مقاله پژوهشی

تدوین الگوی ارزیابی تجربه بیمار در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مجتبی نجیب جلالی [۱]، علی وفایی نجار [۲]، جمشید جمالی [۳]، الهه هوشمند [۳*]

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[۲] استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[۳] استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* **نویسنده مسؤول:** الهه هوشمند
houshmande@mums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: درک تجربه بیمار یک گام کلیدی در حرکت به سمت مراقبت بیمار محور است. هدف از این مطالعه طراحی الگوی ارزیابی تجربه بیمار، جهت ارزیابی مولفه‌های موثر در تجربه بیمار در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود.

روش پژوهش: این مطالعه از نوع توصیفی تطبیقی بود که با بهره‌گیری از بانک‌ها و منابع اطلاعاتی و براساس مروری جامع، الگوهای مورد استفاده در سایر نقاط دنیا بر اساس پروتکل تحقیق استخراج گردید و وارد ماتریس مقایسه‌ای شد. بررسی تأیید پایایی چارچوب استخراج شده با استفاده از ضریب توافق طرفین انجام شد. جهت معتبرسازی الگو، سوالات در قالب چک‌لیست تنظیم شد و با متخصصین دانشگاه علوم پزشکی مشهد در طی ۲ راند دلفی با استفاده از نرم افزار SPSS 16 معتبر گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه؛ ۱۰ الگو در خصوص ارزیابی تجربه بیمار در کشورهای مختلف یافت شد که هر کدام از چند بعد تشکیل شده‌اند و برخی از این ابعاد در الگوها دارای هم پوشانی بود. الگوها شامل الگوی کشور آمریکا (۸ بعد)، الگوی کشور سوئد (۱۰ بعد)، الگوی اول کشور انگلیس (۷ بعد)، الگوی دوم کشور انگلیس (۸ بعد)، الگوی کشور اسکاتلند (۶ بعد)، الگوی کشور هنگ کنگ (۹ بعد)، الگوی اول کشور نروژ (۶ بعد)، الگوی دوم کشور نروژ (۵ بعد) الگوی کشور هند (۱۰ بعد)، الگوی کشور اتیوپی (۵ بعد) بودند. الگوی نهایی دارای ۱۰ بعد و ۲۹ حیطه فرعی مورد تایید و معتبر گردید.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان داد که الگو دارای ۱۰ بعد و ۲۹ حیطه فرعی برای کشور ایران مناسب است که از بین ابعاد، بعد احترام به شان و حریم خصوصی بیمار بیشترین و بعد نحوه ترخیص بیمار از بیمارستان کمترین امتیاز را کسب کردند.

واژه‌های کلیدی: تدوین الگو، تجربه بیمار، مراقبت بیمارمحور، رضایت بیمار

ارجاع: نجیب جلالی مجتبی، وفایی نجار علی، جمالی جمشید، هوشمند الهه. تدوین الگوی ارزیابی تجربه بیمار در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۰؛ ۶(۱): ۳۹-۲۸.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۰۵
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۳/۲۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۶

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]

مقدمه

تجربه بیمار شامل طیف وسیعی از تعاملاتی است که بیماران با سیستم مراقبت‌های بهداشتی، از جمله پزشکان، پرستاران و کارکنان بیمارستان‌ها در طی روند درمان دارند. در ارزیابی تجربه بیمار، جنبه‌های پاسخگویی به ترجیحات، نیازها و ارزش‌های فردی بیمار مانند ارتباط خوب با ارائه دهندگان خدمات درمانی، دسترسی آسان به اطلاعات، دریافت به‌موقع مراقبت‌های بهداشتی بررسی می‌شود (۱). درک تجربه بیمار یک گام کلیدی در حرکت به سمت مراقبت بیمار محور است. حرکت از مراقبت درمان محور که شامل مراقبت‌های ساختارنیافته و جدا ازهم که در آن بیماران عضو منفعل و بدون حق انتخاب بوده‌اند به سوی مراقبت‌های بیمارمحور که مجمـــوعه‌ای از مراقبت‌های منسجم و هماهنگ، که در آن بیماران به عنوان عضو فعال تیم مدیریت درمان می‌باشند، می‌توان درنظر گرفت. با درک و ارزیابی مناسب تجربه بیمار، خدمات بالینی که عمدتاً بیمار محور هستند (مانند اعمال جراحی، بیماری‌های قلبی، بیماری‌های مزمن ریوی و غیره) به نتایج بالینی بهتری منتج می‌شود (۲). زمانی که پرستار به طور موثری بر بالین بیمار با وی ارتباط برقرار می‌کند خطاهای داروئی کاهش می‌یابد که این مسئله باعث ارتقا ایمنی بیمار می‌گردد. وقتی پزشکان ارتباط موثری با بیمار برقرار می‌کنند، هماهنگی مراقبت‌های درمانی مانند اجرای دستورات دارویی با دقت بیشتری انجام می‌شود که این امر باعث ارتقا کیفیت و اثربخشی خدمات درمانی می‌شود (۳).

نکته قابل توجه اینکه تجربه بیمار با رضایت بیمار متفاوت است. رضایتمندی بیمار به عنوان یک معیار جهت سنجش میزان برآورده شدن انتظارات بیمار، بسیار تحت تأثیر استانداردها، انتظارات متفاوت، وضعیت بیمار و تجربه قبلی او می‌باشد (۴). با این وجود، تحقیقات نشان می‌دهد این امکان وجود دارد، بیماران حتی در مواجهه با یک تجربه منفی رضایت خود را مثبت عنوان کنند. در نتیجه، رضایت مثبت بیمار شامل مثبت واقعی و مثبت کاذب خواهد بود. در ارزیابی رضایت بیمار، برداشت‌ها و انتظارات متفاوت افراد، باعث ایجاد نظرات مختلف نسبت به نحوه ارائه مراقبت درمانی می‌شود. به عبارت دیگر برای به رسمیت شناختن ارزیابی عملکرد ارائه خدمات، بهتر است از بیماران خواسته شود، در مورد تجربه خود گزارش دهند، تا به سنجش میزان رضایتمندی بیماران با توجه به نقص‌های موجود در آن پرداخته شود (۵).

نتایج مطالعه جنکینسن و همکاران (۲۰۰۲) که به بررسی همزمان رضایتمندی بیمار و تجربه بیمار در بیمارستان‌های وابسته به خدمات سلامت ملی (National Health Service: NHS) پرداختند، حاکی از این موضوع است که رضایت بیمار تحت تاثیر سن، میزان مراقبت و سلامتی بیمار می‌باشد. بنابراین برای نظارت بر عملکرد بخش‌های مختلف؛ استفاده از سؤالات تفصیلی در خصوص جنبه‌های خاص مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مفید بوده و اطلاعات به‌دست آمده، بخش‌هایی که نیاز به ارتقاء دارد را نشان می‌دهد. تجربه مستقیم بیماران از فرآیند مراقبت از طریق برخوردهای بالینی به عنوان یک مشاهده‌گر می‌تواند بینش ارزشمندی در مورد مراقبت‌های روزمره شامل مدیریت درد، کمک به انجام کارهای شخصی، هماهنگی بین مراقبت‌ها و نحوه تقسیم کارها را ارائه دهد (۶).

در مطالعه بیتی و همکاران (۲۰۱۵) که به منظور ارزیابی تجربه بیمار از کیفیت خدمات در کشور انگلیس انجام شد، نشان داده شد هزینه اثربخشی مراقبت‌ها در زمانیکه بیماران کیفیت بالاتری را در مراقبت تجربه می‌کردند بیشتر بود (۷).

در مطالعه کلارک و همکاران (۲۰۰۸) با هدف شناسایی رابطه بین رفتارهای ارتباطی پزشک و کیفیت مراقبت و پیش بینی نتایج مثبت بیماران مراجعه کننده به متخصصین اطفال در آمریکا، نتایج نشان می‌دهد ارتباط مثبت بین برقراری ارتباط صحیح پزشکان و میزان استفاده از مراقبت‌های سطح یک و سطح دو (بستری و بستری مجدد در بیمارستان) وجود دارد (۸).

در ارزیابی تجربه بیمار، با استفاده از اطلاعات گرفته شده از بیمار، می‌توان اطمینان حاصل کرد مواردی که باید از طرف ارائه دهنده خدمت در طول مدت درمان مورد توجه قرار گیرد، تا چه میزانی رعایت شده است. بررسی‌ها حاکی از آن است که ارتباط مثبت بین جنبه‌های مختلف تجربه بیمار، مانند ارتباط خوب بین ارائه دهندگان و بیماران از یک سو و نتایج مراقبت‌های بهداشتی از سوی دیگر وجود دارد. می‌توان گفت

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]

بهبود رویه‌های مورد پایش در تجربه بیمار، باعث پایبندی بیمار به توصیه‌های پزشکی، نتایج بالینی بهتر، بهبود ایمنی بیمار و پایین آوردن استفاده از خدمات بهداشتی درمانی غیر ضروری می‌گردد (۱).

با توجه به کارکردهای مهم ارزیابی تجربه بیمار در ارتقاء کیفیت و اثربخشی خدمات درمانی و ایمنی بیمار، از یک سو و عدم کارایی لازم نتایج حاصل از سنجش رضایتمندی بیمار در بررسی کیفیت خدمات ارائه شده از سوی دیگر، لزوم ارائه یک الگوی مناسب جهت ارزیابی تجربه بیمار در کشور ایران ضرورت بیشتری می‌یابد. هدف این مطالعه نیز انجام پژوهشی بود که حاصل آن منجر به تدوین یک الگوی استاندارد جهت ارزیابی تجربه بیمار بر اساس استانداردها و معیارهای معتبر موجود در دنیا برای استفاده در کشور شد.

روش پژوهش

مطالعه حاضر از نوع توصیفی تطبیقی بود که از نظر نتایج کاربردی و از لحاظ زمانی جزو پژوهش‌های مقطعی طبقه بندی می‌شود. این مطالعه در سال ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد در ۵ مرحله به شرح زیر برنامه ریزی و اجرا گردید:

مرحله‌ی اول: شناسایی و استخراج الگوهای موجود جهت ارزیابی تجربه بیمار بر اساس استراتژی جستجو

در این مرحله پژوهشگر با بهره‌گیری از بانک‌ها و منابع اطلاعاتی و مطالعات مرتبطی که در زمینه ارزیابی تجربه بیمار انجام شده است و بر اساس مروری بر متون، الگوهای موجود در دنیا جهت ارزیابی تجربه بیمار را استخراج نمود. کلید واژه‌ها شامل موارد زیر بود: patient experience, patient - and family - centered care, patient satisfaction, evaluation. جستجو در سایت‌های سازمانی و پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیکی معتبر داخلی و خارجی Google Scholar, Scopus ,PubMed, ISI, Magiran انجام گرفت. با توجه به مطالعات اولیه به نظر می‌رسید حیطه‌های مربوط به تجربه بیمار می‌تواند شامل مواردی از قبیل نحوه ارتباط با پرستار، نحوه ارتباط با پزشک، نحوه مدیریت درد، نحوه پذیرش در بیمارستان و ارائه خدمات پرستاران و ارایه خدمات پزشک و غیره باشد. انتخاب مقالات و پژوهش‌های موجود در زمینه ارزیابی تجربه بیمار بر اساس پروتکلی که توسط پژوهشگر تدوین شده بود، از میان مقالات، کتب، نشریات، گزارشات مرتبط و سایر مطالعاتی که در ارتباط با ارزیابی تجربه بیمار منتشر شده، انتخاب شدند.

معیارهای ورود و خروج مطالعات

در این مرحله تلاش شد مقالات یا تحقیقاتی انتخاب شوند که تعریف تجربه بیمار، تعریف و توضیح پیش نیازها و اولویت‌های لازم برای ارزیابی تجربه بیمار، معرفی الگوهای مختلف ارزیابی بیمار در سایرکشورهای دنیا در آن‌ها مورد بحث و تحلیل قرار گرفته باشند. علاوه براین مطالعاتی در نظر گرفته شد که به زبان انگلیسی یا فارسی انجام شده بودند. معیارهای خروج مطالعات هم شامل مطالعاتی بود که موارد مندرج در معیار ورود در آن‌ها لحاظ نشده بود و مطالعاتی که به غیر زبان فارسی یا انگلیسی چاپ شده بودند.

در این مرحله ۴۹۱ مطالعه استخراج گردید، که در نهایت با توجه به پروتکل تیم پژوهش در مرحله اول، ۱۲۷ مطالعه و بعد از بررسی چکیده مطالعات، ۲۹ مطالعه که به بررسی الگوهای ارزیابی بیمار پرداخته بودند، انتخاب و وارد مرحله بعدی گردید.

مرحله دوم: تشکیل ماتریس مقایسه‌ای برای یافتن وجوه تمایز و افتراق حیطه‌های مربوط به الگوهای مختلف

در این مرحله معیارهای استخراج شده وارد ماتریس مقایسه‌ای جهت مشخص شدن وجوه شباهت و افتراق آن‌ها شد.

مرحله سوم: برای تحلیل داده‌ها، الگوهای استخراج شده مورد بررسی قرار گرفته و چارچوبی از این الگوها استخراج گردید.

مرحله چهارم: بررسی تأیید پایایی چارچوب استخراج شده با استفاده از ضریب توافق طرفین (ضریب کاپا)

بدین صورت که ۲ نفر از محققین به صورت جداگانه مدل‌ها را با استفاده از چارچوب تحلیل کرده و سپس نتایج ۲ نفر با هم مقایسه و اختلافات توسط نفر سوم رفع شد (۹). باتوجه به اینکه ضریب کاپا اندازه‌ای عددی بین ۱- تا ۱+ است، لذا هر چه به ۱+ نزدیکتر باشد بیانگر وجود توافق متناسب و مستقیم است. هرچه نزدیکتر به ۱- باشد نشان‌دهنده وجود توافق وارون و اندازه‌های نزدیک به ۰ عدم توافق را نشان می‌دهد.

مرحله پنجم: نهایی سازی چارچوب اولیه با روش دلفی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]

هدف از این مرحله این است تا با بهره گیری از این روش، چارچوب استخراج شده، معتبرسازی شود و در انتخاب متخصصین برای این مرحله از کار، نمونه گیری به صورت هدفمند انجام گردید (۱۰). معیار ورود براساس شرایط زیر، تعریف شد:

- مدیران بیمارستان با حداقل ۵ سال سابقه کار در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- مدیران بهبود کیفیت بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- مدیران پرستاری با حداقل ۵ سال سابقه فعالیت در حوزه مدیریت

در این مرحله چارچوب مورد نظر در قالب چک‌لیست با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای کاملاً موافق تا کاملاً مخالف به صورت حضوری در اختیار مشارکت کنندگان قرار گرفته یا از طریق پست الکترونیک برای ۵۰ نفر از مشارکت کنندگان ارسال گردید و طی نامه‌ای رسمی ضمن معرفی پژوهشگر و توضیح در مورد هدف، از افراد خواسته شد، نظرات خود را در مورد چارچوب مورد نظر اعلام نمایند. در مواردی که افراد با یکی از مفاهیم یا اجزای مطرح شده توافق نداشتند نظرات خود را در مورد آن به صورت پیشنهاد اصلاحی ارائه دادند. در نهایت ۲۰ نفر در پژوهش مشارکت داشتند که پژوهشگر نظرات آن‌ها را جمع‌آوری و تحلیل نمود. بدین منظور سیستم امتیازدهی ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد که بعد از تحلیل داده‌ها، سؤالاتی که امتیازی کمتر از ۷۵ درصد مجموع امتیازات را کسب کردند، مورد بررسی مجدد قرار گرفته و پیشنهادات اصلاحی در آن‌ها لحاظ گردید (۹). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS 16 استفاده گردید.

ضمناً در انجام این مطالعه کلیه موازین اخلاقی رعایت شده و این مساله مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد نیز قرار گرفته است (کد مصوب اخلاق :IR.MUMS.REC.1397.244).

یافته‌ها

بر اساس مروری بر متون، الگوهای موجود در کشورهای مختلف شامل الگوی مورد استفاده درکشور آمریکا (ارزیابی مصرف کننده بیمارستان از ارائه دهندگان و سیستم‌های بهداشتی) (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems: HCAHPS) ، الگوی مورد استفاده در کشور سوئد (کیفیت از دیدگاه بیماران) (Quality from the Patients' Perspective :QPP)، الگوی اول مورد استفاده در کشور انگلیس (نسخه کوتاه شده کیفیت از دیدگاه بیماران) (Quality from the Patients' Perspective Shortened: PPE-15) ، الگوی دوم مورد استفاده در کشور انگلیس (بررسی خدمات به بیماران بستری در طب ملی) (National Health Service Inpatient Survey: NHSIP) ، الگوی مورد استفاده در کشور اسکاتلند (بررسی تجربه بیماران بستری در اسکاتلند) (Scottish Inpatient Patient Experience Survey: SIPES) ، الگوی مورد استفاده در کشورهنگ کنگ (پرسشنامه تجربه بستری در هنگ کنگ) (Hong Kong Inpatient Experience Questionnaire: HKIEQ) ، الگوی اول مورد استفاده در کشور نروژ (پرسشنامه ارزیابی تجربه بیمار) Patient Experience Questionnaire: (PEQ)، الگوی دوم مورد استفاده در کشور نروژ (پرسشنامه تجربه بیمار نروژ) (Norwegian Patient Experience Questionnaire: NORPEQ) ، الگوی مورد استفاده در کشور هند (درک بیمار از کیفیت خدمات) (Patient Perceptions of Quality: PPQ) ، الگوی مورد استفاده در کشور اتیوپی (تجربه بیمار از مراقبت‌های بستری) Patient Experiences with Inpatient Care: I-PAHC) ستخراج گردید. الگوهای ارزیابی تجربه بیمار بر اساس نتایج حاصل از مطالعه ۱۰ مورد بود. جدول ۱ نام سازمان تدوین کننده الگو، نام الگوها، تعداد سوالات و سال انتشار را نشان می‌دهد.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]

جدول ۱: معرفی الگوهای ارزیابی تجربه بیمار در سایرکشورها

سازمان یا نهاد تدوین کننده	الگو	سال	کشور	تعداد بعد	تعداد سوالات	زمان انجام
Agency for Healthcare Research and Quality	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)	۲۰۰۸	آمریکا	۸	۲۴	۴۸ ساعت تا ۶ هفته بعد از ترخیص
Karlstad University	Quality from the Patients' Perspective (QPP)	۱۹۹۴	سوئد	۸	۶۸	هنگام ترخیص
Picker Institute Europe	Picker Patient Experience Questionnaire (PPE-15)	۲۰۰۱	انگلیس	۴	۱۵	در بازه زمانی ۱ ماه بعد از ترخیص
The NHS Patient Survey Advice Centre	NHS Inpatient Survey (NHSIP)	۲۰۰۷	انگلیس	۹	۷۰	بین ۴ تا ۵ ماه بعد از ترخیص
NMAHP Research Unit, University of Stirling, Stirling, UK	Scottish Inpatient Patient Experience Survey (SIPES)	۲۰۱۶	اسکاتلند	۵	۳۰	بین ۴ تا ۵ ماه بعد از ترخیص
School of Public Health and Primar y Care, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong	Hong Kong Inpatient Experience Questionnaire (HKIEQ)	۲۰۱۳	هنگ کنگ	۴	۶۲	بین ۴۸ ساعت تا ۱ ماه بعد از ترخیص
Norwegian Health Services Research Centre, Department of Quality Evaluation, Nordbyhagen	Patient Experience Questionnaire (PEQ)	۲۰۰۴	نروژ	۱۱	۳۵	۶ هفته بعد از ترخیص
Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo, Norway	Norwegian Patient Experience Questionnaire (NORPEQ)	۲۰۰۷	نروژ	۳	۸	۷ هفته بعد از ترخیص
Section of Health Policy and Administration, Yale School of Public Health, New Haven, CT, USA	Patient Experiences with Inpatient Care (I-PAHC)	۲۰۱۱	اتیوپی	۶	۱۶	بعد از اولین روز پذیرش
Johns Hopkins University, Department of International Health, New Delhi, India	Patient Perceptions of Quality (PPQ)	۲۰۰۶	هند	۷	۱۶	-

جدول ۲ ابعاد مورد بررسی در الگوهای ارزیابی بیمار به تفکیک هر الگو را نشان می‌دهد. بر اساس جدول مدل PEQ (پرسشنامه اول ارزیابی تجربه بیمار در کشور نروژ) بیشترین تعداد ابعاد و مدل NORPEQ (پرسشنامه دوم ارزیابی تجربه بیمار در کشور نروژ) کمترین تعداد ابعاد را دارا می‌باشد. چارچوب استخراجی از الگوها توسط ۲ محقق به طور جداگانه دسته‌بندی شده و ضریب توافق طرفین ۰/۸۴محاسبه گردید که نتیجه آن در جدول ۲ ارائه شده است.

در جدول ۳ بر اساس یافته‌های مطالعه، همپوشانی در بین ابعاد مختلف در الگوهای مختلف ارزیابی تجربه بیمار نشان داده شده است. یافته‌های جدول نشان می‌دهد که ۲ بعد محیط فیزیکی و ارائه اطلاعات به بیماران از جمله مواردی است که در اکثر الگوها مورد تاکید قرار گرفته است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]

جدول ۲: ابعاد مورد بررسی در الگوهای ارزیابی تجربه بیمار

مدل‌ها	HCAHPS	QPP- QPPS	PPE-15	NHSIP	HKIEQ	PEQ	NORPEQ	I-PAHC	PPQ	SIPES
ابعاد	نحوه ارتباط با پرستار	نحوه ارتباط با پرستار	ارایه اطلاعات	نحوه ارتباط با پزشک	ارائه اطلاعات به بیمار	نحوه ارتباط با پرستار	ارائه اطلاعات به بیمار	نحوه ارتباط با پرستار	نحوه ارتباط با پرستار	نحوه پذیرش در بیمارستان
	نحوه ارتباط با پزشک	نحوه ارتباط با پزشک	حمایت عاطفی	نحوه پذیرش در بیمارستان	حمایت عاطفی	نحوه ارتباط با پزشک	نحوه ارایه خدمات پرستاران	نحوه ارتباط با پزشک	نحوه ارتباط با پزشک	محیط فیزیکی
	نحوه مدیریت درد	نحوه ارائه خدمات پزشکان	مشارکت بیمار و مراقبت بیمار	نحوه ارائه خدمات پرستاران	مشارکت و مراقبت بیمار محور	نحوه ارایه خدمات پرستاران	نحوه ارایه خدمات پزشکان	نحوه ارتباط با پزشک	نحوه ارایه خدمات پرستاران	نحوه ترخیص
	نحوه مدیریت داروئی	ارائه اطلاعات به بیمار	مشارکت خانواده و نزدیکان	نحوه ارائه خدمات پزشکان	مشارکت خانواده و نزدیکان	نحوه ارایه خدمات پزشکان	-	نحوه مدیریت داروئی	نحوه ارایه خدمات پزشکان	ارائه اطلاعات
	ارایه اطلاعات	محیط فیزیکی	-	نحوه مدیریت داروئی	-	نحوه مدیریت داروئی	-	محیط فیزیکی	نحوه مدیریت داروئی	نحوه ارایه خدمات پرستاران
	نحوه ترخیص	مشارکت بیمار ومراقبت بیمار محور	-	نحوه ترخیص	-	ارائه اطلاعات به بیمار	-	نحوه مدیریت درد	ارائه اطلاعات به بیمار	-
	محیط فیزیکی	مشارکت خانواده و نزدیکان	-	محیط فیزیکی	-	نحوه ترخیص	-	-	محیط فیزیکی	-
	حمایت عاطفی	احترام به شان و حریم خصوصی بیمار	-	حمایت عاطفی	-	محیط فیزیکی	-	-	-	-
	-	-	-	احترام به شان و حریم خصوصی بیمار	-	مشارکت بیمار و مراقبت بیمار محور	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	مشارکت خانواده و نزدیکان	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	احترام به شان و حریم خصوصی بیمار	-	-	-	-

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]

جدول ۳: همپوشانی ابعاد در الگوهای مورد بررسی

الگو	ابعاد	نحوه ارتباط با پرستار	نحوه ارتباط با پزشک	نحوه مدیریت درد	نحوه ارائه خدمات پرستاران	نحوه ارائه خدمات پزشکان	محیط فیزیکی	نحوه مدیریت دارویی	حمایت عاطفی	احترام به شان و حریم خصوصی بیمار	نحوه پذیرش	نحوه ترخیص	ارائه اطلاعات به بیمار	مشارکت بیمار و مراقبت بیمار محور	مشارکت خانواده و نزدیکان
(HCAHPS)		*	*	*	–	–	*	*	*	–	–	*	*	–	–
(QPP)- (QPPS)		*	*	–	–	*	*	–	–	*	–	–	*	*	*
(PPE-15)		–	–	–	–	–	–	–	*	–	–	–	*	*	*
(NHSIP)		–	*	–	*	*	*	*	*	*	*	*	–	–	–
(SIPES)		–	–	–	*	–	*	–	–	–	*	*	*	–	–
(HKIEQ)		–	–	–	–	–	–	–	*	–	–	–	*	*	*
(PEQ)		*	*	*	*	*	*	*	–	*	–	*	*	*	*
(NORPEQ)		–	–	–	*	*	–	–	–	–	–	–	*	–	–
(I-PAHC)		*	*	*	*	*	*	*	–	–	–	–	*	–	–
(PPQ)		*	*	–	*	*	*	*	–	–	–	–	*	–	–

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]

میزان تاکید و اهمیت هر کدام از ابعاد اشاره شده در الگوهای مورد بررسی در جدول ۴ ارائه شده است که از این منظر ارائه اطلاعات به بیمار با بیشترین تکرار ۹۰ درصد و نحوه پذیرش با کمترین تکرار ۲۰ درصد بوده است.

جدول ۴: درصد تاکید ابعاد مورد بررسی در الگوهای ارزیابی تجربه بیمار

ردیف	بعد	درصد
۱	ارائه اطلاعات به بیمار	۹۰ درصد
۲	محیط فیزیکی	۷۰ درصد
۳	نحوه ارائه خدمات پرستاران	۶۰ درصد
۴	نحوه ارائه خدمات پزشکان	۶۰ درصد
۵	نحوه ارتباط با پزشک	۶۰ درصد
۶	نحوه ارتباط با پرستار	۵۰ درصد
۷	نحوه مدیریت دارویی	۵۰ درصد
۸	حمایت عاطفی	۴۰ درصد
۹	نحوه ترخیص	۴۰ درصد
۱۰	مشارکت بیمار و مراقبت بیمار محور	۴۰ درصد
۱۱	مشارکت خانواده و نزدیکان	۴۰ درصد
۱۲	احترام به شان وحریم خصوصی بیمار	۳۰ درصد
۱۳	نحوه مدیریت درد	۳۰ درصد
۱۴	نحوه پذیرش	۲۰ درصد

الگوی استخراج شده شامل ۱۴ بعد (حیطه اصلی) و ۵۷ حیطه فرعی (زیر مجموعه ابعاد) بود که در قالب چک لیستی با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای آماده شد. در مرحله دلفی ۲۰ نفر شامل ۱۲ زن و ۸ مرد شرکت نمودند که از بین این افراد ۱۴ نفر مدیر بهبود کیفیت، ۳ نفر مدیر خدمات پرستاری و ۳ نفر مدیر بیمارستان بودند. همچنین میانگین سنی مشارکت کنندگان ۳۵/۵سال و میانگین سابقه کار ۱۳ سال بود. ۱۲ نفر از مشارکت کنندگان دارای مدرک کارشناسی و ۵ نفر مدرک کارشناسی ارشد و ۳ نفر مدرک دکتری داشتند. در راند اول دلفی ۴ بعد (حیطه اصلی) و ۲۸ حیطه فرعی نمره پایینتر از ۷۵ را کسب نموده و حذف شدند و بقیه موارد به راند دوم دلفی وارد شد. از آنجا که در طی راند دوم میانگین نظرات پاسخ دهندگان در ارتباط با هرکدام از ابعاد و اجزا ۷۵ و بالاتر و انحراف معیار دیدگاه‌های آن‌ها ۲۰ درصد برآورد گردید، الگوی نهایی دارای ۱۰ بعد و ۲۹ حیطه فرعی مورد تایید و معتبر گردید و در نهایت اجماع در نظرات حاصل گردید (جدول ۵).

جدول ۵: الگوی نهایی ارزیابی تجربه بیمار

ردیف	بعد	حیطه فرعی
۱	**نحوه ارتباط با پرستار**	رفتار توام با ادب و احترام، توجه به صحبت‌های بیمار و پاسخگویی صادقانه به سوالات بیمار، توضیح روند درمانی به زبان ساده و قابل درک برای بیمار، دسترسی سریع به پرستار، شنیدن شکایات بیمار و رسیدگی سریع به آن، اختصاص زمان کافی برای بیمار
۲	**نحوه ارتباط با پزشک**	رفتار توام با ادب و احترام، توجه به صحبت‌های بیمار و پاسخگویی صادقانه به سوالات بیمار، توضیح روند درمانی به زبان ساده و قابل درک برای بیمار
۳	**ارائه خدمات توسط پرستاران**	شناختن پرستار توسط بیمار، مهارت کافی پرستار در ارائه خدمات
۴	**ارائه خدمات پزشک**	شناخت پزشک توسط بیمار
۵	**ارائه اطلاعات به بیمار**	ارائه اطلاعات مورد نیاز در مورد خودمراقبتی بیمار به خانواده یا نزدیکان (ترجیحاً به‌صورت کتبی)، ارائه اطلاعات ساده و قابل درک در مورد (مصرف) داروها در زمان ترخیص بیمار، ارائه اطلاعات لازم برای کمک به بیمار و بهبودی او به نزدیکان
۶	**ترخیص بیمار از بیمارستان**	ارائه اطلاعات لازم به بیمار در مورد استفاده از خدمات توانبخشی یا سایر خدمات پزشکی جهت ادامه سیر درمان بعد از ترخیص
۷	**محیط فیزیکی و هتلینگ**	وجود محیط مطلوب و خوشایند برای بیمار، رعایت سکوت و آرامش در زمان استراحت بیمار، دسترسی به امکانات رفاهی، نظافت و تمیز بودن اتاق بیمار، وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب، رعایت انطباق جنسیتی در اتاق‌های بیماران، کیفیت غذا، وضعیت ظاهری مطلوب (مرتب و تمیز بودن) کارکنان بیمارستان
۸	**حمایت عاطفی**	امکان صحبت کردن با پرستار در مورد سوالات یا نگرانی‌های بیمار درباره روند درمان
۹	**مشاوره با خانواده و نزدیکان بیمار**	رفتار خوب پزشکان و پرستاران با نزدیکان بیمار
۱۰	**احترام به شان و حریم خصوصی بیمار**	رعایت حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار و عدم اطلاع به دیگران در خصوص شرایط و وضعیت درمانی، رعایت حریم خصوصی بیمار در هنگام انجام آزمایش یا مراقبت‌های درمانی، فراهم بودن محیط خصوصی برای صحبت با پزشک/پرستار/ نزدیکان

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]

ابعاد احترام به شان و حریم خصوصی بیمار (۸۴/۴ درصد)، نحوه ارتباط با پرستار (۸۳/۹ درصد)، ارایه خدمات پزشک (۷۸/۹ درصد)، محیط فیزیکی و هتلینگ (۷۸/۶ درصد)، نحوه ارتباط با پزشک (۷۷/۸ درصد)، ارائه اطلاعات به بیمار (۷۵/۲ درصد)، حمایت عاطفی (۷۵/۰ درصد)، بیشترین امتیاز و بعد نحوه ترخیص بیمار از بیمارستان (۷۰/۰۴ درصد) کمترین امتیاز راکسب نمودند، که این موضوع، نشان دهنده اهمیت این ابعاد در ارزیابی تجربه بیمار از نظر متخصصین شرکت کننده در این مطالعه بود. همچنین یافته‌ها حاکی از، همجهت بودن نتایج حاصل از دلفی انجام شده و تاکید الگوهای مختلف در سایر نقاط دنیا بر ابعاد ارزیابی تجربه بیمار بود.

بحث

مطالعاتی که در رابطه با ارزیابی تجربه بیمار انجام شده‌اند مبتنی بر یکی از الگوهایاین حیطه بوده‌اند و مطالعه‌ی جامعی هم در داخل کشور توسط پژوهشگر مشاهده نگردید، لذا در این مطالعه سعی شد تمامی الگوهای موجود در دنیا جمع آوری شود. اما باید توجه کرد الگوهایی که به منظور ارزیابی تجربه بیمار از آن‌ها استفاده گردیده تنها شامل مقالات و کتاب‌هایی بودند که به زبان فارسی یا انگلیسی منتشر شده‌اند.

بعد احترام به شان و حریم خصوصی بیمار در بین ابعاد مورد بررسی بالاترین درصد را در الگوی نهایی کسب نموده است. درسال‌های اخیر مطالعات زیادی در زمینه حریم خصوصی بیماران انجام شده است که تاییدی بر یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد. این در حالی است که در غالب موارد، تجربه بیماران و رضایت مندی بیماران از حفظ حریم خصوصی توسط تیم درمان متوسط و ضعیف گزارش شده است (۱۱). در مطالعه بجرتنیس و همکاران (۲۰۱۲) با هدف بررسی رضایت بیماران از خدمات بستری در بیمارستان‌های نروژ تاکید شده که رعایت حریم خصوصی بیمار تاثیر بسزایی بر رضایت وی دارد (۱۲).

بعد نحوه ارتباط با پرستار، بعد تایید شده بعدی در الگوی نهایی می‌باشد. درمطالعه آبل و همکاران (۲۰۱۴) با هدف بررسی تجربیات بیماران سرطانی درکشور انگلستان نشان داده شد که مهارت‌های ارتباطی خوب به عنوان یکی از عوامل اصلی در اطمینان از نتایج بهتر بیمار و افزایش نمرات تجربه بیمار و رضایتمندی معرفی شده است (۱۳) که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد.

بعد نحوه ارائه خدمات پزشک بعد تایید شده بعدی در الگوی نهایی می‌باشد. در مطالعه گلیکمن و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف بررسی رضایت بیمار و تاثیر آن بر کیفیت خدمات در کشور آمریکا انجام شده است، بیماران گزارش کردند مکالمات رودرروی آن‌ها با پزشکان که از طریق آن بتوانند در مورد روش‌های درمانی و نتایج اقدامات درمانی اطلاعات کسب کنند، می‌تواند به تشخیص و کاهش اضطراب و نگرانی بیمار کمک کند (۱۴) که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد.

بعد احساس راحتی و شرایط فیزیکی و هتلینگ، بعد بعدی است که بالاترین نمره را در بین ابعاد مورد بررسی در الگوی نهایی کسب نموده است. در مطالعه مترکو و همکاران (۲۰۱۴) در کشور آمریکا با هدف بررسی عوامل تاثیرگذار بر بعد احساس آرامش در تجربه بیماران تاکید شده است که بیماران در مراحل پایانی عمر، احساس راحتی را در آرامش و محیط بدون تشنج و آرام توصیف کردند. بیمارانی که تحت مراقبت‌های اورژانس بودند، راحت بودن را در احساس امنیت توصیف کردند (۱۵) که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد.

بعد ارائه اطلاعات به بیمار نیز از ابعادی است که در راندهای دلفی انجام شده نمره ۷۵/۲ درصد را کسب نموده و در الگوی نهائی قرار گرفت. در مطالعه وینگارت و همکاران (۲۰۱۵) با هدف بررسی تجربیات بیماران از عوارض ناخواسته در بوستون آمریکا تاکید شده است که ارائه اطلاعات لازم در دستورالعمل‌های زمان ترخیص، زمینه کافی برای هدایت مؤثر بیمار در ادامه روند درمان را فراهم می‌آورد (۱۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

بعد حمایت عاطفی نیز نمره ۷۵/۰ درصد را کسب کرده و درالگوی نهائی قرار گرفت. نتایج مطالعه استیسی و همکاران (۲۰۱۷) با هدف بررسی درک بیماران از حمایت عاطفی و تاثیر آن در تجربه بیمار و رضایت آن‌ها از اقدامات درمانی در کشور کانادا نشان داد حمایت عاطفی با رضایت کلی بیمار ارتباط زیادی دارد، اما تعداد کمی از سازمان‌ها به طور سیستماتیک تلاش کرده‌اند تا عناصر حمایت عاطفی را مورد توجه ویژه قراردهند (۱۷) که با نتایج این مطالعه همراستا می باشد.

به طور کلی تحقیقات مرتبط نشان می‌دهد که لزوم تشکیل یک موسسه ملی در هر کشوری به منظور جمع آوری داده‌های مربوط به تجربه بیمار و چگونگی تفسیر و به‌کارگیری نتایج آن

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]

امر اجتناب ناپذیر می‌باشد (۱۸). پاسخ عاطفی و واکنش افراد به بیماری و پاسخگویی ارائه دهندگان و سیستم‌های ارائه دهنده خدمات به نیازهای آن‌ها بسیار مهم است و تأثیر مستقیمی در سایر ابعاد کیفیت دارد (۱۹). عناصر اساسی در یک رویکرد استراتژیک برای بهبود تجربه بیماران شامل مدیریت ارشد نیرومند و متعهد، تشکیل تیم اختصاصی، درگیری فعال بیماران و خانواده‌ها، تعیین اهداف و معیارهای واضح و روش‌های مؤثر برای برقراری ارتباط با آن‌ها در جهت گسترش و تقویت ارزش‌ها و رویه‌های بیمار محور، تمرکز بر کارکنان و توسعه فرهنگ سازمانی، آموزش و افزایش مهارت‌های ارتباطی کارکنان، تأمین منابع لازم، سنجش عملکرد و بازخورد برای ارزیابی پیشرفت، تقویت پاسخگویی و شناسایی فرصت‌های جدید می‌باشد (۲۰،۲۱).

الگوی پیشنهادی از میان الگوهای استخراج شده، بیشترین میزان تشابه و همپوشانی را با الگوی PEQ داشت. در واقع ترکیبی از عوامل موجود در این الگو می‌باشد. همچنین یافته‌ها حاکی از، همجهت بودن نتایج حاصل از دلفی انجام شده و تاکید الگوهای مختلف در سایر نقاط دنیا بر ابعاد ارزیابی تجربه بیمار می‌باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کمبود مطالعات پیشین به زبان فارسی در زمینه الگوهای ارزیابی تجربه بیمار به‌علت انجام مطالعات محدود در کشور ایران اشاره نمود.

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت ارزیابی تجـــربه بیمار در ارتقاء مولفه-های تاثیرگذار در روند درمان بیمار، کشورهای مختلف بر اساس موقعیت و شرایط خاص هر کدام از الگوئی کمک می گیرند و محققان در کشور ایران نیز می‌توانند با بهره‌گیری از این الگوها و مناسب سازی آن با نیازها و الزامات فرهنگی خود، از به‌کارگیری آن در ارزیابی و ارتقاء کیفیت خدمات درمانی به بیماران بهره گیرند لذا نتایج این مطالعه الگویی برای ارزیابی تجربه بیمار در بیمارستان‌های ایران، با استفاده از معتبر سازی به شیوه دلفی ارائه کرد. یافته‌های مطالعه نشان داد که الگو دارای ۱۰ بعد و ۲۹ حیطه فرعی برای کشور ایران مناسب است که از بین ابعاد، بعد احترام به شان و حریم خصوصی بیمار بیشترین و بعد نحوه ترخیص بیمار از بیمارستان کمترین امتیاز را کسب کردند. با توجه به کارکردهای مهم ارزیابی تجربه بیمار در ارتقاء کیفیت اقدامات درمانی و ایمنی بیمار، پیشنهاداتی چون استفاده از ارزیابی تجربه بیمار به عنوان ابزاری در کمیته صیانت از حقوق بیمار، آموزش و بیان اهمیت این موضوع در بهبود فرایند کار به کلیه کارمندان و مدیران مربوطه، پایش و ارزیابی تجربه بیمار در بازه زمانی مشخص و ارائه بازخورد به کارکنان و مدیریت ارشد و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی برای بهبود آیتم‌های مورد ارزیابی در تجربه بیمار جهت دستیابی به این امر، ارائه می‌گردد.

سپاسگزاری

نویسندگان بدینوسیله از تمامی افرادیکه با مشارکت خود در مرحله دلفی باعث غنای طرح شدند نهایت تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. ن ، الف. ه

جمع آوری داده‌ها: م. ن، ع. و

تحلیل داده‌ها: ج. ج

نگارش و اصلاح مقاله: م. ن، الف. ه، ج. ج، ع. و

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با عنوان "طراحی الگوی ارزیابی تجربه بیمار در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد" می‌باشد که توسط این دانشگاه مورد حمایت مالی قرار گرفته است (کد مصوب ۹۷۱۰۰۵).

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open 2013; 3(1): e001570. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570.
2) Luxford K, Safran DG, Delbanco T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. Quality in Health Care 2011; 23(5): 510-5. doi: 10.1093/intqhc/mzr024.
3) Anhang Price R, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L. Examining the role

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]

of patient experience surveys in measuring health care quality. Medical Care Research and Review 2014; 71(5): 522-54. doi: 10.1177/1077558714541480.
4) Bleich SN, Özaltin E, Murray CJ. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?. Bulletin of the World Health Organization 2009; 87: 271-8. doi: 10.2471/BLT.07.050401.
5) Devkaran S. Patient experience is not patient satisfaction: understanding the fundamental differences. Available from URL: https://docplayer.net/14478453-Patient-experience-is-not-patient-satisfaction.html. Last access: June 9, 2021.
6) Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. Qual Saf Health Care 2002; 11(4): 335-9. doi: 10.1136/qhc.11.4.335
7) Beattie M, Murphy DJ, Atherton I, Lauder W. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. Systematic Reviews 2015; 4(1): 97.
8) Clark NM, Cabana MD, Nan B, Gong ZM, Slish KK, Birk NA. The clinician-patient partnership paradigm: outcomes associated with physician communication behavior. Clinical Pediatrics 2008; 47(1): 49-57. doi: 10.1177/0009922807305650.
9) Ebrahimipour H, Houshmand E, Najar AV, Adel A, Tabatabaei S. The effect of lean management on improving hospital processes: from 2014 to 2016. Sadra Medical Journal 2018; 6(3).161-70.
10) Maleki M, Tabibi Sj, Degoshee b. Compilation of dissertation, dissertation, research project and scientific article. Tehran: Ferdows publishing; 2014; 132.
11) Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. Oman Medical Journal 2014; 29(1): 3. doi: 10.5001/omj.2014.02.
12) Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. BMJ Quality & Safety 2012; 21(1): 39-46.
13) Abel GA, Saunders CL, Lyratzopoulos G. Cancer patient experience, hospital performance and case mix: evidence from England. Future Oncology (London, England) 2014; 10(9): 1589-98. doi: 10.2217/fon.13.266.
14) Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes 2013; 3(2): 188-95. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.900597.
15) 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 2014; 45(5): 1188-204. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01138.x.
16) Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. Journal of General Internal Medicine 2015; 20(9): 830-6. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0180.x.
17) Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Syst Rev 2017. 12(4): 1431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub5.
18) Cochrane BS, Hagins Jr M, King JA, Picciano G, McCafferty MM, Nelson B. Back to the future: patient experience and the link to quality, safety, and financial performance. Healthcare Management Forum 2015; 28(6): 47-58. doi: 10.1177/0840470415598405.
19) Horstman Molly J, Mills Whitney L, Herman Levi I, Cai Cecilia, Shelton George, Qdaisat Tareq, et al. Patient experience with discharge instructions in postdischarge recovery: a qualitative study. BMJ Open 2017; 7(2). doi: 10.1136/bmjopen-2016-014842.
20) Dover JS, Kenkel JM, Carruthers A, Lizzul PF, Gross TM, Subramanian M, et al. Management of patient experience with atx-101 (deoxycholic acid injection) for reduction of submental fat. Dermatologic Surg 2016; 42(1): 288-99. doi: 10.1097/DSS.0000000000000908.
21) Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The patient experiences questionnaire: development, validity and reliability. Quality in Health Care 2004; 16(6): 453-63. doi: 10.1093/intqhc/mzh074.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]

Manage Strat Health Syst

Research Article

Developing a Model for Evaluating Patient Experience in Educational Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences

Mojtaba Najib Jalali [1], Ali Vafaee Najar [2], Jamshid Jamali [3], Elaheh Hooshmand [3]*

[1] MSc student in Healthcare Management, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[2] Professor, Social Determinates of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[3]Assistant Professor, Social determinates of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* **Corresponding Author:** Elaheh Hooshmand
houshmande@mums.ac.ir

Citation: Najib Jalali M, Vafaee Najar A, Jamali J, Hooshmand E. Developing a Model for Evaluating Patient Experience in Educational Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. Manage Strat Health Syst 2021; 6(1): 28-39.

Received: January 24, 2021
Revised: June 15, 2021
Accepted: June 16, 2021

Funding: This study has been supported by Mashhad university of medical sciences (NO 971005).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Understanding the "patient experience" is a key step in moving towards patient-centered care. The purpose of this study is to design a patient experience evaluation model to evaluate the effective components in the patient experience in hospitals of Mashhad University of Medical Sciences.
Methods: This was a comparative descriptive study conducted using databases and information resources and based on a comprehensive review, and the models used in other parts of the world were extracted based on the research protocol and entered into a comparative matrix. The reliability of the extracted framework was verified using the agreement coefficient of the parties. In order to validate the model, the questions were prepared in the form of a questionnaire and validated by the specialists of Mashhad University of Medical Sciences during two-round Delphi using SPSS $_{16}$ software.
Results: In this study, 10 models were obtained for evaluating patient experience in different countries, each of which was composed of several dimensions and some of them had overlap. The models included American model (8 dimensions), Swedish model (10 dimensions), British first model (7 dimensions), British second model (8 dimensions), Scotland model (6 dimensions), Hong Kong model (9 dimensions), Norway first model (6 dimensions), Norway second model (5 dimensions), India model (10 dimensions), and the model of Ethiopia (5 dimensions). The final model with 10 dimensions and 29 sub- dimensions was approved and validated.
Conclusion: The results showed that the suitable pattern for Iran had 10 dimensions and 29 sub-dimensions. Among the dimensions, respect for the patient's privacy and dignity had the highest score and the way patients are discharged from the hospital had the lowest score.

Key words: Developing a model, Patient experience, Patient-centered care, Patient satisfaction

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-04-25]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.1.1.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i1.6506]