مجله ره آورد سلامت،دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۳۹۶ http://Rsj.iums.ac.ir مقاله اصیل

ارتباط زمان ویزیت بیماران سرپایی و کیفیت درک شده توسط بیماران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

فرزاد فرجی‌خیاوی: دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. Faraji-f@ajums.ac.ir

***محمد قلی پور:** کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اداره کل سازمان های مردم نهاد سلامت، معاونت اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران (* مولف مسئول). Qolipour.m@ajums.ac.ir

زهرا دشتی نژاد: کارشناس هوشبری، گروه هوشبری، بیمارستان بازرگانان، تهران، ایران. Zahradashtinejad90@gmail.com

ایمان میر: دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. Mir.i@ajums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: استفاده صحیح و مناسب از زمان برای یک ویزیت مطلوب و مؤثر ضروری است. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط زمان ویزیت و کیفیت خدمات ویزیت بیماران سرپایی در بیمارستان‌های آموزشی اهواز در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش کار: مطالعه به صورت توصیفی-مقطعی روی ۵۵۰ بیمار سرپایی مراجعه‌کننده به پزشکان بیمارستان‌های آموزشی اهواز انجام پذیرفت. کیفیت درک شده با استفاده پرسشنامه محقق ساخته ارزیابی و زمان ویزیت هر بیمار اندازه‌گیری شد و برای تحلیل آن از همبستگی و رگرسیون استفاده شد.

یافته ها: میانگین کلی زمان ویزیت و کیفیت درک شده به ترتیب ۱/۴۰±۴/۸۸ دقیقه و ۰/۳۸±۲/۹۶ بود. بیشترین و کمترین میانگین زمان ویزیت بیمار به ترتیب مربوط به تخصص روانپزشکی با ۸/۶۱ دقیقه و پزشک عمومی با ۳/۴۰ دقیقه بود. بیشترین و کمترین امتیاز کیفیت درک شده به ترتیب مربوط به متخصصان روان‌پزشکی (۰/۳۴±۳/۳۱) متخصصان مسمومیت (۰/۳۴±۲/۶۷) بود. بین زمان ویزیت بیمار با "ارتباط و تعامل"، "داشتن اختیار"، "استمرار خدمات"، "احترام"، "ایمنی"، "پیشگیری"، "اعتماد" و نیز کیفیت کلی درک شده همبستگی معنی‌دار وجود داشت. برازش معادله رگرسیون، رابطه خطی بین زمان ویزیت و کیفیت خدمات ویزیت ادراکی توسط بیمار سرپایی را تایید نمود.

نتیجه گیری: افزایش زمان ویزیت بیماران سرپایی، کیفیت درک شده توسط بیمار را در تمامی ابعاد ویزیت بالا می‌برد، ارائه برنامه زمانی مشخص در بیمارستان‌های دولتی و افزایش تعداد پزشکان با ارائه تسهیلات ترغیب کننده برای آنان، موجب بهبود زمان ویزیت و کیفیت درک شده خواهد شد.

کلید واژه ها: بیماران سرپایی، بیمارستان، زمان ویزیت، کیفیت خدمات ادراکی

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

مقدمه

بخش سرپایی به عنوان اولین نقطه تماس بیمار با بیمارستان، غربالگر بیماران جهت اعزام به بخش‌های بستری و ویترین بیمارستان معرفی می‌گردد. خدمات سرپایی پل ارتباطی بیمارستان با شبکه بهداشت و درمان، پزشکان خانواده، بخش فوریت‌های پزشکی و بخش‌های بستری بیمارستان است (۱, ۲). نتایج حاصل از یک پژوهش در تهران نشان می‌دهد که تنها ۱۵/۸ درصد از بیماران در بیمارستان پذیرش و ۸۳/۳ درصد آن‌ها با انجام اقدامات سرپایی مرخص می‌شوند (۳).

مدیریت مرکز بیماران سرپایی همواره با مشکلاتی از قبیل زمان انتظار طولانی بیماران و مهم‌تر از آن زمان مشاوره و دریافت خدمت کمتر از زمان انتظار توسط بیمار روبرو می‌باشد (۴). استفاده صحیح و مناسب از زمان برای یک ویزیت مطلوب و مؤثر ضروری است به طوری که مشاوره طولانی‌تر، بازده بیشتری دارد و نیاز بیمار به ویزیت-های بعدی را کمتر می‌کند (۵). سن و طبقه اجتماعی بیمار، مشکلات روحی، روانی و مسائل رفتاری در بیمار، تعداد بیماران در اتاق انتظار و ویژگی‌های مربوط به پزشک مانند سن پزشک، جنس پزشک، نگرش پزشک به مشکلات روحی و روانی بیشترین تاثیر را در زمان ویزیت دارند. همچنین پزشکان برای بیمارانی که مشکلات جدیدی مطرح می‌کنند نسبت به بیمارانی که از مشکلات بحث شده قبلی شاکی هستند، وقت بیشتری اختصاص می‌دهند. ویزیت پزشک با زمان بیشتر، احتمال تجویز دارو توسط پزشک را نیز کمتر می‌کند (۶, ۷).

دربرنامه چهارم دستورالعمل طرح تحول نظام سلامت کشور نیز، یکی از اجزای سه گانه کیفیت خدمات ویزیت رعایت زمان ویزیت استاندارد می‌باشد به طوری که استاندارد ویزیت با توجه به بار مراجعه بالا در مراکز دولتی برای کلیه مشمولین ۸ بیمار در هر ساعت و برای گروه روانپزشکی ۶ بیمار در ساعت می‌باشد (۵). نتایج یک پژوهش در انگلستان نشان داد که متخصصان در درمانگاه-های تخصصی به طور میانگین ۳۷ دقیقه برای بیماران جدید و ۲۹ دقیقه برای بیمارانی که برای پیگیری معالجات خود مراجعه کرده بودند وقت صرف می‌کردند. همچنین در درمانگاه‌های عمومی، پزشکان ۲۳ دقیقه برای بیماران جدید وقت صرف می‌کردند (۸). نتایج مطالعه‌ای با هدف بررسی نقش مدیریت مشارکتی در بهبود زمان مشاوره و رضایتمندی بیماران سرپایی بیمارستان رازی تهران نشان داد زمان مشاوره پزشک و رضایتمندی بیماران از خدمات بیمارستانی قبل از استفاده از مدیریت مشارکتی ۴/۳۴ دقیقه و ۳/۳۷ از ۵ امتیاز (درجه ضعیف رضایتمندی) بود که بعد از مداخله به ترتیب به ۵/۶ دقیقه و ۳/۸۴ از ۵ امتیاز (درجه متوسط رضایت مندی) تغییریافته بود (۹).

در بخش بهداشت و درمان به لحاظ اهمیت نوع خدمات و سروکار داشتن با جان انسان‌ها، اعتلای کیفیت و تضمین آن و نیز نگهداشت، بهبود و ارتقای سطح خدمات بهداشتی درمانی و پاسخگویی به نیازهای افراد، از خواسته‌های جامعه بوده و این مسئله به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی کشورها محسوب می‌شود (۱۰, ۱۱). کیفیت خدمات، عامل متمایز کننده و قدرتمندترین اسلحه رقابتی است که بسیاری از سازمان‌های ارائه دهنده خدمت به مردم در اختیار دارند. امروزه ارائه کیفیت خدمات برتر از طریق حفظ کیفیت بالا پیش نیاز موفقیت سازمان‌های خدماتی به شمار می آید. لذا حرکت به سوی تضمین کیفیت خدمات از سوی متوالیان سلامت اجتناب ناپذیر است (۱۱).

در دنیای رقابت خدمات پزشکی، اهمیت روزافزونی به رضایت بیمار و کیفیت خدمات داده می شود. به طوری که بیماران ناراضی دستورات پزشک را کمتر اجرا می‌کنند که این امر سبب کاهش علائم بهبود بیمار و افزایش احتمال تغییر سیستم درمانی توسط پزشک می‌شود (۱۲). رضایت بیمار تحت تأثیر پزشک و عوامل غیر پزشکی مربوط به

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

پزشک است (۱۳). یکی از روش‌هایی که غالبا در تعیین و ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، ابزار سروکوال است که توسط پاراسورامان ابداع گردید (۱۴). درجه تفاوت بین انتظارهای مشتری و ادراک وی از خدمت ارائه شده، شکاف کیفیت خدمت می‌باشد (۱۵). با تعیین شکاف بین ادراکات و انتظارات مشتریان از کیفیت خدمات ارائه شده به آنان، می‌توان فرآیند ارائه خدمات را بهبود بخشید (۱۶). **Arasli** و همکاران (۲۰۰۸) بررسی مداخله‌ای جهت تعیین کیفیت خدمات در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی قبرس انجام دادند، در این پژوهش کیفیت خدمات بیمارستانی مورد مطالعه قرار گرفت و نتایج این پژوهش نشان داد هیچ یک از بیمارستان-های دولتی و خصوصی نتوانسته‌اند انتظارات بیماران بستری را برآورده سازند (۱۷).

باتوجه به اینکه رعایت زمان استاندارد ویزیت جزو پایه-های کیفیت ویزیت سرپایی بوده و افزایش کیفیت خدمات ویزیت سرپایی از اولویت‌های اصلی طرح تحول نظام سلامت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است، از این رو در راستای ارتقای کیفیت ویزیت سرپایی، بررسی زمان ویزیت بیماران سرپایی که در حال حاضر به عنوان یکی از مشکلات متداول مراکز درمانی سرپایی بوده که منجر به عدم رضایت بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده می‌گردد الزامی به نظر می‌رسد. از این رو این پژوهش با هدف تعیین ارتباط زمان ویزیت با کیفیت خدمات ویزیت بیماران سرپایی در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اهواز در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع پیمایشی بوده که به صورت مقطعی در سال ۲۰۱۵ انجام شده است. جامعه مورد بررسی در این پژوهش شامل تمام مراجعان سرپایی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بودند. برای تعیین حجم نمونه، از فرمول نمونه‌گیری کوکران استفاده شد که در آن مقادیر **p**= ۰/۵، **q**= ۰/۵، **z**= ۱/۹۶ و **d**= ۰/۲ جایگذاری شد و حجم نمونه (**n**) برای هر تخصص ۲۴/۰۱ به دست آمد. به منظور جلوگیری از ریزش نمونه‌ها و از دست دادن داده‌ها، تعداد آن برابر با ۲۵ لحاظ گردید که با وجود ۲۲ تخصص موجود، تعداد نمونه کل ۵۵۰ نفر در نظر گرفته شد. پزشکانی که برای این مطالعه انتخاب شدند شامل همه تخصص‌های موجود در درمانگاه‌های تخصصی و فوق‌تخصصی سرپایی (غدد، گوش، حلق و بینی، قلب و عروق، ارولوژی، گوارش، ریه، کودکان، داخلی، مسمومیت، پوست، مغز و اعصاب، پزشک عمومی، جراحی عمومی، عفونی، ژنتیک، ارتوپدی، هماتولوژی، چشم، جراحی مغز و اعصاب، روانپزشک، زنان و زایمان و جراحی قلب و عروق) بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز بودند. با مراجعه مستقیم به درمانگاه‌ها، بدون اطلاع پزشک از هدف اصلی تحقیق، زمان ویزیت هر بیمار اندازه‌گیری شد. بعد از خروج بیمار از مطب پزشک، پرسشنامه‌ای محقق ساخته جهت سنجش ادراک و رضایت بیمار از کیفیت ویزیت ارائه شده توسط وی تکمیل گردید. پرسشنامه طراحی شده در رابطه با ادراک بیمار از کیفیت ویزیت سرپایی پزشک شامل ۷ مؤلفه ارتباط و تعامل، داشتن اختیار، استمرار خدمت، احترام، ایمنی، پیشگیری و اعتماد بود که از ۲۴ گویه تشکیل شده بود. در تعیین میزان پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که مقدار آن ۰/۸۴۴ به دست آمد (جدول ۳)، مضاف بر آنکه در خصوص روایی پرسشنامه از نظرات صاحبنظران و اساتید استفاده شد (۰/۷۵ = **CVR**). نمره‌دهی با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (برای عملکرد: خیلی ضعیف= ۱ ، عالی= ۵) صورت پذیرفت. در تفسیر نتایج میانگین امتیازات ادراک کیفیت بین ۱ تا ۲ ضعیف، ۲ تا ۳ نسبتاً ضعیف، بین ۳ تا ۴ نسبتاً مناسب و بالاتر از ۴ مناسب برآورد شد.

داده‌های مربوط به پرسشنامه دسته‌بندی و رابطه بین زمان ویزیت و پارامترهای مورد بررسی، توسط آزمون‌های

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

آماری بررسی شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، همبستگی و آزمون رگرسیون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزاری **SPSS** نسخه ۱۶تحلیل گردید.

یافته ها

در این مطالعه ۵۵۰ نفر شرکت داشتند که مشخصات جمعیتی آن‌ها به شرح جدول۱ بود.

جدول۱: وضعیت جمعیتی بیماران (تعداد نمونه ها = ۵۵۰ نفر)

متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۲۰۵	۳۷/۳
	زن	۳۴۵	۶۲/۷
تحصیلات دانشگاهی	دارد	۱۶۲	۲۹/۵
	ندارد	۳۸۸	۷۰/۵
وضعیت تاهل	متاهل	۳۵۰	۶۳/۶
	مجرد	۲۰۰	۳۶/۴
سن (سال)	زیر ۲۰	۱۱۶	۲۱/۱
	۲۰-۴۰	۱۷۷	۳۲/۲
	بالای ۴۰	۲۵۷	۴۶/۷
شهر محل اقامت	اهواز	۳۴۱	۶۲
	سایر	۲۰۹	۳۸
زبان	عربی	۲۸۷	۵۲/۲
	فارسی	۹۰	۱۶/۴
	سایر	۱۷۳	۳۱/۵

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

میانگین و انحراف معیار نمرات ادراک کل برای هر یک از ابعاد کیفیت خدمات و گویه‌های مربوط به آن از دیدگاه بیماران اندازه گیری شد که بیشترین کیفیت درک شده از سوی بیمار در گویه «ارائه اطلاعات به خانواده یا نزدیکان بیمار جهت کمک به مراقبت از وی» از بعد احترام (۱/۲۸± ۳/۴۹) و کمترین آن مربوط به گویه «امکان معرفی پزشکی در نزدیکی محل اقامت بیمار جهت اجتناب از مراجعات مکرر برای ویزیت های عادی» از بعد استمرار خدمات (۱/۰۰± ۲/۲۲) بود.

با انجام زمان‌سنجی در میان ۲۲ تخصص موجود، مشخص گردید بیشترین زمان ویزیت بیمار مربوط به تخصص روانپزشکی با میانگین ۸/۶۱ دقیقه و کمترین زمان ویزیت مربوط به پزشک عمومی با میانگین ۳/۴۰ دقیقه بود. میانگین کیفیت ادراک شده کل بر حسب هر یک از تخصص‌ها محاسبه گردید که بیشترین کیفیت درک شده توسط بیمار مربوط به تخصص روانپزشکی (نسبتا مناسب) و کمترین آن متعلق به تخصص مسمومیت (نسبتا ضعیف) بود که به شرح جدول۲ ارائه گردید.

جدول ۲: میانگین زمان ویزیت بیماران سرپایی و کیفیت ادراک شده کل بر حسب تخصص پزشکان

متخصص	ادراک کیفیت ویزیت میانگین ± انحراف معیار	زمان ویزیت میانگین ± انحراف معیار
غدد	2.97 ± .41	4.75 ± .54
گوش، حلق و بینی	3.17 ± .31	5.71 ± .91
قلب و عروق	3.19 ± .33	6.21 ± .52
ارولوژی	3.09 ± .34	5.40 ± .96
گوارش	2.96 ± .37	4.25 ± .58
ریه	3.23 ± .28	6.42 ± .43
کودکان	3.00 ± .32	4.99 ± .99
داخلی	2.71 ± .43	3.51 ± .76
مسمومیت	2.67 ± .34	3.43 ± .43
پوست	2.92 ± .35	3.79 ± .37
مغز و اعصاب	2.95 ± .36	3.79 ± .64
پزشک عمومی	2.70 ± .36	3.40 ± .32
جراحی عمومی	2.96 ± .33	4.22 ± 1.07
عفونی	2.74 ± .30	3.72 ± .25
ژنتیک	2.80 ± .27	4.34 ± .37
ارتوپدی	2.96 ± .31	6.20 ± .48
هماتولوژی	2.94 ± .33	4.16 ± .61
چشم	2.88 ± .40	6.11 ± .68
جراحی مغز و اعصاب	2.92 ± .26	4.18 ± .41
روانپزشک	3.31 ± .34	8.61 ± .88

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

زنان و زایمان	2.99 ± .34	4.59 ± .53
جراحی قلب و عروق	3.17 ± .39	5.62 ± .39
میانگین کل	2.96 ± .38	4.88 ± 1.40

میانگین کلی کیفیت درک شده توسط بیمار ۲/۹۶ بود که با توجه به دسته‌بندی امتیازات، در حد "نسبتا ضعیف" بود. برای بررسی رابطه بین دو متغیر زمان ویزیت و کیفیت درک شده ویزیت پزشک از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که به شرح جدول۳ بود.

جدول۳: آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر زمان ویزیت بیمار و کیفیت درک شده توسط بیمار

		ارتباط و تعامل	داشتن اختیار	استمرار خدمات	احترام	ایمنی	پیشگیری	اعتماد	کیفیت کلی
زمان ویزیت	همبستگی پیرسون	۰/۲۷	۰/۲۵۴	۰/۲۷۳	۰/۲۵۱	۰/۱۹۵	۰/۲۲۳	۰/۲۲۷	۰/۲۴۱
	P-value	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱

بین زمان ویزیت بیمار و ابعاد "ارتباط و تعامل"، "داشتن اختیار"، "استمرار خدمات"، "احترام"، "ایمنی"، "پیشگیری"، "اعتماد" و نیز کیفیت کلی درک شده، رابطه معنی‌دار وجود داشت.

با توجه به این که ضریب همبستگی بین متغیر زمان ویزیت و ابعاد کیفیت درک شده ویزیت سرپایی مثبت بود، لذا رابطه بین این دو از نوع مستقیم بود به طوری که با افزایش زمان ویزیت بیمار، کیفیت ویزیت درک شده توسط بیمار نیز افزایش یافته است. جهت برآورد تاثیر افزایش زمان ویزیت بر کیفیت ویزیت درک شده توسط بیمار از آزمون رگرسیون استفاده شد (جدول۴).

جدول۴: آزمون رگرسیون خطی بین متغیر زمان ویزیت و کیفیت درک شده توسط بیمار

	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		
مدل	B	خطای استاندارد میانگین	Beta	t	سطح معناداری
(مقدار ثابت)	۲/۱۴۲	۰/۱۴۷		۱۴/۵۴۹	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

زمان ویزیت	۰/۱۹	۰/۰۲۹	۰/۲۷	۶/۵۵۹	۰/۰۰۰۱

با توجه به جدول فوق، رابطه بین متغیر زمان ویزیت با کیفیت درک شده خدمات به شرح زیر بود:

$$P = 0.270T$$

فرمول فوق نشـــان داد با هر یک دقیقه افزایش در زمان ویزیت بیمار توسط پزشک، نمره کیفیت ویزیت درک شده اولیه حدود ۰/۳ واحد افزایش یافته ا ست (T زمان ویزیت و P کیفیت درک شده توسط بیمار بود).

بحث

در این پژوهش از میان ۷ مولفه موجود در پرسشنامه، بعد احترام با میانگین ۳/۲۴ و بعد پیشـگیری با میانگین ۲/۶۷ به ترتیب دارای بیشـــترین و کمترین میانگین ادراک بیماران از کیفیت بود ند. در مطالعه عجم و همکاران (۲۰۱۱) در زمینه ادراک از خدمات دریافتی، ابعاد قابلیت اطمینان و دسترسی به ترتیب دارای بیشترین و کمترین میانگین بود ند (۱۸). بیماران به علت ترس، نگرانی و استرس از پزشک معالج خود انتظار دارند توضیحات لازم در ارتباط با بیماری و سیر درمان به زبان عامیانه، به آنها ارائه دهد (۱۹). نتایج مطالعه مقبل و محمدی (۲۰۰۲) پیرامون بررسـی کیفیت خدمات در مراکز درمانی اسـتان فارس، نشـــان داد که مولفه تضـــمین خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار ا ست و در صورتی که پز شک یا پرستار فاقد مهارتهای ارتباطی لازم در این زمینه باشند بر روند ارائه خدمت، تأثیر نامطلوبی خواهند گذاشـت (۲۰). در مجموع بالا بردن ســـطح مهارتهای ارتباطی باعث افزایش کیفیت خدمات از بعد تضـمین می‌گردد که این امر با برنامه‌ریزی آموزش ضـــمن خدمت، محقق خواهد شد. علاوه بر این مدیریت بیمار ستان باید تلاش نماید تا اطلا عات مرتبط با دانش و معلو مات و توانمندی های کارکنان را به اطلاع بیماران برساند تا از این طریق اعتماد بیماران به کارکنان بیشتر شود (۲۱). در مطالعه جناآبادی و همکاران (۲۰۰۹) بیشـترین و کمترین بعد کیفیت درک شـــده به ترتیب ابعاد ملموســـات و همدلی بود. در بخش خدمات درمانی چون فرایند بر روی یک انســـان صـورت می‌پذیرد و هر انسانی دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص خود است، باید به هرکدام از آنها توجه ویژه و خاصی شود و برای جبران این شـــکاف به نظر می‌رســـد که آموزش دروس روان شناسی به خصوص روان‌شناسی، ویژگی‌های فردی می‌تواند کمک موثری باشـــد (۲۰)، از آنجا که بیماران به علت دا شتن بیماری دچار ا سترس و ناراحتی هســـتند، می‌توان با ارائه اطلاعات درســـت و به موقع در زمینه بیماری، مراحل و مدت درمان به کاهش شکاف در بعد اعتماد اقدام کرد (۲۲). بیماران مایلند مراقبت‌های درمانی را از پزشکی دریافت نمایند که به مشکلات خاص آنها توجه نموده و به ســـخنان آنان گوش می‌دهد، نه پزشـــکی که مراقبت‌های درمانی را مانند یک فرمول یا دستورالعمل به آنها تجویز می‌نماید (۲۳).

در بررسی نتایج به تفکیک تخصص‌های موجود مشخص گردید بیشـــترین میانگین ادراک کیفیت خدمات دریافتی به متخصص روانپزشکی با میانگین ۳/۳۱ و کمترین آن به متخصص مسمومیت با میانگین ۲/۶۷ تعلق داشت. باتوجه به حیطه بندی میانگین‌ها، ادراک کلی از کیفیت خدمات دریافت شده در بیمارستان‌های آموزشی در وضعیت نسبتا ضعیف (میانگین = ۲/۹۶) قرار داشت. در مطالعه جبرائیلی و همکاران (۲۰۱۰)، عجم و همکاران (۲۰۱۱) و بهادری و همکاران (۲۰۱۳) میانگین کل ادارک خدمات به ترتیب ۴/۵۰، ۳/۹۲ و ۳/۵۶ بود (۱۸, ۲۴, ۲۵).

در محاسبه میانگین زمان ویزیت توسط پزشک، میانگین کلی زمان ویزیت ۴/۸۸ دقیقه محاسبه گردید که بیشترین

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

زمان ویزیت بیمار مربوط به متخصص روانپزشکی با میانگین ۸/۶۱ دقیقه و کمترین آن مربوط به پزشک عمومی با میانگین ۳/۴۰ دقیقه بود. نتایج پژوهش Benson و Burnet (۲۰۰۰) در انگلستان نشان داد که متخصصان در درمانگاه‌های تخصصی به طور میانگین ۳۷ دقیقه برای بیماران جدید و ۲۹ دقیقه برای بیمارانی که برای پیگیری معالجات خود مراجعه کرده بودند وقت صرف می کردند. همچنین در درمانگاه های عمومی، پزشکان ۲۳ دقیقه برای بیماران جدید وقت صرف می‌کردند (۸). در مطالعه مصدق‌راد (۲۰۰۲) میانگین زمان ویزیت پزشک بعد از آموزش مدیریت مشارکتی برای هر بیمار سرپایی ۵/۰۶ دقیقه بود (۹)، آن دسته از ویژگی‌های مربوط به پزشک که بیشترین تأثیر را در زمان مشاوره دارند عبارتند از : سن پزشک، جنس پزشک، نگرش پزشک به مشکلات روحی روانی و تعداد بیماران در اتاق انتظار به مثابه ویژگی‌های مربوط به پزشک که بیشترین تأثیر را در زمان مشاوره دارند (۶).

میانگین زمان ویزیت با متغیرهایی از قبیل محل طبابت پزشک، پرسیدن تاریخچه بیماری و دارویی، تجویز دارو برای بیمار، آشنایی پزشک با سابقه بیماری فرد، تجدید نسخه‌های قبلی، بررسی نتایج پاراکلینیک و انجام معاینه فیزیکی، ارتباط معنی‌داری داشته است (۲۶). کاهش زمان ویزیت پزشک به خاطر مراجعه اکثر پزشکان بیمارستان بعد از ساعت ۱۰ صبح به بخش سرپایی بیمارستان مراجعه بود (۹).

پس از برازش معادله رگرسیون، مدل رگرسیون خطی تایید شد، بدین ترتیب که با هر یک دقیقه افزایش در زمان ویزیت بیمار، امتیاز ادراک کیفیت خدمت دریافتی تقریبا ۰/۳ واحد افزایش یافت. زمان نیز یک عنصر مهم در بعد پاسخگویی بوده و بیماران از مراکزی که زمان جلسات درمانی را با توجه به مشاغل آنان تعیین می‌کنند، سریع بیمار را مورد پذیرش قرار می‌دهند، زمان و مدت درمان را برای بیمار تعریف می‌کنند و به نظر بیمار در ارتباط با تعداد جلسات هفتگی، مدت درمان و زمان درمان توجه می‌کنند، رضایت بالاتری دارند (۲۷, ۲۸). هر چه سطح ادراک مشتریان از خدمت افزایش یابد، از کیفیت دریافت شده نیز راضی‌تر می شوند و احتمال دارد تا در آینده نیز برای دریافت خدمت مراجعه نمایند و ارائه دهنده فعلی را به دیگران نیز توصیه نماید، عدم رضایت مشتریان و ارباب رجوعان و تبلیغات منفی آنان موجب ضرر و زیان و نابودی سازمان مربوطه را فراهم می‌سازد (۲۹, ۳۰). استفاده صحیح و مناسب از زمان برای یک مشاوره مطلوب و مؤثر ضروری است . مشخص شده است که مشاوره طولانی‌تر، هم بازده بیشتری دارد و هم نیاز بیمار به مشاوره‌های بعدی را کمتر می‌کند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که زمان واقعی مشاوره، عددی بین ۱ تا ۲۹ دقیقه بوده است (۵). در نهایت از محدودیت های این مطالعه می توان به اجرای پژوهش فقط در بیمارستان های آموزشی، حجم نمونه کم، هم زبان نبودن پژوهشگران با اکثر بیماران اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد افزایش زمان ویزیت بیماران سرپایی، کیفیت درک شده توسط بیمار را در تمامی ابعاد ویزیت بالا می‌برد، لذا رعایت حد استاندارد زمان ویزیت ارائه شده در طرح تحول نظام سلامت، باعث بهبود هرچه بیشتر کیفیت خدمات غیردرمانی خدمت خواهد شد. ارائه برنامه زمانی مشخص در بیمارستان‌های دولتی و افزایش تعداد پزشکان با ارائه تسهیلات ترغیب کننده برای آنان، موجب افزایش زمان ویزیت بیماران و به طبع افزایش کیفیت درک شده از سوی بیماران خواهد شد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی دانشجویی با عنوان "ارزیابی برنامه ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اهواز در سال ۱۳۹۴" در مقطع کارشناسی

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

ارشـــد با کد ۹۳S۱۱۲ اســـت که با حمایت کمیته تحقیقات دانشـجویی دانشـگاه علوم پزشـکی و خدمات بهداشـتی درمانی جندی شاپور اهواز به انجام ر سیده ا ست. نوی سندگان مقاله از زحمات فراوان پرسـنل محترم بیمارسـتان های آموزشـی شـهر اهواز برای همکاری صمیمانه در اجرای این طرح و بیماران عزیز و محترم تشکر و قدردانی می نمایند. لازم به ذکر ا ست ر ضایت نامه کتبی از بیمار، مبنی بر انت شار این مقاله اخذ شده ا ست و نسخه آن در صورت نیاز در اختیار هیئت تحریریه فصلنامه قرار خواهد گرفت.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

منابع

.۱ MosaddeghRad A. Textbook of specialized hospital organization and management. 1st, editor. Tehran: Dibagaran; 2006.

.۲ Sadaghiani A. textbook of Hospital Organization and Management. 1st, editor. Tehran: Jahanrayane; 1999.

.۳ RanjbarEzzatabadi M, Bahrami M, Sadeghi J, Moradi M, Masoomi R, Baghiyani N, et al. Estimate the Average Waiting time to Receive Service in the Outpatient Department: A Case Study on Shahid Rahnemoon and Afshar Clinics in Yazd, Iran. Journal of School Health, Yazd. 2014;13(1):30.۹-

.۴ Najmuddin A, Ibrahim I, Ismail S. A simulation approach: improving patient waiting time for multiphase patient flow of obstetrics and gynecology department (O&G Department) in local specialist centre. WSEAS transactions on mathematics. 2010;9(10):7.۹۰-۷۸

.۵ De Silva N. The Consultation and doctor-patient communication. Family Physician. 1999;22(1):16-20.

.۶ Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. British Medical Journal. 2002;325(7362):472.

.۷ Hughes D. Consultation length and outcome in two group general practices. British Journal of General Practice. 1983;33(248):143-7.

.۸ Benson R, Burnet N. An audit of clinic consultation times in a cancer center. Clin Oncol. 2001;13(2):43-138.

.۹ Mosadeghrad A. The role of participative management in out patients' waiting time, visit time and satisfaction at razi hospital,Qazvin,Iran 2002. hakim Research Journal. 2004;7(3):14-23.

.۱۰ Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. hakim Research Journal. 2006;9(3):1-18.

.۱۱ Tabibi J, Gohari M, Shahri S, Aghababa S. Assessment Of Health Care Services In Outpatient Clinics Based On SERVQUAL Model In Hospitals Of Tehran. Journal of Tehran Faculty of Premedical 2011;5(4):49-57.

.۱۲ Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. Archives of Family Medicine. 2000;9(10):1148.

.۱۳ AfkhamEbrahimi A, NasrEsfahani M, Saghafi N. Patients' expectations and satisfaction with their treating physician. Razi journal of medical sciences. 2004;11(41):367-75.

.۱۴ Alves A, Vieira A. SERVQUAL as a Marketing Instrument to Measure Service Quality in Higher Education Institutions. Second International Conference: Product Management Challenges of the Future. 2006:18-20.

.۱۵ Kebriaei A, Akbari F, Hosseini M, Eftekhar Ardabili H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary health care in Kashan health centers. J Qazvin Univ Med Sci. 200.۸-۸۲:(۱)۳۱;۴

.۱۶ Cronin Jr JJ, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. The journal of marketing. 1992;12(8):55-68.

.۱۷ Arasli H, HaktanEkiz E, TuranKatircioglu S. Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. International Journal of health care quality Assurance. 2008;21(1):8-23.

.۱۸ Ajam M, Sadeghifar J, Anjomshoa M, Mahmoudi S, Honarvar H, Mousavi

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

SM. Assessing quality of healthcare service by the SERVQUAL model :A case study of a field hospital. Journal Mil Med. 2014;15(4):273-9.
.۱۹ Tabibi S, Kakhani M, Gohari M, Shahri S. The Relationship Between Services Quality and patient's loyalty in Tehran Public and Private Hospitals: 2009. Hospital Journal. 2009;8(3-4.۳۵:(
.۲۰ MogbelBaarz A, Mohammadi A. The study quality provided in health care centers in Fars Province. Journal of Social Sciences and Humanities: Shiraz University. 2003;19(1):54-63.
.۲۱ Esteki R, Attafar A. Quality of nursing services (contemporary level of reality and level of expectation) from nurses' viewpoint on the basis of SERVQUAL Model in Al-Zahra Hospital in Isfahan (2010). Modern Care Journal. 2012;9(2):72-9.
.۲۲ Donabedian A. The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers 'role. Quality in health care. 1992;1(4):247.
.۲۳ Madani G, Farzan A, Rabiee M. Patient satisfaction of medical and nursing services. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2010;9(3):24.
.۲۴ Jabraeily M, Rahimi B, Khodayari R, Goli Farhodi G ,Mohamadi A. Assessment of inpatient satisfaction with quality services in training centers of Urmia University of Medical Sciences with the servequal model. Health Inf Manage. 2012;7(2):19-24.
.۲۵ Bahadori M, Zaboli R, Ghanbari A. Assessing the provided service quality by the branch of the armed forces in Hamedan from the perspective of veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 2013;6(1):44-50.
.۲۶ Khouri V, Changizi S, Pourreza A, Zeinali R. General Physicians' Consultation Time Average and its effective factors in Gorgan. Payesh Research Journal. 2009;8(1):39-47.
.۲۷ Kaldenberg DO. Patient satisfaction and health status. Health marketing quarterly. 2001;18(3-4):81-101.
.۲۸ Corley M, Jacobs M. Patient satisfaction with participation in decision making. Nursing Administration Quarterly. 2000;24(20):83-6.
.۲۹ Souki GQ, Goncalves Filho C. Perceived quality, satisfaction and customer loyalty: an empirical study in the mobile phones sector in Brazil. International journal of internet and enterprise management. 2008;5(4):298-312.
.۳۰ Wong A, Sohal A. Service quality and customer loyalty perspectives on two levels of retail relationships. Journal of services marketing. 2003;17(5):495-513.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

Outpatients' visit length and perceived service quality in reaching hospitals of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences

Farzad Faraji khiavi: Assistant Professor, Department of Health Services Management, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. Faraji-f@ajums.ac.ir

Mohammad Qolipour: MSc in Health Services Management, Department of Health NGOs, Social Vice-Chancellor, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran. (*Corresponding Author). Qolipour.m@ajums.ac.ir

Zahra Dashtinejad: BSc in Anasthesia, Department of Anasthesia, Imam Khomeini Hospital, Ahvaz, Iran. Zahradashtinejad90@gmail.com

Iman Mirr: MSc student in Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. Mir.i@ajums.ac.ir

Abstract

Background and Objectives: For an effective visit, the correct and appropriate use of time is necessary. The aim of this study was to determine relationship between outpatients' visit length and perceived service quality in teaching hospitals of Ahvaz.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted participating 550 outpatients referring to teaching hospitals of Ahvaz in 2015. Each outpatients' visit length was measured and also their perceived service quality was assessed using a SERVQUAL questionnaire (Chronbach's Alpha=0.84). The data were analyzed using correlation and regression modeling.

Results: The mean of visit length and the perceived service quality were 4.88±0.12 minutes and 2.96±0.38, respectively. The longest visit time (Mean= 8.61 minutes) was related to Psychiatry. Pearson correlation test between outpatients' visit length and all dimensions of perceived service quality was significant. According to the regression formula, the linear relationship between perceived service quality and outpatient`s visit length was proved.

Conclusion: There was a relationship between outpatients' visit length and perceived service quality. Observing the health sector evolution standards about visit length could be the way to improve perceived service quality.

Keywords: outpatients, hospital, visit length, service quality

.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]