

بررسی اثرات نگرش و ادراک شاغلین بر رفتار بیمه درمان تکمیلی آنان

محمد نظری پور^۱، بابک زکی زاده^۲، زاهد احمدزاده^۳

چکیده

هدف: استفاده از پوشش‌های بیمه‌ای درمان تکمیلی، خدمات درمانی را مقرون‌به‌صرفه نموده و به بیمه‌شدگان کمک می‌کند تا به‌نحو مناسبی از این‌گونه خدمات استفاده کنند. پژوهش حاضر تلاش دارد تا اثرات نگرش و ادراک شاغلین بخش‌های عمومی و خصوصی بر رفتار بیمه درمان تکمیلی آنان را مورد مطالعه و بررسی قرار دهد.

روش: این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش گردآوری داده‌ها توصیفی پیمایشی، از نوع همبستگی و داده‌های پژوهش به کمک پرسش‌نامه جمع‌آوری شده است. جامعه آماری پژوهش، شاغلین بخش عمومی و بخش خصوصی شهر تهران هستند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون و مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شده است.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر متغیرهای نگرش و ادراک بر رفتار بیمه‌ای شاغلین (شامل متغیرهای احساس ضرورت خرید بیمه‌های تکمیلی درمان، بررسی و انتخاب طرح‌های بیمه‌ای موجود، خرید طرح بیمه‌ای انتخاب شده و استفاده از طرح بیمه‌ای خریداری شده) اثر مثبت و معناداری دارند. همچنین اثرات ۷ متغیر جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، سازمان محل خدمت، درآمد، وضعیت تأهل و اندازه خانوار) بر ضرورت خرید بیمه‌های درمان تکمیلی و میزان رضایت‌مندی افراد از این نوع بیمه‌ها مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. نتایج بیانگر اثرگذاری برخی از این متغیرها همچون سن بود.

نتیجه: بنابر یافته‌های این پژوهش، هرچه نگرش و ادراک افراد نسبت به بیمه‌های درمان تکمیلی بهبود و تقویت شود، به همان میزان می‌توان شاهد رشد و توسعه این قبیل بیمه‌ها در سطح جامعه بود.

کلیدواژه‌ها: بیمه‌های درمان تکمیلی، رفتار بیمه‌ای، نگرش، ادراک، رضایت‌مندی

۱- استادیار گروه حسابداری، دانشگاه حضرت معصومه (س)، قم. (نویسنده مسئول) mnazaripour@yahoo.com

۲- کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان.

۳- دکترای حسابداری، مدرس گروه حسابداری، دانشگاه فنی و حرفه‌ای شهید شمسی پور، تهران.

۱. مقدمه

بیمه درمان تکمیلی از جمله ضروریات زندگی هر فردی است (دائو^۱، ۲۰۲۰)، زیرا می‌تواند به سلامت مالی، جسمی و روانی افراد کمک شایانی کند. بدین معنی که به‌لحاظ مالی، بیمه درمان تکمیلی باعث تسهیل در پرداخت هزینه‌های پزشکی و دارویی شده، مانع شکل‌گیری بدهی از بابت هزینه‌های پزشکی شده و سقف مشخصی را برای مراقبت‌های بهداشتی تعیین می‌کند (استوک و همکاران^۲، ۲۰۱۰). به‌لحاظ سلامت جسمی، بیمه درمان تکمیلی باعث طولانی‌تر و سالم‌تر شدن زندگی شده، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی را تضمین نموده و به تشخیص و مدیریت بیماری‌ها کمک می‌کند (دی و باخ^۳، ۲۰۱۹). به‌لحاظ سلامت روانی، بیمه درمان تکمیلی نگرانی‌ها از بابت هزینه‌های پزشکی و استفاده به‌موقع و مناسب از مراقبت‌های بهداشتی را کاهش می‌دهد (هاوشوفر و همکاران^۴، ۲۰۱۷).

براساس مطالب بالا، بیمه درمان تکمیلی نقش مهمی در تأمین هزینه‌های درمان دارد. این نوع بیمه به افراد کمک می‌کند تا به‌جای هزینه‌های درمان بر فرایند درمان تمرکز کنند. بیمه درمان تکمیلی به دو صورت گروهی و انفرادی قابل ارائه است. حالت گروهی برای گروه‌های بالای ۵۰ یا ۱۰۰ نفر ارائه شده و در مقابل حالت انفرادی برای گروه‌های زیر ۵۰ نفر و یا حتی فردی قابل ارائه است. در مقایسه با بیمه پایه، دامنه پوشش بیمه درمان تکمیلی بسیار گسترده است؛ برای مثال این نوع بیمه شامل جبران هزینه‌های دندان‌پزشکی، جبران هزینه همراه بیماران زیر ۷ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان‌ها، پرداخت هزینه آمبولانس و فوریت‌های پزشکی در رساندن بیماران به مراکز درمانی و غیره است (سایت بیمه ایران).

بر اساس آمارهای بیمه مرکزی (سالنامه آماری سال ۱۴۰۰)، حدود ۱۵ میلیون نفر از کل جمعیت ایران (حدود ۱۸ درصد) از پوشش بیمه‌های درمان تکمیلی برخوردار هستند. از آنجایی که بیش از ۸۰ درصد آحاد جامعه فاقد بیمه تکمیلی بوده که اکثر آنان نیز از اقشار آسیب‌پذیر جامعه هستند، لذا واکاوی دلایل عدم استقبال از بیمه‌های درمان تکمیلی اهمیت دوچندان می‌یابد. زیرا فقدان پوشش بیمه‌های تکمیلی می‌تواند یک مانع جدی بر سر راه مراقبت‌های بهداشتی محسوب شده و باعث تحمیل هزینه‌های مادی و معنوی فراوان بر آحاد جامعه باشد (بهزاد و همکاران^۵، ۲۰۲۲). همچنین امروزه به‌دلایلی همچون استرس، ساعات کار طولانی، ورزش کم، رژیم غذایی نامناسب؛ اکثریت آحاد جامعه دچار بیماری‌های جسمی و روانی متعددی شده که اغلب درمان آنها پرهزینه بوده و لذا برخورداری

- 1- Dao
- 2- Stock et al.
- 3- Dey & Bach
- 4- Haushofer et al.
- 5- Behzad et al.

از بیمه درمان تکمیلی می‌تواند راهکار مناسبی برای مقابله با این قبیل هزینه‌ها باشد (دوتا، ۲۰۲۰). عوامل متعددی بر رشد و توسعه بیمه‌های درمان تکمیلی مؤثر هستند. نگرش و ادراک در زمره این عوامل قرار دارند. زیرا آنها تأثیر بسزایی بر اراده و قصد افراد در انجام هر کاری دارند (برین تاویت و ادی، ۲۰۱۴). در همین راستا، پیش‌نیاز توسعه و گسترش بیمه‌های درمان تکمیلی مستلزم شناخت نگرش و ادراک آحاد جامعه نسبت به اهمیت این نوع بیمه‌ها است. بنابراین ضرورت دارد سیاست‌گذاران و مدیران شرکت‌های بیمه‌ای شناخت مناسبی از نگرش و ادراک افراد نسبت به بیمه‌های درمان تکمیلی کسب کنند.

نگرش و ادراک افراد در خصوص بیمه درمان تکمیلی می‌تواند متأثر از ویژگی‌های شخصیتی فرد، هنجارهای جامعه، انتظارات و سطح کیفیت خدمات شرکت‌های بیمه‌ای باشد. از آنجایی که سطح دانش مالی، اجتماعی و فرهنگی افراد با یکدیگر متفاوت است، لذا نگرش و ادراک آنان نیز نسبت به بیمه‌های درمان تکمیلی متفاوت از یکدیگر خواهد بود (خادکا و همکاران، ۲۰۲۲).

در خصوص بیمه‌های درمان تکمیلی دو موضوع از اهمیت قابل توجهی برخوردار است (۱) نگرش و ادراک افراد نسبت به ضرورت بهره‌مندی از این نوع بیمه‌ها و (۲) نگرش و ادراک دارندگان این نوع بیمه‌ها نسبت به کیفیت خدمات دریافتی از سوی شرکت‌های بیمه‌ای. پژوهش حاضر تلاش دارد تا به هر دو سؤال فوق براساس مدل تعدیل‌شده انگل-کولات-بلاکول^۴ پاسخ دهد.

۲. پیشینه پژوهش

۲-۱. بیمه سلامت (تکمیلی درمان)

بیمه، نوعی تضمین برای اتفاقات ناخوشایند در آینده است. فرازونشیب‌های زندگی و بیماری‌ها می‌تواند توجیه‌گر مناسبی برای خرید بیمه‌های سلامت (تکمیلی درمان) باشند. از طریق خرید بیمه‌های درمان تکمیلی بسیاری از هزینه‌های بهداشتی و درمانی به شرکت‌های بیمه‌ای منتقل و لذا بر خورداری از بیمه‌های درمان تکمیلی برای زندگی امروزی یک ضرورت است (هتای و همکاران، ۲۰۱۵). با این‌وجود هنوز هم بسیاری از افراد در خصوص نقش بیمه‌های درمان تکمیلی در پوشش هزینه‌های بالا و پیش‌بینی نشده اطلاعات کافی ندارند (مصطفی و همکاران، ۲۰۱۹). نبود اطلاعات صحیح و یا درک

- 1- Dutta
- 2- Brinthaup & Eady
- 3- Khadka et al.
- 4- Engel Kollat Blackwell Model
- 5- Htay et al
- 6- Mustafa et al.

نادرست اطلاعات موجود، می‌تواند منجر به احساس عدم نیاز به بیمه‌های درمان تکمیلی شود. امروزه سواد بیمه‌ای سلامت، نقش مهمی در خرید بیمه‌های درمان تکمیلی دارد. سواد بیمه‌ای سلامت به معنای درک، خرید و استفاده از بیمه سلامت است. به عبارت دیگر، سواد بیمه‌ای سلامت به معنای دانش، توانایی و اطمینان افراد در کسب و ارزیابی اطلاعات مورد نیاز در خصوص طرح‌های مختلف سلامت و خرید بهترین آنها برای خود و یا خانواده آن هم بر اساس شرایط مالی و جسمانی خود و اعضای خانواده است (کوینسی^۱، ۲۰۱۲). خرید طرح بیمه مناسب از جمله موضوعات مهم مورد توجه بسیاری از پژوهش‌های مرتبط با سواد بیمه سلامت بوده است.

امروزه توجهات به جای سواد مورد نیاز برای خرید یک طرح بیمه‌ای، به سمت سواد مورد نیاز برای استفاده از آن تغییر نموده است. این کار با هدف دسترسی به موقع به خدمات مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز انجام می‌شود. بر اساس نتایج پژوهش مورگان و همکاران^۲ (۲۰۰۸) افرادی که با طرح‌های بیمه‌ای سلامت آشنایی کمی دارند عموماً به واسطه بالا بودن هزینه‌های درمان، مراقبت‌های بهداشتی خود را به تأخیر می‌اندازند. گرچه استفاده از طرح‌های بیمه‌ای هزینه‌های کمی را در بردارد، اما افراد به دلیل ناآشنایی با این گونه طرح‌ها و همچنین صرفه اقتصادی آنها، عموماً مراقبت‌های بهداشتی خود را به تأخیر می‌اندازند (آلین و همکاران^۳، ۲۰۱۷). بر اساس نتایج پژوهش تی‌پی‌رننی و همکاران (۲۰۱۸) احتمال کمی وجود دارد که به واسطه هزینه، بزرگسالان بیمه‌شده مراقبت‌های قابل‌پیشگیری و یا غیرقابل‌پیشگیری خود را به تأخیر بیندازند.

از طریق آزمون‌های مرتبط با دانش سلامت می‌توان به سواد بیمه سلامت افراد پی برد. برای مثال طبق نتایج پژوهش نورتون و همکاران^۴ (۲۰۲۰) تنها ۵۲ درصد از آمریکایی‌ها به ۷ سؤال از ۱۰ سؤال پرسیده جواب صحیح داده بودند، همچنین فقط ۴ درصد به هر ۱۰ سؤال جواب صحیح و در مقابل ۸ درصد به هر ۱۰ سؤال جواب غلط داده بودند.

همچنین بر اساس نتایج پژوهش استرن^۵ (۲۰۱۵) ۴۸ درصد از افراد بیمه‌نشده در خرید طرح بیمه‌ای مردد بوده و ۶۸ درصد نیز خواهان اطلاعات بیشتر در خصوص اصطلاحات بیمه سلامت بودند. بر اساس نتایج پژوهش کیم و همکاران (۲۰۱۳) صرف‌نظر از اعتماد به طرح‌های بیمه سلامت، افراد خرید یک طرح بیمه‌ای سلامت را مهم می‌دانند.

1- Quincy
2- Morgan et al.
3- Allen et al.
4- Norton et al.
5- Stern

۲-۲. نگرش و ادراک افراد نسبت به بیمه تکمیلی درمان (سلامت)

سواد سلامت یک سیستم حمایت مالی (از نوع پیش پرداخت) بوده که دربرگیرنده خدمات مراقبت‌های بهداشتی است. هدف بیمه سلامت حداقل سازی شکاف بین برخورداری و عدم برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی به واسطه محدودیت‌های مالی است. باین حال بیشتر افراد اطلاعات کافی در خصوص بیمه‌های سلامت ندارند (آچاریا و همکاران^۱، ۲۰۲۱). بنابراین درک نادرست و یا تفسیر نادرست از بیمه‌های سلامت می‌تواند مانع بهره‌مندی افراد از این نوع بیمه‌ها شود. در نتیجه ادراک و نگرش افراد، نقش مهمی در ترویج و گسترش بیمه‌های سلامت دارد.

نگرش، از جمله مواردی است که ضمن داشتن اثرات قابل توجه، می‌تواند بر رفتار نیز تأثیرگذار باشد (بالون و اسکینر^۲، ۲۰۰۸). در حالت معمولی افراد تمایل چندانی به تغییر ندارند، زیرا رفتار خوب، زمان‌بر، ناخوشایند، پیچیده و حتی کمتر مورد توجه است (آچاریا و همکاران، ۲۰۲۱). ایجاد نگرش و ادراک مثبت نیازمند اطلاعات کافی است. ادراک نسبت به بیمه سلامت نقش بسزایی در تحقق آن دارد.

علی‌رغم فقدان دانش کافی در خصوص بیمه سلامت، عموماً نگرش افراد نسبت به آن مثبت است. بر اساس نتایج پژوهش آچاریا و همکاران (۲۰۱۹) سطح بالای دانش در خصوص بیمه سلامت منجر به نگرش مثبت و سپس استفاده از آن می‌شود، اما سطح بالای تحصیلات ممکن است منجر به استفاده از بیمه سلامت نشود. ادراک نادرست و اطلاعات غلط در خصوص بیمه سلامت می‌تواند منجر به نگرش و تصور نادرست نسبت به آن شود، لذا ادراک صحیح از بیمه سلامت، نقش مهمی در پذیرش و سپس استفاده از آن دارد (آگی‌بافور و همکاران^۳، ۲۰۱۳). تحصیلات بالا و ثروت زیاد الزاماً به معنای استفاده از بیمه سلامت نیست. طبق نتایج پژوهش دیکسون و همکاران^۴ (۲۰۱۳) در مقایسه با مردان و زنان ثروتمند، مردان و زنان فقیرتر استقبال بیشتری از بیمه سلامت داشته‌اند.

سطح پایین نگرش و ادراک نسبت به بیمه سلامت دارای خطرات اخلاقی است. زیرا ممکن است افراد درخواست خدمات بهداشتی نمایند، در حالی که به آن نیاز ندارند. این نوع نگرش و ادراک باعث ناکامی طرح‌های سلامت بیمه می‌شوند (ماینا و همکاران^۵، ۲۰۱۶). برای ایجاد نگرش مثبت نسبت به بیمه سلامت، برخورداری از اطلاعات کافی ضروری است. برای مثال طبق نتایج پژوهش سابدی و همکاران^۶ (۲۰۱۸) فقط ۵۴ درصد از استفاده‌کنندگان بیمه سلامت از آن رضایت داشتند.

1- Acharya et al.
2- Ballon & Skinner
3- Agyei-baffour et al.
4- Dixon et al.
5- Maina et al
6- Subedi et al.

بر اساس نتایج پژوهش نکتیا و آمپونسا و همکاران^۱ (۲۰۱۹) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همچون محل سکونت، سن، میزان ثروت و میزان دسترسی به رسانه‌ها بر ادراک افراد نسبت به کیفیت خدمات بیمه‌ای ارائه‌شده تأثیرگذار هستند. به اعتقاد اور و همکاران^۲ (۲۰۰۸) نگرش حتی در تصمیم‌گیری برای درمان، قبول و به‌کارگیری توصیه‌های پزشکان نیز مؤثر است. طبق نتایج پژوهش جوشی و همکاران^۳ (۲۰۱۹) در مواقعی که ادراک افراد نسبت به بیمه سلامت مثبت باشد، تأثیر مثبتی بر نگرش آنان نسبت به استفاده از خدمات دندان‌پزشکی دارد. میزان رضایتمندی بیماران به میزان قابل توجهی متأثر از انتظارات، ادراک و نگرش آنان نسبت به خدمات بیمه‌ای ارائه‌شده است (اتو-سوباتکا و همکاران^۴، ۲۰۱۹). نگرش و ادراک مثبت به همراه رضایتمندی از خدمات مراقبت‌های بهداشتی عامل مهمی در استقبال از طرح‌های بیمه‌ای سلامت است. همچنین ادراک افراد نسبت به کیفیت خدمات ارائه‌شده نیز در استقبال از این‌گونه طرح‌ها مؤثر است (آموآدجی و همکاران^۵، ۲۰۱۶). طرح‌های بیمه‌ای سلامت نیازمند همبستگی ملی به‌ویژه در سطح مدیران ارشد دولتی و اقناع افکار عمومی است. بدون نگرش و ادراک مثبت و خدمات بهداشتی باکیفیت طرح‌های بیمه‌ای سلامت با موفقیت چندانی روبرو نخواهند شد. بر اساس نتایج پژوهش ماتور و همکاران^۶ (۲۰۱۵) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همچون سن، وضعیت سلامتی و اندازه خانوار با استقبال از طرح‌های بیمه سلامت ارتباط معناداری دارند. بنابراین ادراک افراد از بیمه سلامت از جمله عوامل مؤثر در استقبال آنان از طرح‌های بیمه‌ای سلامت است.

افراد، زمانی از طرح‌های بیمه‌ای سلامت استقبال می‌کنند که احساس نمایند این‌گونه طرح‌ها مفید بوده و همچنین دارای مزایای اقتصادی برای آنان باشد (دیکسون و همکاران، ۲۰۱۳). از دید آوال و همکاران^۷، (۲۰۱۶) مواردی همچون اطلاعات کافی، آموزش و تعامل می‌تواند باعث تقویت نگرش و ادراک افراد نسبت به طرح‌های بیمه‌ای شود. بر اساس نتایج پژوهش ماتور و همکاران (۲۰۱۵) ادراک افراد نسبت به طرح‌های بیمه‌ای سلامت بر استقبال آنان از این‌گونه طرح‌ها اثرگذار است.

- 1- Nketiah-Amponsah et al.
- 2- Orr et al.
- 3- Joshi et al.
- 4- Otto-sobotka et al.
- 5- Amo-adjei et al.
- 6- Mathur et al.
- 7- Adewale et al.

۲-۳. رفتار خریداران بیمه سلامت

خرید هر محصول یا خدمتی مستلزم توجه به همه جنبه‌های اثرگذار بر فرایند جستجو، انتخاب، خرید و استفاده از آن است. به عبارت دیگر، رفتار خرید، بیانگر فرایندی است که افراد می‌بایست در موقع انتخاب، خرید، استفاده و کنارگذاری محصولات/خدمات طی نمایند. هدف این فرایند ارضای نیازها و تمایلات افراد بوده و دارای ماهیتی پویا است. در این فرایند خریدار به‌عنوان یک کنشگر اجتماعی مدنظر قرار می‌گیرد (سلیمان و همکاران^۱، ۲۰۱۹).

با بررسی ادبیات پژوهش می‌توان دریافت که در زمینه مطالعه رفتار مصرف‌کننده، رویکردها، مدل‌ها و نظریات مختلفی وجود دارد. از یک‌منظر می‌توان این مدل‌ها را به دودسته سنتی و مدرن تقسیم نمود (جیسانا، ۲۰۱۴). مدل‌های سنتی رفتار مصرف‌کننده، بیانگر اطلاعاتی در خصوص نحوه خرید مشتریان آن‌هم بر اساس خواسته‌ها و نیازهایشان است. این مدل‌ها شامل چهار مدل یادگیری، روان‌کاوی، جامعه‌شناختی و اقتصادی است. مدل‌های مدرن در مطالعه رفتار مصرف‌کننده، به‌جای تمرکز بر احساسات و یا تمایلات خودآگاه افراد بر فرایندهای تصمیم‌گیری منطقی و سنجیده تمرکز دارند. این مدل‌ها شامل شش مدل انگل-کولات-بلکول، جعبه سیاه، هاوکینز استرن، هوارد شت، نیکوزیا، و وبستر و ویند هستند (جیسانا^۲، ۲۰۱۴). در پژوهش حاضر از مدل انگل-کولات-بلاکول تعدیل‌شده استفاده شده است.

مدل انگل-کولات-بلکول رفتار مصرف‌کننده را در قالب یک فرایند جامع مورد مطالعه و بررسی قرار می‌دهد. این مدل شامل پنج مرحله انگیزش، کسب اطلاعات، ارزیابی گزینه‌های موجود، خرید و استفاده است (سریواستاوا و همکاران^۳، ۲۰۲۱). برای سازگاری مدل فوق با موضوع پژوهش حاضر (بیمه سلامت)، تعدیلاتی در ابعاد این مدل صورت گرفت. پس از انجام تعدیلات موردنظر، چهار بُعد: (۱) احساس ضرورت بهره‌مندی از بیمه‌های تکمیلی، (۲) بررسی و انتخاب طرح‌های بیمه‌ای موجود، (۳) خرید طرح بیمه‌ای انتخاب‌شده و (۴) استفاده از بیمه تکمیلی درمان خریداری‌شده؛ شناسایی و مورد استفاده قرار گرفتند. توضیحات مرتبط با هر بُعد به شرح زیر است:

- احساس ضرورت بهره‌مندی از بیمه‌های تکمیلی: این بُعد نشان می‌دهد افراد برای تأمین هزینه‌های بهداشتی و درمانی خود نیازمند استفاده از بیمه‌های تکمیلی درمان هستند. این احساس از هزینه‌های بالای پیشگیری و درمان ناشی می‌شود. به اعتقاد محمدی و محمد (۲۰۱۱) دانش و تجربه شخصی به همراه تبلیغات نقش مؤثری در فرایند تصمیم‌گیری خریداران دارند. براین اساس احساس

1- Solomon et al.
2- Jisana
3- Srivastava et al.

ضرورت، نقش مهمی در بهره‌مندی افراد از بیمه‌های تکمیلی درمان دارد.

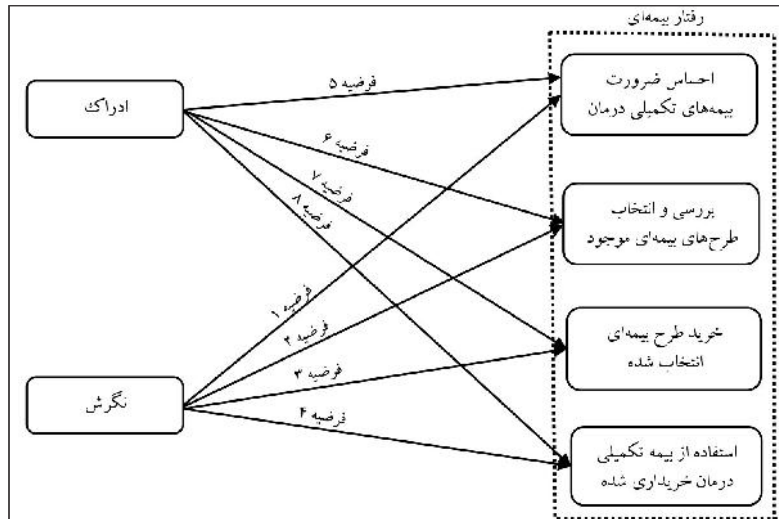
- **بررسی گزینه‌های موجود مرتبط با بیمه‌های تکمیلی درمان:** درزمینه‌ی طرح‌های بیمه‌ای سلامت، گزینه‌های مختلفی پیش‌روی افراد قرار دارد. لذا ضرورت دارد افراد حق بیمه و همچنین میزان پوشش هر طرح بیمه‌ای را به‌دقت مورد مطالعه و بررسی قرار دهند.

- **خرید طرح بیمه‌ای انتخاب‌شده:** پس از بررسی‌های صورت‌گرفته (مرحله قبل)، افراد می‌بایست متناسب با اهداف و نیازهای خود اقدام به انتخاب و خرید طرح بیمه‌ای مناسب نمایند.

- **استفاده از بیمه تکمیلی درمان خریداری‌شده:** با توجه به اینکه طرح‌های بیمه‌ای خریداری‌شده یک‌ساله هستند، لذا تجربه استفاده از آن می‌تواند مبنای خوبی برای تمدید یا عدم تمدید آن، بررسی کم‌وکیف تعهدات آنها و بررسی حق بیمه پرداختی باشد.

در ایران، پژوهش‌چندانی در خصوص مطالعه و بررسی اثرات ادراک و نگرش افراد نسبت به طرح‌های بیمه‌ای انجام‌نشده است، لذا پژوهش حاضر می‌تواند از جمله اولین پژوهش‌ها در این زمینه باشد. برای تحقق این هدف از مدل انگل-کولات-بلکول استفاده شده است.

بر اساس مبانی نظری مذکور می‌توان مدل مفهومی پژوهش را به شرح زیر ارائه نمود:



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

۳. روش تحقیق

در پژوهش حاضر منظور از نگرش، احساسات و برداشت افراد نسبت به بیمه تکمیلی درمان بوده که بسیار ذهنی است. در مقابل ادراک، به معنای دیدگاه و استنباط افراد نسبت به بیمه تکمیلی درمان بوده که بر اساس تفسیر و تعبیر اطلاعات دریافت شده، صورت گرفته و لذا چندان ذهنی نیست. برای سنجش متغیر نگرش، از مؤلفه‌هایی همچون ضرورت برخورداری از بیمه‌های تکمیلی درمان (بتد)، مهم و باارزش بودن بتد، نقش بتد در سلامت افراد، فزونی منفعت بر هزینه بتد، فهم فرآیند خرید بتد، استفاده شده است. همچنین برای سنجش متغیر ادراک، از مؤلفه‌هایی همچون اهمیت بتد در سلامت، سهولت خرید بتد، صرفه‌جویی در هزینه‌ها به واسطه خرید بتد، توانایی پرداخت حق بیمه، سهولت درک مفاد قراردادهای بتد استفاده شده است.

۳-۱. فرضیه‌های پژوهش:

۱. نگرش بر احساس ضرورت بهره‌مندی از بیمه‌های تکمیلی درمان اثر معناداری دارد.
۲. نگرش بر بررسی و انتخاب طرح‌های بیمه‌ای موجود اثر معناداری دارد.
۳. نگرش بر خرید طرح بیمه‌ای انتخاب شده اثر معناداری دارد.
۴. نگرش بر استفاده از بیمه‌های تکمیلی درمان خریداری شده اثر معناداری دارد.
۵. ادراک بر احساس ضرورت بهره‌مندی از بیمه‌های تکمیلی درمان اثر معناداری دارد.
۶. ادراک بر بررسی و انتخاب گزینه‌های بیمه‌ای موجود اثر معناداری دارد.
۷. ادراک بر خرید طرح بیمه‌ای انتخاب شده اثر معناداری دارد.
۸. ادراک بر استفاده از بیمه‌های تکمیلی درمان خریداری شده اثر معناداری دارد.

۳-۲. روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ روش اجرای پژوهش، توصیفی است. طرح پژوهش، همبستگی از نوع معادلات ساختاری^۱ به روش کمترین مجذورات جزئی است؛ زیرا در این پژوهش روابط بین متغیرها در قالب الگوی علی مورد بررسی قرار می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کارکنان بخش عمومی و بخش خصوصی شهر تهران است. در پژوهش حاضر برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شده است (علی‌پور و همکاران^۲، ۲۰۱۲).

$$15q \geq 5q \leq n$$

1- Structural Equation Modelling (SEM)

2- Alipour et al.

از آنجایی که در پژوهش حاضر تعداد سؤالات (به استثنای سؤالات جمعیت‌شناختی) ۳۰ سؤال است، لذا طبق فرمول فوق حداقل پرسشنامه ۱۵۰ و حداکثر آن ۴۵۰ تعیین می‌شود. در پژوهش حاضر برای حداکثر سازی قابلیت اطمینان نتایج، سقف بالا مینا قرار داده شده است. از این رو تعداد ۵۵۰ پرسشنامه بین اعضای جامعه آماری (کارکنان بخش‌های عمومی و خصوصی شهر تهران) توزیع شد. با توجه به اینکه آمار دقیقی از تعداد کارکنان شاغل بخش‌های عمومی و خصوصی تهران به دست نیامد، لذا پس از مشورت با سه کارشناس خبره بیمه مرکزی مقرر شد تعداد ۲۷۵ پرسشنامه در هر یک از بخش‌های عمومی و خصوصی توزیع شود. در نهایت پس از تلاش‌های فراوان صورت گرفته، تعداد ۴۵۴ پرسشنامه قابل استفاده جمع‌آوری شد (به ازای هر سؤال اختصاصی ۱۵ پرسشنامه). در پژوهش حاضر شهر تهران به چهار منطقه کلی (شمال، جنوب، غرب و شرق) تقسیم شده و سپس پرسشنامه‌ها به طور مساوی در بخش‌های عمومی و خصوصی مناطق مذکور توزیع شد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس برای جمع‌آوری داده‌ها و انتخاب نمونه‌ها و از ابزار پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. در طراحی سؤالات پرسشنامه از ادبیات پژوهش علی‌الخصوص پژوهش‌های یانگ^۱ (۲۰۱۶)، پرایس و همکاران^۲ (۲۰۱۶) و کیم و همکاران^۳ (۲۰۱۳) بهره گرفته شده است. پرسشنامه طراحی شده بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای بود. جدول ۳ بیانگر نحوه توزیع ۳۰ سؤال اختصاصی پرسشنامه است. تمامی محاسبات آماری و نمونه‌برداری‌های تحلیلی به دست آمده از طریق نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و Amos نسخه ۲۴ با سطح اطمینان ۹۵ درصد (سطح خطای کمتر از ۰/۰۵) ارزیابی شده‌اند.

1- Yang
2- Price et al
3- Kim et al.

۴. یافته‌های پژوهش

در این بخش ابتدا اطلاعات جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان مورد اشاره قرار می‌گیرد.

متغیر	گروه	درصد	متغیر	گروه	درصد
جنسیت	مرد	۶۹/۲	تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۱۱/۹
	زن	۳۰/۸		فوق‌دیپلم	۱۹/۲
سن	کمتر از ۳۰ سال	۳۴/۴		لیسانس	۳۲/۶
	۳۰ تا ۴۰ سال	۳۱/۵		فوق‌لیسانس	۲۹/۷
	۴۰ تا ۵۰ سال	۲۱/۴		دکتر	۶/۶
محل اشتغال	بیشتر از ۵۰ سال	۲۲/۷	درآمد	کمتر از ۵ میلیون تومان	۱۸/۷
	بخش عمومی	۳۸/۵		۵ تا ۱۰ میلیون تومان	۴۷/۱
	بخش خصوصی	۶۱/۵		۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان	۱۷/۶
	مجرد	۴۹/۸		۱۵ تا ۲۰ میلیون تومان	۱۰/۴
متاهل	۵۰/۲	بیشتر از ۲۰ میلیون تومان		۶/۲	
ضرورت بیمه	ضروری است	۸۱/۷	اندازه خانوار	یک نفر	۶/۶
	ضروری نیست	۱۸/۳		دو نفر	۱۶/۵
میزان رضایتمندی	کم	۲۴/۷		سه نفر	۲۷/۸
	متوسط	۵۲/۴		چهار نفر	۳۴/۶
	زیاد	۲۲/۹		پنج نفر و بیشتر	۱۴/۵

بررسی اثرات نگرش و ادراک شاغلین بر رفتار بیمه درمان تکمیلی آنان.

۷۳

طبق جدول فوق ۶۹/۲ درصد از پاسخ‌دهندگان مرد و ۳۰/۸ درصد نیز زن بودند. سن بیشتر پاسخ‌دهندگان (۳۴/۴ درصد) کمتر از ۳۰ سال بود. همچنین بیشتر پاسخ‌دهندگان (۵۰/۲ درصد) متأهل بودند. ۳۲/۶ درصد (بیشترین درصد) از پاسخ‌دهندگان دارای مدرک لیسانس و ۶/۶ درصد (کمترین درصد) نیز دکتری بودند. طبق جدول فوق درآمد بیشتر پاسخ‌دهندگان (۴۷/۱ درصد) بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان بود. در نهایت اندازه خانوار بیشتر پاسخ‌دهندگان (۳۴/۴ درصد) چهار نفر بود. این یافته‌ها بر اساس نرم‌افزار SPSS به دست آمده است.

۴-۱. آمار استنباطی: در این بخش قبل از آزمون مدل پژوهش؛ از طریق آزمون چولگی و کشیدگی، نرمالیتی داده‌ها مورد آزمون قرار می‌گیرد.

جدول ۲. چولگی و کشیدگی متغیرها

سؤال	چولگی	کشیدگی	سؤال	چولگی	کشیدگی	سؤال	چولگی	کشیدگی
۱	۰/۱۳۱	-۰/۵۹۳	۱۱	-۰/۲۸۳	-۰/۴۹۷	۲۱	-۰/۰۹۶	-۰/۲۶۹
۲	۰/۱۹۱	-۰/۲۸۰	۱۲	-۰/۰۴۶	-۰/۴۰۵	۲۲	-۰/۰۲۷	-۰/۲۶۷
۳	-۰/۰۲۸	-۰/۶۵۵	۱۳	۰/۰۰۹	-۰/۶۳۴	۲۳	۰/۰۳۹	-۰/۴۳۹
۴	-۰/۱۲۸	-۰/۶۸۷	۱۴	-۰/۱۱۱	-۰/۶۹۶	۲۴	۰/۰۲۹	-۰/۲۲۳
۵	-۰/۰۲۲	-۰/۳۶۷	۱۵	-۰/۰۹۹	-۰/۲۵۱	۲۵	۰/۰۵۸	-۰/۲۸۳
۶	۰/۰۳۵	-۰/۶۵۸	۱۶	۰/۲۰۲	-۰/۳۰۲	۲۶	-۰/۰۷۱	-۰/۴۱۷
۷	-۰/۱۲۶	-۰/۷۲۰	۱۷	۰/۰۳۰	-۰/۴۴۲	۲۷	-۰/۷۶۷	-۰/۵۶۵
۸	-۰/۳۷۱	-۰/۳۱۸	۱۸	-۰/۲۷۲	-۰/۰۲۶	۲۸	-۰/۱۰۴	-۰/۲۵۰
۹	۰/۰۹۶	-۰/۵۸۴	۱۹	-۰/۰۷۷	-۰/۶۴۶	۲۹	۰/۰۱۵	-۰/۶۵۲
۱۰	-۰/۰۳۵	-۰/۴۹۱	۲۰	-۰/۰۵۵	-۰/۴۴۴	۳۰	۰/۰۲۱	-۰/۵۸۷

از آنجایی که مقدار چولگی و کشیدگی همه سؤالات در بازه (۲، -۲) قرار دارد، لذا تمامی سؤالات به لحاظ چولگی (کجی) و کشیدگی نرمال بوده و توزیع آنها متقارن است.

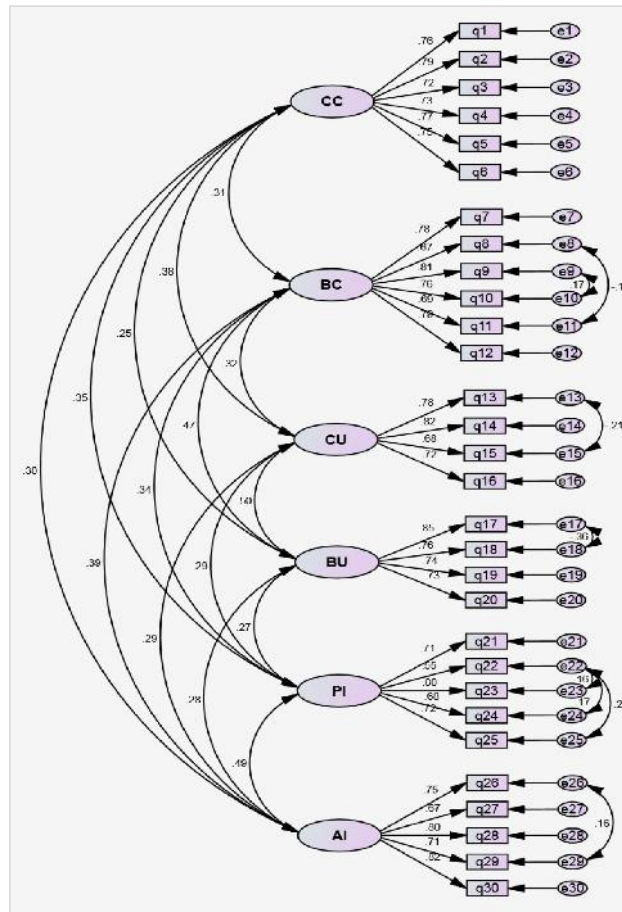
۲-۴. مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها: از آنجایی که هدف پژوهش حاضر انجام یک آزمون معتبر است، لذا تحلیل عاملی تأییدی، می‌تواند ابزار مناسبی محسوب شود. برای تعیین روایی صوری پرسشنامه از نظر مثبت کارشناسان خبره استفاده شد. برای پایایی پرسشنامه از ضریب الفای کرونباخ استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳. ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	علامت	تعداد سؤال	آلفای کرونباخ
احساس ضرورت بیمه‌های تکمیلی درمان	CC	۶	۰/۸۸۵
بررسی و انتخاب طرح‌های بیمه‌ای موجود	BC	۶	۰/۸۷۵
خرید طرح بیمه‌ای انتخاب شده	CU	۴	۰/۸۱۷
استفاده از طرح بیمه‌ای خریداری شده	BU	۴	۰/۸۴۴
ادراک	PI	۵	۰/۸۳۷
نگرش	AI	۵	۰/۸۶۸

نکته: ضریب آلفای کرونباخ کلی پژوهش ۰/۹۰۲ است.

بر اساس جدول فوق ضریب آلفای کرونباخ همه متغیرها بالاتر از ۰/۷ بوده که این امر، بیانگر تائید پایایی و همبستگی درونی همه سازه‌ها است. از آنجایی که بر اساس استانداردهای محاسباتی انجام شده، گویه‌ها و ابعاد الگو مورد قبول واقع شده‌اند، لذا می‌توان الگوی پژوهش را به کمک نرم‌افزار آموس برآورد نمود.



شکل ۲. برآورد الگوی مفهومی

بر اساس شکل فوق بارهای عاملی تمامی متغیرهای مشاهده شده بیشتر از ۰/۵ بوده و لذا واریانس بین سازه‌ها و شاخص‌های مربوطه از واریانس خطای اندازه‌گیری‌شان بیشتر بوده و در نتیجه پایایی در مورد مدل اندازه قابل قبول است. همچنین شکل فوق بیانگر رابطه یک (یا چند) عامل با چند گویه است.

در شکل فوق دوایر بزرگ (شش‌گانه) بیانگر متغیرهای مکنون و یا عامل‌ها بوده و همچنین مستطیل‌ها نیز بیانگر گویه‌های پژوهش می‌باشند. پیکان‌های دوسویه همبستگی میان عامل‌ها را نشان می‌دهد.

بیگان‌های یک‌سویه رسم‌شده از سمت دواير بزرگ (شش‌گانه) به سمت مستطيل‌ها، بيانگر بار عاملی هر کدام از گويه‌ها بوده و اعداد مندرج بر روی آنها نیز نشان‌دهنده ضريب همبستگی گويه‌ها با هر يك از عوامل مربوطه است.

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل

مقدار محاسبه‌شده	مقدار مجاز	معادل لاتین	نام شاخص
۱/۵۸۵	کمتر از ۳	df/X ^۲	کای دو درجه آزادی
۰/۰۳۶	کمتر از ۰/۰۸	RMSEA	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد
۰/۹۱۸	بالاتر از ۰/۹۰	GFI	نیکویی برازش
۰/۹۶۵	بالاتر از ۰/۹۰	CFI	شاخص برازش مقایسه‌ای-تعدیل یافته
۰/۹۰۰	بالاتر از ۰/۹۰	AGFI	شاخص برازش تعدیل یافته
۰/۹۱۲	بالاتر از ۰/۹۰	NFI	برازش نرم شده
۰/۹۶۰	بالاتر از ۰/۹۰	TLI	برازش نرم نشده
۰/۹۰۰	بالاتر از ۰/۹۰	RFI	شاخص برازش نسبی
۰/۹۶۶	بالاتر از ۰/۹۰	IFI	شاخص برازش افزایشی

از آنجایی که تمامی شاخص‌ها از مقدار مجاز بهتر هستند، لذا برازش مدل از کفایت لازم برخوردار است. در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی، ابزار اندازه‌گیری از دو شاخص پایایی مرکب^۱ و میانگین واریانس استخراج‌شده^۲ و همچنین برای سنجش روایی ابزار اندازه‌گیری، از دو شاخص روایی همگرا^۳ و روایی واگرا^۴ استفاده شده است (جدول ۵).

1- Composite Reliability (CR)
2- Average Variance Extracted (AVE)
3- Convergent Validity
4- Divergent Validity

جدول ۵. نتایج مرتبط با پایایی و روایی مدل

BC	CU	BU	AI	PI	CC	ASV	MSV	AVE	CR	
					۰/۷۵۲	۰/۱۰۳	۰/۱۴۵	۰/۵۶۶	۰/۸۷۷	CC
				۰/۶۹۶	۰/۳۴۶	۰/۱۲۷	۰/۲۳۹	۰/۴۸۵	۰/۸۲۳	PI
			۰/۷۵۳	۰/۴۸۹	۰/۳۰۱	۰/۱۲۹	۰/۲۴۰	۰/۵۶۶	۰/۸۶۷	AI
		۰/۷۷۵	۰/۲۸۰	۰/۲۷۳	۰/۲۵۲	۰/۱۳۸	۰/۲۵۲	۰/۶۰۰	۰/۸۵۷	BU
	۰/۷۵۲	۰/۵۰۲	۰/۲۸۷	۰/۲۹۲	۰/۳۸۱	۰/۱۳۳	۰/۲۵۳	۰/۵۶۷	۰/۸۳۸	CU
۰/۷۵۰	۰/۳۱۷	۰/۴۷۲	۰/۳۹۳	۰/۳۴۰	۰/۳۱۲	۰/۱۳۸	۰/۲۲۳	۰/۵۶۲	۰/۸۸۵	BC

نکته: محاسبات با استفاده از ماکرو طراحی شده توسط جیمز گسکین و در قالب نرم افزار اکسل انجام شده است.

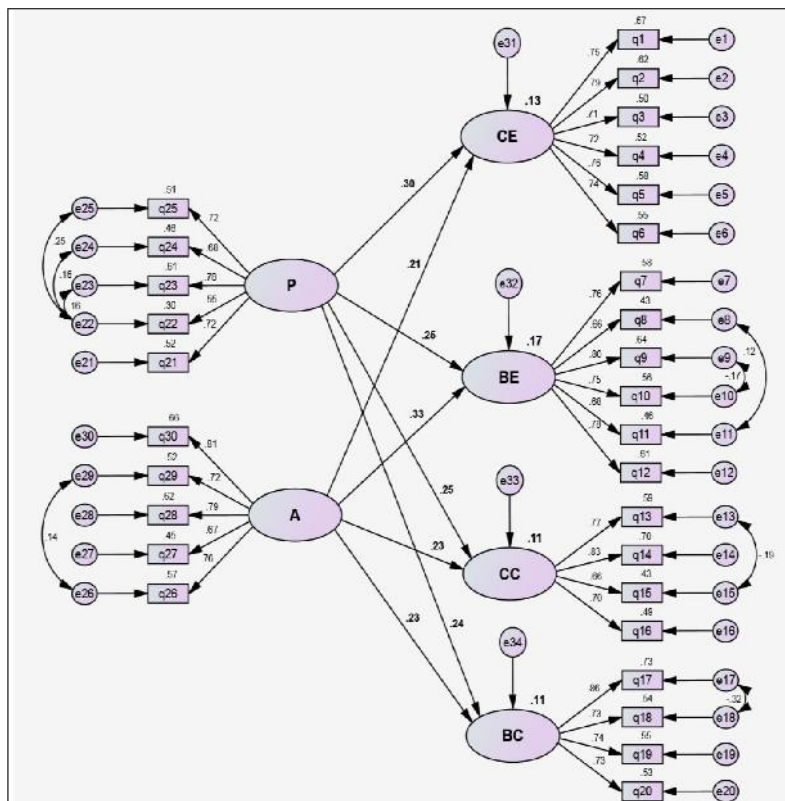
جدول ۶. حداقل‌های مورد نیاز مرتبط با پایایی و روایی مدل

عنوان	مقادیر آستانه
شرط پایایی مدل	$CR > 0.7$
شرط روایی همگرای مدل	$CR > AVE$; $AVE > 0.5$
شرط روایی واگرایی مدل	$ASV < AVE$; $MSV < AVE$

باتوجه به اینکه مقادیر محاسبه شده در جدول (۶) بیشتر از مقادیر آستانه هستند، لذا مدل پژوهش از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است. برای مثال تمامی مقادیر پایایی مرکب بیشتر از ۰/۷ و یا تمامی مقادیر میانگین واریانس استخراج شده به استثنای یک مورد که آن هم نزدیک به ۰/۵ است، بیشتر از ۰/۵ هستند. همچنین حداکثر واریانس مشترک^۱ و میانگین واریانس مشترک^۲ کوچک تر از میانگین واریانس استخراج شده هستند.

۳-۴. **آزمون فرضیه‌ها:** در این بخش هشت فرضیه اصلی پژوهش با استفاده از مدل سازی معادلات ساختاری و به کمک نرم افزار آموس مورد آزمون قرار گرفته اند. سطوح معناداری آزمون فرضیه‌ها در جدول (۷) و نتیجه الگو در شکل (۳) منعکس شده است. از آنجایی که سطح معناداری ۵ درصد مدنظر است، لذا سطح خطا کمتر از ۰/۰۵ مورد پذیرش واقع می شود. جدول (۷) بیانگر نتایج آزمون فرضیه‌های پژوهش است.

1- Maximum Shared Variance (MSV)
2- Average Shared Variance (ASV)



شکل ۳. الگوی مفهومی پژوهش مرتبط با فرضیه‌های اصلی پژوهش

شکل (۳) بیانگر ضرایب مسیر (فرضیه‌ها)، بارهای عاملی و ضرایب تعیین گویه‌ها است. بارهای عاملی اعداد مندرج بر روی پیکان‌های یک‌سویه رسم شده از سمت دوایر بزرگ (۶ گانه) به سمت مستطیل‌ها است. ضرایب تعیین نیز اعداد مندرج بر روی مستطیل‌ها بوده که نشان می‌دهد چه میزان از واریانس هر کدام از گویه‌ها توسط عامل مربوطه قابل تبیین است.

جدول ۷. نتایج آزمون فرضیه‌های اصلی

فرضیه	رابطه		ضرایب غیراستاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	نسبت بحرانی (C.R)	سطح معناداری (P-Value)
	←	→					
۱	←	PI	۰/۳۹۷	۰/۰۸۹	۰/۲۹۶	۵/۳۲۱	۰/۰۰۰
۲	←	PI	۰/۳۶۳	۰/۰۹۳	۰/۲۵۰	۴/۶۸۰	۰/۰۰۰
۳	←	PI	۰/۳۳۶	۰/۰۹۰	۰/۲۵۰	۴/۴۷۶	۰/۰۰۰
۴	←	PI	۰/۳۳۳	۰/۰۹۱	۰/۲۳۷	۴/۳۶۷	۰/۰۰۰
۵	←	AI	۰/۲۵۱	۰/۰۷۵	۰/۲۰۹	۳/۹۹۵	۰/۰۰۰
۶	←	AI	۰/۴۲۴	۰/۰۸۲	۰/۳۲۶	۶/۱۱۸	۰/۰۰۰
۷	←	AI	۰/۲۷۱	۰/۰۷۷	۰/۲۲۶	۴/۱۹۱	۰/۰۰۰
۸	←	AI	۰/۲۸۴	۰/۰۷۹	۰/۲۲۶	۴/۲۹۵	۰/۰۰۰

باتوجه به جدول فوق، از آنجایی که نسبت بحرانی هر هشت فرضیه اصلی بیشتر از $2/58$ است، لذا می‌توان اظهار داشت در سطح اطمینان ۹۹ درصد تمامی فرضیه‌ها تأیید می‌شوند.

در بخش زیرین اثرات متغیرهای اصلی و جمعیت‌شناختی پژوهش بر روی دو متغیر ضرورت خرید طرح‌های بیمه‌ای و میزان رضایتمندی افراد از طرح‌های بیمه‌ای خریداری شده مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است. برای هر یک از این دو متغیر، سؤالات جداگانه‌ای در بخش متغیرهای جمعیت‌شناختی طراحی شده است. این سؤالات عبارت‌اند از: تا چه اندازه داشتن بیمه تکمیلی درمان را ضروری می‌دانید؟ و در صورت داشتن بیمه تکمیلی درمان، میزان رضایت شما از آن چقدر است؟ به عبارت دیگر این سؤالات مکمل اهداف اصلی پژوهش حاضر محسوب می‌شوند.

۴-۴. اثرات متغیرهای پژوهش بر ضرورت خرید طرح‌های بیمه‌ای: در این بخش تأثیر هر کدام از متغیرهای پژوهش بر ضرورت داشتن طرح‌های بیمه‌ای مورد مطالعه و بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۸. میزان تأثیرپذیری ضرورت خرید بیمه از متغیرهای پژوهش

متغیر	ضریب B	ضریب Beta	ارزش t	سطح معناداری	همبستگی	ضریب تعیین
مقدار ثابت	۰/۳۵۵	-	۱/۹۶۵	۰/۰۵۰	۰/۴۹۳	۰/۲۴۳
جنسیت	۰/۰۲۴	۰/۰۲۹	۰/۶۸۴	۰/۴۹۴		
سن	۰/۱۰۷	۰/۲۸۴	۵/۴۰۲	۰/۰۰۰		
تحصیلات	-۰/۰۱۱	-۰/۰۳۲	-۰/۶۸۵	۰/۴۹۴		
محل اشتغال	۰/۰۳۲	۰/۰۴۱	۰/۹۱۴	۰/۳۶۱		
درآمد ماهیانه	-۰/۰۲۴	-۰/۰۶۸	-۱/۳۹۲	۰/۱۶۵		
وضعیت تأهل	۰/۰۴۹	۰/۰۶۳	۱/۲۷۸	۰/۲۰۲		
اندازه خانوار	-۰/۰۱۰	-۰/۰۲۹	-۰/۶۶۸	۰/۵۰۴		
CC	۰/۰۶۳	۰/۱۰۱	۲/۱۷۷	۰/۰۳۰		
BC	۰/۱۱۳	۰/۲۰۴	۴/۱۳۴	۰/۰۰۰		
CU	۰/۰۱۹	۰/۰۳۵	۰/۷۱۱	۰/۴۷۸		
BU	-۰/۰۲۴	-۰/۰۴۱	-۰/۸۳۰	۰/۴۰۷		
PI	۰/۰۷۹	۰/۱۰۲	۲/۱۴۹	۰/۰۳۲		
AI	۰/۰۸۹	۰/۱۳۴	۲/۷۶۸	۰/۰۰۶		

نکته: سطح معناداری ۰/۰۵ است.

باتوجه به نتایج مندرج در جدول فوق، متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، اعتماد به بیمه‌های تکمیلی درمان، رفتار در خصوص خرید بیمه‌های تکمیلی درمان، ادراک و نگرش بر ضرورت داشتن بیمه‌های تکمیلی درمان تأثیرگذار بودند. در مقابل متغیرهای جنسیت، تحصیلات، محل اشتغال، درآمد، وضعیت تأهل، اندازه خانوار، اعتماد به طرح بیمه‌ای خریداری‌شده و رفتار با طرح بیمه‌ای خریداری‌شده، بر ضرورت داشتن بیمه‌های تکمیلی درمان تأثیرگذار نبودند.

۴-۵. اثرات متغیرهای پژوهش بر میزان رضایت‌مندی از طرح‌های بیمه‌ای خریداری‌شده: در این بخش تأثیر هر کدام از متغیرهای پژوهش بر میزان رضایت‌مندی بیمه‌شدگان مورد مطالعه و بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۹. میزان تأثیرپذیری رضایت‌مندی افراد از متغیرهای پژوهش

متغیر	ضریب B	ضریب Beta	ارزش t	سطح معناداری	همبستگی	ضریب تعیین
مقدار ثابت	-۱/۹۴۷	-	-۶/۸۴۲	۰/۰۰۰		
جنسیت	-۰/۰۸۷	-۰/۰۵۹	-۱/۵۵۴	۰/۱۲۱		
سن	۰/۱۳۳	۰/۱۹۷	۲/۲۴۱	۰/۰۰۰		
تحصیلات	۰/۰۴۴	۰/۰۷۱	۱/۷۲۹	۰/۰۸۴		
محل اشتغال	۰/۰۹۴	۰/۰۶۶	۱/۶۹۲	۰/۰۹۱		
درآمد ماهیانه	۰/۰۵۴	۰/۰۸۵	۱/۹۷۰	۰/۰۴۹		
وضعیت تأهل	۰/۱۶۳	۰/۱۱۸	۲/۷۰۵	۰/۰۰۷		
اندازه خانوار	۰/۱۰۴	۰/۱۶۷	۴/۴۳۴	۰/۰۰۰		
CC	۰/۰۳۱	۰/۰۲۸	۰/۶۸۰	۰/۴۹۷		
BC	-۰/۰۴۳	-۰/۰۴۴	-۰/۹۹۸	۰/۳۱۹		
CU	۰/۱۲۴	۰/۱۲۵	۲/۸۸۲	۰/۰۰۴		
BU	۰/۱۸۱	۰/۱۷۸	۴/۰۵۱	۰/۰۰۰		
PI	۰/۱۴۷	۰/۱۰۵	۲/۵۱۶	۰/۰۱۲		
AI	۰/۳۲۵	۰/۲۷۳	۶/۴۰۶	۰/۰۰۰		

نکته: سطح معناداری ۵/۰٪ است.

باتوجه به نتایج مندرج در جدول فوق، متغیرهای سن، درآمد، وضعیت تأهل، اندازه خانوار، اعتماد به طرح بیمه‌ای خریداری‌شده، رفتار با طرح بیمه‌ای خریداری‌شده، ادراک و نگرش بر میزان رضایت‌مندی افراد از بیمه‌های تکمیلی درمان تأثیرگذار بودند. در مقابل متغیرهای جنسیت، تحصیلات، محل اشتغال، اعتماد به بیمه‌های تکمیلی درمان و رفتار در خصوص خرید طرح‌های بیمه‌ای بر میزان رضایت افراد تأثیرگذار نبودند.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر اثرات ۶ مؤلفه اصلی (اعتماد به بیمه‌های تکمیلی، رفتار در خرید بیمه‌های تکمیلی، اعتماد به طرح بیمه تکمیلی خریداری‌شده، رفتار با طرح بیمه تکمیلی خریداری‌شده، ادراک و نگرش) به همراه متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، محل اشتغال، میزان درآمد و اندازه خانوار) بر ضرورت خرید بیمه‌های تکمیلی و میزان رضایت‌مندی از طرح‌های بیمه‌ای

تکمیلی خریداری شده مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. قبل از بررسی اثرات مذکور، از میان ۶ مؤلفه اصلی ابتدا اثرات دو متغیر نگرش و ادراک بر چهار مؤلفه دیگر مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. فرضیه‌های اصلی پژوهش به شرط زیر مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند:

نگرش، بر احساس ضرورت خرید بیمه‌های تکمیلی اثرگذار است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد هرچه نگرش و ذهنیت افراد، نسبت به کارکرد و اثرگذاری بیمه‌های تکمیلی در زندگی بالا باشد، تمایل آنان نسبت به طرح‌های بیمه تکمیلی افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش بالون و اسکینر (۲۰۰۸) همخوانی دارد (فرضیه ۱).

نگرش، بر بررسی و انتخاب طرح‌های بیمه‌ای موجود اثرگذار است. طبق نتایج پژوهش حاضر هرچه نگرش افراد نسبت به بیمه‌های تکمیلی مثبت باشد به همان میزان آنان با قصد و اراده جدی اقدام به بررسی و انتخاب طرح‌های بیمه‌ای موجود می‌نمایند. بنابراین هرچه افراد ضرورت و مفیدی بیمه‌های تکمیلی درمان را بیشتر احساس کنند به همان میزان طرح‌های بیمه‌ای موجود را با نگرش مثبت‌تری بررسی و انتخاب می‌نمایند. این یافته با نتایج پژوهش یانگ (۲۰۱۶) همخوانی دارد (فرضیه ۲).

نگرش، بر خرید طرح بیمه‌ای انتخاب شده اثرگذار است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد نگرش، عامل مؤثری در خرید بیمه‌های تکمیلی درمان محسوب می‌شود. بنابراین هرچه دامنه پوششی بیمه‌های خریداری شده از کفایت لازم برخوردار باشد و همچنین شرکت‌های بیمه‌ای تعهدات خود را طبق قرارداد و به موقع پرداخت کنند، آنگاه نگرش افراد نسبت به طرح‌های بیمه‌ای خریداری شده بهبود می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش‌های ویلفرد (۲۰۲۰) و یانگ (۲۰۱۶) همخوانی دارد (فرضیه ۳).

نگرش بر استفاده از بیمه تکمیلی درمان خریداری شده اثرگذار است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر نگرش بر استفاده از طرح‌های بیمه تکمیلی درمان خریداری شده اثر مثبت دارد. بنابراین نگرش باعث شکل‌گیری ذهنیت مثبت نسبت به بیمه‌های تکمیلی درمان خریداری شده شده و لذا تمایل افراد نسبت به تمدید آن در پایان هر دوره قرارداد افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش یانگ (۲۰۱۶) همخوانی دارد (فرضیه ۴).

باتوجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر نگرش بر بیمه‌های درمان تکمیلی، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و مدیران شرکت‌های بیمه‌ای از طریق تبیین صحیح ضرورت استفاده از بیمه‌های درمان تکمیلی، نگرش آحاد جامعه نسبت به این نوع بیمه‌ها را تقویت کنند. زیرا هر چه نگرش افراد نسبت به بیمه‌های درمان تکمیلی مثبت‌تر شود، به همان میزان استقبال آنان از این نوع بیمه‌ها نیز افزایش می‌یابد.

ادراک بر احساس ضرورت خرید بیمه‌های تکمیلی اثرگذار است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد هرچه ادراک افراد نسبت به ضرورت بیمه‌های تکمیلی در زندگی بیشتر باشد، ذهنیت آنان نسبت به

طرح‌های بیمه تکمیلی بهبود می‌یابد. بنابراین ادراک عامل مؤثری در تمایل و اعتماد افراد نسبت به طرح‌های بیمه تکمیلی درمان است. این یافته با نتایج پژوهش ماینا و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد (فرضیه ۵).

ادراک بر بررسی و انتخاب گزینه‌های بیمه‌ای موجود مرتبط با بیمه‌های تکمیلی درمان اثرگذار است. طبق نتایج پژوهش حاضر هرچه ادراک افراد نسبت به بیمه‌های تکمیلی مثبت باشد به همان نسبت آنان با ذهنیت و ادراک مثبت‌تری اقدام به بررسی و انتخاب طرح‌های بیمه‌ای موجود می‌نمایند. بدین معنی که ذهنیت و ادراک افراد نقش مؤثری در فرایند بررسی و انتخاب طرح‌های بیمه‌ای موجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش یانگ (۲۰۱۶) همخوانی دارد (فرضیه ۶).

ادراک بر خرید طرح بیمه‌ای انتخاب‌شده اثرگذار است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد هرچه ادراک افراد نسبت به اهمیت و ضرورت بیمه‌های تکمیلی درمان افزایش یابد، به همان میزان آنان با ذهنیت و ادراک مثبت‌تری اقدام به خرید بیمه‌های تکمیلی درمان می‌نمایند. بنابراین هرچه افراد به ارزش ادراک‌شده بیمه‌های تکمیلی درمان بیشتر واقف گردند، به همان میزان اراده آنان نسبت به خرید این‌گونه بیمه‌ها بیشتر می‌گردد. این یافته با نتایج پژوهش آمو-آدجی و همکاران (۲۰۱۶) همخوانی دارد (فرضیه ۷).

ادراک بر استفاده از بیمه تکمیلی درمان خریداری‌شده اثرگذار است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر هرچه ادراک افراد نسبت به بیمه تکمیلی خریداری‌شده افزایش یابد، با اطمینان بیشتری آنان اقدام به استفاده از این‌گونه بیمه‌ها می‌نمایند. بدین معنی که هرچه ادراک افراد از بیمه‌های تکمیلی خریداری‌شده افزایش می‌یابد، آمادگی و اشتیاق آنان جهت استفاده مجدد و تمایل به معرفی بیمه تکمیلی خریداری‌شده به دیگران افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش اتو-سوباتکا و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد (فرضیه ۸).

بنا بر یافته‌های این پژوهش ادراک افراد بر تمایل آنان نسبت به بیمه‌های درمان تکمیلی اثرگذار است. زیرا ادراک از طریق معنابخشی به اطلاعات گردآوری‌شده در خصوص بیمه‌های درمان تکمیلی به افراد کمک می‌کند تا آنان بتوانند برداشت صحیحی از این نوع بیمه‌ها کسب کنند. براین اساس پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و مدیران شرکت‌ها با ارائه تصویر درست، ذهنیت افراد را نسبت به ضرورت استفاده از بیمه‌های درمان تکمیلی مثبت کنند.

در راستای اثرگذاری متغیرهای پژوهش بر ضرورت خرید بیمه‌های تکمیلی درمان، اثر شش مؤلفه و هفت متغیر جمعیت‌شناختی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است. از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، محل اشتغال، درآمد، وضعیت تأهل و اندازه خانوار) فقط سن بر احساس ضرورت خرید بیمه‌های تکمیلی اثرگذار است. بدین معنی که هرچه سن افراد افزایش می‌یابد، ضرورت

خرید بیمه‌های تکمیلی از دیدگاه آنان بیشتر احساس می‌شود. اما در مقابل برای نمونه دیدگاه مردان و زنان در خصوص ضرورت استفاده از بیمه‌های تکمیلی با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. از بین شش مؤلفه اصلی پژوهش چهار مؤلفه احساس ضرورت خرید بیمه‌های تکمیلی درمان، بررسی و انتخاب طرح‌های بیمه‌های موجود، ادراک و نگرش بر ضرورت خرید بیمه‌های تکمیلی اثرگذار هستند. بدین معنی که هرچه ادراک و نگرش افراد نسبت به بیمه‌های تکمیلی مثبت باشد، به همان میزان تمایل آنان به خرید بیمه‌های تکمیلی افزایش می‌یابد. همچنین هرچه افراد به بیمه‌های تکمیلی بیشتر واقف گردند، به همان ضرورت خرید این‌گونه بیمه‌ها از سوی آنان بیشتر احساس می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش ماتور و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی دارد.

در راستای اثرگذاری متغیرهای پژوهش بر میزان رضایت‌مندی از بیمه‌های تکمیلی درمان خریداری‌شده، اثر شش مؤلفه اصلی پژوهش و هفت متغیر جمعیت‌شناختی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است. از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، محل اشتغال، درآمد، وضعیت تأهل و اندازه خانوار) متغیرهای سن، درآمد، وضعیت تأهل، اندازه خانوار بر میزان رضایت‌مندی از بیمه‌های تکمیلی اثرگذار است. با افزایش سن افراد، میزان رضایت‌مندی آنان از بیمه‌های تکمیلی افزایش می‌یابد. بدین معنی که در مقایسه با سنین پایین، عموماً میزان استفاده افراد سنین بالا از بیمه‌های تکمیلی بیشتر است. از آنجایی که میزان پرداختی افراد از هزینه‌های واقعی در قالب طرح‌های بیمه تکمیلی پایین است، لذا میزان رضایت‌مندی آنان افزایش می‌یابد. همچنین در مقایسه با افراد مجرد، میزان رضایت‌مندی افراد متأهل از بیمه‌های تکمیلی بیشتر است. اما در مقابل میزان رضایت‌مندی در بین مردان و زنان و یا شاغلین بخش عمومی با بخش خصوصی با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. از بین شش مؤلفه اصلی پژوهش چهار مؤلفه خرید طرح بیمه‌ای انتخاب‌شده، استفاده از طرح بیمه‌ای خریداری‌شده، ادراک و نگرش بر میزان رضایت‌مندی افراد از بیمه‌های تکمیلی خریداری‌شده اثر معناداری دارد. بدین معنی که هرچه ادراک و نگرش افراد نسبت به بیمه‌های تکمیلی خریداری‌شده مثبت باشد، به همان میزان رضایت‌مندی آنان از بیمه‌های تکمیلی خریداری‌شده افزایش می‌یابد. همچنین هرچه اعتماد افراد به بیمه‌های تکمیلی خریداری‌شده بیشتر باشد، تمایل آنان به استفاده از بیمه‌های تکمیلی افزایش می‌یابد. در نهایت، از طریق سرمایه‌گذاری در خصوص تقویت نگرش و ادراک افراد نسبت به بیمه‌های تکمیلی درمان می‌توان شاهد رشد و توسعه این نوع بیمه‌ها در سطح جامعه بود. این یافته با نتایج پژوهش نکتیا و آمپونسا و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثرات متغیرهای نگرش و ادراک بر ضرورت و رضایت‌مندی از بیمه‌های تکمیلی درمان با لحاظ نمودن متغیرهای تعدیلی همچون متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود موضوع این پژوهش به صورت تفکیکی در میان

مشاغل و حِرَف مختلف با هدف مقایسه بین آنها انجام شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود این پژوهش با رویکرد کیفی نیز انجام شود؛ زیرا در آن صورت ممکن است راه‌کارهای جدیدی برای مطالعات بیشتر فراهم شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر جامعه آماری آن (شهر تهران) است، لذا بهتر است تعمیم نتایج آن به سایر استان‌ها با احتیاط صورت گیرد. از آنجایی که داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شده‌اند لذا ممکن است برخی از پاسخ‌دهندگان در پاسخ به سؤالات دقت لازم را به خرج نداده باشند.

منابع

1. Acharya, D., Devkota, B. and Bhattarai, R. (2021). "Do people's perceptions and attitudes associate with enrollment in health insurance in a context of Nepal?", *Nepalese Journal of Insurance and Social Security*, 4(1), 1-18.
2. Acharya, D., Devkota, B. and Wagle, B. P. (2019). "Factors associated to the enrollment in health insurance: an experience from selected districts of Nepal", *Asian Soc Sci*, 15(2), 90.
3. Adewale, B., Adeneye, A. K., Ezeugwu, S. M. C., Afocha, E. E., Musa, A. Z., Enwuru, C. A., and Ujah, I. A. O. (2016). "A preliminary study on enrollees perception and experiences of National Health Insurance Scheme in Lagos State, Nigeria", *International Journal of Tropical Disease & Health*, 18(3), 1-14.
4. Agyei-Baffour, P., Oppong, R., and Boateng, D. (2013). "Knowledge, perceptions and expectations of capitation payment system in a health insurance setting: a repeated survey of clients and health providers in Kumasi, Ghana". *BMC Public Health*, 13(1), 1-9.
5. Allen, E. M., Call, K. T., Beebe, T. J., McAlpine, D. D., and Johnson, P. J. (2017). "Barriers to care and healthcare utilization among the publicly insured". *Medical care*, 55(3), 207.
6. Alipour Shirsavar, H., Gilaninia, S. and Mohammadi Almani, A. (2012). "A Study of Factors Influencing Positive Word of Mouth in the Iranian Banking Industry", *Middle-East Journal of Scientific Research*, 11(4), 454-460.
7. Amo-Adjei, J., Anku, P. J., Amo, H. F., and Effah, M. O. (2016). "Perception of quality of health delivery and health insurance subscription in Ghana". *BMC health services research*, 16(1), 1-11.
8. Ballon, B. C., and Skinner, W. (2008). "Attitude is a little thing that makes a big difference: reflection techniques for addiction psychiatry training", *Academic Psychiatry*, 32(3), 218-224.
9. Behzad, A., Sinai, I., Sayedi, O., Alawi, K., Farewar, F., and Zeng, W. (2022). "Willingness and ability to pay for health insurance in Afghanistan", *Health Policy OPEN*, 3, 100076.
10. Bimeh Iran, <https://bimetime.com/iran-supplemental-insurance/>
11. Brinthead, T. M. and Eady, E. (2014). "Faculty members' attitudes, perceptions, and behaviors toward their nontraditional students", *The Journal of Continuing Higher Education*, 62(3), 131-140.
12. Dao, A. (2020). "What it means to say "I don't have any money to buy health insurance in rural Vietnam: How anticipatory activities shape health insurance enrollment", *Social Science & Medicine*, 266, 113335.
13. Dey, P. and Bach, P. B. (2019). "The 6 functions of health insurance", *JAMA*, 321(13), 1242-1243.

14. Dixon, J., Tenkorang, E. Y., and Luginaah, I. (2013). "Ghana's National Health Insurance Scheme: a national level investigation of members' perceptions of service provision", *BMC International Health and Human Rights*, 13(1), 1-10.
15. Dutta, M. (2020). "Health insurance sector in India: an analysis of its performance", *Vilakshan-XIMB Journal of Management*, 17(1/2), 97-109.
16. Haushofer, J., Chemin, M., Jang, C. and Abraham, J. (2017). "Peace of mind: health insurance reduces stress and cortisol levels—evidence from a randomized experiment in Kenya". *JEL*.
17. Htay, S. N. N., Sadzali, N. S. and Amin, H. (2015). "An analysis of the viability of micro health takaful in Malaysia", *Qualitative Research in Financial Markets*. 7(1), 37-71.
18. Jisana, T. K. (2014). "Consumer behaviour models: an overview", *Sai Om Journal of Commerce & Management*, 1(5), 34-43.
19. Joshi, P., Solanki, J., Chaudhary, P., Jadoun, D. S., Mishra, P. and Sharma, P. (2019). "Knowledge and perceptions about dental health insurance among dental practitioners of Jaipur City". *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*, 17(2), 130.
20. Khadka, S., Shrestha, O., Koirala, G., Acharya, U. and Adhikari, G. (2022). "Health seeking behavior and self-medication practice among undergraduate medical students of a teaching hospital: A cross-sectional study", *Annals of Medicine and Surgery*, 103776.
21. Kim, J., Braun, B., and Williams, A. D. (2013). "Understanding health insurance literacy: A literature review". *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 42(1), 3-13.
22. Maina, J. M., Kithuka, P. and Tororei, S. (2016). "Perceptions and uptake of health insurance for maternal care in rural Kenya: a cross sectional study", *Pan African medical journal*, 23(1).
23. Mathur, T., Paul, U. K., Prasad, H. N. and Das, S. C. (2015). "Understanding perception and factors influencing private voluntary health insurance policy subscription in the Lucknow region", *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 75.
24. Mohammadi, A. M. and Mohamed, B. (2011). "Applying consumer behaviour theory and grand models to attendees behaviour in conference industry", *Tourism & Management Studies*, 151-159.
25. Morgan, R. O., Teal, C. R., Hasche, J. C., Petersen, L. A., Byrne, M. M., Paterniti, D. A., and Virnig, B. A. (2008). "Does poorer familiarity with Medicare translate into worse access to health care?" *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(11), 2053-2060.
26. Mustafa, N., Salleh, F., Afthanorhan, A., Daud, W. N. W., Yazid, A. S. and Rashid, N. (2019). "A Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Medical Health Insurance and Takaful: Evidence from Malaysia". *Int J Acad Res Bus Soc Sci*, 9(1), 1266-82.
27. Nketiah-Amponsah, E., Alhassan, R. K., Ampaw, S. and Abuosi, A. (2019). "Subscribers'

- perception of quality of services provided by Ghana's National Health Insurance Scheme- what are the correlates?" *BMC health services research*, 19(1), 1-11.
28. Norton M, Hamel L, Brodie M. (2020). "Assessing Americans' Familiarity with Health Insurance Terms and Concepts", Kaiser Family Foundation.
 29. Orr, J. W., Naumann, W. R. and Escobar, P. (2008). "Attitude is a little thing that makes a big difference", *Winston Churchill. Gynecologic oncology*, 109(1), 147-151.
 30. Otto-Sobotka, F., Peplies, J. and Timmer, A. (2019). "Modeling determinants of satisfaction with health care in youth with inflammatory bowel disease part 2: semiparametric distributional regression", *Clinical Epidemiology*, 11, 403.
 31. Price, J. H., Khubchandani, J., Dake, J. A., Thompson, A., Schmalzried, H., Adeyanju, M. and Esprit, L. G. (2010). "College students' perceptions and experiences with health insurance", *Journal of the National Medical Association*, 102(12), 1222-1230.
 32. Quincy, L. (2012). "Measuring health insurance literacy: A call to action", *Yonkers: Consumers Union*.
 33. Srivastava, R., Rathore, J. S. and Singh, H. (2021). "An empirical study on channel attributes of online and offline channels based on Engel-Kollat-Blackwell (EKB) model", *World Review of Entrepreneurship, Management and Sustainable Development*, 17(6), 864-882.
 34. Stern, S. (2015). "A framework on health insurance literacy for the outreach and enrollment community". *Enroll America*.
 35. Stock, S., Schmidt, H., Büscher, G., Gerber, A., Drabik, A., Graf, C. and Stollenwerk, B. (2010). "Financial incentives in the German Statutory Health Insurance: new findings, new questions", *Health policy*, 96(1), 51-56.
 36. Subedi, L., Regmi, M. C. and Giri, Y. (2018). "Assessment of community based health insurance in Sunsari District". *Kathmandu Univ Med J*, 61(1), 53-59.
 37. Tipirneni, R., Politi, M. C., Kullgren, J. T., Kieffer, E. C., Goold, S. D., and Scherer, A. M. (2018). "Association between health insurance literacy and avoidance of health care services owing to cost", *JAMA network open*, 1(7), e184796-e184796.
 38. Wilfred, V. (2020). "Factors influencing the purchase intention of health insurance in Kota Kinabalu Sabah", *Malaysian Journal of Business and Economics (MJBE)*, 7(2), 99-121.
 39. Yang, L. (2016). "Young Adults' attitudes and perceptions on health insurance and their health insurance literacy levels", [Master's thesis, Minnesota State University, Mankato]. *Cornerstone: A Collection of Scholarly and Creative Works for Minnesota State University, Mankato*. <https://cornerstone.lib.mnsu.edu/etds/617/>.