

چگونه از رضایت بیمار جهت کنترل کیفیت ارائه خدمات درمانی در بیمارستانها استفاده کنیم؟

نویسندگان: دکتر بهزاد ذوالفقاری^۱، دکتر شهرام اویس قرن^۱، ایمان ادیبی^۱، دکتر پیام کبیری^۱

چکیده:

با توجه به تئوریهای مدیریت کیفیت جامع که بر نقش رضایت مشتری بعنوان یک نشانه کیفیت مهم تأکید میکند به بررسی میزان رضایت بیماران از خدمات درمانی ارائه شده در بزرگترین بیمارستان شهر اصفهان پرداخته شد.

روش اجرا: مطالعه یک پژوهش توصیفی - تحلیلی مقطعی بود. تعداد ۴۳۵ بیمار به روش نمونه گیری طبقه ای از جامعه بیماران بستری در بیمارستان انتخاب شدند. این جامعه شامل بیماران بخشهای مراقبتهای ویژه و روانپزشکی نمی شد. جهت سنجش رضایت بیماران از پرسشنامه ذوالفقاری و همکاران استفاده شد و به روش مصاحبه اطلاعات جمع آوری گردید. چنانچه سن بیماران مورد مصاحبه کمتر از ۱۶ سال بود، سوالات پرسشنامه از والدین بیمار پرسیده می شد.

نتایج: میانگین رضایت بیماران از بیمارستان ۰/۰۲ : ۷۸ / ۲ بود. حداقل رضایت بیماران ۱ (کاملاً ناراضیم) و حداکثر ۵ (کاملاً راضیم) بود. ۲۳ درصد بیماران نمره رضایت مساوی یا بالاتر از ۴ داشتند (از بیمارستان راضی بودند). بیشترین میزان ناراضیاتی مربوط به بخشهای وضعیت ملاقات، ترخیص و حسابداری، تسهیلات و امکانات بخش بود.

بحث: با توجه به کاهش میزان رضایت بیماران از بیمارستان در مقایسه با پنج سال قبل نیاز به بازنگری در شیوه مدیریت بیمارستان احساس میشود. اولویت انجام تغییرات در بخشهای با بیشترین میزان ناراضیاتی میباشد.

کلید واژه: رضایت بیمار، بیمارستان، کیفیت

مقدمه:

امروزه مفهوم های متفاوتی بعنوان نشانه کیفیت ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در بیمارستانها بکار میروند. استفاده هایی که از یک نشانه کیفیت میشود عبارتند از غربالگری مشکلات بالقوه موجود در ارائه خدمات بهداشتی، بررسی اثرات اقدامات بهبود کیفیت در بیمارستانها و پایش فرآیندهای معمول بیمارستانها (۱). از مواردی که بعنوان نشانه کیفیت ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در بیمارستانها بکار رفته است عبارتند از: درصد

مرگ و میر بیماران بستری در بیمارستان (۲)، طول مدت بستری در بیمارستان (۳)، درصد پذیرش مجدد یک بیمار در بیمارستان (۴)، درصد عود بیماری (۵)، تعداد کل واحدهای سکته مغزی حاد (Acute Stroke Units) در یک کشور بعنوان نشانه کیفیت در نورولوژی (۶). اما بعد از کمک دمنگ به ژاپنی ها جهت بازسازی اقتصادشان در دوران پس از جنگ جهانی دوم تئوریهای وی در کیفیت مورد توجه زیادی قرار گرفت. دمنگ تا مین

۱. مطالعات و توسعه آموزش پزشکی و کمیته پژوهشهای دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جراحی بیمارستان قائم و امام رضا (ع) (۱۷)، ارزیابی رضایت مراجعین از اورژانس بیمارستان شهید مباشر کاشانی همدان (۱۸) و مقایسه میزان رضایت بیماران بستری در بخشهای جراحی بیمارستانها (۱۹) را نام برد. با توجه به این مطالب جهت بررسی کیفیت ارائه خدمات درمانی به بیماران بستری در بیمارستانهای شهر اصفهان، مطالعه ای جهت اندازه گیری میزان رضایت بیماران بستری در بزرگترین بیمارستان شهر اصفهان طراحی و اجرا شد.

روشها:

این مطالعه یک پژوهش Cross Sectional است. جامعه مورد

جدول ۱: میانگین رضایت بیماران از قسمتهای مختلف بزرگترین بیمارستان اصفهان

بخش	میانگین	خطای انحراف	حداقل	حداکثر	درصد رضایت
پذیرش	۳/۸۸	۰/۰۳	۱	۵	۵۹/۶٪
پزشکان	۳/۹	۰/۰۳	۱	۵	۶۱/۱٪
پرستاری	۳/۸۷	۰/۰۳	۱	۵	۶۲٪
سایر پرسنل و خدمات	۳/۹۷	۰/۰۴	۱	۵	۷۸/۹٪
انتقال در بیمارستان	۳/۹۳	۰/۰۴	۱	۵	۷۵/۴٪
وضعیت ملاقات	۳/۵۹	۰/۰۴	۱	۵	۴۸٪
غذای بیمارستان	۳/۸	۰/۰۳	۱/۷۵	۵	۴۹/۷٪
امکانات و تسهیلات بخش	۳/۶	۰/۰۳	۱/۸۳	۵	۲۵/۳٪
امکانات و تسهیلات بیمارستان	۳/۸۷	۰/۰۳	۲/۴	۵	۵۲/۹٪
ترخیص و حسابداری	۳/۳۷	۰/۰۴	۱	۵	۲۹/۶٪

*کاملاً ناراضیم = ۱ نارضیم = ۲ نظری ندارم = ۳ راضیم = ۴ کاملاً راضیم = ۵

** منظور از درصد رضایت: درصد بیمارانی که میانگین پاسخ آنها به سوالات آن بخش، عدد ۴ یا بالاتر بوده است.

رضایت مشتریها را مورد تاکید قرار داده و آن را از اصول ارتقای مستمر کیفیت در یک سیستم میداند. واژه مشتری بیشتر در تجارت و تولید استفاده میشود و در نظام های ارائه خدمات بهداشتی بیشتر واژه های بیمار و مراجعه کننده استفاده شده است. لذا تأمین رضایت بیماران بعنوان یک نشانه کیفیت مطرح و مورد استفاده قرار گرفته است (۷). مطالعه ای که توسط آقای Ware و همکارانش انجام شد و طی آن ۴۵ مقاله مرور گردید، نشان داد که رضایت بیماران در برآورد کیفیت ارائه خدمات بهداشتی - درمانی شاخص سودمندی است (۸). در سال ۱۹۸۴ سازمان ملی ارائه خدمات بهداشتی در آمریکا (Health Service National) تصویب نمود که تمامی مراکز ارائه کننده خدمات

بهداشتی - درمانی در آمریکا می بایست در کنترل و تنظیم برنامه های خود از نظرات بیماران استفاده نمایند (۹). در این کشور برخی از سازمانهای بهداشتی - درمانی از معالجه بیماران خود توسط پزشکانی که میزان رضایت مردم از آنها پایین است، جلوگیری بعمل می آورند و یا براساس میزان رضایت مردم از پزشکان به آنها پاداش می دهند (۱۰). همچنین از رضایت بیمار در ارزشیابی برنامه های آموزشی تدوین شده برای پرستاران و بیماران و تغییرات در نحوه ارائه خدمات پزشکی یک مرکز (۱۱)، ارزشیابی نحوه خدمت رسانی به بیماران در منزل (۱۲)، ارزشیابی نحوه خدمت رسانی به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی (۱۳) و معاینه سرپایی بیماران مبتلا به سرطان (۱۴) استفاده می شود. در ایران جامعهترین پژوهش علمی، در زمینه کاربرد رضایت بیماران بعنوان نشانه کیفیت ارائه خدمات در بیمارستانها توسط ذوالفقاری و همکاران انجام شده است (۱۵، ۱۶). پژوهشهای دیگری در زمینه رضایتمندی بیماران در ایران انجام شده است که از آن جمله می توان بررسی میزان رضایت بیماران بستری در بخشهای

۳۶
تابستان ۱۳۸۳ / شماره ۵۷

مطالعه بیمارانی بودند که حداقل ۲۴ ساعت از زمان بستری شدنشان در بیمارستان گذشته باشد. معیار خروج از مطالعه بستری بودن بیمار در بخشهای روانپزشکی و مراقبتهای ویژه بود. براساس نتایج حاصل از مطالعه سال ۷۵-۱۳۷۴ این بیمارستان (۲۰)، ۴۳۵ بیمار بعنوان حجم نمونه مورد نیاز مشخص شد. روش نمونه گیری طبقه ای بعنوان روش نمونه گیری انتخاب شد. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه تهیه شده توسط ذوالفقاری و همکاران (۱۵) استفاده گردید. در این پرسشنامه پاسخهای بیماران در مقیاس کاملاً راضی ام، راضی ام، نظری ندارم، ناراضی ام، کاملاً ناراضی ام می باشد که به پاسخ کاملاً راضی ام نمره ۵ و به کاملاً ناراضی ام نمره ۱ تعلق می گیرد. چنانچه بیماری با سوال مطرح شده برخوردی نداشته است از گزینه برخوردی نداشته ام استفاده کرده است و بعنوان Missing data در سوال مورد نظر با پاسخ وی برخورد می شد. قسمتهای مختلف پرسشنامه عبارتند از: اطلاعات اولیه (۱۳ سوال)، انتقال در بیمارستان (۳ سوال)، پذیرش (۶ سوال)، پزشک-ان (۶ سوال)، پرستاری (۴ سوال)، سایر پرسنل و خدمات (۳ سوال)، انتقال در بیمارستان (۳ سوال)، وضعیت ملاقات (۴ سوال)، غذای بیمارستان (۸ سوال)، امکانات و تسهیلات بخش (۱۳ سوال)، امکانات و تسهیلات بیمارستان (۸ سوال)، ترخیص و حسابداری (۶ سوال)، تسهیلات پرداخت (۷ سوال)، نظر کلی نسبت به بیمارستان (۱۱ سوال)، سوالات کنترل رویایی (۲ سوال)، مشخصات بیمار (۱۴ سوال)، اطلاعات مربوط به مصاحبه (۴ سوال). روش مصاحبه بعنوان شیوه جمع آوری داده‌ها انتخاب شد. روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا آمار ترخیص روزانه هر بخش محاسبه شد و براساس میزان ترخیص روزانه حجم نمونه بین بخشهای مختلف بیمارستان تقسیم شد. بیماران هنگامی مورد مصاحبه قرار گرفتند که کلیه امور مربوط به ترخیص آنان انجام گرفته بود و آماده ترخیص از بیمارستان بودند. این زمان به آن دلیل انتخاب شده بود تا بیمار نگرانی از عواقب پاسخ خود به سوالات مطرح شده نداشته باشد. کلیه سوالات فقط از خود بیمار پرسیده می شد مگر هنگامی که سن بیمار کمتر از ۱۶ سال بود که در این موقع کلیه سوالات از والدین بیمار پرسیده می شد.

جهت جلوگیری از خطای مشاهده گر (Observational Bias) در بین پرسشگران و افزایش درجه توافق بین آنان اولاً کلیه پرسشگران از میان دانشجویان پزشکی سالهای اول و دوم این رشته انتخاب شدند و ثانیاً پرسشگران در چند جلسه توجیهی با کلیات طرح، نحوه انجام مصاحبه به منظور کاهش انواع خطا در اندازه گیری، سوالات پرسشنامه و مفهوم هر سوال آشنا شدند (یکسان کردن سطح آموزش پرسشگران). سپس بخشها براساس فاصله مکانی و تعداد مورد نیاز از هر یک بین یک یا چند پرسشگر تقسیم شد به گونه ای که هر یک یا چند پرسشگر بخشهای نزدیکتر را پوشش میدادند و تعداد بیمارانی که هر یک مورد مصاحبه قرار می دادند برابر بود. پرسشنامه های پر شده از مصاحبه کنندگان به صورت روزانه جمع آوری و به برخی از اشکالات آن رسیدگی شده و پرسشگر در جریان اشکالات قرار می گرفت.

داده‌های حاصل از مطالعه وارد نرم افزار SPSS ۱۰/۰/۱ شد و از این نرم افزار و نیز نرم افزار Statistica ۵/۵ جهت آنالیز داده ها استفاده شد. جهت اندازه گیری پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده گردید. جهت آنالیز داده‌ها از آزمونهای آماری Repeated Measure ANOVA، Analysis of Variance (ANOVA) Friedman ANOVA، Whitney - Mann، test-t، Scheffe Post hoc test همراه با معادل Nonparametric تست Tukey استفاده شد. خطای کمتر از ۰/۵۰ بعنوان خطای درجه اول انتخاب شد. نتایج توصیفی به صورت میانگین ر خطای انحراف از میانگین نمایش داده شده‌اند.

نتایج:

تعداد کل بیماران مورد مصاحبه ۴۳۵ نفر بود. ۴۶/۴ درصد زن و ۵۳/۶ درصد مرد بودند. متوسط سن بیماران ۳۷/۲۷ سال بود. حداقل سن بیماران کمتر از یکسال و حداکثر ۹۶ سال بود. بیشترین گروه سنی پاسخ دهندگان در گروه سنی ۱۹-۷ سال قرار دارند و پس از آن گروه سنی ۲۹-۲۰ سال بیشتری تعداد پاسخ دهندگان را در بر می گیرد. ضریب پایایی پرسشنامه (ضریب آلفای کرونباخ) برابر ۰/۹۹ بود.

میزان رضایت بیماران از کل بیمارستان برابر ۰/۲۰ / ۳/۸۷

جدول ۲: میانگین رضایت بیماران از سؤالاتی که در پرسشنامه رضایت سنجی بیماران در سال

۱۳۷۴-۷۵ میانگین رضایت کمتر از ۳/۵ داشتند.

رضایت از	میانگین	خطای انحراف	حداقل	حداکثر	درصد رضایت
وضعیت و تعداد سندلیهای موجود در بیمارستان	۳/۲	۰/۰۷	۱	۵	۵۵/۲٪
امکانات موجود جهت پارک اتومبیل	۳/۳۹	۰/۱۳	۱	۵	۶۳/۸٪
مقدار پول پرداخت شده به بیمارستان	۳/۴۲	۰/۰۷	۱	۵	۵۹٪
اندازه لباس بیمارستان	۳/۴۲	۰/۰۶	۱	۵	۶۳/۵٪
مدل لباس بیمارستان	۳/۴۴	۰/۰۶	۱	۵	۶۰/۷٪
مقدار مواد شوینده در سرویسهای بهداشتی (مثل حمام، دستشویی)	۳/۴۷	۰/۰۷	۱	۵	۶۸/۱٪
وضعیت موجود سرویسهای بهداشتی (حمام، دستشویی، توالت)	۳/۴۹	۰/۰۶	۱	۵	۷۰/۷٪

عوامل نارضایتی بیماران به بررسی سه قسمت وضعیت ملاقات، تسهیلات و امکانات بخش، ترخیص و حسابداری می پردازیم.

الف- ترخیص و حسابداری:

میانگین رضایت بیماران از ۴ سوال

مطرح شده در این بخش در جدول ۲

دیده می شود که به طور معنی داری با

یکدیگر اختلاف دارند. با انجام

معادل غیر پارامتریک تست Tukey

مشخص میشود که میزان رضایت

بیماران از مقدار پول پرداخت شده به

بیمارستان و سرعت انجام مراحل

ترخیص بطور معنی داری کمتر از

سایر سوالات می باشد و لذا می توان

گفت بیشترین عامل نارضایتی در

قسمت ترخیص و حسابداری

سرعت کم انجام مراحل ترخیص و

میزان زیاد پول پرداخت شده به بیمارستان می باشد. همچنین در

انتقادهای بیماران از بیمارستان که بصورت پاسخ به سوالات باز

مطرح شده در پرسشنامه می باشد. دیده میشود که ۱۸ بیمار از

جدول ۳: میانگین رضایت بیماران از سؤالات وضعیت ملاقات.

سؤال	میانگین	خطای انحراف	حداقل	حداکثر	درصد رضایت
۱- از طول مدت ملاقات	۳/۷۵	۰/۰۰۵	۱	۵	۸۷/۷٪
۲- از ساعت اختصاص داده شده برای ملاقات	۳/۷۵	۰/۰۵	۱	۵	۷۹/۷٪
۳- از روزهای اختصاص داده شده برای ملاقات	۳/۹۵	۰/۰۴	۱	۵	۸۸٪
۴- از طرز برخورد نگهبانان با ملاقات کنندگان	۳/۱۵	۰/۰۷	۱	۵	۵۷/۴٪

است. حداقل آن ۲/۷۱ و حداکثر ۴/۹۴ است.

چنانچه بیمارانی را که میانگین پاسخ آنها به سوالات

پرسشنامه عدد ۴ و بالاتر بوده است بعنوان راضی محسوب کنیم

در آن صورت دیده میشود که تنها ۲۳ درصد

بیماران از خدمات بیمارستانی اظهار

رضایت دارند و ۷۷ درصد اظهار رضایت

نموده اند.

میزان رضایت بیماران از قسمتهای

مختلف بیمارستان در جدول یک دیده

میشود که به طور معنی داری با یکدیگر

اختلاف دارند. با انجام تست Post hoc

Scheffe مشخص می شود که میزان رضایت

بیماران از قسمتهای وضعیت ملاقات،

تسهیلات بخش، ترخیص و حسابداری به

طور معنی داری کمتر از سایر قسمتها می

باشد ($p < 0/05$) جهت مشخص شدن

بیمارستان / شماره ۵۷ / ۳۸

دکتر بهزاد ذوالفقاری و همکاران ...

بیماران خواستار تغییر زمان ملاقات از ۴-۲ بعد از ظهر به ۵-۳ بعد از ظهر) بودند هر چند که ۶ بیمار نیز از طولانی بودن زمان ملاقات شکایت نموده بودند.

ج- امکانات و تسهیلات بخش: میانگین رضایت بیماران از ۱۳ سوال مطرح شده در این بخش در جدول ۴ دیده می شود که بطور معنی داری با یکدیگر متفاوت است. با انجام معادل غیر پارامتریک قسمت Tukey مشخص می شود که میزان رضایت بیماران از سوالات کمک به شما در انجام امور شخصی، وضعیت و تعداد صندلیهای موجود در بخش، تمیزی محیط بخش، تعویض به موقع ملحفه پتو و بالش، رنگ و مدل لباس بیمارستان، اندازه لباس بیمارستان بطور معنی داری کمتر از سایر سوالات است. این عوامل در انتقادهای بیماران از وضعیت بیمارستان که در پاسخ به سوالات باز مطرح شده در پرسشنامه ابراز کرده اند دیده می شود. انتقادهای بیماران شامل عدم نظافت محیط بخش (۸۲ مورد شکایت از وجود سوسک، ۸ مورد شکایت از نظافت بدبخش)، عدم کمک پرستاران به بیمار در انجام امور شخصی (۱۸ مورد شکایت از انجام کارها توسط همراه بیمار بجای پرسنل بخش، ۹ مورد شکایت از مرتب کردن ملحفه تخت ها توسط همراه بیمار بجای پرسنل بخش)، وضعیت نامناسب و تعداد کم صندلیهای موجود در بخش (۹ مورد شکایت از وضعیت صندلیهای بیمارستان)، تعویض به موقع ملحفه، پتو و بالش (۲۴ مورد شکایت از کمبود ملحفه، ۱۰ مورد شکایت از کمبود بالش و پتو، ۵ مورد شکایت از کهنه بودن ملحفه ها)، رنگ، مدل و اندازه لباس بیمارستان (۱۱ مورد شکایت از رنگ و مدل لباس بیمارستان، ۱۷ مورد شکایت از اندازه لباس بیمارستان که بیمار مجبور به پوشیدن بوده است، ۵ مورد شکایت از کهنه بودن لباسهای بیمارستان، ۸ مورد شکایت از کمبود لباس جهت پوشیدن در بیمارستان) بوده است.

درمیان سوالات پرسشنامه، تنها میانگین رضایت از یکی دیگر از سوالات (خارج از

طولانی بودن مراحل ترخیص و حدود ۱۵ بیمار از زیاد بودن هزینه های بیمارستان شکایت نموده بودند. هیچ انتقاد دیگری در زمینه حسابداری و ترخیص که حداقل ۵ بیمار از آن شکایت نموده باشند وجود نداشت.

ب- وضعیت ملاقات: میانگین رضایت بیماران از ۴ سوال مطرح شده در این بخش در جدول ۳ دیده میشود که بطور معنی داری با یکدیگر متفاوت است. با انجام معادل غیر پارامتریک تست Tukey مشخص میشود که میزان رضایت بیماران از طرز برخورد نگهبانان با ملاقات کنندگان بطور معنی داری کمتر از سایر سوالات است. لذا در این قسمت طرز برخورد نگهبانان با ملاقات کنندگان عامل بیشترین نارضایتی می باشد. در انتقادهای بیماران از بیمارستان که به صورت پاسخ به سوالات باز مطرح شده در پرسشنامه می باشد جدا از انتقاد از برخورد نگهبانان که ۱۷ بیمار از آن شاکی بودند، ۱۹ بیمار خواستار افزایش روزهای ملاقات و ۱۴ بیمار نیز خواستار اصلاح زمان ملاقات (اکثراً

جدول ۴: میانگین رضایت بیماران از سوالات قسمت امکانات و تسهیلات بخش

میانگین رضایت	خطای انحراف	حداقل	حداکثر	درصد رضایت
۳/۴۶	۰/۰۶	۱	۵	۶۷/۵٪
۳/۵۴	۰/۰۶	۱	۵	۶۹/۷٪
۳/۷۸	۰/۰۵	۱	۵	۸۰/۹٪
۳/۲۹	۰/۰۶	۱	۵	۶۱/۸٪
۳/۶۲	۰/۰۵	۱	۵	۷۶٪
۳/۰۹	۰/۰۵	۱	۵	۸۵/۴٪
۳/۱۴	۰/۰۸	۱	۵	۵۵/۳٪
۳/۳۹	۰/۰۶	۱	۵	۶۵/۴٪
۴/۰۲	۰/۰۴	۱	۵	۹۲/۳٪
۳/۳۵	۰/۰۵	۱	۵	۶۳/۶٪
۳/۳۲	۰/۰۶	۱	۵	۶۳/۴٪
۴/۰۶	۰/۰۳	۱	۵	۹۲/۹٪
۳/۹۳	۰/۰۵	۱	۵	۸۶/۷٪

بازرسی
۳۹
تابستان ۱۴۰۱ / شماره ۵۷

ولی پرسشنامه های کمی در کل میزان رضایت بیشتری نشان میدهند. دو دلیل برای این نقش پرسشنامه های کمی میتوان ارائه داد:

الف: همانطور که تحقیقات Dunt, Locker, Calnan, Fitzpatrick, Hopkins نشان میدهد مردم بیشتر تمایل دارند که اظهار نارضایتی خود را در قالب پرسشنامه های کیفی ارائه دهند تا اینکه آنها را در قالب (Scale) هایی مثل (کاملاً ناراضی ام، ناراضی ام، نظری ندارم، راضی ام، کاملاً راضی ام) بیان دارند (۹).

ب: هنگامی که در پاسخ به سوالی بیمار اظهار رضایت می نماید این در واقع می تواند نشانگر سه وضع زیر باشد: من این جنبه از خدمات را ارزشیابی نمودم و کاملاً موافق با خواسته هایم می باشم، یا واقعا فکر نمیکنم که من توانایی ارزشیابی خدمات را داشته باشم ولی اطمینان کامل به کادر پزشکی دارم، یا اینکه سیستم ارائه خدمات بهداشتی انتظارات مرا برآورده نکرد ولی من تمایل ندارم که از کار آنها انتقاد کنم زیرا به نظر من آنها تلاش خود را نمودند و همانطور که دیده میشود این سه مفهوم یکسان نیستند و هر یک بیانگر سطحی از رضایت میباشند.

ثانیا: مفهوم مشتری محور که پرسشنامه های رضایت سنجی بیمار را بر اساس این تئوری طراحی میشود سه واقعیت اساسی را با خود به همراه دارد. وجود عقاید و نظراتی در مشتری؛ مشتری معتقد باشد که ارزش قانونی برای نظرات وی وجود دارد، مشتری تمایل داشته باشد که عقاید و نظرات خود را ابراز کند (۲۱، ۹). لذا فرهنگ جامعه ای که مشتری در آن زندگی میکند، اگر به گونه ای باشد که هر یک از این سه واقعیت را به چالش بکشاند میزان رضایت ابراز شده توسط مشتری بیانگر میزان رضایت واقعی وی نخواهد بود. لذا میبایست بیمار را مورد مصاحبه طرح از حقوق و امتیازات خود آگاه شده و از نقش غیر فعالی که قبلا داشته اند خارج شده باشند (۹).

یکی از مواردی که در بیمارستانهای آموزشی بعنوان علت نارضایتی بیمار مطرح میشود وجود دانشجو است ولی بنظر میرسد که در این مطالعه وجود دانشجو بعنوان یک عامل اصلی نقش چندانی در میزان رضایت بیمار نداشته باشد. در پاسخ به پرسشهای باز مطرح شده در پرسشنامه، تنها ۲ نفر از

سوالات قسمتهای ترخیص و حسابداری، امکانات و تسهیلات بخش و وضعیت ملاقات (کمتر از ۳/۵ بوده است. آن سوال تطعم و مزه غذای بیمارستان می باشد که میانگین رضایت بیماران از آن ۰/۰۶ ر ۳/۳۵ بوده است.

عواملی مثل داشتن سفارش و توصیه فردی جهت بستری و مراقبت از بیمار در بیمارستان، پرداخت مبالغی خارج از سیستم حسابداری توسط بیمار، مراجعه قبلی به بیمارستان، مواجه شدن با کمبود تخت خالی در هنگام پذیرش، بیمه بودن بیمار، نوع بیمه بیمار، استفاده بیمار از خدمات مددکاری در میزان رضایت بیماران از بیمارستان تأثیری نداشته است ($P > 0/05$).

نکته جالب توجه دیگر آنکه ۳۰ عدد از پرسشنامه های جمع آوری شده از بیماران بستری در اورژانس پس از راه اندازی اورژانس جدید بیمارستان تهیه گردید و حال آنکه ۱۷ عدد از پرسشنامه ها از بیماران بستری در اورژانس قبل از راه اندازی اورژانس جدید پر شده بود. مقایسه ای که بین میزان رضایت این دو گروه از بیماران بعمل آمد نشان داد که میانگین رضایت بیماران اورژانس جدید ۰/۰۷ و ۳/۵۱ و میانگین رضایت بیماران اورژانس قدیم ۰/۰۵ ر ۳/۷۷ بوده است و این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار است ($P < 0/001$). بعبارت دیگر بیماران اورژانس جدید کمی ناراضی تر از اورژانس قدیم میباشند.

بحث و نتیجه گیری:

میزان رضایت بیماران از بیمارستان ۳/۷۸ از ۵ است با توجه به آنکه عدد ۳ در مقیاس مورد استفاده معادل نظری ندارم و عدد ۴ معادل راضی ام می باشد لذا می توان گفت که رضایت بیماران تنها کمی از متوسط بیشتر است. بعبارت دیگر در کل بیماران به مقدار کمی راضی می باشند. نکته مهم آنست که هر چند همین مقدار رضایت به نوبه خود برای یک بیمارستان کافی نیست و نشاندهنده کیفیت پایین ارائه خدمات در آن بیمارستان میباشد ولی واقعیت آنست که میزان رضایت واقعی بیماران به مراتب پایینتر از مقدار ذکر شده است. زیرا که:

اولاً هر چند پرسشنامه های کمی یا بسته پاسخ، بدلیل کمی کردن داده ها و امکان انجام مطالعات آماری بر روی آنها ارزش بیشتری نسبت به پرسشنامه های کیفی یا باز - پاسخ دارند

سوال کیفیت غذا مشابه امتیاز سوالات سه حیظه دیگر بود. بعلاوه انتقادهای مطرح شده در زمینه سایر حیظه ها هر چند ممکن است مشکل تعداد زیادی بیمار نباشد ولی به نوبه خود جالب و حائز اهمیت باشد. در این مطالعه می توان از پیشنهاد جمع آوری نانهای اضافی از بخش نصب سایبان در درب ورودی بیمارستان، وجود میوه فروشی در بیمارستان، و ... نام برد.

نکته دیگر مقایسه وضعیت فعلی بیمارستان با وضعیت ۴ سال قبل می باشد. چنانچه به مقایسه میزان رضایت بیماران از بیمارستان در سال ۱۳۷۵-۱۳۷۴ (۲۰) در مقایسه با سال ۱۳۷۹ پیردازیم مشاهده میشود که میزان رضایت بیماران در سال ۱۳۷۹ به طور معنی داری کمتر از سال ۱۳۷۵-۱۳۷۴ است. در سال ۱۳۷۹ میانگین رضایت بیماران ۰/۲۰۸ است و حال آنکه در سال ۱۳۷۴-۷۵ میانگین رضایت بیماران

۰/۳۰۴ بوده است. از طرف دیگر چنانچه بیمارانی که میانگین رضایت آنها بالاتر از ۴ بوده است را راضی محسوب کنیم خواهیم دید که در سال ۷۴-۷۵، ۴۳/۶ درصد بیماران از بیمارستان راضی بوده اند و حال آنکه این رقم در سال ۷۹ به ۲۳ درصد کاهش یافته است که این اختلاف معنی دار است ($P < 0/01$). نکته جالب آنست که دو جمعیت از لحاظ سن و جنس توزیع یکسانی داشته و اختلاف معنی داری نداشته اند ولی از نظر تحصیلات جمعیت سال ۷۹ سطح سواد بیشتری داشته اند. چنانچه اثر سطح تحصیلات بر میزان رضایت را همزمان با مقایسه دو وضعیت بیمارستان بررسی کنیم متوجه خواهیم شد که سطح تحصیلات تأثیری بر میزان رضایت ندارد و لذا اختلاف دو نمونه در سطح تحصیلات تأثیری بر تفاوت رضایت در دو وضعیت بیمارستان نخواهد داشت. این نتایج نشان میدهد که میزان رضایت بیماران از بیمارستان کمتر شده است و این اختلاف ناشی از تغییر خصوصیات دموگرافیک بیماران بستری در بیمارستان نمی باشد. این نکته را می توان ناشی از آن دانست که مسئولین بیمارستان هیچ اقدامی جهت رفع مشکلات با توجه به پرسشنامه سال ۷۵-۱۳۷۴ و نتایج ناشی از آن انجام ندادند. شاهد این مدعی آنکه از ۷ سوال باعث بیشترین نارضایتی در سال ۷۵-۱۳۷۴، ۴ سوال هنوز به عنوان

بیماران از تعداد زیاد دانشجویان شاکی بودند بعلاوه همانگونه که Simon و همکاران نشان داده اند وجود آموزش دانشجویان پزشکی در بیمارستان تأثیری بر میزان رضایتمندی بیماران ندارد (۲۲).

روندی که در این مطالعه جهت بررسی علل نارضایتی بیماران بکار رفته است با کارهای دیگران از جمله Burroughs و همکاران تطابقی دارد (۲۳). براساس این روش پس از بررسی میزان کل رضایت بیماران، حیظه های نارضایتی مشخص میشود (در این مطالعه حیظه های نارضایتی شامل ترخیص و حسابداری، ملاقات و امکانات و تسهیلات بخش بود). تفاوت بین مطالعه ما و روش آقای Burroughs آن است که وی معتقد می باشد که پس از مشخص شدن حیظه های نارضایتی می بایست با استفاده از سوالات باز مرتبط با حیظه، به بررسی علل نارضایتی پرداخت. در این مطالعه علاوه بر این اقدام، به بررسی سوالات هر حیظه در پرسشنامه بسته پاسخ نیز پرداختیم و به مقایسه نتایج حاصل از این دو روش پرداختیم. نتایج نشان داد که هر چند این دو تا حدود زیادی یکدیگر را تقویت می کنند ولی کاملاً مشابه یکدیگر نیستند زیرا اولاً پرسشهای باز نکاتی را مطرح کرد که در پرسشهای بسته به صراحت مطرح نشده است (مانند وجود سوسک) و از طرف دیگر پرسشهای باز نکات بسیار زیادی را مطرح می کند که مدیر یک بیمارستان را از انجام اقدامات قدم به قدم در جهت اصلاح حیظه مشخص شده باز داشته و وی را سردرگم و گیج می نماید. لذا بنا به نظر مجربان طرح می بایست جهت اصلاح قدم به قدم بیمارستان ابتدا به نتایج آنالیز پرسشنامه بسته به پاسخ توجه نمود و در کنار آن نتایج پرسشنامه باز پاسخ را مدنظر قرار داد.

تفاوت دیگر روش بکار رفته در این مطالعه با مطالعه آقای Burroughs آنست که ما هم به بررسی سایر سوالات پرسشنامه بسته پاسخ و هم باز پاسخ پرداختیم. علت آنکه در سوالات بسته پاسخ هر چند که یک حیظه ممکن است در کل حائز امتیاز بالاتری نسبت به حیظه های مشابه باشد ولی ممکن است سوالی در آن حیظه مطرح شده باشد که امتیاز کمی گرفته باشد و با توجه به پاسخ بیماران به سایر سوالات، آن حیظه امتیاز خوبی گرفته باشد. این مسئله در مورد حیظه غذا دیده شد که هر چند امتیاز این حیظه در برابر سه حیظه با کمترین امتیازات به نسبت بالا بود ولی امتیاز

مثل طول مدت زنده ماندن ۵ ساله بیماران که در آن مرکز تحت یک عمل جراحی خاص قرار می گیرند (۲۴ و ۸)، حساسیت و دقت تستهایی که در آن مرکز اجرا می شود و همچنین روشهای جدیدتر (QALYS) Years - Adjusted Lif - Quality نیز بهره گرفت (۲۴).

عامل بیشترین ناراضی می باشند که رفع برخی از آنها بنظر ساده و قابل انجام می باشد. (می توان اندازه لباس بیمارستان، مدل لباس بیمارستان و تعداد یا کیفیت صندلیهای موجود در بیمارستان را نام برد).

در نهایت مجریان طرح توجه مسئولین محترم بیمارستان را بدین نکته جلب می نمایند که در سنجش کیفیت ارائه خدمات در مراکز بهداشتی - درمانی نمی بایست تنها به پرسشنامه های رضایت سنجی بیماران اکتفا شود، بلکه باید از روشهای دیگری

References:

1- Casparic AF. Postoperative wound infections, a useful indicator of quality of care. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2000; 144 (10): 460-2.
 2- Franklin PD, Legault JP. Using data to evaluate hospital inpatient mortality. *J Nurs Care Qual*, 1999; Spec No: 55-66.
 3- Murphy ME, Noetscher CM. Reducing hospital inpatient lengths of stay. *J Nurs Care Qual*, 1999; Spec No: 40-54.
 4- Franklin PD, Noetscher CM, Murphy ME, Lagoe RJ. Using data to reduce hospital readmissions. *J Nus Care Qual*, 1999; Spec No: 67-85.
 5- Johannessen JQ, Larsen TK. [Relapse as quality indicator in psychiatric treatment]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2000; 120 (18): 2144-7.
 6- Brainin M, Bornstein N, Boysen G, Deinarin V. Acute neurological Stroke Care in Europe: results of the European stroke care Inventory. *Eur J Neurol*; 2000, 7(1): 5-10.
 ۷- لامعی الف، مدیریت کیفیت، کمیته کشوری ارتقای کیفیت - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، صفحات: ۲۹-۳۰
 8- Ware JE. What information do consumers want and how will they use it. *Med Care* 1995; 33 (1), Supplement.
 9- Williams B. Patient satisfaction: A valid concept: *Soc Sci Med* 1994; 38(4): 509-16.
 10- Weingarten SR, et. al. A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. *Am J Med* 1995; 99: 590-6.
 11- Bond S, Thomas LH. Measuring patients' satis-

faction with nursing care. *J Adv N* 1992; 17: 52-63.
 12- Geron SM, Smit K, Tennstedt S, Jette A, Chassler D, kasten L. The home care satisfaction measure: a client centered approach to assessing the satisfaction of frail older adults with home care services. *J Gerantol B Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55(5): s259-70.
 13- Rugger M, et. al. Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale European version. EPSILON study 7. *European Psychiatric Services: Inputs linked to Outcomes Domains and Needs. Br J Psychiatry Suppl* 2000; 39: s41-8.
 14- Loblaw DA, Bezjak A, Bunston T. Development and testing of a new visit - specific patient satisfaction questionnaire: The Princess Margaret Hospital Satisfaction with Doctor Questionnaire (PMH/PSQ-MD) . *J Clin Oncol*, 1999; 17(6): 1931-8.
 ۱۵- ذوالفقاری ب، کبیری پ، اویس قرن ش. شیوه تهیه پرسشنامه استاندارد و تعیین رضایت بیماران بستری در بیمارستانها، پژوهش در علوم پزشکی، ۱۳۷۷، ۱۳۶، ۴۲-۴۳
 ۱۶- صدقیانی ۱. ارزیابی مراقبتهای بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی. تهران، معین، علم و هنر. ۱۳۷۶:
 ۱۷- گمنامی ن. بررسی میزان رضایت بیماران بستری از کلیه خدمات ارائه شده در بخشهای جراحی بیمارستان قائم و امام رضا (ع). در: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان. اولین همایش ملی پژوهش در شبکه های بهداشتی درمانی، ۱۳۷۶ مشهد، ایران: ۳-۲۰۲
 ۱۸- ابو الحسنی ف، دلشاد ح، خوش شمیم ه. قاسم خانی م. شیوه ارزیابی رضایت مراجعین از اورژانس بیمارستان شهید مباحث کاشانی همدان. در: معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی

ط
ب
و
ر
گ
ر
۴۲
تابستان ۱۴ / شماره ۵۷

دکتر بهزاد ذوالفقاری و همکاران ...

21- Carr - Hill Ra. The measurement of Patient Satisfaction. J Pub Health Med 1992; 14 (3): 236-249.

22- Simon SR, Peters AS, Christiansen CL, Fletcher, RH. The effect of medical student teaching on patient satisfaction in a managed care setting. J Gen Intern Med, 2000; 15 (7): 457-61.

23- Burroughs TE, Cira JC, Chartoek P, Davies AR, Dunagan WC. Using root Cause analysis to address patient satisfaction and other improvement opportunities. JT Comm J pQual Improv, 2000; 26 (8): 439-49

24- Yin D, Forman HP, longlotz CP. Evaluating health services: the importance of patient's preference and quality of life. AJR AM J Roentgenol 1995; 165 (6): 1323-28

و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. سمینار بهینه سازی خدمات درمانی در بیمارستانها. ۲۲ تا ۲۴ اسفندماه ۱۳۷۵، تهران، ایران: ۴۴-۵

۱۹- زمانی م. صیادجو س، محفوظ پور س، بابایی. مقایسه میزان رضایت بیماران بستری در بخشهای جراحی بیمارستانها. در: معاونت درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. سمینار بهینه سازی خدمات درمانی در بیمارستانها، ۲۲ تا ۲۴ اسفندماه. ۱۳۷۵. تهران. ایران. ۴۴۸

۲۰- ذوالفقاری ب، کبیری پ، اویس قرن ش. بررسی میزان رضایت بیماران بستری در بیمارستانهای آموزشی اصفهان. ۱۳۷۵. منتشر نشده است.