

نقش مدیریت مشارکتی در بهبود زمان انتظار، زمان مشاوره و رضایتمندی بیماران سرپایی
بیمارستان رازی قزوین (۱۳۸۱)

علی محمد مصدق‌راد^۱

Title: *The role of participative management in outpatients' waiting time, visit time and satisfaction at Razi hospital, Qazvin, Iran (2002).*

Authors: *Mosadegh Rad AM, (MSc).*

Introduction: *Patient waiting time, visit time and satisfaction are the most important indexes of hospital services effectiveness. This research is performed with the aim of improving the outpatient's waiting time, visit time and satisfaction of services in outpatient department of the hospital using quality circles (participative management).*

Methods: *This descriptive and interventional research was accomplished from Feb 20, to June 21, 2001 in outpatient department of Razi hospital, Qazvin, Iran. In the beginning, 1336 patients who were admitted in outpatient department were enrolled to the study. The data was collected by a questionnaire designed to indicate patient's waiting time, visit time and satisfaction. After determining the above indexes and applying the quality assurance and promotion interventions, in the end of this research, 1270 outpatients via the same questionnaire were studied for determining the efficiency of research.*

Results: *The average of outpatient's waiting time and visit time for received services and their satisfaction improved from 162.18 minutes and 4.34 minutes and 3.37 of 5 credit (weak scale), to 128.43 minutes, 5.06 minutes and 3.84 of 5 credit (medium scale), respectively.*

Conclusion: *Based on the results, applying the total quality management and participative management can improve the hospital effectiveness and efficiency and patients' satisfaction.*

Keywords: *Waiting time, visit time, satisfaction, outpatient department.*

۱- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده:

مقدمه: زمان انتظار بیمار برای دریافت خدمات سرپایی و زمان مشاوره (زمان ویزیت) پزشک برای ارائه خدمات و میزان رضایتمندی بیماران سرپایی از خدمات ارائه شده از مهمترین شاخص‌های اثربخشی خدمات بیمارستانی محسوب می‌شود. عدم توجه به این شاخص‌ها منجر به نقص ارائه خدمات و اعمال فشارهای جسمی و روانی بر بیماران و متعاقب آن، عدم رضایت آنها می‌گردد. این پژوهش توصیفی، موردی، مداخله‌ای، پیمایشی و کاربردی به منظور ارتقای میانگین زمان انتظار بیماران سرپایی برای دریافت خدمات سرپایی، زمان مشاوره (زمان ویزیت) پزشک برای ارائه خدمات و میزان رضایتمندی آنها از خدمات ارائه شده در بخش سرپایی بیمارستان رازی قزوین (وابسته به سازمان تأمین اجتماعی) صورت گرفت.

روش کار: در دو هفته اول اسفند سال ۱۳۸۰ در بخش سرپایی بیمارستان مذکور، ۱۳۳۶ نفر از افرادی که به دلایل مختلف نیاز به خدمات سرپایی داشته‌اند و به این بخش مراجعه کرده بودند به صورت تصادفی منظم از طریق پرسشنامه برای تعیین زمان انتظار، زمان مشاوره و رضایتمندی مورد بررسی قرار گرفتند. پس از تعیین وضعیت موجود و انجام مداخلات ارتقای کیفیت در دو هفته آخر خرداد سال ۱۳۸۱، به صورت تصادفی منظم ۱۲۷۰ نفر از مراجعه کنندگان به بخش سرپایی با همان پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند تا میزان ارتقای صورت گرفته مشخص گردد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد پردازش قرار گرفت. یافته‌ها: میانگین زمان انتظار بیمار برای دریافت خدمات سرپایی، زمان مشاوره پزشک و رضایتمندی بیماران از خدمات بیمارستانی به ترتیب از ۱۶۲/۱۸ دقیقه، ۴/۳۴ دقیقه و ۳/۳۷ از ۵ امتیاز (درجه ضعیف رضایتمندی) به ۱۲۸/۴۳ دقیقه، ۵/۰۶ دقیقه و ۳/۸۴ از ۵ امتیاز (درجه متوسط رضایتمندی) ارتقاء یافته است.

نتیجه گیری: با بکارگیری فنون مدیریت مشارکتی به ویژه گروه‌های بهبود کیفیت می‌توان ارتقای خدمات بیمارستانی و در نتیجه افزایش رضایتمندی بیماران از خدمات ارائه شده را تضمین نمود.

کل واژگان: زمان انتظار، زمان مشاوره (زمان ویزیت)، رضایتمندی بیماران، بخش سرپایی.**مقدمه:**

مورد بررسی قرار گرفت. ۲۸/۸ درصد طرز برخورد کارکنان، ۱۷/۸ درصد مهارت‌های تخصصی، ۱۶/۲ درصد انتظارات بیماران، ۱۰ درصد زمان انتظار و ۷/۸ درصد ارتباطات علل اصلی شکایات بیماران را تشکیل داده بود (۵).

نتایج یک پژوهش دیگر در انگلستان حاکی از این واقعیت بود که متخصصان در درمانگاه‌های تخصصی به طور میانگین ۳۷ دقیقه برای بیماران جدید و ۲۹ دقیقه برای بیماران که برای پیگیری معالجات خود مراجعه کرده بودند وقت صرف می‌کنند. متخصصان در درمانگاه‌های عمومی ۲۳ دقیقه برای بیماران جدید وقت صرف می‌نمایند. این زمان شامل مرور نتایج آزمایشگاهی، نوشتن نسخه و دادن دستورات پزشکی نمی‌شود (۸ و ۲).

به استناد نتایج پژوهش دیگر، بیماران در صورتیکه در وقت تعیین شده قبلی در بخش سرپایی بیمارستان حاضر شوند، حداکثر ۳۷ دقیقه و زمانی که با تأخیر به بخش سرپایی مراجعه کنند، حداکثر ۶۳ دقیقه زمان انتظار را برای دریافت خدمات

زمان انتظار طولانی برای دریافت خدمات سرپایی یکی از مشکلات متداول بیمارستان‌ها می‌باشد که منجر به عدم رضایت بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده می‌گردد. زمان انتظار بیمار در درمانگاه‌های سرپایی اغلب دلیل اصلی نارضایتی بیماران از خدمات ارائه شده عنوان گردیده است (۱). زمان انتظار بیانگر میزان دسترسی به خدمات بیمارستانی است و به عنوان یکی از شاخص‌های عملکرد بیمارستان قابل اندازه‌گیری است (۲). زمان انتظار طولانی در بخش سرپایی مانع از ارائه خدمات مطلوب، اتلاف وقت بیماران و عدم رضایت آنها می‌گردد (۷-۳). بنابراین، رضایت بیمار از زمان انتظار نقش بسزایی در فرایند تضمین کیفیت و مدیریت کیفیت ایفا می‌کند.

در پژوهشی که در سنگاپور به منظور تعیین علل نارضایتی بیماران و رفع آنها صورت گرفت، کل شکایاتی که به اداره خدمات بهداشت خانواده بین ژانویه ۱۹۹۴ تا دسامبر ۱۹۹۵ ارائه شده بود

رضایت‌آمیز می‌دانند (۹).

کمک نماید (۱۵).

بیماران ممکن است مدت زمان زیادی را برای دریافت خدمات مورد نیاز خود در مراکز بهداشتی و درمانی و بخش‌های سرپایی به خاطر سازماندهی ضعیف صرف نمایند. با توجه به اینکه کمبود منابع بیمارستانی اعم از نیروی انسانی، لوازم و تجهیزات گرانبه، افزایش آرایه خدمات بهداشتی و درمانی را با محدودیت مواجهه می‌سازد، لذا مهمترین راه برای افزایش کارایی، بکارگیری صحیح و منطقی منابع موجود می‌باشد و انجام این خواسته بجز از طریق اعمال مدیریت صحیح و ارزیابی منطقی بازده حاصله امکان‌پذیر نخواهد بود. توسعه مدیریت و بهره‌گیری از فنون مدیریتی می‌تواند به پوشش بهتر و دسترسی آسانتر به خدمات بهداشتی و درمانی برای جامعه تحت پوشش کمک نماید. کمبود منابع مالی و انسانی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی به طور اعم و در بیمارستان‌ها به طور اخص مدیران را مجبور می‌سازد که خلاقیت‌هایی را در زمینه برآورده سازی تقاضاهای فزاینده مشتریان خدمات بهداشتی و درمانی بکار گیرند (۱۷).

مفاهیم مدیریت کیفیت فراگیر که چند دهه است توسعه یافته و هر سال نیز با اصلاحاتی جدید و با عنوانی جدید آرایه می‌گردد، خلاقیت‌هایی را در جهت تلاش مداوم به سمت توسعه و بهبود عملکرد سازمانی آرایه می‌دهد. بکارگیری روش علمی، کنترل آماری کیفیت، برنامه ریزی استراتژیک، حل گروهی مسأله و مدیریت مشارکتی موجب تقویت مدیریت کیفیت فراگیر خواهد شد (۲۰-۱۸). موفقیت مدیریت کیفیت فراگیر الگوی مدیریتی از سبک اقتدارطلبی محض، به سمت مدیریت مشارکتی صحیح، قابل حصول خواهد بود. هر قدر سبک مدیریت به سمت مشارکت آزاد کارکنان پیش رود، موفقیت بیشتری از بکارگیری مدیریت کیفیت فراگیر حاصل خواهد شد. مدیریت کیفیت فراگیر در بهداشت و درمان منجر به بهبود و توسعه دانش مدیریت و رهبری می‌گردد. مدیریت کیفیت فراگیر برای اثربخشی به مدیریت مشارکتی نیاز دارد (۲۱ و ۲۲).

مدیریت مشارکتی عبارتست از بوجود آوردن فضا و نظامی توسط مدیریت که تمام کارکنان، مشتریان و پیمانکاران سازمان در روند تصمیم‌گیری و حل مسایل و مشکلات سازمان با مدیریت همکاری و مشارکت کنند. مدیریت مشارکتی به عنوان مکانیسمی مناسب و مشتری‌گرا به شکل‌های گوناگون در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفت و نتایج جالب توجهی را به همراه داشته است.

پژوهشی که در بخش سرپایی یک بیمارستان دانشگاهی در ریاض عربستان به منظور تعیین فعالیت‌های مراجعه‌کنندگان در طول زمان انتظار و امکان بهره‌گیری از برنامه‌های آموزشی انجام شده است، میانگین زمان انتظار بیماران را برای دریافت خدمات سرپایی ۱۴۸ دقیقه با انحراف معیار ۱۱ دقیقه بدست آورده است (۱۰).

در پژوهشی که بر روی بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه گاستروانترولوژی در انگلستان صورت گرفت، مشاهده شد که علی‌رغم تأکید منشور حقوق بیمار انگلیس در زمینه رعایت حداکثر زمان انتظار بیمار برای دریافت خدمات سرپایی (۳۰ دقیقه)، بیماران مشکوک به سرطان در این درمانگاه در لیست انتظار ۲ ماهه برای ویزیت پزشک قرار داشتند که منجر به نارضایتی آنها شده بود (۱۱).

مدیران بیمارستان‌ها نیروی انسانی، تجهیزات، زمان و پول زیادی را صرف اداره سازمان‌های تحت پوشش خود می‌نمایند که ممکن است به دلیل برنامه‌ریزی و سازماندهی نامناسب به هدر رود و میزان اثربخشی و کارایی لازم را در بر نداشته باشد (۱۲). بررسی فلچارت فرایند مراقبت از بیمار و تحلیل آن می‌تواند منجر به شناسایی کاستی‌های موجود در آرایه خدمات بیمارستانی گردد. این تکنیک می‌تواند بار کاری واحدهای مختلف را در زمان‌های مختلف، تنگناهای موجود بر سر راه آرایه خدمات به بیماران را مشخص نماید. تحلیل فلچارت مراقبت از بیمار به منظور تحلیل سیرکولاسیون بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی بکار می‌رود که ساده بوده، به سرعت انجام می‌شود، هزینه - اثر بخش بوده و به راحتی قابل یادگیری است (۱۳ و ۱۴).

تحلیل فلچارت فرایند مراقبت از بیمار یک تکنیک عملی است که به شناسایی علل بیشترین نارضایتی بیمار در زمینه کیفیت خدمات آرایه شده - زمان انتظار - کمک می‌کند. این تکنیک به مدیران و کارکنان بخش سرپایی کمک می‌کند تا اطلاعاتی در زمینه زمان انتظار بیمار، زمانی که در تماس با آرایه‌کنندگان خدمات صرف می‌شود، تنگناهای موجود بر سر راه آرایه خدمات و الگوهای استفاده بهینه از منابع انسانی دریافت نمایند (۱۵). این تکنیک به منظور بررسی راه‌های کاهش زمان انتظار بیماران برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی و افزایش اثربخشی و کارایی این خدمات بکار می‌رود (۱۰ و ۱۶). این روش می‌تواند به شناسایی خلاءها و کاستی‌های موجود در توزیع و استفاده بهینه از نیروی انسانی، زمان و مهارت‌های تخصصی

خدمات در بخش سرپایی بیمارستان بود. پاسخ سؤال‌ها در مقیاس لیکرت (عالی، خوب، متوسط، بد و خیلی بد) گروه‌بندی شده بود. روایی پرسشنامه با مشاوره متخصصین و اساتید مربوطه تأیید و اعتبار آن در حجم نمونه پایلوت اولیه به تعداد ۱۰۰ نفر کنترل شده بود. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای کل پرسشنامه تعیین شد. تکمیل بخش اول پرسشنامه‌ها توسط دانشجویان و خود پژوهشگر خارج از کادر درمانی بیمارستان صورت گرفته است. بخش دوم پرسشنامه توسط خود بیمار تکمیل شد. در مواردی که بیمار به علت سن پایین یا حال عمومی نامناسب قادر به پاسخ‌گویی نبود، همراهان وی مورد پرسش قرار گرفتند.

پس از تحلیل اطلاعات و تعیین کاستی‌های موجود برسر راه ارایه مطلوب خدمات، گروه بهبود کیفیت به منظور رفع نواقص موجود و ارتقای فرایند مذکور تشکیل شد. پیشنهادات اصلاحی گروه پس از تصویب به اجرا درآمد. علاوه بر این، صندوق‌های پیشنهاد برای پیشنهاد گیری از کارکنان، بیماران و همراهان آنها برای رفع مشکلات موجود در بخشهای مختلف بیمارستان نصب گردید. برخی از این پیشنهادات عبارت بودند از: حضور مرتب پزشکان رأس ساعت ۹ صبح در بخش سرپایی، تعیین دقیق ساعت حضور پزشکان توسط خود آنها به منظور تنظیم جدول نوبت‌دهی بیماران، انتقال ساعت پذیرش بیماران از ساعت ۶ صبح به ساعت ۷ صبح، آموزش منشی‌های بخش در زمینه نحوه برخورد با بیماران، فراهم نمودن امکانات رفاهی و آموزشی برای بیماران، در نظر گرفتن فضای انتظار کافی برای بیماران و ... این پیشنهادات پس از بررسی در گروه بهبود کیفیت (کمیته راهبری)، در صورت تصویب به اجرا درآمد.

در پایان مطالعه، در دو هفته آخر خرداد، به صورت تصادفی منظم ۱۲۷۰ نفر از مراجعه کنندگان به بخش سرپایی با همان پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند تا میزان نتیجه طرح پژوهشی تعیین گردد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد پردازش قرار گرفت. در داده‌های کمی از محاسبه میانگین و انحراف معیار و در داده‌های کیفی از محاسبه فراوانی مطلق و نسبی استفاده شده است. برای بررسی عوامل مؤثر بر رضایت بیمار از آزمون کای دو و برای تعیین معنادار بودن ارتباط بین متغیرها از آزمون‌های t-test مستقل، پی‌رسون و اسپیرمن با فرض خطای آلفا معادل ۵ درصد استفاده شد.

یافته‌ها:

در این مطالعه در شروع مطالعه ۱۳۳۶ نفر و در پایان مطالعه ۱۲۷۰ نفر بیمار سرپایی مورد بررسی قرار گرفتند (جدول ۱).

یکی از مفیدترین شیوه‌های اجرایی مدیریت مشارکتی، گروه‌های بهبود کیفیت می‌باشد. گروه بهبود کیفیت گروه کوچکی از کارکنان سازمان است که ماهیت کار مشابه دارند و برای حل مشکلات و یا بهبود فرایند کاری در راستای اهداف و فعالیت‌های کنترل و بهبود کیفیت سازمان به صورت داوطلب با انگیزه درونی و بدون هیچگونه نظارت خارجی و از طریق تشکیل جلسات منظم و حضوری گردهم می‌آیند و کنترل وظایف و عملکرد را با استفاده از چرخه دمینگ (برنامه، اجرا، بررسی و اقدام) به عهده دارند.

روش کار:

بیمارستان ذکریای رازی قزوین یک مرکز درمانی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی است. با توجه به اینکه بیمارستان مذکور تنها بیمارستان وابسته به سازمان تأمین اجتماعی در شهر قزوین است و این شهر نیز صنعتی محسوب می‌شود، بنابراین جمعیت قابل توجهی را در مناطق شهری، نیمه شهری و روستایی تحت پوشش خود قرار می‌دهد. بخش سرپایی این بیمارستان دارای درمانگاه‌های داخلی، جراحی، زنان و زایمان، کودکان، چشم، گوش، حلق و بینی، دندانپزشکی، قلب و عروق، کلیه، اعصاب، پوست و اورتوپدی می‌باشد.

این پژوهش توصیفی، موردی، مداخله‌ای، پیمایشی و کاربردی به منظور ارتقای میانگین زمان انتظار بیماران سرپایی برای دریافت خدمات سرپایی، زمان مشاوره (زمان ویزیت) پزشک برای ارایه خدمات و میزان رضایتمندی آنها از خدمات ارایه شده از اوایل اسفند سال ۱۳۸۰ تا اواخر خرداد سال ۱۳۸۱ در بخش سرپایی بیمارستان رازی قزوین صورت گرفت. در دو هفته اول اسفند سال ۱۳۸۰ در بخش سرپایی بیمارستان مذکور، ۱۳۳۶ نفر از افرادی که به دلایل مختلف نیاز به خدمات سرپایی داشته‌اند و به این بخش مراجعه کرده بودند به صورت تصادفی منظم (یک نفر از هر پنج نفر بیمار مراجعه کننده به بخش سرپایی) از طریق پرسشنامه برای تعیین زمان انتظار، زمان مشاوره و رضایتمندی مورد بررسی قرار گرفتند.

پرسشنامه مذکور از دو بخش تشکیل شده است: بخش اول پرسشنامه حاوی سؤالهایی درباره جنس، سن، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، وضعیت بیمه، دفعات مراجعه به بخش سرپایی بیمارستان، علت مراجعه به این بیمارستان، ساعت ورود به بخش سرپایی، ساعت پذیرش و اخذ نوبت، ساعت ورود به اتاق پزشک و ساعت خروج از اتاق پزشک درمانگاه بود. بخش دوم پرسشنامه حاوی ۱۶ سؤال بسته مربوط به میزان رضایت بیمار از نحوه ارایه

مطالعه، حداقل، متوسط و حداکثر زمان انتظار بیمار برای دریافت خدمات سرپایی به ترتیب ۳، ۱۶۲/۱۸ و ۴۲۵ دقیقه، حداقل، متوسط و حداکثر زمان ویزیت پزشک برای هر بیمار سرپایی به ترتیب ۱، ۴/۳۴ و ۲۵ دقیقه و میانگین رضایتمندی بیماران از خدمات سرپایی بیمارستان ۳/۳۷ از ۵ امتیاز (درجه ضعیف رضایتمندی) بود (جدول ۲).

از لحاظ آزمون آماری کای دو بین رضایتمندی و سن بیماران رابطه معنی داری وجود نداشت. ضریب همبستگی پیرسون، بین سن بیمار و دفعات مراجعه بیمار به بخش سرپایی بیماران رابطه مستقیم معنی داری نشان داد ($r = 0.618, p < 0.05$). بین سن و جنس بیمار و زمان ویزیت پزشک روابط معنی داری وجود نداشت. بین سن بیشتر از ۵۰ سال بیمار و زمان انتظار بیمار برای دریافت خدمات سرپایی رابطه مستقیم معنی داری وجود داشت ($r = 0.693, p < 0.05$). دفعات مراجعه خانمها به بخش سرپایی بیمارستان بیشتر از دفعات مراجعه آقایان بود که این اختلاف از لحاظ آزمون t -test مستقل معنی دار بوده است ($p < 0.05$). میانگین رضایتمندی آقایان ۳/۷۳ و میانگین رضایتمندی خانمها ۳/۳۹ از ۵ امتیاز بوده است که این اختلاف معنی دار بوده است (t -test $p = 0.02$). میانگین رضایتمندی متأهلین ۳/۵۲ و میانگین رضایتمندی مجردین ۳/۲۶ از ۵ امتیاز بوده است که این اختلاف نیز معنی دار بوده است (t -test $p < 0.05$). میانگین رضایتمندی افراد بیمه شده ۳/۳۸ و میانگین رضایتمندی افراد غیر بیمه ۳/۱۰ از ۵ امتیاز بوده است که این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار بوده است ($p < 0.05$). بین رضایتمندی بیماران و زمان انتظار برای دریافت خدمات سرپایی از نظر آزمون آماری کای دو رابطه معنی داری وجود داشت ($p = 0.00$). ضریب همبستگی اسپیرمن این ارتباط را معکوس نشان داد ($r = -0.883$). بین رضایتمندی بیماران و زمان ویزیت پزشک از نظر آزمون آماری کای دو رابطه معنی داری وجود داشت ($p < 0.02$). ضریب همبستگی اسپیرمن این ارتباط را مستقیم نشان داد ($r = 0.635$).

در پایان مطالعه، حداقل، متوسط و حداکثر زمان انتظار بیمار از زمان ورود به بخش سرپایی تا گرفتن نوبت از پذیرش بخش برای دریافت خدمات سرپایی به ترتیب ۱، ۱۹/۳ و ۱۵۰ دقیقه بود. حداقل، متوسط و حداکثر زمان انتظار بیمار برای دریافت خدمات سرپایی به ترتیب ۱۱، ۱۲۸/۴۳ و ۳۲۱ دقیقه بود. حداقل، متوسط و حداکثر زمان ویزیت پزشک برای هر بیمار سرپایی به ترتیب ۲، ۵/۰۶ و ۳۱ دقیقه بود. میانگین رضایتمندی بیماران از خدمات سرپایی بیمارستان ۳/۸۴ از ۵ امتیاز (درجه

جدول ۱- ویژگی‌های فردی پاسخگویان بر حسب جنس، وضعیت تاهل، وضعیت بیمه، وضعیت تحصیلی و وضعیت سنی

متغیر	درصد فراوانی	در شروع مطالعه	در پایان مطالعه
جنسیت			
مرد	۴۱/۹۲	۴۵/۲	
زن	۵۸/۰۸	۵۴/۸	
وضعیت تاهل			
مجرد	۳۷/۲۸	۳۱/۸۹	
متاهل	۶۲/۷۲	۶۸/۱۱	
وضعیت بیمه			
بیمه	۹۶/۴۸	۹۵/۵۹	
بیمه غیر بیمه	۳/۵۲	۴/۴۱	
وضعیت تحصیلی			
بی سواد	۳۴/۳۵	۳۹/۵۳	
زیر دیپلم	۴۳/۱۱	۴۴/۳۳	
دیپلم	۱۶/۶۹	۱۱/۴۴	
فوق دیپلم	۲/۱۰	۱/۷۳	
لیسانس	۳/۶۰	۲/۵۹	
فوق لیسانس	۰/۱۵	۰/۳۸	
وضعیت سنی			
زیر ۱۰ سال	۷/۷۱	۸/۱۱	
۱۱-۲۰	۱۶/۳۹	۱۴/۴۹	
۲۱-۳۰	۲۹/۲۷	۲۷	
۳۱-۴۰	۲۰/۸۱	۲۱/۳۴	
۴۱-۵۰	۱۲/۰۵	۱۲/۲۱	
۵۱-۶۰	۹/۶۶	۱۰/۴۷	
۶۱-۷۰	۳/۱۴	۴/۱۷	
۷۱-۸۰	۰/۹۷	۱/۹۷	
۸۱-۹۰	۰	۰/۲۴	
علت انتخاب بیمارستان برای دریافت خدمات سرپایی			
کیفیت خدمات قبلی	۲۵/۰۷	۲۱/۴۹	
معرفی آشنایان بیمار	۹/۵۸	۷/۴	
نزدیکی بیمارستان به محل زندگی بیمار	۱۵/۵۷	۱۲/۹۱	
دریافت خدمات سریع در مراجعات قبلی	۱/۰۵	۱/۰۲	
پذیرش دفترچه بیمه توسط بیمارستان	۶۳/۳۲	۸۵/۱۹	
بصورت اتفاقی	۷/۳۳	۵/۱۹	

تفاوت آماری معناداری بین ویژگی‌های دموگرافیک بیماران در شروع و پایان مطالعه مشاهده نشد ($p > 0.05$). در شروع

جدول ۲- تحلیل مقایسه میانگین زمان انتظار، زمان مشاوره و رضایتمندی بیماران سرپایی در شروع و پایان مطالعه

متغیرها	در شروع مطالعه	در پایان مطالعه	سطح معنا داری
میانگین زمان انتظار بیمار از زمان ورود به بخش سرپایی تا گرفتن نوبت (دقیقه)	$38/7 \pm 13$	$19/3 \pm 8$	$P < 0.05$
میانگین زمان انتظار بیمار از اخذ پذیرش تا دریافت خدمات سرپایی (بر حسب دقیقه)	$162/18 \pm 38$	$128/43 \pm 18$	$P < 0.01$
میانگین زمان ویزیت پزشک برای هر بیمار سرپایی (بر حسب دقیقه)	$4/34 \pm 1/3$	$5/06 \pm 1/1$	$P < 0.01$
میانگین رضایتمندی بیماران از خدمات سرپایی بیمارستان	درجه ضعیف (۳/۳۷ از ۵ امتیاز)	درجه متوسط (۳/۸۴ از ۵ امتیاز)	$P = 0.00$

متوسط رضایتمندی) بود (جدول ۲).

از لحاظ آزمون آماری کای دو بین رضایتمندی و سن بیماران رابطه معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$). درحالی‌که بین رضایتمندی و تحصیلات بیماران رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p = 0.04$). بین سن بیمار و دفعات مراجعه بیمار به بخش سرپایی بیماران رابطه مستقیم معنی‌داری وجود داشت ($p = 0.045$, $r = 0.526$). بین سن و جنس بیمار و زمان ویزیت پزشک روابط معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$). بین سن بیشتر از ۵۰ سال بیمار و زمان انتظار بیمار برای دریافت خدمات سرپایی رابطه مستقیم معنی‌داری وجود داشت ($r = 0.690$, $p = 0.024$). دفعات مراجعه خانم‌ها به بخش سرپایی بیمارستان بیشتر از دفعات معنی‌دار نشان می‌دهد ($p = 0.038$). میانگین رضایتمندی آقایان $4/02$ و میانگین رضایتمندی خانم‌ها $3/69$ از ۵ امتیاز بوده است که این اختلاف از لحاظ آزمون t-test مستقل معنی‌دار بوده است ($p = 0.035$). میانگین رضایتمندی متأهلین $3/93$ و میانگین رضایتمندی مجردین $3/64$ از ۵ امتیاز بوده است که این اختلاف نیز معنی‌دار بوده است ($p = 0.042$). میانگین رضایتمندی افراد بیمه شده $3/86$ و میانگین رضایتمندی افراد غیر بیمه $3/41$ از ۵ امتیاز بوده است که این اختلاف از لحاظ آزمون t-test مستقل معنی‌دار بوده است ($p = 0.032$). بین رضایتمندی بیماران و زمان انتظار برای دریافت خدمات سرپایی از نظر آزمون آماری کای دو رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p = 0.014$). ضریب همبستگی اسپیرمن این ارتباط را معکوس نشان داد ($r = -0.775$). بین رضایتمندی بیماران و زمان ویزیت پزشک از نظر آزمون آماری کای دو رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p = 0.032$). ضریب همبستگی اسپیرمن این ارتباط را مستقیم نشان داد.

میانگین زمان انتظار بیمار از زمان ورود به بخش سرپایی تا گرفتن نوبت (بر حسب دقیقه) در شروع مطالعه و پایان مطالعه به ترتیب $38/7 \pm 13$ و $19/3 \pm 8$ بوده است که این اختلاف از

لحاظ آزمون t معنادار بوده است ($P = 0.034$). میانگین زمان انتظار بیمار از اخذ پذیرش تا دریافت خدمات سرپایی (بر حسب دقیقه) در شروع مطالعه و پایان مطالعه به ترتیب $162/18 \pm 38$ و $128/43 \pm 18$ بوده است که این اختلاف از لحاظ آزمون t معنادار بوده است ($t = 2.80$, $P = 0.017$). میانگین زمان ویزیت پزشک برای هر بیمار سرپایی (بر حسب دقیقه) در شروع مطالعه و پایان مطالعه به ترتیب $4/34 \pm 1/3$ و $5/06 \pm 1/1$ بوده است که این اختلاف از لحاظ آزمون t معنادار بوده است ($t = 3.46$, $P = 0.005$). میانگین رضایتمندی بیماران از خدمات سرپایی بیمارستان در شروع مطالعه و پایان مطالعه به ترتیب $3/37$ از ۵ امتیاز و $3/84$ از ۵ امتیاز بوده است که این اختلاف از لحاظ آزمون t معنادار بوده است ($t = 9.41$, $P = 0.00$).

بحث:

این مطالعه نشان می‌دهد که در شروع مطالعه به طور میانگین بیماران $162/18$ دقیقه با انحراف معیار ۳۸ دقیقه برای دریافت $4/34$ دقیقه خدمات بهداشتی و درمانی از بخش سرپایی بیمارستان منتظر می‌مانند (جدول ۲ و ۳). در منشور حقوق بیمار انگلستان قید شده است که کلیه بیمارانی که به بخش سرپایی بیمارستان مراجعه می‌کنند، باید در مدت ۳۰ دقیقه از زمان پذیرش مورد معاینه قرار بگیرند (۱). حداقل زمانی که یک پزشک در درمانگاه عمومی باید صرف معاینه یک بیمار نماید باید ۸ دقیقه باشد.

با توجه به اینکه ماهیت بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی ایران مشابه نظام طب ملی انگلستان می‌باشد (از نظر درمان رایگان بیماران) و با حجم انبوهی از بیماران مواجهه هستند، این استاندارد در این نوع بیمارستان‌ها نیز باید رعایت شود. افزایش زمان انتظار و کاهش زمان ویزیت پزشک به خاطر این است که بیشتر پزشکان بیمارستان بعد از ساعت ۱۰/۵ یا ۱۱ صبح به بخش سرپایی بیمارستان مراجعه می‌کنند. در حالیکه بیشتر بیماران که از مناطق نیمه شهری و روستایی مراجعه می

جدول ۳- مقایسه میانگین زمان انتظار، زمان مشاوره و رضایتمندی بیماران در شروع و پایان مطالعه بر حسب کلینیک‌های بخش سرپایی

بخش متغیر	در شروع مطالعه				در پایان مطالعه			
	تعداد بیماران (نفر)	میانگین زمان ویزیت (دقیقه)	میانگین رضایتمندی بیماران	تعداد بیماران (نفر)	میانگین زمان انتظار (دقیقه)	میانگین رضایتمندی بیماران	میانگین زمان ویزیت (دقیقه)	
داخلی	۱۵۹	۱۹۴/۷	۲/۳	۳/۲۰	۱۷۶	۴/۸۹	۳/۶۳	
پوست	۱۰۵	۹۸/۵	۳/۵	۳/۲۶	۱۰۱/۵	۳/۷۹	۳/۶۴	
دندانپزشکی	۹۶	۱۰۳/۲	۱۳/۱	۳/۹۰	۹۲/۴۷	۱۴/۲۸	۴/۱۸	
کلیه	۱۳۳	۹۴/۱	۳/۷	۳/۴۷	۱۳۳/۵	۳/۷۴	۳/۷۸	
اعصاب	۹۶	۱۶۹/۸	۳/۹	۳/۲۹	۱۳۱/۳۵	۴/۱۹	۳/۵۱	
قلب و عروق	۹۸	۱۶۳/۲	۱/۴	۳/۳۹	۱۴۲/۷۹	۴/۵۹	۳/۸۵	
ارتوپدی	۱۰۷	۱۱۹/۷	۴/۲	۳/۴۹	۹۷/۰۹	۴/۴۹	۴/۲۳	
گوش، حلق و بینی	۸۴	۱۹۳/۹	۳/۹	۳/۳۴	۱۵۹/۳۴	۴/۲۹	۴/۱۰	
زنان و زایمان	۱۱۸	۱۴۱	۳/۱	۳/۳۹	۹۰/۱۱	۴/۴۹	۴	
جراحی	۱۱۵	۲۵۴/۶	۴	۳/۱۷	۱۷۰	۴/۴۹	۳/۸۰	
کودکان	۱۱۷	۱۱۵/۷	۳/۲	۳/۲۹	۷۴/۲۶	۴/۰۸	۳/۷۷	
چشم	۱۰۸	۱۷۴	۳/۸	۳/۲۹	۱۵۹/۹۲	۴/۵۸	۳/۷۱	

این بهبود قابل ملاحظه بوده است.

با بکارگیری یک ساختار جدید برای بخش سرپایی، استفاده از جدول نوبت‌دهی کامل و دقیق با اطلاع از زمان دقیق حضور پزشک، ترکیب نمودن درمانگاه‌ها، بهره‌گیری از نظام اتوماسیون به منظور نوبت‌دهی دقیق و سریع به بیماران و ... می‌توان به کاهش زمان انتظار بیمار اقدام نمود (۲۴، ۲۳ و ۴). با بکارگیری فنون تضمین کیفیت و مدیریت کیفیت در بیمارستان‌های اکوادور، متوسط زمان انتظار بیمار از ۱۱۶ دقیقه به ۶۶ دقیقه کاهش یافت و زمان مشاوره پزشک از ۱۱ دقیقه به ۱۶ دقیقه افزایش یافت (۴).

نتایج پژوهش مداخله‌ای دیگر که در اورژانس یک بیمارستان انجام شد، بیانگر این واقعیت بود که مدت زمان انتظار بیمار از اتاق تریاژ به اتاق بستری از ۳۱ دقیقه در ژانویه ۱۹۹۸ به ۴ دقیقه در جولای ۱۹۹۸ کاهش یافت. زمان صرف شده در اورژانس نیز از ۴ ساعت و ۲۱ دقیقه به ۲ ساعت و ۵۵ دقیقه کاهش یافت (۲۵).

در پژوهشی دیگر که در یک مرکز درمانی در آفریقای جنوبی انجام شد، زمان انتظار طی یک مطالعه مقطعی محاسبه شد، پس از تعیین کاستی‌ها و انجام مداخلات کیفی، یک سال

کنند، ساعت ۴/۵ یا ۵ صبح به بیمارستان می‌آیند و ساعت ۶ صبح نیز نوبت پذیرش می‌گیرند. حال اگر پزشکان ساعت ۸ صبح به درمانگاه خاص خود مراجعه کنند، زمان انتظار بیمار به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد. علاوه بر این، در صورتیکه پزشکان برنامه زمانی خود را به طور دقیق به مدیریت بیمارستان ارایه نمایند، تعیین جدول دقیق نوبت‌دهی بیماران به راحتی امکان پذیر است. در چنین شرایطی پذیرش بخش سرپایی از یک ساعت قبل از ورود پزشک به نوبت‌دهی بیماران اقدام می‌نماید و به مرور زمان بیماران نیز عادت می‌کنند که حداکثر یک ساعت قبل از شروع کار پزشک به بیمارستان مراجعه کنند. با وجود اینکه مدیریت بیمارستان تلاش بسیاری را برای حضور زود هنگام پزشکان در بخش سرپایی بیمارستان به عمل آورد ولی به خاطر مقاومت برخی از پزشکان این طرح با موفقیت چندانی مواجهه نگردید. با این وجود پزشکان موظف گردیدند که ساعت دقیق ویزیت خود را مشخص نمایند تا پذیرش بخش سرپایی بتواند نوبت دهی بیماران را بر اساس آن انجام دهد. بدین ترتیب در پایان مطالعه میانگین زمان انتظار بیماران برای دریافت خدمات سرپایی به ۱۲۸/۴۳ دقیقه با انحراف معیار ۱۸ دقیقه و میانگین زمان مشاوره پزشک به ۵/۰۶ دقیقه رسید که

بیمارستان، احترام به عقاید بیماران و ... بر میزان رضایتمندی بیماران از خدمات بیمارستانی مؤثر شناخته شده است (۳۴-۳۰). در این پژوهش نیز مشخص شد که عواملی مثل سن، جنس، وضعیت تحصیلی، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، نحوه پرداخت هزینه، زمان انتظار برای دریافت خدمات سرپایی و زمان ویزیت پزشک بر میزان رضایتمندی وی از خدمات بیمارستانی تأثیر می‌گذارد. بنابراین آگاهی مدیران بیمارستانها در این زمینه می‌تواند به ارائه خدمات با کیفیت بالا به بیماران بویژه بیمارانی که روحیه انتقادی تری دارند، منجر شود.

نتیجه گیری:

با بکارگیری فنون مدیریت مشارکتی به ویژه گروه‌های بهبود کیفیت می‌توان ارتقای خدمات بیمارستانی و در نتیجه افزایش رضایتمندی بیماران از خدمات ارائه شده را تضمین نمود. مدیریت مشارکتی می‌تواند به بهبود روحیه و بهره‌وری کارکنان بیمارستان منجر گردد، با این وجود یک نوشدارو نیست و همیشه منجر به موفقیت هر سازمانی نمی‌گردد. بنابراین این سبک مدیریتی باید با احتیاط بکار گرفته شود. بکارگیری نامناسب مدیریت مشارکتی توسط مدیران، مشاوران و یا کارکنانی که فاقد مهارت لازم بوده‌اند، نتایج منفی به دنبال داشته است. مدیریت مشارکتی بدون فراهم نمودن زمینه‌های لازم ممکن است نتایج معکوسی به همراه داشته باشد. بنابراین باید در سطح مدیریت و کارکنان سازمان، فرهنگ پذیرش مشارکت بوجود آید. علاوه بر این باید از مکانیسم‌های انگیزاننده مطلوبی برای حفظ و توسعه مشارکت کارکنان بهره گرفت. اجرای طرح مدیریت مشارکتی نیاز به حمایت جدی مدیریت ارشد سازمان دارد. ثبات شغلی مدیریت ارشد سازمان در توسعه نظام مدیریت مشارکتی نقش بسزایی دارد. بنابراین تا نهادینه شدن نظام مدیریت مشارکتی، مدیریت ارشد سازمان باید از ثبات شغلی برخوردار باشد (۳۵).

مهمترین اقدام در زمینه آموزش کارکنان می‌باشد. کارکنان باید از تفکر مشارکت آگاهی یابند. از سوی دیگر، مدیران نیز باید آموزش‌های لازم را در مورد مدیریت مشارکتی دریافت دارند و بدانند که هدف از مدیریت مشارکتی دخالت کارکنان در امور سازمان‌های دولتی نیست، بلکه نوعی همکاری به منظور بهینه‌سازی روند کار در سازمان می‌باشد. علاوه بر این، مدیران و کارکنان باید بازخور فعالیت‌های خود را دریافت دارند. کارکنان باید از نتیجه پیشنهادهای خود مطلع شوند و مدیران نیز از نتیجه

بعد زمان انتظار به طور قابل توجهی در درمانگاه پیشگیری کاهش یافت. در مطالعه مداخله‌ای دیگر که در درمانگاه چشم پزشکی یک بیمارستان دانشگاهی برای تعیین زمان انتظار بیماران انجام شده بود، زمان انتظار از طریق ثبت زمان ورود بیمار، زمان نوبت‌دهی بیمار و زمان ویزیت پزشک محاسبه شد. پیشنهادهای در زمینه استراتژی‌های کاهش زمان انتظار بر اساس داده‌های بدست آمده ارائه گردید. این پیشنهادهای شامل توزیع مجدد نوبت‌دهی به بیماران برای کاهش تراکم زمان نوبت‌دهی در روز، آموزش بیماران در زمینه اهمیت وقت شناسی و بوجود آوردن یک جدول نوبت دهی بیماران بوده است (۲۶).

در پژوهشی دیگر که در کانادا انجام شد، بکارگیری یک نظام بودجه‌بندی انعطاف پذیر منجر به کاهش حجم مراجعه کنندگان به میزان ۱۰ درصد و بهبود زمان انتظار بیماران در درمانگاه‌ها گردید. در این مطالعه اثرات منفی بر روی رضایت بیمار یا رضایت شغلی کارکنان مشاهده نگردید (۲۷).

پژوهش‌هایی که صورت گرفته است، بیانگر این واقعیت است که بیماران قسمت عمده‌ای از وقت خود را به هنگام زمان انتظار صرف مشاهده اطراف، خواندن روزنامه و کتاب و گفتگو با یکدیگر می‌نمایند. بیشتر بیماران خواستار این هستند که برنامه‌های آموزش بهداشت در زمینه‌های بیماری‌های خاص نظیر بیماری‌های قلبی، دیابت و ... برای آنها فراهم گردد. علاوه بر این برخی از بیماران خواستار برنامه‌های مذهبی در طول این مدت زمان انتظار بوده‌اند (۱۰، ۲۸ و ۲۹). بنابراین مدیران بیمارستان‌ها با آگاهی از این مطلب می‌توانند امکانات رفاهی از قبیل صندلی‌های راحت، روزنامه و ... را برای بیماران و همراهان آنها فراهم نمایند تا در یک محیط امن و آرام این مدت را سپری نمایند. علاوه بر این بیمار به خاطر عدم آگاهی از بیماری خود و عدم شناخت پزشک اضطراب و تنش دارد و این عامل نیز موجب می‌گردد که حالت انتقادی به خود بگیرد، بنابراین وجود یک محیط آرام و دلپذیر به آرامش روحی وی کمک می‌کند. استفاده از دستگاه پخش به منظور پخش برنامه‌های آموزش بهداشت برای افزایش آگاهی بیماران به مراتب اثربخشی بیشتری نسبت به پخش برنامه‌های تلویزیونی و تبلیغات تجاری آن دارد.

پژوهش‌های مختلفی در زمینه رضایت بیماران از خدمات بیمارستانی صورت گرفته است. در این پژوهشها عواملی مثل سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار، زمان انتظار برای دریافت خدمات، مهارت کارکنان تخصصی بیمارستان، خدمات ارائه شده توسط پزشکان و پرستاران، ارائه دستورات به هنگام ترخیص بیمار، شهرت و نوع فرهنگ حاکم بر

بدینوسیله از همکاری و پشتیبانی صمیمانه آقای امامزاده مدیریت بیمارستان، خانم نعمت‌پور مسئول کمیته راهبری بیمارستان، خانم اکبری مسئول درمانگاه بیمارستان ذکرریای رازی قزوین، منشی‌های بخشها، پزشکان درمانگاه و کلیه کارکنان زحمتکش بیمارستان و دانشجویانی که در انجام این پژوهش همکاری نموده‌اند: خانم‌ها خدیجه اسداللهی، نسرين بذرافکن، پریناز پناهی، الهام حسنی، سهیلا حیدری، هدا رحمانی، سپیده شجاعان، فرشته عضدی و نگار یزدانی و آقایان سلمان قاسمی نژاد و روح‌الله کلهر قدردانی می‌گردد.

و بازده مداخلات صورت گرفته آگاهی یابند. اگرچه نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه در تعیین اثربخشی، کارایی، کیفیت و کمیت و ارتقای خدمات در واحدهای درمانی خالی از خطا و توروش نخواهد بود، اما می‌تواند به عنوان معیاری مناسب برای ارزیابی واحدهای درمانی مورد استفاده قرار گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابه در سایر بیمارستان‌های کشور انجام شود تا با آگاهی از کم و کیف خدمات ارایه شده بتوان در جهت تأمین هرچه بیشتر رضایت استفاده‌کنندگان از این خدمات گام‌های مؤثرتری برداشت.

تشکر و قدردانی:

References:

- Hart M. Improving out-patient clinic waiting times: Methodological and substantive issues. *Int J Health Care Qual Assur* 1995; 8(6): 14-22.
- Benson RJ, Burnet NG. An audit of clinic consultation times in a cancer center. *Clin Oncol* 2001; 13(2): 138-43.
- Bachman MO. Why wait so long for child care? *Trop Doc* 1997; 27(1): 34-8.
- Hermido J, Laspina C. Reducing patient waiting times through quality assurance methods in Latronca I, Ecuador *Bull Pan Am Health Org* 1996; 30(2): 118-24.
- Lim HC, Tan CB. Why do patients complain? *Singapore Med J* 1998; 39(9): 390-5.
- Mekonnen A, Osman M. Satisfaction on outpatient services in hospitals of the Amhara Region. *Ethiop Med J* 2002; 40(4): 387-96.
- Thompson DA, Yarnold PR. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1996; 28(6): 657-65.
- Partridge . consultation time, work load , and problems for audit in outpatient clinics. *Arc Dis Child* 1992; 67(2): 206-10.
- Huang XM. Patient attitude towards waiting times in an out patient clinic and its applicatipons. *Health Serv Manag Rese*; 1994; 7(1): 2-8.
- Bamgboye EA, Jarallah JS. Long – waiting outpatient: target audience for health education. *Patient Edu Couns*: 1994; 23(1): 49-54.
- Moayyedi P, Warrdman M, Toner J, et al. Establishing patient preferences for gastroentreology clinic reorganization using conjoint analysis; *Eur Gastroentrol Hepatol* 2002; 14(4): 429-33.
- Amari N, Abu-zahra N. Streaming Clinic Management; *World Health Forum* 1991; 12: 479-82.
- Lynam PF, Smith T. Client flow analysis: A practical management technique for outpatient clinic setting; *Int J Qual Health Care* 1994; 6(2): 179-86.
- Desai P, Zachariah B, Mc Caw B. Patient flow and waiting times in general medical and dental clinic in Jamaica's primary health care services; *West Indian Med J* 1989; 38(30): 153-8.
- Imanaka Y, Araki S, Murata K. Determinants of patient satisfaction and intention to continue service utilization: Analysis of a survey of outpatients at general hospital; *Japanese J Pub Health* 1993; 40(8): 624-35.
- Croft AM, Lynch P. Out patient waiting time: indicators of hospital performance? *JR Army Med Corps* 1998; 144(3): 131-7.
- Mc Connel CR. Total quality and the shifting management paradigms. *Health Care Supervisor* 1995; 13(3): 71-9.
- Counte MA, Barhyte DY. Participative management among staff nursing. *Hospital Health Serv Adminis* 1987; 32(1): 97-108.
- Moss R, Rowles CJ. Staff Nurse Job Satisfaction and Management style. *Nurs Manag* 1997; 28(11): 32-4.
- Kivimaki M, Kalimo R. Contributors to satisfaction with management in hospital wards. *J Nurs Manag* 1994; 2(5): 225-34.
- Boissonequ R. Practicing participative management in the clinical laboratory. *Clin Lab Manag Rev* 1991; 5(3); 176-80.
- Sashkin M. Participative management is an ethical imperative. *Organiz Dynamics* 1984; 12(4): 4-22.
- Irie M, Sakurai M, Kubota H. Investigation and evaluation of the change in the outpatients flow before and after the move of the hospital. *Med Info* 2001; 10(pt2): 1150-4.
- Levesque J, Bogoch ER, Cooney B, et al. Improving patient satisfaction with time spent in an orthopedic outpatient clinic. *Can J Surg* 2000; 43(6): 431-6.
- Spaite DW, Bartholomeaux F. Rapid process redesign in a university based emergency department: decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction. *Ann Emerg Med* 2002; 39(2): 168-77.
- Kapustiak J, ling H. Evaluation of patient waiting times at an academic ophthalmology clinic. *J Med Practice Manag* 2000Mar-Apr; 15(5): 228-33.

- 27- Bain J. Fundholding :a two tier system; *BMJ Clin Res Ed* 1994 Aug; 309(6951): 396-9.
- 28- Ajayi IO. Patient's waiting time at an out-patient clinic in Nigeria: CAN IT BE PUT TO BE BETTER USE. *Patient Edu Couns* 2002 Jun; 47(2): 121.
- 29- Beach PS, Mc Cormik DP. Regulating patient flow for educational benefit in the pediatric teaching clinic: promoting learning through telephoned reminders. *Med Teach* 1990; 12: 91-4.
- 30- Otani K, Kurz RS. The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions; *J Healthcare Manag* 2004 May-Jun; 49(3): 181-96; discussion 196-7.
- 31- Meterko M, Mohr DC, Young GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Med Care* 2004 May; 42(5): 492-8.
- 32- Boudreaux ED, D'Autremont S, Wood K, et al. Predictors of emergency department patient satisfaction: stability over 17 months. *Acad Emerg Med* 2004 Jan; 11(1): 51-8.
- 33- Celebic A, Knezovic-Zlatic D, Papic M, et al. Factors related to patient satisfaction with complete denture therapy. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003 Oct; 58(10): M948-53.
- 34- Tokunaga J, Imanaka Y. Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital.
- ۳۵- مصدق‌راد، علی محمد. نقش مدیریت مشارکتی (نظام پیشنهادها) در میزان اثر بخشی و کارایی بیمارستان، فصلنامه پژوهش در علوم پزشکی، سال هشتم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۸۲، ص ۸۵.