

مقایسه وضعیت بیمار محوری در بیمارستان‌های منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران از دیدگاه پرستاران و بیماران

محمد عرب^۱، پژمان حموزاده^{۲*}، مانی یوسفوند^۳، فاروق نعمانی^۴، مهسا عبدی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۱

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۲۵

چکیده:

زمینه و هدف: موضوع بیمار محوری همواره به عنوان یکی از پایه‌های اصلی کیفیت در زمینه ارائه خدمات سلامت مطرح است و می‌توان ادعا کرد بهترین پیامد را برای بیماران به ارمغان می‌آورد. این مطالعه با هدف مقایسه وضعیت بیمار محوری در بیمارستان‌های منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران از دیدگاه پرستاران و بیماران در سال ۱۳۹۳ به انجام رسید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی-تحلیلی به شیوه مقطعی در میان ۲۲۰ نفر از پرستاران (۱۰۳ نفر) و بیماران (۱۱۷ نفر) بستری در بیمارستان‌های منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته بود. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات صاحب نظران مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۶ به دست آمد. این پرسشنامه هفت بُعد بیمار محوری را مورد سنجش قرار داد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و به کمک آزمون آنالیز واریانس یک طرفه انجام گردید.

نتایج: میانگین امتیاز بیمار محوری از دیدگاه پرستاران، ۲/۷۹ و از دیدگاه بیماران ۲/۸۷ بود. از دیدگاه پرستاران و بیماران ابعاد حفظ اسرار بیمار و رعایت شأن و احترام بیمار بیشترین امتیاز و بُعد قدرت انتخاب بیمار کمترین امتیاز را به خود اختصاص دادند. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، در ابعاد کیفیت محیط ارائه خدمت و حمایت اجتماعی از بیمار تفاوت آماری معناداری بین میانگین امتیاز پرستاران و بیماران مشاهده شد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: قدرت انتخاب بیمار، کیفیت محیط و توجه سریع به عنوان اولویت‌های اقدام برای بهبود وضعیت بیمار محوری بیمارستان‌های مورد بررسی مشخص شد. توصیه می‌گردد مسئولین بیمارستان‌ها به منظور افزایش سطح رضایت‌مندی و وفاداری بیماران، این ابعاد را که در آن وضعیت نامناسبی دارند در اولویت قرار دهند.

کلمات کلیدی: بیمار محوری، بیمار، پرستار، بیمارستان عمومی، بیمارستان تخصصی

۱. استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیکی: pejman.hamouzadeh@gmail.com، تلفن تماس: ۰۹۱۴۴۴۶۹۱۶۱
۳. دانشجوی دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. دانشجوی کارشناسی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

مؤسسه پیکر^{۱۲} با همکاری دانشکده پزشکی هاروارد هفت بعد احترام به ارزش‌ها و ترجیحات بیمار؛ هماهنگی مراقبت‌ها؛ ارائه اطلاعات و آموزش؛ توجه به آسایش جسمانی؛ ارائه حمایت عاطفی؛ مشارکت خانواده و دوستان در مراقبت؛ و حصول اطمینان از تداوم مراقبت در میان ارائه‌دهندگان و محیط درمانی را در زمینه تحقق موضوع بیمار محوری شناسایی کرد (۱۳). راب و سدون^{۱۳} در تعریف بیمار محوری مفاهیم آگاهی و مشارکت بیماران، احترام به ترجیحات بیمار، درگیری بیماران در فرآیند درمان، درمان بیماران با احترام، طراحی فرآیندهای درمان مطابق با نیازهای بیماران و نه ارائه‌کننده، دسترسی راحت به اطلاعات سلامت، تداوم مراقبت را در نظر گرفتند (۱۴).

مطالعات اخیر نشان داده‌اند که مراقبت بیمارمحور دارای مزایایی از قبیل افزایش کیفیت و ایمنی مراقبت‌های بهداشتی درمانی، کاهش هزینه‌ها و افزایش میزان رضایت ارائه‌دهندگان (پزشکان و غیره) و بیماران می‌باشند (۱۵-۱۷). از دیگر مزایای مراقبت بیمار محور می‌توان به کاهش میزان مرگ‌ومیر (۱۸)، کاهش مراجعه مجدد به بخش اورژانس، کاهش اشتباهات دارویی، کاهش میزان عفونت (۱۹)، بهبود مراقبت‌های بالینی (۲۰) و بهبود وصول مطالبات بیمارستان (۲۱) اشاره کرد. مراقبت بیمار محور همچنین می‌تواند باعث افزایش کارایی بیمارستان از طریق کاهش آزمایش‌های تشخیصی و کاهش ارجاع‌های غیرضروری و کاهش میزان مدت اقامت در بیمارستان شود (۱۷، ۲۲).

در پژوهش جوادی و همکاران، میانگین نمره پاسخ‌گویی بیمارستان‌ها از دیدگاه پرستاران ۲/۳۲ و از نظر بیماران ۲/۴۸ بود (از حد اکثر ۴ نمره). پرستاران بعد محرمانگی اطلاعات بیمار با میانگین ۲/۴۱ و بیماران، بعد دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره بستری و مراقبت با میانگین ۲/۶۲ را بالاتر ارزیابی نموده‌اند (۲۳).

در مطالعه رشیدیان و همکاران، برای خدمات بستری، بالاترین امتیاز مربوط به ابعاد شرافت و کرامت انسانی و محرمانگی و اعتماد و پایین‌ترین امتیاز مربوط به استقلال و خودمختاری و کیفیت امکانات فیزیکی بود. برای خدمات سرپایی، ابعاد شرافت و کرامت انسانی و استقلال و خودمختاری بیشترین و ابعاد اقدام بلادرنگ و کیفیت امکانات فیزیکی کمترین امتیاز را به خود اختصاص دادند (۲۴). آگراوگلو و چلیک^{۱۴} در پژوهش خود به بررسی میزان پاسخگویی نظام سلامت ترکیه از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها توجه کرده‌اند. در این مطالعه، بعد محرمانگی اطلاعات بیمار بالاترین امتیاز و بعد

شیوه سنتی تصمیم‌گیری متخصصان مراقبت‌های سلامت بر این عقیده استوار بود که آن‌ها می‌دانند چه چیزی برای بیمار بهتر است (۱). در سال‌های اخیر این دیدگاه که بیماران به همراه متخصصان بر اعضای بدن، علائم و نشانه‌های آن آگاه هستند به وجود آمده و این دانش در راستای موفقیت در حوزه درمان امری ضروری می‌باشد (۲). علاوه بر این، سیاست‌گذاران مراقبت‌های سلامت و دولت‌ها می‌توانند امیدوار باشند که مشارکت فعال بیمار در امر درمان، موجب بهتر شدن فرایند خودمراقبتی وی می‌شود و در نتیجه این امر، شاهد کاهش فشار محدودیت‌های اقتصادی در بخش مراقبت‌های سلامت خواهیم بود (۲، ۳). در اوایل سال ۱۹۹۷ سازمان جهانی بهداشت از موضوع مشارکت بیمار در مراقبت‌های سلامت حمایت کرد (۴). از آن زمان به بعد بر راه‌های مختلف تقویت موقعیت بیماران در مراقبت‌های سلامت و تأثیر آن‌ها بر تصمیم‌های پزشکی و درمانی تمرکز شد (۵). مفاهیم بیمارمحوری و توانمندسازی بیماران که در ارتباط با این جنبش آغاز شدند، فرصت‌هایی را جهت افزایش استقلال بیماران و مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های درمانی به وجود آوردند (۶، ۷).

در طول دو دهه گذشته، مراقبت بیمار محور به یکی از ابعاد مفهوم گسترده کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی تبدیل شده است. لازم به یادآوری است که سازمان جهانی بهداشت از اصطلاح پاسخگویی^۱ به جای بیمارمحوری^۲ استفاده می‌کند. مؤسسه پزشکی آمریکا، بیمارمحوری را به‌عنوان یکی از ابعاد کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی تلقی می‌کند و ابعاد دیگر آن را ایمنی^۳، اثربخشی^۴، کارایی^۵، به‌موقع بودن^۶ و عادلانه بودن^۷ ذکر می‌کند (۸). بالینت^۸، پزشکی بیمارمحور را درک بیمار به‌عنوان وجودی منحصر به فرد توصیف می‌کند (۹). در حالی که بایرن و لانگ^۹ آن را به‌عنوان شیوه‌ای از مشاوره که پزشک در آن از دانش و تجربه بیمار به‌منظور انجام مداخله یا فرآیند درمان استفاده می‌کند تعریف می‌کنند (۱۰). مک‌وینی^{۱۰}، مراقبت بیمار محور را به‌عنوان رویکردی در نظر می‌گیرد که در آن پزشک در تلاش است که وارد دنیای بیمار شود تا بتواند بیماری را از دریچه چشمان وی ببیند (۱۱). از دیدگاه لاین و دیویدو^{۱۱}، مراقبت بیمار محور مراقبتی است که همخوان و پاسخگو به خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات بیمار باشد (۱۲).

1. Responsiveness
2. Patient-Centred
3. Safety
4. Effectiveness
5. Efficiency
6. Timely
7. Equitable
8. Balint
9. Byrne & Long
10. McWhinney
11. Laine & Davido

12. Picker

13. Robb & Seddon

14. Ugurluoglu & Çelik

داشته باشند، با در نظر گرفتن ضریب طراحی^۱ ۲، اندازه نمونه در هر گروه $40 \times 2 = 80$ محاسبه گردید. تعداد اندازه نمونه برای مطالعه حاضر ۳۲۰ نفر می‌باشد (۱۶۰ پرستار و ۱۶۰ بیمار). از مجموع ۳۲۰ پرسشنامه توزیع شده، ۲۲۰ پرسشنامه تکمیل (۱۰۳ پرستار و ۱۱۷ بیمار) و برگشت داده شد. نرخ پاسخ‌دهی برای پرستاران ۶۴ درصد و برای بیماران ۷۳ درصد بود.

مبنای ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود. این پرسشنامه بر اساس مطالعات و مرور متون مرتبط با موضوع طراحی گردید (۲۸-۳۱). روایی آن بر اساس نظرات صاحب‌نظران تأیید شد و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۶ به دست آمد. این پرسشنامه هفت مؤلفه را مورد سنجش قرار می‌دهد: الف- رعایت شأن و احترام به بیمار (۸ سؤال)؛ (احترام به بیمار و حفظ حریم خصوصی او هنگام معاینه)؛ ب- حفظ اسرار بیمار (۲ سؤال)؛ (سخن گفتن بیمار و درمانگر در شرایطی که دیگران آن را نشنوند و نیز محفوظ نگه داشتن اطلاعات پزشکی بیمار)؛ ج- قدرت انتخاب بیمار (۶ سؤال)؛ (انتخاب درمانگری که بیمار با او راحت است و او را دوست دارد)؛ د- ارتباط با بیمار (۱۴ سؤال)؛ (گوش دادن درمانگر به صحبت‌های بیمار و تشریح اطلاعات لازم برای او به گونه‌ای قابل فهم)؛ ه- توجه سریع به بیمار (۶ سؤال)؛ (انجام اقدامات در حداقل زمان و کوتاه بودن زمان انتظار در آزمایش‌ها)؛ و- کیفیت محیط ارائه خدمت (۹ سؤال)؛ (وجود داشتن امکانات فیزیکی مناسب مانند فضای کافی، مبلمان و وسایل راحتی، آب تمیز و هوای پاک در بخش‌ها و فضاهای انتظار)؛ ز- حمایت‌های اجتماعی از بیمار (۳ سؤال) (مراوده خانواده و دوستان بیمار با وی در طول دوره بستری، تهیه غذاها و سایر ملزومات مورد پسند بیمار و نیز شرکت کردن بیمار در مراسم اجتماعی و شعائر دینی وی). در این پرسشنامه به منظور به دست آوردن نظرات پاسخ‌دهندگان از مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت استفاده شد. گزینه‌ها در گستره هرگز، گاهی اوقات، معمولاً و همیشه قرار داشتند که به ترتیب امتیاز ۱، ۲، ۳ و ۴ به آن‌ها تعلق گرفت. پرسشنامه‌ها به وسیله پژوهشگر بین اعضای نمونه در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها توزیع گردید و پس از تکمیل جمع‌آوری شد.

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در گام نخست توصیف وضعیت بیمار محوری بر حسب گروه‌های مورد مطالعه مد نظر قرار گرفت. سپس با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه به مقایسه این امتیازات در پرستاران و بیماران پرداخته شد.

توجه سریع به بیمار پایین‌ترین امتیاز را به خود اختصاص دادند (۲۵). در مطالعه انجام شده توسط ابراهیم‌پور و همکاران، میانگین نمره پاسخگویی بر اساس نظر بیماران بستری شده در بیمارستان‌های عمومی مشهد، ۲/۶۶ بود (۲۶).

ارتقای وضعیت بیمار محوری می‌تواند باعث افزایش احساس آسایش و نیز همکاری بهتر مردم در بهره‌گیری از خدمات سلامت شود؛ لذا اندازه‌گیری و ارزیابی ابعاد مختلف بیمار محوری در بیمارستان‌ها از دیدگاه مشتریان مختلف، اطلاعات مفیدی را برای سیاست‌گذاران فراهم خواهد آورد. هدف این مطالعه مقایسه وضعیت بیمار محوری بیمارستان‌های منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران از دیدگاه پرستاران و بیماران بود تا بدین وسیله نقاط قوت و ضعف بیمارستان‌ها در این مورد شناسایی شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش توصیفی-تحلیلی انجام شد. جامعه مورد پژوهش شامل پرستاران و بیماران بستری شده در بیمارستان‌های منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. بیماران با میزان حداقل ۷۲ ساعت بستری و پرستارانی که حداقل دارای یک سال سابقه کار در بیمارستان بودند، وارد مطالعه شدند. در این پژوهش برای انتخاب افراد مورد مطالعه از نمونه‌گیری دو مرحله‌ای استفاده شد. در مرحله نخست از بین بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران به تصادف ۲ بیمارستان تخصصی و ۲ بیمارستان عمومی انتخاب گردید و در مرحله بعد از درون هر بیمارستان با روش تصادفی ساده نمونه‌ها انتخاب شدند.

در این مطالعه به منظور تعیین تعداد نمونه از هر یک از گروه‌های چهارگانه اصلی (پرستاران بیمارستان‌های عمومی؛ پرستاران بیمارستان‌های تخصصی؛ بیماران بیمارستان‌های عمومی و بیماران بیمارستان‌های تخصصی) از روش تعیین اندازه نمونه برای مطالعات آنالیز واریانس استفاده گردید (۲۷). برای این هدف از جداول از پیش تعیین شده‌ای بر حسب تعداد گروه‌های مورد مطالعه و ماکسیمم تفاوت مورد بررسی و انحراف معیار این تفاوت‌ها و حاصل تقسیم ماکزیمم اختلاف (Δ) بر انحراف معیار (σ) استفاده شد. با توجه به بررسی‌های به عمل آمده بر روی پرسشنامه، اندازه نسبت $K = \Delta/\sigma$ برابر با ۱ بود. بنابراین برای فاصله اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۵ درصد، حجم نمونه در هر یک از چهار گروه مورد بررسی ۴۰ نفر تعیین گردید و از آنجایی که واحد بررسی بیمارستان بود و پاسخ بیماران یا پرستاران در این محیط‌ها می‌تواند همبستگی

نتایج

۶۶ درصد از افراد مورد بررسی زن بودند (۳۹ درصد پرستار و ۲۷ درصد بیمار بودند). مدرک تحصیلی ۴۸ درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه، کارشناسی (۳۷ درصد پرستار و ۱۱ درصد بیمار بودند) بود (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک پرستاران و بیماران شرکت کننده در مطالعه

مشخصات دموگرافیک		پرستاران		بیماران		جمع کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۷	۸	۵۸	۲۶	۷۵	۳۴
	زن	۸۶	۳۹	۵۹	۲۷	۱۴۵	۶۶
مدرک تحصیلی	پایین تر از دیپلم	-	-	۴۷	۲۱	۴۷	۲۱
	دیپلم یا فوق دیپلم	۱۴	۶	۴۰	۱۸	۵۴	۲۵
	کارشناسی	۸۲	۳۷	۲۴	۱۱	۱۰۶	۴۸
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۷	۳	۶	۳	۱۳	۶

جدول ۲: توزیع فراوانی پرستاران و بیماران شرکت کننده

در مطالعه به تفکیک نوع بیمارستان

جمع کل		آماره توصیفی		نوع بیمارستان	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
عمومی	۱۴۲	۲۶/۴	۵۸	پرستار	۶۵
				بیمار	۸۴
تخصصی	۷۸	۲۰/۵	۴۵	پرستار	۳۵
				بیمار	۱۵

نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، در ابعاد رعایت شأن و احترام بیمار، حفظ اسرار بیمار، قدرت انتخاب بیمار، ارتباط با بیمار و توجه سریع به بیمار، تفاوت آماری معناداری بین میانگین نمره پرستاران و بیماران مشاهده نشد ($p > 0.05$) و تنها در ابعاد کیفیت محیط ارائه خدمت و حمایت اجتماعی از بیمار این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($p < 0.05$) (جدول ۳).

میانگین سنی پرستاران مورد بررسی، $34/01 \pm 7/84$ سال و میانگین سنی بیماران، $36/75 \pm 11/09$ سال بود. میانگین مدت اقامت بیماران $6/27 \pm 3/8$ روز بود. سابقه کار پرستاران مورد بررسی $9/46 \pm 6/88$ سال و سابقه کار در بخش فعلی نیز $5/29 \pm 4/85$ سال گزارش شد. اکثریت افراد شرکت کننده در مطالعه (۶۵ درصد)، از بیمارستان های عمومی و ۳۵ درصد نیز از بیمارستان های تخصصی در این مطالعه مشارکت داشتند (جدول ۲).

میانگین امتیاز بیمار محوری از دیدگاه پرستاران، $2/79 \pm 0/50$ و از دیدگاه بیماران $2/87 \pm 0/58$ بود. پرستاران، ابعاد حفظ اسرار بیمار و رعایت شأن و احترام بیمار را واجد بیشترین و بُعد قدرت انتخاب بیمار را واجد کمترین امتیاز دانستند. از دیدگاه بیماران نیز ابعاد حفظ اسرار بیمار و رعایت شأن و احترام بیمار دارای بیشترین و بُعد قدرت انتخاب بیمار دارای کمترین امتیاز بود. بر اساس

جدول ۳: ارتباط بین میانگین نمره ابعاد بیمار محوری از دیدگاه پرستاران و بیماران با موقعیت افراد مورد بررسی

p-value	بیماران	پرستاران	افراد مورد بررسی
			ابعاد بیمار محوری
0/909	$3/09 \pm 0/69$	$3/10 \pm 0/64$	رعایت شأن و احترام بیمار
0/958	$3/09 \pm 0/87$	$3/10 \pm 0/72$	حفظ اسرار بیمار
0/121	$2/40 \pm 0/77$	$2/25 \pm 0/70$	قدرت انتخاب بیمار
0/967	$2/93 \pm 0/66$	$2/93 \pm 0/57$	ارتباط با بیمار
0/846	$2/85 \pm 0/72$	$2/86 \pm 0/59$	توجه سریع به بیمار
0/022	$2/80 \pm 0/77$	$2/58 \pm 0/61$	کیفیت محیط ارائه خدمت
0/001	$3/06 \pm 0/73$	$2/72 \pm 0/72$	حمایت اجتماعی از بیمار
0/317	$2/87 \pm 0/58$	$2/79 \pm 0/50$	جمع کل

آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، در هیچ‌کدام از ابعاد بیمارمحوری، تفاوت بین میانگین نمره پرستاران و بیماران بیمارستان‌های تخصصی از نظر آماری معنادار نبود ($p > 0.05$). بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، در بیمارستان‌های عمومی، در ابعاد رعایت شأن و احترام بیمار، حفظ اسرار بیمار، قدرت انتخاب بیمار، ارتباط با بیمار و توجه سریع به بیمار تفاوت آماری معناداری بین میانگین نمره پرستاران و بیماران مشاهده نشد ($p > 0.05$) و تنها در ابعاد کیفیت محیط ارائه خدمت و حمایت اجتماعی از بیمار این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($p < 0.05$) (جدول ۴).

جدول ۴: ارتباط بین میانگین نمره ابعاد بیمارمحوری از دیدگاه پرستاران و بیماران و نوع بیمارستان مورد بررسی

تخصصی		عمومی		نوع بیمارستان	
<i>p-value</i>	بیماران	پرستاران	<i>p-value</i>	بیماران	پرستاران
۰/۵۴۱	۳/۳۰±۰/۶۶	۳/۲۱±۰/۵۷	۰/۹۶۵	۳/۰۱±۰/۶۹	۳/۰۱±۰/۶۹
۰/۷۰۳	۳/۲۰±۰/۸۶	۳/۱۳±۰/۷۳	۰/۸۸۲	۳/۰۵±۰/۸۸	۳/۰۷±۰/۷۲
۰/۲۲۱	۲/۶۲±۰/۹۵	۲/۳۸±۰/۷۳	۰/۱۲۴	۲/۳۲±۰/۶۷	۲/۱۴±۰/۶۵
۰/۴۹۰	۲/۹۸±۰/۷۳	۳/۰۸±۰/۵۲	۰/۳۸۸	۲/۹۰±۰/۶۳	۲/۸۱±۰/۶۸
۰/۳۳۸	۲/۸۴±۰/۸۰	۲/۹۹±۰/۵۵	۰/۴۵۷	۲/۸۵±۰/۶۹	۲/۷۶±۰/۶۰
۰/۴۷۱	۲/۸۱±۰/۸۳	۲/۶۹±۰/۶۲	۰/۰۱۲	۲/۷۹±۰/۷۵	۲/۴۹±۰/۶۰
۰/۲۹۰	۳/۰۲±۰/۷۴	۲/۸۴±۰/۷۵	۰/۰۰۰	۳/۰۷±۰/۷۴	۲/۶۳±۰/۶۸
۰/۸۱۸	۲/۹۴±۰/۶۳	۲/۹۲±۰/۴۵	۰/۱۳۸	۲/۸۴±۰/۵۷	۲/۷۰±۰/۵۲

بیشتر و واقع‌بینی پرستاران نسبت به وضعیت و امکانات بیمارستان‌ها است؛ بنابراین این افراد با واقع‌بینی بیشتری نسبت به وضعیت بیمارمحوری در بیمارستان‌های منتخب قضاوت کرده‌اند. از سوی دیگر با توجه به امتیازات این افراد به خوبی می‌توان وضعیت بیمارستان‌ها را در این زمینه بررسی کرد. در مطالعه ابراهیم‌پور و همکاران (۲۶) که تنها با تمرکز بر نظر بیماران در شهر مشهد انجام شده است، میانگین نمره پاسخگویی ۲/۶۶ بود که نسبت به میانگین پژوهش حاضر کمتر می‌باشد. با توجه به محوریت این مطالعه بر روی نظر بیماران، نمی‌توانیم بین نظر این افراد و پرستاران مقایسه‌ای داشته باشیم. اما در پژوهشی که جوادی و همکاران (۲۳) در شهر اصفهان انجام داده‌اند، مانند پژوهش حاضر، دو گروه بیماران و پرستاران به پرسش‌های مطرح شده پاسخ داده‌اند. نتایج این مطالعه هم بیانگر میانگین نمره بالاتر نظر پرستاران نسبت به دیدگاه بیماران می‌باشد.

در مجموع بالاترین امتیاز در این پژوهش، هم از دیدگاه پرستاران و هم از دیدگاه بیماران به دو بُعد حفظ اسرار بیمار و رعایت شأن بیمار و احترام به او اختصاص یافت. به این معنا که

در بیمارستان‌های عمومی، میانگین امتیاز بیمارمحوری از دیدگاه پرستاران، ۲/۷۰±۰/۵۲ و از دیدگاه بیماران ۲/۸۴±۰/۵۷ بود. میانگین امتیاز بیمارمحوری از دیدگاه پرستاران و بیماران بیمارستان‌های تخصصی به ترتیب برابر با ۲/۶۹±۰/۴۵ و ۲/۸۱±۰/۶۳ بود. بیشترین میانگین امتیاز بیمارمحوری در بیمارستان‌های عمومی از دیدگاه پرستاران مربوط به بُعد حفظ اسرار بیمار و کمترین میانگین امتیاز مربوط به بُعد قدرت انتخاب بیمار بود. از دیدگاه بیماران بُعد رعایت شأن و احترام بیمار بیشترین میانگین امتیاز و بُعد قدرت انتخاب بیمار کمترین میانگین امتیاز را به خود اختصاص داد. بر اساس نتایج

بحث و نتیجه‌گیری

مفهوم پاسخگویی یا جنبه‌های غیرپزشکی خدمات، مسئله مهمی است که در جهت تحقق هدف جلب رضایت بیماران نقش مهمی بر عهده دارد. در این پژوهش از این عامل برجسته با عنوان بیمارمحوری یاد شده است. مفهومی که باید همواره به موازات اقدامات درمانی در جهت ارائه مطلوب‌تر خدمات سلامت، مدنظر قرار بگیرد. بیمارمحوری بدون تردید در حوزه سلامت نتایج بسیار مهمی برای ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت در پی خواهد داشت. نتایجی که بارزترین و ملموس‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: افزایش استقلال، مشارکت در زمینه تصمیم‌گیری‌های درمانی، به وجود آمدن احساس امنیت و آرامش روانی بیشتر برای بیماران و از سویی دیگر افزایش کیفیت و ایمنی مراقبت‌های بهداشتی و کاهش هزینه‌ها برای ارائه‌دهندگان خدمات.

در مطالعه حاضر میانگین امتیاز بیمارمحوری از دیدگاه پرستاران ۲/۷۹ و از دیدگاه بیماران ۲/۸۷ بود. براساس این نتایج، میانگین امتیاز بیمارمحوری از نظر بیماران نسبت به دیدگاه پرستاران، بالاتر می‌باشد. این امر ناشی از میزان آگاهی

فوری به‌عنوان مهم‌ترین معیار بیماران و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت انتخاب شده است. در مطالعه‌ای که در بین ۴۱ کشور انجام شده بود ۳۷ کشور بعد توجه سریع رابه‌عنوان مهم‌ترین بعد پاسخگویی انتخاب کردند (۳۴). در پژوهشی دیگر، کیفیت فنی که ارتباط نزدیکی با بعد توجه سریع (و بهبود پیامدهای سلامت) دارد، نسبت به کیفیت غیر فنی مهم‌تر در نظر گرفته شد (۳۵).

از دیگر وجوه شباهت این پژوهش با پژوهش‌های پیشین، کمترین میانگین نمره به بعد قدرت انتخاب بیمار است. به‌طوری‌که میانگین این مؤلفه در پژوهش حاضر از دیدگاه پرستاران، ۲/۲۵ و از نظر بیماران، ۲/۴۰ است و در پژوهش جوادی و همکاران (۲۳) نیز در قالب حق انتخاب درمانگر، ۲/۱۵ می‌باشد. در پژوهش‌های محمدی و کمالی (۳۲) و کرمی‌تنها و همکاران (۳۳) نیز بدترین عملکرد از دیدگاه بیماران، مربوط به همین بعد بود. پایین بودن میانگین این بعد در پژوهش حاضر و همچنین مطالعات پیشین نشان‌دهنده عدم توانایی و قدرت بیمار در انتخاب صحیح ارائه‌دهنده خدمت است. انتخاب آزادانه متخصص یا بیمارستان موضوعی نسبتاً غیرمعمول است. بیشتر اروپایی‌ها با داشتن انتخاب آزاد درمانگر غریبه‌اند، اما به نظر می‌رسد علی‌رغم این واقعیت که اعتمادی به توانایی خود برای یک انتخاب آگاهانه ندارند، بسیاری از افراد به دنبال این موضوع هستند (۳۶). از دیگر دلایل کسب امتیاز کم در این بعد، می‌توان به شرایط بیمارستان‌ها و مراکز دولتی اشاره نمود که با توجه به آموزشی بودن مراکز درمانی، بیماران کمترین مشارکت را در سیر درمان خود دارند که این امر لزوم بازنگری در فرآیند درمان بیماران و تغییر و اصلاح شیوه پذیرش بیماران توسط پزشکان معالج را می‌طلبد، این تغییر می‌تواند با افزایش نقش مددکاران اجتماعی در آموزش بیماران، تغییر شرایط و محیط درمانی از حالت بحرانی و اجباری بودن فضای کنونی به فضایی آرام و با تعامل با بیماران انجام گردد.

یکی از نکات قابل بحث این مطالعه اختلاف بین امتیاز پرستاران و بیماران در خصوص دو بعد؛ کیفیت محیط ارائه خدمت و حمایت اجتماعی از بیمار می‌باشد که به‌طور معناداری نمره داده شده توسط پرستاران کمتر از بیماران می‌باشد. همان‌طور که در مطالعات دیگر نیز اشاره شده است (۳۷)، این امر می‌تواند به دلیل عدم تقارن اطلاعاتی بین پرستاران و بیماران باشد که لازمه رفع آن آموزش و اطلاع‌رسانی به بیماران در خصوص حقوق خودشان می‌باشد. براساس گزارش انجمن ملی آسم استرالیا در خصوص بیمارمحوری در خدمات و مراقبت‌های اولیه، به‌منظور ایجاد توسعه بیمارمحوری، اقدامات اجرایی را در سه بعد،

این دو بعد، از دیدگاه پرستاران و بیماران بیشترین نمره را کسب کردند. این امر بیانگر این وضعیت مناسب بیمارستان‌های مورد بررسی در زمینه این ابعاد است و حکایت از آن دارد که این بیمارستان‌ها در حوزه حریم خصوصی و سوابق پزشکی بیماران عملکرد نسبتاً مطلوبی داشته‌اند و قادر به ارائه خدمات به شکلی محترمانه هستند. این در حالی است که یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم یعنی قدرت انتخاب بیمار که به حقوق افراد و امکان انتخاب آن‌ها در زمینه دریافت خدمات بهداشتی و درمانی اشاره دارد کمترین امتیاز را به دست آورد.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر، نسبت به نتایج پژوهش‌های مشابه گذشته در برخی موارد دارای شباهت و در برخی ابعاد نیز تفاوت دارد. چنانکه در پژوهش جوادی و همکاران (۲۳) که از لحاظ ساختار و جامعه آماری، شباهت بیشتری با این پژوهش دارد، بیشترین امتیاز از نظر پرستاران به بعد محرمانگی یا حفظ اسرار بیمار داده شده است که با نتیجه پژوهش حاضر انطباق دارد. در پژوهش‌های محمدی و کمالی (۳۲) و کرمی‌تنها و همکاران (۳۳) نیز بهترین بعد از نظر بیماران، مربوط به بعد حفظ اسرار بیمار بود. در پژوهش آگراوگلو و چلیک (۲۵) از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها، بعد محرمانگی اطلاعات بیمار بالاترین امتیاز را به خود اختصاص داد؛ اما در مطالعه ابراهیم‌پور و همکاران (۲۶) که تنها بر نظر بیماران تکیه دارد، به ترتیب ابعاد حمایت اجتماعی از بیمار و حفظ اسرار بیمار دارای بیشترین امتیاز بودند. بعد حفظ اسرار بیمار بالاترین میانگین در این پژوهش و پژوهش‌های مشابه، به‌خوبی نشان از اهمیت ویژه این مؤلفه دارد. از این رو باید تمام افرادی که به‌نوعی در زمینه خدمات سلامت فعالیت دارند از جمله کادر پزشکی، دریافت‌کنندگان خدمات سلامت و متصدیان مراکز درمانی، بیشترین تلاش را در زمینه تحقق این هدف مهم به کار بگیرند.

در پژوهش حاضر بعد توجه سریع به بیمار امتیاز کمتری کسب کرده بود. در مطالعه انجام شده در ترکیه، بعد توجه سریع نیز دارای کمترین میانگین امتیاز بود (۲۵). بعد توجه سریع و به‌موقع، تجربه مردم نسبت به دسترسی به مراقبت‌های اورژانسی در کوتاه‌ترین زمان ممکن، دوره کوتاه انتظار برای درمان و جراحی‌های غیر اورژانسی، دسترسی به مراقبت‌های سلامت در زمان مناسب را شامل می‌شود (۳۱). یکی از علت‌های کسب امتیاز کمتر در این بعد نسبت به سایر ابعاد را می‌توان به ملموس بودن مدت انتظار برای دریافت خدمت توسط بیماران و تأثیر روانی بیشتر این بعد در قضاوت بیماران دانست؛ بنابراین باید این اطمینان حاصل شود که دریافت مراقبت‌های سلامت در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در مدت زمان مناسب انجام شود. در مطالعات مختلفی توجه سریع و

قدرت انتخاب بیمار، کیفیت محیط فیزیکی و توجه سریع به عنوان اولویت‌های اقدام برای بهبود وضعیت بیمارمحوری بیمارستان‌های مورد بررسی مشخص شد. توصیه می‌گردد مسئولین بیمارستان‌ها به منظور افزایش سطح رضایت‌مندی و وفاداری بیماران، این ابعاد را که در آن وضعیت خوبی ندارند در اولویت قرار دهند.

تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب شماره ۲۱۸۵۶ با عنوان ارزیابی وضعیت بیمار محوری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران به جهت مساعدت در تصویب و تأمین بودجه این طرح و کلیه پرستاران و بیماران بستری در بیمارستان‌های مورد مطالعه که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

زیرساخت‌ها و سیاست‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات و تجربه بیماران تقسیم‌بندی کرده که در هر بُعد اقدامات عملیاتی مشخص شده است که از جمله مهم‌ترین اقدامات عملیاتی در این سه بُعد می‌توان به ایجاد محیط راحت، مشارکت بیماران، ایجاد حق انتخاب برای بیماران، احترام به عقاید و آگاهی از وضعیت اجتماعی بیماران اشاره کرد (۳۸).

یکی از نقاط قوت این مطالعه، همان‌طور که در مطالعه ریندو و همکاران به آن اشاره شده است، سنجش دیدگاه و نظرات بیماران و اهمیت به بهبود کیفیت خدمات منجر خواهد شد (۳۹).

در این مطالعه نیز در کنار دیدگاه پرستاران، دیدگاه بیماران در خصوص بیمارمحوری مورد سنجش قرار گرفت و با توجه به امتیازات حاصله، توجه بیشتری برای توسعه کیفیت خدمات بیمارستانی لازم است. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به ابا داشتن بیماران از ثبت نظرات واقعی خود در برخی از ابعاد به دلیل ترس از اثرات منفی آن بر دریافت خدمات اشاره کرد.

References

- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *J Am Med Assoc.* 1992;267:2221-6.
- Coulter A. Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. *Br Med J* 1999;319:719-20.
- Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med.* 1991;32:1301-10.
- Bissell P, May CR, Noyce PR. From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Soc Sci Med.* 2004;58:851-62.
- Ong LM, Visser MR, Lammes FB, de Haes JC. Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns.* 2000;41:145-56.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *Br Med J.* 2001;323:908-11.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *Br Med J.* 2001;322:468-72.
- Medicine Io. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century.* Washington: National Academies Press; 2001.
- Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners.* 1969;17(82):269-76.
- Byrne PS, Long BEL, Britain G. *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries.* London: HM Stationery Office; 1976.
- McWhinney I. The need for a transformed clinical method. *Communicating with medical patients.* 1989;9:25-40.
- Laine C, Davido F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *Journal of the American Medical Association.* 1996;275:152-56.
- Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J. *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care.* San Francisco: CA: Jossey-Bass Publishers; 1993.
- Robb G, Seddon M. Quality improvement in New Zealand healthcare. Part 6: keeping the patient front and centre to improve healthcare quality. *The New Zealand Medical Journal.* 2006;119(1242):1-9.
- Organizations IAoP. *What is Patient-Centred Health Care? A Review of Definitions and Principles.* Second, editor. London: IAPO; 2007.
- Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. *Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety.* Mayo Clinic Proceedings. 2010;85(1):53-62.
- Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W. The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice.* 2000;49(9):796-804.
- Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among Patients with Acute Myocardial Infarction: The Influences of Patient-Centered Care and

- Evidence-Based Medicine. *Health Services Research*. 2010;45(5):1188-204.
19. DiGioia AM. The AHRQ Innovation Exchange: Patient-and family-centered care initiative is associated with high patient satisfaction and positive outcomes for total joint replacement patients. *Agency Health Care Res Qual*. 2008.
 20. Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' Perception of Hospital Care in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(18):1921-31.
 21. Charmel P, Frampton S. Building the business case for patient-centred care. *Healthcare Financial Management*. 2008;62(3):80-5.
 22. Bauman A, Fardy H, Harris P. Getting it right: why bother with patient-centred care? *Medical Journal of Australia*. 2003;179:253-56.
 23. Javadi M, Yaghoobi M, Raiesi A, Mandegar H, Ayoobian A. A Study of Non-Medical Health Services Provided to Patients in Selected Hospitals of Isfahan. *Health Information Management*. 2011;8(5):709-17.
 24. Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, et al. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th District of Tehran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2011;13(5):302-8.
 25. Ugurluoglu O, Celik Y. How responsive Turkish health care system is to its citizens: the views of hospital managers. *Journal of Medical Systems*. 2006;30(6):421-8.
 26. Ebrahimipour H, Najjar AV, Jahani AK, Pourtaieb A, Javadi M, Rezazadeh A, et al. Health system responsiveness: a case study of general hospitals in Iran. *International journal of health policy and management*. 2013;1(1):85-90.
 27. Bratcher TL, Moran M, Zimmer W. Tables of sample sizes in the analysis of variance. *Journal of Quality Technology*. 1970;2(3):156-64.
 28. Keller S, O'Malley AJ, Hays RD, Matthew RA, Zaslavsky AM, Hepner KA, et al. Methods used to streamline the CAHPS® hospital survey. *Health services research*. 2005;40(6: part 2):2057-77.
 29. HCAHPS Survey: Patients' Perspectives of Care. Research Brief Washington, DC: National Association of Public Hospitals and Health Systems (NAPH). October 2008.
 30. De Silva A, Valentine N. A framework for measuring responsiveness. World Health Organization Geneva; 2000.
 31. Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, Evans DB, et al. Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. 2003:573-96.
 32. Mohammadi A, Kamali K. Responsiveness in the Healthcare Settings: A Survey of Inpatients. *International Journal of Hospital Research*. 2014;3(3):123-32.
 33. Karami-Tanha F, Fallah-Abadi H. Health system responsiveness for care of patients with heart failure: evidence form a university hospital. *Archives of Iranian medicine*. 2014;17(11):736-40.
 34. Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Social science & medicine*. 2008;66(9):1939-50.
 35. Fung CH, Elliott MN, Hays RD, Kahn KL, Kanouse DE, McGlynn EA, et al. Patients' preferences for technical versus interpersonal quality when selecting a primary care physician. *Health services research*. 2005;40(4):957-77.
 36. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *The European Journal of Public Health*. 2005;15(4):355-60.
 37. Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics*. 2013;13(8):29-39.
 38. Diana Aspinall HC, Peter Holder. Patient-centred health care in primary care: an overview. National Asthma Council Australia, 2007.
 39. Renedo A, Marston C. Developing patient-centred care: an ethnographic study of patient perceptions and influence on quality improvement. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):1-11.

Comparison of Patient-Centered Situation in Selected Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences from the Viewpoint of Nurses and Patients

Arab M¹, Hamouzadeh P^{2*}, Yousefvand M³, Namani F⁴, Abdi M⁴

Submitted: 2014.11.16

Accepted: 2016.6.21

Abstract

Background: One of the main pillars of quality in health services is patient-centered that brings the best outcomes for patients. This study was aimed at comparing the patient-centered situation in selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences (TUMS) from the viewpoint of nurses and patients in 2014.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study was done among 220 nurses (n=103) and hospitalized patients (n=117) in selected hospitals of TUMS. The data gathering instrument was a researcher-made questionnaire which measured seven dimensions of the patient-centered. The validity was confirmed by the opinions of experts and its reliability was 0.96 by Cronbach's alpha. Data analyzes were performed by SPSS software and using one-way ANOVA test.

Results: Mean score of patient-centered in the studied hospitals from the nurses and patients viewpoint was 2.79 (± 0.50) and 2.87 (± 0.58), respectively. From the viewpoint of nurses and patients, the highest and the lowest mean score were related to the confidentiality and dignity dimension and the patient choice dimension, respectively. Based on ANOVA analysis, there was a significant difference between the mean scores of nurses and patients in quality of amenity and social support dimension ($p < 0.05$).

Conclusion: Patient choice, quality of amenity and prompt attention were identified as priorities for action to improve patient-centered situation in studied hospitals. It is recommended that hospital authorities should be place in a matter of priority the dimensions of the patient-centered which are in poor condition in order to increase the level of patient satisfaction and loyalty.

Keywords: Patient-Centred, Patient, Nurse, General Hospital, Speciality Hospital

1. Professor, Dept. of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Ph.D Candidate. Dept. of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (*Corresponding author), Tel: +989144469161, E-mail: pejman.hamouzadeh@gmail.com
3. Ph.D Candidate. Dept. of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. BS.c Student, Dept. of Health Management and Economics, School of Allied Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran