

Patients' Perception on Hospital Quality in a Teaching Hospital of Tehran

Samad Azari*¹, Abolfazl Aliyari²

Abstract

Background and Objectives: Due to unique characteristics of the health sector, measuring the efficiency and quality of services provided are the top priorities of the Ministry of Health and Medical Education. In health systems, an appropriate response to the needs and demands of patients is a priority. This study was conducted to assess hospital's services quality using logit model for prioritizing service attributes based on patients' perception in 2012.

Material and Methods: In this descriptive cross-sectional study, 330 patients in Imam Khomeini Hospital in Tehran were entered into the study based on Cochran method. Data were gathered using questionnaire in 5 dimensions and 10 scenarios. Reliability and validity of the questionnaire were approved. Data were input into STATA software 10th edition and utility function was estimated to calculate the marginal utility specifications.

Results: According to the patients' perception, type of examination and treatment was ranked as the first and cleaning services of the departments and toilets was ranked as the last priority. The results about waiting time between hospital arrival until admission was negative which means reverse influence on patient perception of quality. Except cleaning services of the departments and toilets and handling patients, other features had significant relationship with patient preferences.

Conclusion: In order to increase the desirability of visiting patients in hospitals and delivering high quality services and considering patient preferences; hospital administrators need to be focused on improving the quality of the programs.

Key Words: Service Quality, Hospital, Patients Perception, Logit Model

Citation: Azari S, Aliyari A. Patients' Perception on Hospital Quality in a Teaching Hospital of Tehran. *Depiction of Health* 2015; 6(3): 32-40.

1. M.Sc. Student of Health Economics, Health Management and Economics Research Center / Health Management and Economics Sciences Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

(**Email:** samadazari1010@gmail.com)

2. M.Sc. Student of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



دیدگاه بیماران در خصوص کیفیت خدمات بیمارستانی در یک بیمارستان دانشگاهی شهر تهران

صمد آذری^{۱*}، ابوالفضل علیاری^۲

چکیده

زمینه و اهداف: سنجش کیفیت بر اساس نظر بیماران و رضایت آنان از خدمات ارائه شده به دلیل رقابت‌های درمانی بیمارستان‌ها و پذیرش بیشتر بیماران در سال‌های اخیر رونق بیشتری یافته است. پژوهش حاضر با هدف سنجش دیدگاه بیماران در مورد کیفیت خدمات بیمارستانی با استفاده از مدل لاجستیک در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت. ۳۳۰ نفر از بیماران بیمارستان، بر اساس فرمول نمونه‌گیری کوکران و با روش طبقه‌ای وارد مطالعه شدند. داده‌ها توسط پرسشنامه محقق ساخته روا و پایا شامل ۵ مشخصه کیفیت خدمات بیمارستانی و ۱۰ سناریو طراحی شده جمع‌آوری شدند. پس از گردآوری داده‌ها وارد نرم افزار اقتصادسنجی *stata* نسخه ۱۰ شدند و تابع مطلوبیت تخمین زده شد. سپس مطلوبیت نهایی مشخصه‌ها را محاسبه کرده و با محاسبه مطلوبیت نهایی مشخصه‌ها ترجیحات بیماران جامعه پژوهش را در مراجعه به بیمارستان و دریافت خدمات بیمارستانی به ترتیب اولویت مشخص شد.

یافته‌ها: محاسبات مطلوبیت نهایی مشخصه‌ها نشان می‌دهد که نوع معاینه اولویت اول را در دریافت خدمات بیمارستانی دارد و نظافت بخش و سرویس‌های بهداشتی دارای آخرین اولویت می‌باشد. در مورد مشخصه زمان انتظار بین ورود به بیمارستان تا زمان بستری شدن، علامت منفی بود که نشان دهنده تأثیر معکوس این مشخصه بر ترجیحات بیماران می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: به منظور افزایش مطلوبیت بیماران در مراجعه به بیمارستان‌ها و دریافت خدمات، و با توجه به در نظر گرفتن ترجیحات بیماران، نیاز است مدیران بیمارستان‌ها بر اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت تأکید داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت خدمات، بیمارستان، دیدگاه بیماران، مدل لاجستیک

آذری ص، علیاری ا. دیدگاه بیماران در خصوص کیفیت خدمات بیمارستانی در یک بیمارستان دانشگاهی شهر تهران. تصویر سلامت ۱۳۹۴؛ ۶(۳): ۴۰-۳۲.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت / گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (Email: samadazari1010@gmail.com)

۲. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

نویسنده (نویسندگان). این اثر به عنوان یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز Creative Commons Attribution License توسط تصویر سلامت منتشر گردیده است. استفاده‌های غیر تجاری از این اثر به شرط ارجاع صحیح به اثر اصلی مجاز است.



مقدمه

کیفیت از دیدگاه ارائه کنندگان خدمات و بیماران متفاوت می باشد و به منظور سنجش کیفیت خدمات، هر دیدگاه باید به طور مناسب سنجیده شود و اولویت بندی عوامل مؤثر بر رضایت بیماران از ارائه خدمات یکی از شاخص های پرکاربرد در حوزه کیفیت خدمات می باشد (۱). رضایت مندی بیماران و درک آن ها از خدمات از جنبه های مهم کیفیت خدمات می باشد (۲). کیفیت ارائه خدمات به میزان زیادی به استاندارد عملکرد کارکنان گروه پزشکی بستگی دارد. اما در سالیان اخیر دیدگاه بیماران به عنوان یک عامل مؤثر پذیرفته شده است (۳).

در بیمارستان به عنوان یک سازمان خدماتی، نقطه نظرات بیماران در رابطه با نحوه ارائه خدمات سلامت، به عنوان شاخص تعیین کننده ای برای ارزیابی و ارتقای کیفیت سرویس های ارائه کننده خدمات، شناخته شده است (۴). به طوری که از دهه ۱۹۹۰، اندازه گیری رضایت به عنوان یک روش دریافت نظرات و عقاید بیماران درباره مراقبت شان در اغلب مراکز مراقبت سلامت در نظر گرفته شده است (۵). کیفیت بالای خدمات موجب جذب بیماران جدید و حفظ بیماران موجود و تقویت رابطه بیماران با ارائه کنندگان خدمات می گردد (۶).

از آنجا که بیمارستان مسئول تأمین سلامت بیماران مراجعه کننده به آن می باشد و کیفیت خدمات بیمارستانی بر اساس نیازها و رضایت بیماران ارزیابی می شود، ارزشیابی بر اساس نظر بیماران و رضایت آنان از خدمات ارائه شده به دلیل رقابت های درمانی بیمارستان ها و پذیرش بیشتر بیماران در سال های اخیر رونق بیشتری یافته است (۷). بیمار در بیمارستان محور اصلی است و همه خدمات بیمارستانی به خاطر حضور او انجام می شود. بنابر این تا حدودی می توان گفت رضایت او نشان دهنده انجام صحیح خدمات بوده و این رضایت نمی تواند صرفاً از تکنولوژی بالا به دست آید. بلکه بیشتر ناشی از رفتار پرسنل و عملکرد آنهاست (۸). مروری بر مطالعات در این زمینه نیز مبین تفاوت های زیادی می باشد که این امر خود متضمن آن است که رضایت بیماران، صفتی چند بعدی است و خود می تواند متأثر از عوامل زمینه ای فردی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و مذهبی بیماران باشد (۹). در مطالعه آنکرانی (Ancarani) و همکاران که بر روی ۴۷ بخش از ۷ بیمارستان عمومی کشور ایتالیا انجام شده است، ۱۵ بعد رضایت مندی بیماران از خدمات بیمارستان شامل: ادراک بیمار از کیفیت خدمات ویژه بیمارستان مثل غذا، تمیزی و راحتی اتاق، پایایی و ثبات تشخیص داده شده برای بیمار در طول دوره، بعد پاسخگویی کادر درمان در قبال بیمار، اطلاعات ارائه شده از سوی کادر درمان در مورد تضمین کیفیت و سؤالات در مورد میزان

حفظ شدن محرمانگی بیمار و در نهایت میزان سواد و آگاهی پرستاران تقسیم بندی شده بود (۱۰). برادران کاظم زاده و همکاران در پژوهش خود که در سال ۱۳۹۱ به بررسی کیفیت خدمات بیمارستانی با استفاده از روش فازی می پردازد بیان می دارد: مهمترین بعد برای دستیابی به کیفیت خدمات مناسب در بیمارستان ها همدلی بوده و پاسخگویی، اعتبار و داریایی های مشهود در درجه های بعدی قرار می گیرد (۱۱). مطالعه و سنجش کیفیت از دیدگاه بیماران از آن جهت که بیمارستان را در شناسایی مشکلات احتمالی بیمارستان مطلع می سازد حایز اهمیت است (۱۲).

سطح رضایت مشتری و میزان مطلوبیت مصرف کالا و خدمت برای وی در ارتباط با برآورده شدن نیازها می باشد. نگرش بیمار به ارائه دهنده ی خدمات و یا یک عکس العمل احساسی نسبت به تفاوت آنچه که بیمار تصور می کند و آنچه که دریافت می دارد و ارزیابی که وی از این تفاوت دارد، مطلوبیت خدمات دریافت شده را تعیین می کنند (۱۳). در اوایل دهه ۱۹۹۰ بود که اهمیت شناسایی ترجیحات بیماران برای دریافت مداخلات پزشکی و تمایل به اولویت بندی ترجیحات آن ها انگیزه ای را ایجاد کرد تا تحقیقات به روش های دیگری که ارزش گذاری مشروط و آزمون انتخاب های گسسته نامیده می شدند، انجام شوند (۶). آزمون های انتخاب گسسته (Discrete choice experiment) به صورت بالقوه برای استخراج ترجیحات در ارائه مراقبت های بهداشتی مفید هستند. این روش قابلیت تخمین اهمیت نسبی مشخصه های مختلف سلامت را داشته و در مجموع رضایت یا نفع افراد از خدمات را می سنجد. آزمون انتخاب های گسسته توانایی تخمین مشخصه های مختلف خدمات را دارد و چگونگی سبک سنگین کردن و جانمایی بین این مشخصه ها را دارد. بر این فرض استوار است که اولاً هر خدمت می تواند به وسیله ی مشخصه های مختلف توصیف شود و ثانیاً این خدمت به طبیعت و سطوح مختلف مشخصه ها بستگی دارد (۱۴).

آزمون های انتخاب گسسته در مقایسه با اندازه گیری مستقیم تمایل به پرداخت اطلاعات قوی تری را به دست می آورد. چون مشخصه های هر کالا یا خدمت را تشخیص داده و نشان می دهد که این مشخصه ها چگونه بر مطلوبیت تأثیر می گذارند، و به دلیل وجود مشخصه ها در مقایسه با کالی [QALY] (سال های عمر تعدیل شده با کیفیت Quality-Adjusted Life-year) از یک چهارچوب اندازه گیری مطلوبیت با وسعت بیشتری برخوردار است (۱۵). با توجه به جستجوهای به انجام رسیده توسط پژوهشگر تا به حال مطالعه ای پیرامون سنجش کیفیت خدمات ارائه شده در یک بیمارستان بر اساس روش آزمون انتخاب های گسسته و

مشخصه‌های کیفیت خدمات بیمارستانی و سطوح مختلف آن‌ها در قالب پرسشنامه ای مشتمل بر ۵ مشخصه طراحی شد (جدول ۱). روایی پرسشنامه با نظر سه نفر از اساتید دانشگاهی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و پایایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ تأیید شد ($\alpha=0/78$).

بیماران در بخش به پرسشنامه پاسخ دادند. در مواردی که بیماران سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه را نداشتند، پژوهشگر به صورت پرسش از بیمار، شخصاً اقدام به تکمیل پرسشنامه کرد. پژوهشگر با همراه داشتن معرفی نامه از مدیریت بیمارستان و هماهنگی‌های لازم، به بخش‌های بستری مراجعه و پس از معرفی موضوع مورد مطالعه، اقدام به توزیع پرسشنامه در میان بیماران نمود. قبل از توزیع پرسشنامه، رضایت شفاهی بیماران برای شرکت در مطالعه جلب گردید.

از بین مشخصه‌ها، سه مورد دارای دو سطح متفاوت و دو مورد دارای سه سطح متفاوت بودند، که در مجموع ۷۲ سناریو ایجاد شد. برای تبدیل تعداد سناریوها به تعداد قابل قبول در پرسشنامه، از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. در مقابل پرسشنامه شامل ۱۰ سناریو بود. در واقع شامل ده مقایسه بین دو بیمارستان فرضی بود، که این دو بیمارستان در چند مشخصه از پنج مشخصه حاضر با هم اختلاف دارند و بیماران از بین این دو بیمارستان یکی را انتخاب می کردند. با توجه به تمایلات بیماران در انتخاب بیمارستان‌ها پی به اولویت مشخصه‌های مختلف از دیدگاه بیماران بردیم. پس از گردآوری داده‌ها وارد نرم افزار اقتصادسنجی STATA ویرایش ۱۰ شدند و تابع مطلوبیت تخمین زده شد. سپس مطلوبیت نهایی مشخصه‌ها محاسبه و به وسیله آن ترجیحات بیماران جامعه مورد پژوهش در مراجعه به بیمارستان و دریافت خدمات بیمارستانی به ترتیب اولویت مشخص شد. نهایتاً با استفاده از اثر نهایی مشخصه‌ها، نرخ نهایی جانمایی آن‌ها محاسبه شد.

مبتنی بر سناریو در ایران انجام نشده است و از این حیث مطالعه حاضر دارای نوآوری است. در این مطالعه سعی بر آن است که مشخصه‌های مهم مطلوبیت بیمارستان را تشخیص داده و با استفاده از آزمون انتخاب‌های گسسته بتوانیم دیدگاه‌های بیماران در این رابطه را اولویت بندی کنیم.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی بود که در مقطع زمانی سال ۱۳۹۱ با هدف شناخت اولویت‌های بیماران جهت دریافت خدمات با استفاده از مدل اقتصادسنجی لاجستیک در مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) شهر تهران انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل تمام بیماران بستری شده در مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) در سال ۱۳۹۱ و نمونه پژوهش بر اساس فرمول نمونه‌گیری کوکران ۳۳۰ نفر (بصورت طبقه‌ای) انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان در نوبت زمانی صبح تعیین و بیماران سرپایی در نظر گرفته شدند. جمع‌آوری داده‌ها در فاصله زمانی سه ماه پایانی سال ۹۱ انجام گرفت. نمونه‌های مطالعه از ۱۴ بخش بستری شامل کلیه زنان و جنرال، کلیه مردان، گوارش، ریه، همودیالیز، دیالیز صفاقی، نورولوژی، روان‌تنی، قلب زنان، قلب مردان، عفونی زنان، عفونی مردان، پوست و بخش ضایعات نخاعی انتخاب گردیدند.

در تخمین نمونه موارد $\alpha = 0/05$ ، $d = 0/035$ و $P = 0/88$ بر اساس مطالعات پیشین به‌عنوان پیش فرض در نظر گرفته شد.

$$N = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه خود ساخته متناسب با اهداف پژوهش بود. لذا گویه‌های پرسشنامه بر اساس مرور مطالعات پیشین در زمینه کیفیت خدمات بیمارستانی

جدول ۱. مشخصه‌های کیفیت بیمارستانی به کار برده شده در مطالعه

مشخصه	مدت زمان انتظار از هنگام ورود تا زمان بستری شدن	میزان رسیدگی به بیمار هنگام بستری در بخش	نوع معاینه	برخورد پرسنل	نظافت بخش و سرویس‌های بهداشتی
سطوح	نیم ساعت	زیاد	معاینه کامل	دوستانه	اغلب تمیز
	دو ساعت	متوسط	معاینه ناقص	بی‌تفاوت	گاهی تمیز
	پنج ساعت	کم			

یافته‌ها:

مورد مطالعه مرد بودند و ۶۰ درصد از افراد پاسخگو نیز حداقل سطح تحصیلات دانشگاهی را دارا بودند (جدول ۲).

تمامی ۳۳۰ نفر با تکمیل پرسشنامه در مطالعه شرکت نمودند (نرخ پاسخگویی = ۱۰۰ درصد). ۵۷ درصد از بیماران

جدول ۲. فراوانی افراد شرکت کننده در مطالعه بر اساس جنسیت و تحصیلات

متغیر دموگرافیک	تعداد	درصد
جنس		
مرد	۱۸۸	۵۷٪
زن	۱۴۲	۴۳٪
بی سواد	۲۰	۶٪
تحصیلات		
دیپلم	۱۱۲	۳۴٪
دانشگاهی	۱۹۸	۶۰٪

پایین باشد (۱۷). در این مدل ضریب تعیین (R2) های زیر به دست آمد:

Cragg-Uhler(Nagelkerke) R2= 0.188
Efron's R2= 0.142
McFadden's R2= 0.111
McKelvey&Zavoina's R2= 0.181
ML (Cox-Snell) R2= 0.140

برای آزمون معنی داری کلی مدل، از آزمون تخمین حداکثر درست نمایی استفاده شد که از توزیع کای دو پیروی می کند. آزمون معنی داری کلی مدل نشان داد که بر اساس آزمون LR مدل معنی دار بوده است. تفسیر آزمون LR و فرمول آن به صورت زیر می باشد:

$$LR = -2[L_{\text{مقید}} - L_{\text{غیرمقید}}] = 339$$

تفسیر آن این گونه است که اختلاف بین مدل تنها دارای عرض از مبدأ (مدل مقید) و مدل دارای متغیرهای وارد شده (مدل غیر مقید) در سطح اماره ۰.۰۰۱ معنی دار می باشد. یعنی این متغیرها را می توان در مدل لحاظ کرد.

Logistic regression
Number of obs = 2250
LR chi2(13) = 339.36
Prob > chi2 = 0.0000

برای محاسبه اثر نهایی مشخصه‌ها، یک سطح از مشخصه را به عنوان سطح ثابت (گروه مبنا) در نظر گرفته و اثر تغییر از این سطح به سطوح بعدی را بر مطلوبیت (متغیر مستقل) می سنجیم. همان طور که مشاهده می شود از بین مشخصه‌ها، دو مشخصه که سه سطحی بودند (مدت زمان انتظار و میزان رسیدگی به بیمار توسط کادر درمانی) هنگامی که از سطح اول به سطح دوم و نیز هنگامی که از سطح اول به سطح سوم تغییر می یابند، تأثیرات متفاوتی دارند که یقیناً اثر نهایی تغییر از سطح اول به سوم بیشتر می باشد. در ادامه مباحث و در مقایسه مطلوبیت نهایی مشخصه‌ها برای متغیرهای سه سطحی تغییر از سطح اول به سطح سوم را مد نظر قرار دادیم.

در جدول ۳ مطلوبیت نهایی مشخصه‌ها که نشان دهنده ترجیحات بیماران جامعه پژوهش در مراجعه به بیمارستان و دریافت خدمات بیمارستانی به ترتیب اولویت می باشد، نشان داده شده است.

همچنین مشخص شد که اکثر افراد پس از مقایسه سناریوها، بیمارستان الف را برای دریافت خدمت انتخاب کرده اند. در این بیمارستان رسیدگی به بیمار حین درمان کم بوده، برخورد پرسنل خوب نبوده، سرویس های بهداشتی و بخش نظافت خوبی نداشته، اما در این بیمارستان معاینه کامل صورت می گرفته و زمان انتظار در حداقل ممکن (نیم ساعت) بوده است.

در نهایت بعد از تخمین مدل به روش لاجیت مشخص شد که از بین متغیرهای پژوهش، متغیر زمان انتظار در هر ۲ سطح ارتباط آماری معنی دار داشته؛ همچنین مشخصه های نوع معاینه و زمان انتظار نیز معنی دار بودند ($P < 0.05$). اما دو مشخصه میزان رسیدگی به بیمار توسط کادر درمانی و نظافت بخش و سرویس های بهداشتی از لحاظ آماری معنی دار نبود.

در پژوهش های کیفی، به منظور تفسیر میزان ارتباط بین هر کدام از متغیرهای توضیحی با متغیر وابسته، باید از مفهومی تحت عنوان اثر نهایی استفاده شود. یعنی در این گونه مطالعات استفاده از ضرایب برای بررسی میزان ارتباط بین هر کدام از متغیرهای توضیحی با متغیر وابسته موضوعیت ندارد. به لحاظ مفهومی، این اثر نهایی نشان دهنده جهت و میزان تغییر در متغیر وابسته به ازای یک واحد تغییر در متغیر توضیحی است. بدین معنی که اگر هر کدام از متغیرهای توضیحی یک واحد تغییر نمایند، متغیر وابسته چند واحد و در کدام جهت تغییر می کند (۱۶). در مدل هایی با متغیر وابسته منقسم به دو گروه، بررسی R2 محاسباتی ارزش چندانی نخواهد داشت. عموماً برای چنین مدل هایی مقدار R2 محاسباتی بسیار پائین تر از یک خواهد بود. همچنین همیشه ضریب تعیین در مطالعات سری زمانی بالا می باشد. چون در اشخاص یکسان در طول زمان در نظر گرفته می شوند و با گذشت زمان روند حرکت برای اشخاص یکسان حفظ شده و همبستگی و ضریب تعیین بالا می رود. اما در مطالعات مقطعی اشخاص مختلف در واحد زمان یکسان در نظر گرفته می شوند و با افزایش حجم نمونه تنوع نظرات افزایش می یابد و طبیعی است که ضریب تعیین مدل کاهش یابد. به گونه ای که ضریب تعیین برای مطالعات مقطعی ۰.۱ تا ۰.۳ طبیعی می باشد. بنابراین در این مطالعه که از نوع کیفی و مقطعی بود، طبیعی است که ضریب تعیین

جدول ۳. مطلوبیت نهایی متغیرها

مشخصه	نوع معاینه	مدت زمان انتظار از هنگام ورود تا زمان بستری شدن	میزان رسیدگی به بیمار هنگام بستری در بخش	برخورد پرسنل	نظافت بخش و سرویس های بهداشتی
مطلوبیت نهایی	۰.۳۹۸۲۷۱۳	-۰.۲۱۴۵۶۲	۰.۱۰۳۸۱۲۶	۰.۰۸۷۰۵۲	۰.۰۱۴۴۱۸۱

محاسبات مطلوبیت نهایی مشخصه ها نشان می دهد که نوع معاینه، اولویت اول را در دریافت خدمات بیمارستانی دارد و نظافت بخش و سرویس های بهداشتی دارای آخرین اولویت می باشد. در مورد مشخصه زمان انتظار بین ورود به بیمارستان تا زمان بستری شدن، علامت منفی نشان دهنده تأثیر معکوس این مشخصه بر ترجیحات بیماران می باشد. یعنی هر چه زمان انتظار کمتر شود، مطلوبیت بیماران در دریافت خدمات افزایش می یابد و برعکس.

بحث

مدل های انتخاب های گسسته و انتخاب های بیان شده، در حیطه های مختلف مانند بازاریابی و حمل و نقل، و سلامت برای مطالعه رفتار افراد به کار می رود. از سوی دیگر ترجیحات افراد دریافت کننده خدمات سلامتی نیز باید مورد توجه سیاست گذاران بخش بهداشت و درمان قرار گیرد (۱۸). نتایج پژوهش نشان داد که اولویت بیماران در دریافت خدمات بیمارستانی به ترتیب به نوع معاینه، مدت زمان انتظار از هنگام ورود به بیمارستان تا زمان بستری شدن، میزان رسیدگی به بیمار توسط کادر درمانی هنگام بستری در بخش، برخورد پرسنل و در نهایت نظافت بخش و سرویس های بهداشتی اختصاص داشت. نتایج این مطالعه با مطالعه هانسون (Hanson) همخوانی دارد. در مطالعه هانسون براساس دیدگاه بیماران، کیفیت معاینه مهمترین مشخصه کیفیت بیمارستان می باشد (ضریب = ۲/۷۸) (۱۹). هدف اصلی از مراجعه بیمار به بیمارستان دریافت خدمت یعنی معاینه و درمان بیمار می باشد. به عبارتی می توان دریافت خدمت و معاینه را هدف نهایی از مراجعه به بیمارستان نامید. در مطالعه جرارد (Gerard)، ارتباط با پزشک برای بیمار با ضریب ۰/۶۹۰ مهمترین اولویت را داشته و پس از آن ارتباط با پرستار با ضریب ۰/۶۲۶ و سپس آگاهی از زمان انتظار جهت بستری شدن با ضریب ۰/۰۰۵ اولویت سوم را برای بیماران به همراه داشته است (۲۰). بر اساس مطالعه راتکلیف (Ratcliffe)، اولویت بیماران به ترتیب متعلق به مقدار زمانی که دکتر به صحبت های بیماران گوش می دهد، مؤثر بودن درمان و هزینه مسافرت برای درمان آسم بود (۲۱). با توجه به نتایج مطالعات مذکور، گزینه مؤثر بودن درمان مستقیماً و گزینه مقدار زمانی که پزشک به صحبت های بیماران گوش می دهد، به طور غیر مستقیم به نوع درمان مربوط می شوند

که در پژوهش حاضر بیشترین اهمیت را از دیدگاه بیماران داشته است. البته مشخصه مقدار زمانی که پزشک به صحبت های بیماران گوش می دهد به برخورد پرسنل هم مرتبط می باشد که در پژوهش حاضر اولویت چهارم را داشته است که دلیل این اختلاف می تواند این باشد که در پژوهش راتکلیف تنها بیماران بیماری خاص (ورم جمجمه) اظهار نظر کردند که شاید در این بیماری مزمن این مشخصه اولویت بیشتری نسبت به دیگر بیماری ها داشته باشد (۲۱). اولویت سوم بیماران میزان رسیدگی به بیمار توسط کادر درمانی هنگام بستری در بخش بود. اهمیت این موضع در مطالعات متعدد نشان داده شده است؛ به طوری که اختصاص زمان کافی به بیمار و ارائه اطلاعات مناسب به بیمار نقش مهمی در ارتقای کیفیت خدمات درمانی از دیدگاه بیمار دارد؛ به طوری که با افزایش زمان معالجه بیمار و ارائه توضیحات در خصوص وضعیت بیماری و گزینه های مختلف درمان، دیدگاه بیمار در خصوص میزان اهمیت فردی اختصاص داده شده به خود را افزایش و از جنبه احترام و پاسخ گویی که اهمیت زیادی از نظر بیمار دارد، میزان بالاتر رضایت از کیفیت خدمات را نشان می دهد (۲۲-۲۳). در مورد مشخصه مدت زمان انتظار از هنگام ورود به بیمارستان تا زمان بستری شدن نیز می توان گفت که همیشه زمان انتظار یک موضوع مهم برای بیماران مخصوصاً در بیماری های حاد می باشد. اهمیت زمان انتظار برای بیماران جهت تعیین تکلیف شدن در مطالعات هجز (Hedges) (۲۴) و بودرکس (Boudreaux) (۲۵) تأیید شده است. هر چند در مطالعه هانسون (۱۹) و طیری (۱۶) زمان انتظار اولویت بالایی نداشت اما شاید بتوان دلیل اولویت بالای زمان انتظار در این پژوهش بر خلاف مطالعات گذشته را این موضوع دانست که این مطالعه در یک بیمارستان عمومی با تعداد زیاد بیماران حاد و اورژانس انجام شد و مطمئناً برای بیماران اورژانسی زمان انتظار آن ها یک موضوع مهم نسبت به بیماران مزمن می باشد.

از بین مشخصه های کیفی خدمات بیمارستانی، مشخصه نوع معاینه ($P=0/000$) رابطه آماری معنی داری با مطلوبیت افراد دارد. به طوری که اگر این مشخصه یک درصد تغییر کند، مطلوبیت افراد ۳/۹ درصد در همان جهت تغییر می یابد. بنابراین واضح است که نوع معاینه برای بیمار حائز اهمیت می باشد. در مطالعه هانسون در زامبیا نیز رابطه معنی داری بین معاینه دقیق و ارتباط پزشک با بیمار و میزان مطلوبیت

است (۲۲). در مطالعه جرارد [Gerard] (۲۰) ضریب این مشخصه ۰/۶۲۶ تعیین گردید که رابطه آماری معنی داری را با میزان مطلوبیت افراد نشان می‌داد و یک واحد تغییر در این مشخصه، مطلوبیت را ۶۲ واحد تغییر می‌دهد.

نرخ نهایی جانشینی بیانگر تعداد واحد تغییرات در یک مشخصه به ازای یک واحد تغییر در یک مشخصه دیگر است. به عبارتی دیگر در خصوص مطالعه کیفیت خدمات بیمارستان از دیدگاه بیمار، می‌توان این‌گونه استنباط نمود که اگر بیمار یک واحد از یک مشخصه از دست بدهد، چند واحد از سایر مشخصه‌ها به دست خواهد آورد. طبیعتاً هر چه مشخصه‌ای مطلوبیت بیشتری برای بیمار داشته باشد، نرخ نهایی جانشینی بالاتری خواهد داشت و برعکس (۱۷). در این پژوهش بیشترین میزان نرخ نهایی جانشینی مربوط به دو مشخصه نوع درمان که بالاترین مطلوبیت را داشت و نظافت بخش و سرویس‌های بهداشتی که کمترین مطلوبیت را داشت، و به میزان ۲۷/۶ بود و مفهوم آن این است که بیمار حاضر است یک واحد از مشخصه نظافت بخش و سرویس‌های بهداشتی را از دست بدهد (نظافت بخش و سرویس‌های بهداشتی کمتری داشته باشد) اما به جای آن ۲۷/۶ واحد از مشخصه نوع درمان را به دست بیاورد. کمترین میزان نرخ نهایی جانشینی نیز مربوط به دو مشخصه میزان رسیدگی به بیمار توسط کادر درمانی هنگام بستری در بخش و برخورد پرسنل بوده است. به طوری که بیمار ۱/۲۰ واحد از مشخصه میزان رسیدگی به بیمار توسط کادر درمانی هنگام بستری در بخش را در قبال یک واحد برخورد پرسنل به دست می‌آورد. این دو مشخصه اولویت‌های سوم و چهارم را از نظر بیماران داشتند. در مطالعه هانسون نرخ نهایی جانشینی بین مشخصه‌ها تعیین شد و نتایج آن نشان داد که نرخ نهایی جانشینی بین معاینه کامل توسط پزشک و وجود داروهای مورد نیاز در بخش ۳/۰۵ می‌باشد. همچنین نرخ نهایی جانشینی بین معاینه کامل توسط پزشک و زمان انتظار ۱۳/۹ می‌باشد و این نرخ بین معاینه کامل توسط پزشک و رفتار دوستانه و دلسوزانه پرسنل ۱/۸۴ تخمین زده شده است (۱۹).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انجام پژوهش در یک بیمارستان با بخش‌های بستری مشخص اشاره نمود، به طوری که تعمیم نتایج این مطالعه به جوامع آماری بزرگتر را دشوار نموده است و شاید بتوان دلیل این محدودیت را لزوم انجام پژوهش در کلیه بخش‌های بستری و در نظر گرفتن شرایط مختلف تمامی بخش‌های بستری دانست.

وجود داشت. به طوری که تغییر یک واحد در معاینه پزشک میزان مطلوبیت را به اندازه ۲/۷۸ واحد تغییر خواهد داد (۱۸). مشخصه مدت زمان انتظار از هنگام ورود به بیمارستان تا زمان بستری شدن نیز از دیگر مشخصه‌هایی است که رابطه آماری معنی داری با مطلوبیت جامعه پژوهش داشت ($P=0/000$)؛ به طوری که یک درصد کاهش در مقدار این مشخصه، منجر به افزایش مطلوبیت افراد به میزان ۲/۱ درصد می‌شود. مدت زمان طولانی جهت بستری شدن، مطلوبیت افراد را کاهش می‌دهد. مطالعه هانسون در زامبیا ضریب تغییر در مطلوبیت به ازای یک واحد تغییر در زمان انتظار بین پذیرش تا بستری شدن را ۰/۰۹ تخمین زده است (۱۹). همچنین مطالعه جرارد نشان داد که با وجود ضریب ۰/۰۰۵ رابطه معناداری بین این مشخصه و میزان مطلوبیت وجود دارد (۲۰) و در نهایت مطالعه رایان (Ryan) در انگلیس نیز این نتیجه‌گیری را تأیید می‌کند و ضریب تعیین شده در این مطالعه عدد ۰/۴۵۱ می‌باشد (۱۵). نتیجه کلی که در تمام تحقیقات اشاره شده نیز نمایان است، این می‌باشد که کاهش زمان انتظار برای بستری شدن و دریافت خدمات بیمارستانی از دید بیماران حائز اهمیت بوده و بر میزان مطلوبیت آنها تأثیر گذار است.

در نهایت از بین متغیرهایی که ارتباط آماری معنی داری با مطلوبیت داشتند، مشخص گردید که یک درصد تغییر در مشخصه برخورد پرسنل، منجر به تغییر ۰/۸ درصدی در مطلوبیت افراد در همان جهت شده است ($P=0/001$). مشخص است که تغییر رفتار پرسنل از حالت بی تفاوت به دوستانه همواره باعث افزایش مطلوبیت بیماران می‌شود. همان‌طور که مطالعه هانسون (۱۹) نشان داد که رفتار دوستانه پرسنل اولویت دوم را از دیدگاه بیماران دارا می‌باشد. تمیزی و نظافت بخش و سرویس‌های بهداشتی ($P=0/629$) و میزان رسیدگی به بیمار توسط کادر درمانی ($P=0/063$) از دیگر مشخصه‌های موجود در مطالعه بودند که ارتباط آن‌ها با میزان مطلوبیت افراد سنجیده شد. ولی ثابت شد که ارتباط آماری معنی داری بین آن‌ها و میزان مطلوبیت وجود ندارد. نتایج تحقیق نشان داد که افزایش تمیزی و نظافت بخش و سرویس‌های بهداشتی به میزان یک درصد منجر به افزایش ۰/۱ درصدی مطلوبیت می‌گردد. در مطالعه هانسون رابطه منفی آماری بین میزان نظافت بخش‌ها و سرویس‌ها و مطلوبیت وجود داشت به طوری که ضریب آن معادل ۰/۰۲- برآورد گردید (۱۹). همچنین در این مطالعه افزایش یک درصدی در میزان رسیدگی به بیمار توسط کادر درمانی، باعث افزایش یک درصدی در مطلوبیت بیماران می‌شود. اما مطالعه طباری نشان داد که یک درصد تغییر در مشخصه رسیدگی و مراقبت از بیمار هنگام بستری منجر به تغییر ۶/۸ درصدی در مطلوبیت افراد در همان جهت شده

نتیجه گیری

بر اساس مهم‌ترین نتایج پژوهش، اولویت بیماران در دریافت خدمات بیمارستانی به ترتیب به نوع معاینه، مدت زمان انتظار از هنگام ورود به بیمارستان تا زمان بستری شدن، میزان رسیدگی به بیمار توسط کادر درمانی هنگام بستری در بخش، برخورد پرسنل و در نهایت نظافت بخش و سرویس‌های بهداشتی اختصاص داشت. بنابراین بیمارستان به منظور جلب رضایت بالاتر بیماران، می‌تواند نسبت به به‌کارگیری عملی راهکارهای طبابت بالینی، تنظیم و ارائه جریان مراقبت به بیمار، آموزش کارکنان در خصوص همدلی با بیماران و زیبا سازی محیط بیمارستان اقدام نماید. می‌توان اظهار داشت که به منظور افزایش مطلوبیت بیماران در مراجعه به بیمارستان‌ها و دریافت خدمات و با توجه به در نظر گرفتن ترجیحات بیماران، نیاز است مدیران بیمارستان‌ها بر اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت تأکید داشته باشند. در

این زمینه انجام پژوهش‌هایی در زمینه زمان انتظار ورود تا پذیرش و رسیدگی به بیمار و چگونگی برخورد کادر درمانی، اداری و خدماتی بیمارستان با بیماران پیشنهاد می‌گردد.

تضاد منافع

نویسندگان هرگونه تعارض منافع در تمامی مراحل انجام پژوهش را رد می‌نمایند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از مدیریت محترم مجتمع بیمارستانی امام خمینی(ره) تهران و تمامی مراجعینی که با صبر و شکیبایی به سؤالات این پژوهش جواب دادند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. Bjorngaard JH, Ruud T, Garratt A, Hatling T. Patients' Experiences and Clinicians' Ratings of the Quality of Outpatient Teams in Psychiatric Care Units in Norway. *PSYCHIATRIC SERVICES* 2007;58(8): 1102-1107. doi:10.1176/ps.2007.58.8.1102, PMID: 17664522.
2. Rocha LRM, Veiga DF, Oliveira PR, Song EH, Ferreira LM. Health service quality scale: Brazilian Portuguese translation, reliability and validity. *BMC Health Services Research* 2013; 13:24. doi: 10.1186/1472-6963-13-24. PMID: 23327598.
3. Soufi G, Belayachi J, Himmich S, Ahid S, Soufi M, Zekraoui A, et al. Patient satisfaction in an acute medicine department in Morocco. *BMC Health Services Research* 2010; 10:149. doi:10.1186/1472-6963-10-149 [Persian].
4. Ebrahimnia M, Amerium A, Azizabadi Farahani M, Khodami Vishte HR. [Satisfaction rate of hospitalized patients in military hospitals from presented services]. *Journal of Military Medicine* 2010; 12 (2) :101-105 [Persian].
5. Schulmeister L, Quiett K, Mayer K. Quality of life, quality of care, and patient satisfaction: perceptions of patient undergoing outpatient autologous stemcell transplantation. *Oncology Nursing Forum* 2005; 32(1): 57-67. doi: 10.1188/05.ONF.57-67, PMID: 15660144
6. Arab M, Ghazi Tabatabaei SM, Rashidian A, Rahimi Forushani A, Zarei E. Service quality of private hospitals: the Iranian patients' perspective. *Iran. BMC Health Serv Res.* 2012; 12: 31. doi: 10.1186/1472-6963-12-31. PMID: 22299830 [Persian].
7. Kazemi M, Fanudi S. [The Study And Analysis of Effective Factors on Patients Satisfaction Due to Hospital Service Quality]. *MODIRIAT-E-FARDA* 2009; 8(21):66-73 [Persian].
8. Azami A, Akbarzadeh K. [Baresi Rezayat Bimaran Az Khadamate Erae Shode Dar Bimarestanhaye Shahre Ilam]. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2004; 12(44-45): 10-16 [Persian].
9. Wikehult B, Ekselius L, Gerdin B, Willebrand M. Prediction of patient satisfaction with care one year after burn. *Burns* 2008; 35(2):194-200. doi: 10.1016/j.burns.2008.09.001. PMID: 19070969.
10. Ancarani A, Di Mauro C, Giammanco MD. How are organizational climate models and patient satisfaction related? A competing value framework approach. *Social Science and Medicine* 2009;69:1913-18. doi: 10.1016/j.socscimed. 2009. 09.033. PMID: 19850393.
11. Baradaran Kazemzadeh R, Sepehri M, Firouzi Jahantigh F. [Department of Industrial Engineering, Faculty of Engineering, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran]. *jhosp.* 2014; 12 (4) :41-50 [Persian].
12. Hekmatpo D, Sorani M, Farazi A, Fallahi Z, Lashgarara B. [A survey on the quality of medical services in teaching hospitals of Arak University of Medical Sciences with SERVQUAL model in Arak, 2010]. *Arak Medical University Journal (AMUJ)* 2012; 15(66): 1-9 [Persian].
13. Jones AM. *The Elgar Companion to Health Economics* (Elgar Original Reference). Cheltenham: Edward Elgar Publishing Ltd, 2006:405.

14. Ahmadvand AR. [World Health Report of 2000]. institute of EBNESINA. First Edition. 2003: 65-68.
15. Ryan M, Bate A, Eastmond C, Ludbrook A. Use of discrete choice experiments to elicit preferences. *Qual Health Care* 2001; 10(Suppl 1): 55-60. doi: 10.1136/qhc.0100055. PMID: PMC1765744.
16. Tayari Dehbaraz N. [Preferences for hospital quality in Bandar abas according to patient perspective using discrete choice experiment]. MSc Disseration, Tehran University of Medical Sciences 2010: 3 [Persian].
17. Gujarati DN. [Basic Econometrics]. Abrishami H. 7th edition, Tehran, University of Tehran, 2010.
18. Azari R, Bahaalipour Mouziraji F, Sharif nia H, Amini J, Akbari S. [A Comparative Study on Patient Satisfaction with Hospital Services in Amol]. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty* 2011; 9(3) :1-8.
19. Hanson K, McPake B , Nakamba P, Archard L. Preferences for hospital quality in Zambia: results from a discrete choice experiment. *Health Econ* 2005;14(7):687-701. doi: 10.1002/hec.959, PMID: 15619273.
20. Gerard K and Lattimer V. Preferences of patients for emergency services available during usual GP surgery hours: a discrete choice experiment. *Family Practice* 2005; 22: 28-36. doi: 10.1093/fampra/cmh623 PMID: 15528284
21. Ratcliffe J, Van Haselen R, Buxton M, Hardy K, Colehan J, Partridge M. Assessing patients' preferences for characteristics associated with homeopathic and conventional treatment of asthma: a conjoint analysis study. *Thorax* 2002;57(6):503-8. doi:10.1136/thorax.57.6.503. PMID: 12037224.
22. Farmahini Farahani M, Kashaninia Z, Hosaini MA, Biglarian A. [Tasire amoozeshe maharathaye ertabati be parastaran bar rezayatmandye bimaran az nahveye barghararye ertebat]. *Iranian Journal of Nursing Research* 2007; 1(3): 47-54 [Persian].
23. Williams A, Harris MF, Daffurn K, Davies GP, Pascoe Sh, Zwar N. Sustaining Chronic Disease Management in Primary Care: Lessons from a Demonstration Project. *Australian Journal of Primary Health* 2007;13(2): 121-8. doi:10.1071/PY07030.
24. Hedges JR, Trout A, Magnusson AR. Satisfied patients exiting the emergency department (SPEED) study. *Acad Emerg Med* 2002; 9(1):15-21. doi: 10.1197/aemj.9.1.15, PMID: 11772664.
25. Boudreaux ED, Friedman J, Chansky ME, Baumann BM. Emergency department patient satisfaction: examining the role of acuity. *Acad Emerg Med* 2004; 11(2):162-8. doi: 10.1111/j.1553-2712.2004.tb01428.x, PMID: 14759959.