۰۹	۳/۷۴±۰/۹۳ ۳/۸۷±۰/۵۰ ۳/۹۰±۰/۸۹ ۳/۹۲±۰/۷۳ ۳/۹۲±۰/۷۷	۰/۰۴۴ =C vs D ۰/۰۱۷ C vs E= ۰/۰۱۳	۴/۰۳±۰/۸۸ ۴/۱۵±۰/۶۳ ۴/۲۰±۰/۷۸ ۳/۷۶±۰/۹۸ ۳/۹۳±۰/۸۷	طرحی (A) شرکتی (B) قراردادی (C) پیمانی (D) رسمی (E)	کنترل رفتاری درک شده	
۰/۱۱۵	۳/۴۴±۰/۴۸ ۳/۱۴±۰/۴۲ ۳/۲۷±۰/۵۲ ۳/۲۱±۰/۴۸ ۳/۳۰±۰/۴۳	۰/۱۵۱	۳/۸۹±۰/۴۷ ۳/۶۱±۰/۴۱ ۳/۸۱±۰/۴۸ ۳/۷۶±۰/۳۷ ۳/۷۸±۰/۴۳	۰/۰۹۳	۳/۴۱±۰/۴۸ ۳/۵۶±۰/۶۲ ۳/۶۲±۰/۵۲ ۳/۴۰±۰/۶۰ ۳/۴۷±۰/۶۰	طرحی شرکتی قراردادی پیمانی رسمی	تجربه قبلی	
۰/۲۳۹	۱/۹۳±۰/۸۷ ۲/۰۸±۰/۸۴	۰/۰۵۲	۳/۴۶±۰/۸۴ ۳/۲۶±۰/۶۹	۰/۰۵۹	۳/۶۶±۰/۸۹ ۳/۸۹±۰/۷۵	دارد ندارد	قصد	برخورداری از پوشش بیمه تکمیلی
۰/۴۹۵	۳/۶۶±۱/۰۶ ۳/۵۶±۱/۰۳	۰/۹۴۸	۳/۵۷±۰/۸۹ ۳/۵۸±۰/۸۷	۰/۳۲۵	۳/۶۷±۰/۹۷ ۳/۸۰±۰/۸۹	دارد ندارد	نگرش	
۰/۵۳۰	۳/۶۸±۱/۰۱ ۳/۵۹±۰/۸۳	۰/۳۵۹	۳/۵۴±۰/۹۶ ۳/۶۶±۰/۸۲	۰/۱۳۳	۳/۵۷±۱/۰۷ ۳/۷۶±۰/۸۰	دارد ندارد	هنجار ذهنی	
۰/۲۹۱	۳/۰۳±۱/۳۰ ۲/۸۷±۱/۰۲	۰/۸۵۸	۳/۹۰±۰/۸۵ ۳/۹۲±۰/۶۹	۰/۷۶۸	۴/۰۶±۰/۸۶ ۴/۰۳±۰/۷۷	دارد ندارد	کنترل رفتاری درک شده	
۰/۷۱۲	۳/۲۹±۰/۴۷ ۳/۲۷±۰/۵۳	۰/۰۱۶	۳/۸۲±۰/۴۶ ۳/۶۷±۰/۴۰	۰/۰۳۳	۳/۵۵±۰/۵۶ ۳/۳۸±۰/۵۰	دارد ندارد	تجربه قبلی	

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مردان و زنان به ترتیب نسبت به بخش دولتی و خیریه نگرش مثبت‌تری داشته و قصد انتخاب آن بخش‌ها توسط آن‌ها بیشتر بوده است. به نظر می‌رسد مردان به عنوان سرپرست و مسئول معاش خانوار تمایل بیشتر به مراجعه به این بخش دارند که هزینه‌های کمتری دارد. زنان نیز احتمالاً تصور مثبت از کیفیت بالاتر خدمات داشته و لذا تمایل بیشتری به بخش خیریه دارند. همچنین در بخش خصوصی، قصد زنان نسبت به مردان، بر اساس تجربه قبلی و سوابق گذشته و رضایتمندی از مراجعه به این بخش بیشتر بود که دلیل آن می‌تواند زمان انتظار کمتر در این بخش باشد. در مطالعه فریرا نیز زنان به دلیل امکانات رفاهی بهتر، محیط بیمارستان و محرمانگی اطلاعات، تمایل بیشتری برای رفتن به بخش خصوصی داشتند (۳۰).

سایر نتایج حاضر نشان داد که نگرش، کنترل رفتاری درک شده و تجربه قبلی افراد متأهل در انتخاب بخش دولتی بالاتر بود. این نتیجه می‌تواند چنین توجیه شود که به دلیل فشارهای مالی ناشی از زندگی متأهلی و مسئولیت تأمین مخارج خانواده انتخاب بیمارستان دولتی توسط افراد متأهل بیشتر است. همچنین، قصد افراد مجرد برای رفتن به بخش خیریه بیشتر بود که شاید به این دلیل باشد که افراد مجرد، تمکن مالی بیشتری داشته و معمولاً منابع مالی فرد مجرد، تنها صرف خود فرد می‌شود بنابراین تمایل بیشتری برای انتخاب بخش خیریه که زمان‌های انتظار در آن‌ها کمتر است، دارند.

نتایج حاضر نشان داد که در سازه قصد خصوصی کارکنانی که سن بالاتری داشتند (۶۰-۵۱ سال)، تمایل کمتری برای رفتن به بخش خصوصی نسبت به جوان‌ترها نشان دادند. این انتخاب شاید به دلیل بیمارتر بودن بالقوه جمعیت مسن و نیاز بیشتر به خدمات باشد. در سازه کنترل رفتاری درک شده در بخش خصوصی نیز کارکنان با سن بالاتر (۶۰-۵۱ سال)، کنترل رفتاری درک شده کمتری برای رفتن به بخش خصوصی داشتند که می‌تواند به علت نیاز بیشتر آن‌ها به استفاده از

روش‌های تشخیصی و درمانی و هزینه‌های بالاتر باشد. همچنین، قصد کارکنان برای انتخاب بخش خیریه در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال، نسبت به گروه‌های سنی ۳۰-۲۰ و ۵۰-۴۱ ساله کمتر بود. این امر می‌تواند به علت محدود بودن مراکز درمانی خیریه نسبت به مراکز دولتی و خصوصی و عدم دسترسی به آن‌ها و نیز عدم شناخت کافی از خدمات و امکانات آن‌ها باشد.

در مطالعه فضائلی و همکاران (۲۰۱۶)، سن، عامل تأثیرگذار در انتخاب بیمارستان بوده است به این ترتیب که افرادی که دارای سن پایین‌تری بودند، تمایل بیشتری به استفاده از بیمارستان خصوصی داشتند (۳۲). این امر در مطالعه یعقوبی (۲۰۱۱) نیز به تأیید رسیده است (۵) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. البته در مطالعه عامری (۲۰۱۳) عنوان شده که برای افرادی که سن متوسط به بالا داشتند، عوامل مرتبط با کیفیت و عوامل بیرونی در انتخاب بیمارستان خصوصی نقش مهم‌تری داشته‌اند (۴).

سایر یافته‌ها نشان داد، کارکنان با سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم نگرش مثبت‌تری در انتخاب ارائه‌دهنده بخش دولتی نسبت به کارکنان با سطح تحصیلات فوق‌دیپلم و بالاتر داشتند که علت آن می‌تواند انتظار و توقع پایین‌تر آن‌ها از کیفیت خدمات باشد. همچنین در سازه تجربه قبلی، کارکنان فوق‌لیسانس و بالاتر نسبت به بقیه کارکنان با تحصیلات کمتر تجربه قبلی کمتری در انتخاب بخش دولتی خدمات سلامت داشتند و کمتر از خدمات بخش دولتی استفاده می‌کردند. شاید به این دلیل باشد که کارکنان با تحصیلات بالاتر، انتظار و توقع بیشتری از کیفیت خدمات، احترام و رسیدگی بیشتر کادر درمان دارند در نتیجه بخش دولتی را به دلیل تجربه قبلی خود و عدم رضایتمندی از موارد ذکر شده کمتر انتخاب می‌کنند.

همچنین کارکنان با مدرک فوق‌دیپلم و فوق‌لیسانس و بالاتر، قصدشان برای رفتن به بخش خصوصی نسبت به بقیه کارکنان بیشتر بود. در سازه کنترل رفتاری درک

امکان دسترسی راحت‌تر و بدون قرارگیری در صف انتظار ممکن است وجود داشته باشد. در سازه کنترل رفتاری درک شده درک شده، کارکنانی که در مرکز بهداشت خدمت می‌کردند کنترل رفتاری درک شده کمتری در انتخاب بخش دولتی نسبت به بقیه کارکنان دیگر مراکز داشتند. شاید به این دلیل باشد که اعضای هیئت‌علمی و کادر درمانی در این مراکز معمولاً حضور ندارند و کارکنان شناخت کمتری از پزشکان و خدمات ارائه‌شده در بخش دولتی دارند.

براساس قصد در انتخاب بخش خصوصی، کارکنان دانشکده‌ها نسبت به کارکنان شاغل در بیمارستان‌ها تمایل بیشتری برای انتخاب بخش خصوصی داشتند. در سازه هنجار ذهنی، کارکنان دانشکده‌ها نسبت به بقیه کارکنان دیگر مراکز، نگرش کمتر و نفوذ همکاران در آن‌ها در انتخاب بخش خصوصی کمتر بود ولی باین‌وجود، تمایل بیشتری به بخش خصوصی نشان می‌دادند که شاید به این دلیل باشد که برای کارکنان دانشکده، امکان تماس نزدیک و دسترسی راحت‌تر به پزشکان، اساتید بالینی و کادر درمان کمتر بوده است. همچنین کارکنانی که در مراکز تحقیقاتی فعالیت می‌کردند نسبت به کارکنان حوزه ستادی دانشگاه، نگرش مثبت‌تری به بخش خصوصی داشتند و بیشتر تحت تأثیر توصیه همکاران در انتخاب بخش خصوصی قرار می‌گرفتند. کارکنان مراکز تحقیقاتی تمایل بیشتری برای رفتن به بخش دولتی داشتند ولی باین‌وجود، نگرششان به بخش خصوصی مثبت‌تر بود و احتمال بیشتری داشت که در اثر توصیه دیگران، جهت دریافت خدمات مورد نیاز، بخش خصوصی را انتخاب نمایند. به منظور توجیه این تضاد می‌توان بیان کرد که کارکنان مراکز تحقیقاتی به دلیل حضور پزشکان مشهور در مراکز درمانی دولتی و به دلیل قرارگیری اکثر مراکز تحقیقاتی در بیمارستان‌های دولتی و دسترسی راحت‌تر به بخش درمان دولتی، معمولاً تمایلشان به انتخاب بخش دولتی بیشتر است. در مطالعه حاضر، کارکنان ساختمان مرکزی دانشگاه، قصد مثبت‌تری به انتخاب بخش خیریه

شده نیز، کارکنان با سطح تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر، کنترل رفتاری درک شده بالاتری در انتخاب بخش خصوصی نسبت به تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، فوق‌دیپلم و لیسانس داشتند. به‌طورکلی، دلیل این امر در کارکنان با تحصیلات بالاتر می‌تواند توقع و انتظار بالاتر از جنبه‌های مختلف درمان مثل امکانات، توجه فوری، رسیدگی بیشتر، احترام بیشتر و... باشد. همچنین سازه نگرش و هنجار ذهنی در کارکنان با تحصیلات لیسانس و بالاتر نسبت به کارکنان دیپلم و زیر دیپلم در انتخاب بخش خیریه بیشتر بود. به دلیل اینکه اکثر کارکنان مورد مطالعه شاغل در بیمارستان و با مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر بودند، با توجه به نگرش مثبت‌تری که داشتند، توصیه همکاران هم‌سطح خود در انتخاب بیمارستان خیریه در آن‌ها مؤثرتر بود. نتایج مطالعه باستانی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که افزایش سطح تحصیلات مدیر می‌تواند به عنوان یک فاکتور تأثیرگذار در نشان دادن رفتار مثبتی بر شواهد نقش داشته باشد (۳۳). همچنین در مطالعه فضائلی و همکاران (۲۰۱۶)، کمترین تمایل برای استفاده از بیمارستان‌های دولتی در افراد دارای تحصیلات دانشگاهی دیده شد (۳۲). این امر در مطالعه دیگری از فضائلی و همکاران (۲۰۱۴) و همچنین در مطالعه بهبودی (۲۰۰۰) نیز تأیید شده است (۷، ۱۰) که با مطالعه ما همخوانی ندارد.

نتایج حاضر نشان داد کارکنانی که در دانشکده مشغول به خدمت بودند، قصد کمتری برای رفتن به بخش دولتی نسبت به بقیه کارکنان داشتند. در دانشکده‌ها، امکان دسترسی به پزشکان و اساتید بالینی کمتر است و بنابراین بخش دولتی را کمتر انتخاب می‌کنند. همچنین کارکنانی که در مرکز تحقیقات فعالیت می‌کردند، قصد بیشتر و کنترل رفتاری درک شده بالاتری را نسبت به کارکنان مراکز بهداشتی و حوزه ستادی دانشگاه در انتخاب بخش دولتی داشتند. این نتیجه می‌تواند چنین توجیه شود که به دلیل حضور و اشتغال بیشتر و مسئولیت پزشکان بالینی زیرمجموعه دانشگاه در مراکز تحقیقاتی، برای کارکنان این مراکز،

نسبت به کارکنان دیگر واحدهای زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی داشتند. همچنین کارکنانی که در بیمارستان خدمت می‌کردند، نسبت به کارکنان مرکز تحقیقات قصد کمتری به بخش خیریه داشتند که می‌تواند به دلیل شناخت بیشتر پزشکان و امکان رسیدگی بیشتر به آن‌ها از سوی این پزشکان و دسترسی راحت‌تر به آن‌ها در بخش دولتی باشد.

در سازه نگرش و هنجار ذهنی، کارکنان مراکز بهداشتی نسبت به کارکنان بیمارستان احساسشان نسبت به بخش خیریه مثبت‌تر و بیشتر تحت تأثیر توصیه همکاران در انتخاب بخش خیریه قرار می‌گرفتند؛ اما با این وجود، کارکنان مراکز بهداشتی کنترل رفتاری درک شده کمتری نسبت به کارکنان دانشکده و بیمارستان به بخش خیریه داشتند و احتمال انتخاب بخش خیریه را به دلیل موانعی مانند هزینه درمان و عدم شناخت کافی بخش خیریه نسبت به سایر مراکز درمانی دولتی و خصوصی کمتر می‌دانستند. همچنین بر اساس سازه تجربه قبلی، کارکنان مراکز تحقیقاتی نسبت به دیگر مراکز، رضایتمندی بیشتری نسبت به بخش خیریه داشتند.

سایر یافته‌ها نشان داد کارکنان با سابقه کار ۳۰-۲۶ سال قصد بیشتری به انتخاب بخش دولتی نسبت به کارکنان با سابقه زیر ۵ سال و ۱۵-۵ سال داشتند. این نتیجه چنان توجیه شود که کارکنان با سابقه کار و تجربه بیشتر، شناخت بیشتری نسبت به پزشکان و کادر درمانی مراکز دولتی که در آن‌ها مشغول به کار هستند، دارند. از سوی دیگر، کارکنان با سابقه کاری ۳۰-۲۶ سال، قصد و کنترل رفتاری درک شده کمتری برای رفتن به بخش خصوصی نسبت به کارکنان با سابقه زیر ۲۵ سال داشتند که شاید به این دلیل باشد که کارکنان با سابقه کمتر، نیاز کمتری به استفاده از خدمات سلامت و پیگیری درمان دارند، در نتیجه ترجیح می‌دهند از خدماتی که به تصور آن‌ها با کیفیت بیشتری در بخش خصوصی ارائه می‌شود، استفاده نمایند. رابطه معنی‌دار بین سازه نگرش در بخش خیریه و سابقه کار کارکنان

نشان داد که کارکنان با سابقه کاری ۲۶-۳۰ سال نگرش کمتر و احساس نامطلوبی نسبت به کارکنان با سابقه کمتر در انتخاب بخش خیریه داشتند. این کارکنان احتمالاً نیازهای درمانی بیشتری داشته و می‌بایست هزینه‌های بیشتری جهت درمان بپردازند و به همین دلیل نگرش آن‌ها در انتخاب بخش خیریه مطلوب نبوده است. بعلاوه، نتایج این مطالعه نشان داد که کارکنان با استخدام شرکتی و قراردادی نگرش مطلوب‌تر و تحت تأثیر نفوذ اجتماعی بالاتر همکاران هم‌ردیف خود بوده و با کنترل رفتاری درک شده بالاتر، تمایل بیشتری به انتخاب بخش دولتی نسبت به کارکنان با وضعیت استخدامی پیمانی و رسمی داشتند. این نتیجه می‌تواند چنان توجیه شود که کارکنانی که به صورت شرکتی و قراردادی مشغول به فعالیت هستند، به دلیل سطح درآمدی کمتر و محدودیت‌های مالی و یا شاید نداشتن بیمه تکمیلی ترجیح می‌دهند بیشتر به بخش دولتی مراجعه کنند.

همچنین کارکنانی که پوشش بیمه تکمیلی داشتند، بر اساس رضایتمندی و تجارب قبلی خود در مورد استفاده از خدمات بخش دولتی (بر خلاف انتظار) یا خصوصی، به آن بخش‌ها مراجعه می‌کردند که نیاز به انجام بررسی‌های بیشتر است.

در همین رابطه، وفایی نجار و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که بیمه درمان مکمل به عنوان مهم‌ترین عامل جهت مراجعه به بیمارستان خصوصی است (۶). نوع بیمه در مطالعه یعقوبی و همکاران (۲۰۱۱) نیز از عوامل تعیین‌کننده در انتخاب بیمارستان بوده است (۵). نتایج مطالعه بهبودی (۲۰۰۰) نیز نشان می‌دهد که اکثر بیمارانی که تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی هستند، به سبب ارائه تسهیلات بهتر در هنگام بستری شدن، در بیمارستان‌های خصوصی بستری شده‌اند و از طرف دیگر، اکثریت افراد تحت پوشش بیمه‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی در بیمارستان‌های دولتی بستری شده‌اند (۱۰). ورقانی و همکاران (۲۰۱۱) نیز در مطالعه خویش، مهم‌ترین دلیل

پیشنهاد می‌گردد جهت افزایش قصد کارکنان مورد مطالعه به انتخاب بخش دولتی نسبت به اعتمادسازی هر چه بیشتر در میان کارکنان خود در کنار ایجاد جو همدلی و احترام و تسهیل استفاده از خدمات مثل کاهش صف انتظار برای کارکنان اقدام نماید. همچنین، جهت افزایش تمایل کارکنان مورد مطالعه به استفاده بهتر و بیشتر از خدمات و منابع موجود در بخش‌های خصوصی و خیریه پیشنهاد می‌گردد که به منظور ایجاد فضای رقابتی میان ارائه‌دهندگان مختلف، از رویکردهای مختلف بازاریابی اجتماعی با تأکید بر تحلیل محیط، شناخت بازار و گروه هدف و انتخاب آمیزه بازاریابی مناسب در کنار راهکارهای تعدیل تعرفه و تعیین تعرفه قابل پرداخت برای عموم مردم در دو بخش خصوصی و خیریه استفاده گردد.

منابع

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
2. Sharifi A, Jalali R, Shahbazi N. Evaluation of awareness on the patient bill of rights and observing rate on the patient's perspective in Imam Reza Hospital in Kermanshah in 2012. The Iranian Journal of Medical Law 2013;6(23): 125-35.
3. Basiri Moghadam K, Basiri Moghadam M, Moslem A, Ajam Zibad H, Jamal F. Health Providers and Patients' Awareness on Patient Bill of Rights and Its Observing Rate in 22 Bahman Hospital. The Horizon of Medical Sciences 2011;17(1):45-54.
4. Amery H, Panahi M, Jafari A, Khalafi A, Alizadeh H, Abbaspour R. The Reasons of Private Hospital Selection by patients in Yazd Province for Treatment. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences 2013;1(3):37-43.
5. Yaghoubi M, Agharahami Z, Karimi S, Javadi M. Factors Affecting Patients' preferences in Choosing a Hospital Based on the Mix Marketing Components in Isfahan. Hakim Research Journal 2011;14(2):106-14.
6. Vafaei Najar A, Karimi E, Sadaghiani E. Process of health care packages of health insurance supplementary information system on in selected countries and provide a model for Iran. The Journal of Health Information Management 2006;3(1):51-62.

برای انتخاب بیمارستان های خصوصی را اورژانسی بودن، داشتن بیمه تکمیلی و مراجعه قبلی عنوان نموده‌اند(۹).

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در بخش دولتی بالاتر از بخش خصوصی و خیریه بود. کارکنان مرد، متأهل، کارکنان مسن‌تر، کارکنان با تحصیلات کمتر، کارکنان شاغل در مرکز تحقیقات و بیمارستان، کارکنان با سابقه کاری بالاتر و کارکنان با نوع استخدامی شرکتی و قراردادی تمایل بیشتری به انتخاب بخش دولتی نسبت به بخش خصوصی و خیریه داشتند. به‌طورکلی نتایج این مطالعه حاکی از تمایل بیشتر کارکنان مورد مطالعه در استفاده از بخش دولتی نسبت به بخش خصوصی و خیریه بود. در همین رابطه به مدیران و سیاست‌گذاران

7. Fazaeli S, Ahmadi M, Rashidian A, Sadoughi F. A Framework of a Health System Responsiveness Assessment Information System for Iran. Iranian Red Crescent Medical Journal 2014;16(6):1-7.
8. Sepehri A, Simpson W, Sarma S. The influence of health insurance on hospital admission and length of stay—The case of Vietnam. Social Science & Medicine 2006; 63 (7): 1757-70.
9. Varmrghani M, Arab M, Zeraati H, Aliakbari S. Factors affecting on the choice of public and private hospitals in Tehran for treatment in 1387. Journal of Hospital 2011;10(1):45-52.
10. Behboudi F. Effective factors on selection of governmental or private hospital with surgical patients. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2000;35(2):34-40.
11. Toyabe S, Cao P, Abe T, Uchiyama M, Akazawa K. Impact of sociocultural factors on hospital length of stay in children with nephrotic syndrome in Japan. Health Policy 2006;76(3):259-65.
12. Amaghionyeodiwe LA. Determinants of the choice of health care provider in Nigeria. Health Care Management Science 2008;11(3):215-27.
13. Victoor A, Delnoij DM, Friele RD, Rademakers JJ. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. BMC Health Services Research 2012;12(1):1-16.
14. McMullan R, Silke B, Bennett K, Callachand S. Resource utilisation, length of hospital stay, and pattern of investigation during acute medical hospital admission. Postgraduate Medical Journal 2004;80: 23-6.

15. Mawajdeh S, Hayajneh Y, Al-Qutob R. The effect of type of hospital and health insurance on hospital length of stay in Irbid, North Jordan. *Health Policy and Planning* 1997;12(2): 166-72.
16. Heller PS. A model of the demand for medical and health services in Peninsular Malaysia. *Social Science & Medicine* 1982;16(3):267-84.
17. Dor A, Gertler P, Van Der Gaag J. Non-price rationing and the choice of medical care providers in rural Cote d'Ivoire. *Journal of Health Economics* 1987;6(4): 291-304.
18. Jalili S, Aghaei M, Saeid Mahdavi A. Studying the Factors for Selecting Public or Private Hospitals by Non Emergent Patients of Ardabil District in 2012 *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2014;14(4): 388-97.
19. Bahadori M, Teymourzadeh E, Ravangard R, Nasiri A, Raadabadi M, Alimohammadzadeh K. Factors contributing towards patient's choice of a hospital clinic from the patients' and managers' perspective. *Electronic Physician* 2016;8(5):2378-87.
20. Wong EL, Popkin BM, Guilkey DK, Akin JS. Accessibility, quality of care and prenatal care use in the Philippines. *Social Science & Medicine* 1987;24(11):927-44.
21. Jenkinson C, Burton JS, Cartwright J, Magee H, Hall I, Alcock C, et al. Patient attitudes to clinical trials: development of a questionnaire and results from asthma and cancer patients. *Health Expectations* 2005;8(3):244-52.
22. Merle V, Germain J-M, Tavolacci M-P, Brocard C, Chefson C, Cyvoct C, et al. Influence of infection control report cards on patients' choice of hospital: pilot survey. *Journal of Hospital Infection* 2009;71(3):263-8.
23. Raadabadi M, Bahadori M, Ravangard R, Mousavi S. Comparing the quality of nursing services between two public and private hospitals. *International Journal of Healthcare Management* 2017;10(4):252-8.
24. Lux MP, Fasching P, Schrauder M, Löhberg C, Thiel F, Bani M, et al. The era of centers: the influence of establishing specialized centers on patients' choice of hospital. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2011;283(3):559-68.
25. Abeadi Dizaji H. The most important factors that patient chose public or private hospital [MSc Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences. 200. [persian]
26. Goldsteen RL, Falcone DJ, Broyles RW, Goldsteen K, Reilly BJ. Local factors affecting the tendency to bypass local hospitals for inpatient mental health care: an exploratory analysis. *The Journal of Rural Health* 1994;10(2):89-96.
27. Robertson R, Burge P. The impact of patient choice of provider on equity: analysis of a patient survey. *Journal of Health Services Research & Policy* 2011;16(1): 8-22.
28. Marang-van de Mheen P, Dijs-Elsinga J, Otten W, Versluijs M, Smeets H, Van der Made W, et al. The importance of experienced adverse outcomes on patients' future choice of a hospital for surgery. *Quality and Safety in Health Care* 2010;19(6):1-6.
29. Chandler PJ. Provider gender preference in obstetrics and gynecology: a military population. *Military Medicine* 2000;165(12):938-40.
30. Ferreira FM. Health care marketing: the theory of planned behavior applied to patients' choice between private and public providers in the portuguese health care system. *Portugues*; 2011.
31. Pallikadavath S, Singh A, Ogollah R, Dean T, Stones W. Human resource inequalities at the base of India's public health care system. *Health & Place* 2013;23(1): 26-32.
32. Fazaeli S, Hashemi S, Ebrahimipour H, Banikazemi S, Yousefi M, Valinejadi A. Public or private hospitals: survey of households' tendencies in some selected areas of Mashhad. *Journal of Health Administration (JHA)* 2016;18(62):75-86.
33. Bastani P, Kavosi Z, Alipoori S, Imani-Nasab M. Evidence-based Policy and Decision-Making among Health Managers: A Case of Shiraz University of Medical Sciences. *Galen Medical Journal* 2017;6(1):30-8.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
25th Year, No.134
April- May 2018*

Received: 24/02/2018

Last revised: 09/04/2018

Accepted: 15/04/2018

The effective factors on selecting health care providers in public, private, and charity sectors

Ramin Ravangard¹, Mahnaz Javanbakht², Peivand Bastani^{1*}

1. Health Human Resources Research Center, School of Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
2. Student Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Corresponding author e-mail: bastanip@sums.ac.ir

Abstract

Background and Objective: People act differently in choosing their health care providers. This study was conducted to identify the effective factors on choosing health care providers in public, private, and charity in Shiraz University of Medical Sciences' staff.

Materials and Methods: This research was a cross-sectional applied study that was conducted in 2016. The study sample consisted of 330 of the staff affiliated to Shiraz University of Medical Sciences centers that entered the study through stratified and simple random sampling methods. The study tool was a reliable and valid Persian draft of questionnaire designed by Ferreira. Data were analyzed applying SPSS₂₃.

Results: Findings showed that intention, attitude, and perceived behavioral control constructs were higher in public sector than the private and charity. The male, married, older and low educated staff, who engaged in research centers and hospitals' staff with higher work years and those with contract and corporate the types of employment have higher intention to choose public sector than the private and charity.

Conclusion: The present findings indicate the more intention of the participants to use the services in public sector than those of private and charity. In order to better use of services and resources in each of the three health care providers these recommendations are presented: increasing the atmosphere of trust, respect, and empathy along with simplifying the application of services in public sector and using different methods of social marketing accompanied with balancing the tariff and identifying the payable tariff for all the people in private and charity sector.

Key words: Health care provider, Health care services, Health sector staff