

بررسی کیفیت ویزیت سرپایی در درمانگاه‌های دولتی و خصوصی منتخب شهر تبریز در سال ۱۳۹۷

رعنا غلامزاده نیکجو^۱، مبین سخنور^۲، خدیجه مطهری راد^{۳*}، محمد تقی خدایاری^۴

۱- عضو هیات علمی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. ۲- دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. ۳- دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. ۴- عضو هیئت علمی، دانشکده بهداشت، گروه آمارزیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

*نویسنده مسئول: خدیجه مطهری راد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز، تلفن: ۰۹۱۴۵۲۵۱۸۱۶، ایمیل: Khadijeh.motahari@gmail.com

دریافت: ۹۸/۴/۱۰ پذیرش: ۹۸/۷/۲۹

چکیده

مقدمه: ویزیت سرپایی، نقطه‌ی شروع فرآیند درمان است که صحت آن، تعیین‌کننده‌ی پیامدهای درمان می‌باشد. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی کیفیت ویزیت در درمانگاه‌های دولتی و خصوصی منتخب شهر تبریز انجام شد.

روش کار: پژوهش توصیفی-تحلیلی حاضر در درمانگاه بیمارستان‌های امام رضا (ع)، شیخ‌الرئیس و شهید طالقانی در بخش دولتی و بهبود و بین‌المللی در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. حجم نمونه، ۳۸۴ نفر برآورد گردید. از پرسش‌نامه‌ی استاندارد کیفیت ویزیت جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین کیفیت ساختاری در درمانگاه‌های دولتی و خصوصی به ترتیب برابر با $18/90 \pm 7/60$ و $26/10 \pm 5/26$ بود. میانگین کیفیت فرآیندی در درمانگاه‌های دولتی $17/0 \pm 8/08$ و در درمانگاه‌های خصوصی $17/7 \pm 1/05$ برآورد گردید. همچنین، $18/45 \pm 7/77$ از بیماران در درمانگاه‌های دولتی و $16/76 \pm 7/77$ در درمانگاه‌های خصوصی، از پیامدهای ویزیت رضایت داشتند. در مجموع، کیفیت کلی خدمات در درمانگاه‌های دولتی $10/05 \pm 9/07$ و در درمانگاه‌های خصوصی $26/26 \pm 9/76$ بود.

نتیجه‌گیری: کیفیت کلی خدمات در وضعیت متوسط قرار داشت. میانگین کیفیت در مراکز دولتی بهتر از مراکز خصوصی بود. مسئولان می‌توانند برای بهبود کیفیت، تدابیری نظیر توسعه زیرساخت‌ها در بیمارستان‌های خصوصی، استفاده از سیستم‌های پذیرش اینترنتی و تلفنی، برنامه‌های نوبت‌دهی بر اساس برآورد زمان و الزام پزشکان به حضور زمان‌بندی‌شده در درمانگاه را اتخاذ نمایند.

کل واژگان: کیفیت، ویزیت، درمانگاه سرپایی، دولتی، خصوصی

مقدمه

در حال حاضر، بیماران بهترین خدمت را خدمتی می‌دانند که در اسرع وقت ارائه شود؛ همچنین انتظار دارند که پزشکان وقت بیشتری را صرف معاینه بالینی آن‌ها نمایند. کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، یک حوزه‌ی اساسی ارائه‌ی خدمات در سازمان‌های خدمات درمانی است و مراقبت بهداشتی با کیفیت بالا، حق اساسی هر بیمار به‌شمار می‌رود. بر این اساس، بیمار حق دارد از بهترین امکانات، بهترین درمان و بهترین پزشک استفاده نماید [۱-۳]. کیفیت مناسب، به عنوان یک اولویت در نظام بهداشتی-درمانی مطرح است [۴، ۵]. اورویت^۱، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی را برآورده‌سازی نیازها و

انتظارات بیمار و دستیابی به بهترین نتایج بالینی با استفاده از منابع موجود تعریف نمود [۶]. ارزش‌یابی خدمات در حیطه‌ی ساختار، فرآیند و پیامد، پرکاربردترین مدل در سنجش و ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است که در سال ۱۹۶۶ توسط دونابدین^۲ معرفی شد. بر اساس این الگو، مسیر ارزیابی کیفیت مراقبت، از ساختار «داشتن اشیاء و لوازم درست» شروع شده، سپس به طرف فرآیند انجام کارهای صحیح حرکت کرده و سرانجام به پیامد کارهای صحیح رخ داده، ختم می‌شود. بر اساس مدل دونابدین، ساختار به معنای زمینه‌ای است که خدمات در آن ارائه می‌شود و شامل فضای فیزیکی مناسب، آرامش محیطی و

² Donabedian

¹ Øvretveit

برخوردار بود. از مهم‌ترین دلایل شروع و اوج گرفتن طرح تحول سلامت در بخش دولتی، میزان اعتبارات داده شده به بیمارستان‌های دولتی، توجه بیش‌تر به استانداردها و دستورالعمل‌های اعتباربخشی، ارتقای کیفیت خدمات در درمانگاه‌های دولتی و به‌صرفه بودن بیمارستان‌های دولتی به لحاظ اقتصادی برای بیماران است [۲، ۱].

ویزیت سرپایی با کیفیت می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد رضایت‌مندی در بیماران شود. از جنبه‌های دیگر اهمیت ویزیت سرپایی، توجه به این مقوله در طرح تحول نظام سلامت کشور ایران است. یکی از ابعاد مورد توجه این طرح، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت است که طی آن، دستورالعمل‌هایی برای استانداردسازی فضاها، مدت زمان ویزیت و تجویز منطقی اقلام دارویی ارائه شده که خود، اهمیت مقوله‌ی کیفیت ویزیت را دو چندان می‌نماید. در نهایت، با توجه به اهمیت کیفیت ویزیت و این‌که افزایش کیفیت ویزیت، موجب بهبود ارتباط پزشک و بیمار، افزایش رضایت‌مندی بیماران، افزایش اعتماد بیماران به پزشک و کاهش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم می‌شود، هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی کیفیت ویزیت سرپایی در درمانگاه‌های دولتی و خصوصی منتخب شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بود.

روش کار

پژوهش توصیفی-تحلیلی حاضر، به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه‌ی پژوهش شامل تمامی متقاضیان دریافت ویزیت سرپایی (تخصصی) بود. محیط پژوهش شامل درمانگاه سرپایی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر تبریز بود. از میان درمانگاه‌های موجود، درمانگاه بیمارستان‌های امام رضا (ع)، شیخ‌الرئیس و طالقانی از بخش دولتی و نیز بهبود و بین‌المللی از بخش خصوصی، به‌صورت تصادفی جهت انتخاب نمونه آماری انتخاب شدند. تخصص‌های داخلی، زنان و زایمان، جراحی عمومی و کودکان (تخصص‌های چهارگانه اصلی) از میان رشته‌های موجود انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول $n = \frac{z^2 \cdot pq}{d^2}$ با مفروضات $p = 0/5$ ، $q = 0/5$ ، $z = 1/96$ و $d = 0/05$ در جامعه‌ی نامشخص به میزان ۳۸۴ نفر برآورد گردید. با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها و وجود پرسش‌نامه‌های ناقص و ناکامل، تعداد ۴۰۰ پرسش‌نامه توزیع گردید. در نهایت، ۳۸۶ نفر پرسش‌نامه‌ها را به‌طور کامل تکمیل کردند و اطلاعات مربوط به آن‌ها جهت تجزیه و تحلیل وارد نرم‌افزار شد. از درمانگاه‌های شیخ‌الرئیس، بهبود و بین‌المللی، تعداد ۹۶ نفر و از هر تخصص در هر بیمارستان تعداد ۲۴ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. نمونه‌ی انتخابی از بیمارستان امام رضا (ع) ۷۲ نفر از تخصص‌های داخلی، زنان زایمان و جراحی عمومی بود و از بیمارستان طالقانی، ۲۶ نفر از

نور کافی در مطب پزشک است. فرآیند، تمام اقداماتی را شامل می‌شود که برای به‌کارگیری منابع، جهت حصول نتیجه‌ی مناسب انجام می‌گیرد؛ مثل ارتباط پزشک و بیمار و حفظ حریم خصوصی بیمار. پیامد یا برونداد نتیجه و موارد مورد انتظار بیماران، مسائلی مانند بازیابی سلامت، احساس خوب، درمان بیماری‌ها و رضایت بیمار را دربر می‌گیرد [۵، ۴].

ویزیت سرپایی نیز مانند سایر خدمات، دارای مولفه‌هایی همچون زمان ویزیت، ارتباط پزشک و بیمار، رازداری و حریم خصوصی است که تعیین‌کننده‌ی کیفیت نهایی می‌باشد. در مطالعه‌ی حاضر، به‌منظور سنجش کیفیت خدمات ویزیت در مراکز دولتی و خصوصی، از مدل سنجش کیفیت دونابدین استفاده شد. از جمله مطالعات انجام شده در زمینه‌ی استفاده از مدل مذکور، می‌توان به مطالعه‌ی حسن‌پور و همکاران در درمانگاه شیخ‌الرئیس تبریز در سال ۱۳۹۶ اشاره کرد که نتایج آن بیانگر مولفه‌های کیفیت ساختاری، فرآیندی و پیامدی به ترتیب به میزان $51/36\%$ ، $62/69\%$ و $50/82\%$ بود [۱]. قابل‌ذکر است که هیچ مطالعه‌ی مشابهی در داخل و خارج از کشور پیرامون تفکیک کیفیت به سه بخش ساختاری، فرآیندی و پیامدی و استفاده از مدل دونابدین برای سنجش کیفیت خدمات یافت نشد. بیش‌تر مطالعات انجام‌شده پیرامون سنجش کیفیت خدمات، مربوط به بررسی کیفیت با استفاده از مدل سروکوال^۳ بود. مدل سروکوال یکی از مدل‌های سنجش کیفیت خدمات است که بر اساس آن، تفاضل میان ادراک^۴ و انتظارات^۵ مشتریان از خدمات ارائه شده را کیفیت خدمات گویند. از جمله مطالعات انجام‌شده در این زمینه می‌توان به مطالعه‌ی انصاری و کبریایی پیرامون مقایسه‌ی شکاف کیفیت خدمات فیزیوتراپی در مراکز دولتی و خصوصی اشاره کرد که نتایج آن بیانگر عدم‌برآورد انتظارات افراد (وجود شکاف منفی کیفیت) در مراکز دولتی و خصوصی است [۷]. نتایج مطالعات جانبان و چارکر^۶ و هم‌چنین یسیلد و دایرکتور^۷ در زمینه‌ی بررسی کیفیت کلی خدمات در مراکز دولتی و خصوصی نشان داد که کیفیت در بخش خصوصی بهتر از بخش دولتی است [۸، ۹]. در مطالعه‌ی آنگلوپالو و همکاران^۸ پیرامون بررسی ادراکات بیماران و پزشکان از کیفیت کلی خدمات در بخش خصوصی و دولتی، رضایت بیماران و پزشکان از بخش دولتی بیش‌تر از خصوصی بود [۱۰]. در اکثر مطالعات صورت گرفته در کشور ایران، کیفیت کلی خدمات در مراکز دولتی نسبت به خصوصی از وضعیت بهتری

³ SERVQUAL

⁴ Perception

⁵ Expectation

⁶ Jabnoun & Chaker

⁷ Yesilad & Direktör

⁸ Angelopoulou et al

به سطح تحصیلی زیردیپلم و دیپلم و کم‌ترین فراوانی مربوط به مقطع تحصیلی بالاتر از لیسانس بود. از نظر وضعیت اشتغال، از ۳۸۶ مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های خصوصی و دولتی، بیش‌ترین افراد خانه‌دار و کم‌ترین بازنشسته بودند. بیش‌تر افراد تحت مطالعه از نظر وضعیت اقتصادی، درآمد ماهانه‌ای معادل ۱,۵۰۰,۰۰۰-۱,۰۰۰,۰۰۰ تومان داشتند. از نظر وضعیت مراجعه، ۴۴/۶٪ از افراد برای اولین بار به مرکز درمانی مورد نظر مراجعه کرده بودند. اکثر مراجعه‌کنندگان تحت پوشش بیمه‌ی تامین اجتماعی (۴۵/۱٪)، بیمه‌ی سلامت (۲۸/۵٪) و روستایی (۱۲/۱٪) بودند. از نظر وضعیت سکونت، بیش‌ترین مراجعه‌کنندگان ساکن شهر تبریز و کم‌ترین ساکنان روستاها بودند (جدول ۱). نتایج مطالعه نشان داد که میان کیفیت کلی ویزیت سرپایی و متغیرهای اسمی دوحالته، شامل وضعیت تاهل بیمار ($P = ۰/۱۱۸$)، جنس پزشک ($P = ۰/۴۲۳$) و جنس بیمار ($P = ۰/۶۴۸$) و متغیرهای اسمی سه‌حالته و بیش‌تر، مثل سن بیمار ($P = ۰/۰۶۳$)، سن پزشک ($P = ۰/۲۸۸$)، تحصیلات ($P = ۰/۱۹۷$) و شغل مراجعه‌کننده ($P = ۰/۱۴۸$)، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. این درحالی است که میان کیفیت کلی ویزیت و متغیرهایی چون نوع پوشش بیمه‌ای، سابقه‌ی پزشک، نوع درمانگاه، درآمد و محل سکونت مراجعه‌کننده، ارتباط معنی‌داری وجود داشت (جدول ۲ و ۳). ارتباط به این صورت بود که با افزایش سابقه‌ی پزشک، مراجعه‌کنندگان از کیفیت خدمات راضی‌تر بوده، با بالا رفتن درآمد، انتظار آن‌ها از کیفیت ویزیت افزایش پیدا کرده بود. مراجعه‌کنندگان سایر شهرها، نسبت به تبریزی‌ها، از کیفیت کلی ویزیت راضی‌تر بودند. بر اساس نتایج به‌دست آمده از پژوهش، ارتباط معنی‌داری میان کیفیت کلی ویزیت بیماران سرپایی و نوع بیمه‌ی مراجعه‌کنندگان وجود داشت؛ به‌طوری که افراد تحت پوشش بیمه‌ی تامین اجتماعی، کیفیت کلی را بهتر برآورد کردند. نتایج نشان داد که میانگین کیفیت ساختاری کل برابر با ۶۲/۹۳٪ بود. اختلاف میانگین کیفیت ساختاری و فرآیندی ویزیت سرپایی میان درمانگاه‌های دولتی و خصوصی از نظر آماری معنی‌دار بود؛ به این شکل که کیفیت فرآیندی و ساختاری ویزیت سرپایی در مراکز دولتی بهتر از مراکز خصوصی بود. اختلاف معنی‌داری میان کیفیت پیامدی ویزیت سرپایی در درمانگاه‌های دولتی و خصوصی مشاهده نشد ($P = ۰/۸۸۴$). کیفیت کلی طبق آزمون من-ویتنی میان درمانگاه‌های دولتی و خصوصی مورد مقایسه قرار گرفت که با توجه به مقدار $P = ۰/۰۰۱$ ، میان کیفیت کلی ویزیت سرپایی پزشکان متخصص در درمانگاه‌های دولتی و خصوصی اختلاف معنی‌داری مشاهده شد؛ بدین صورت که کیفیت کلی ویزیت سرپایی در درمانگاه دولتی، بهتر از خصوصی بود (جدول ۴).

پاییز ۹۸، دوره بیست‌ودوم، شماره سوم، پیاپی ۸۶

تخصص کودکان انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با حضور محقق در درمانگاه‌های منتخب در دو شیفت صبح و عصر به‌وسیله‌ی پرسش‌نامه انجام گردید. ابزار مورد استفاده جهت جمع‌آوری داده‌ها، چک‌لیست حسن‌پور و همکاران بود که شامل ۳ بخش کیفیت ساختاری ویزیت (۶ گزینه) پیرامون در دسترس بودن دستورالعمل ارتقای کیفیت، راهنمایی فرآیند برای دریافت نوبت، موجود بودن وسایل کمکی برای شرح حال و امکانات رفاهی؛ کیفیت فرآیندی (۲۰ گزینه) پیرامون فرآیندهای لازم برای حصول نتیجه، مثل ارتباط پزشک و بیمار، حفظ حریم خصوصی بیمار؛ و پیامد (۱ گزینه) پیرامون نتیجه‌ی کلی از دیدگاه بیمار در مورد درمانگاه مورد نظر می‌باشد. امتیازبندی پرسش‌ها، به‌منظور تفسیر آسان، به صورت درصد بود. بدین صورت که برای پرسش‌های دوگزینه‌ای بلی/خیر، به ترتیب ۱۰۰٪ و ۰٪ منظور شد و برای پرسش‌های چندگزینه‌ای، متناسب با تعداد گزینه‌ها، درصدی منظور شد. مثلاً، برای یک پرسش پنج گزینه‌ای، به ترتیب ۰٪، ۲۵٪، ۵۰٪، ۷۵٪ و ۱۰۰٪ در نظر گرفته شد. روایی صوری این ابزار در مطالعه‌ی حسن‌پور و همکاران و روایی محتوایی آن، با محاسبه‌ی ${}^{\circ}CVR$ (۰/۷۳) و ${}^{\circ}CVR$ (۰/۸۱) تایید شده است [۱]. تمامی گزینه‌های پرسش‌نامه توسط پژوهش‌گر از طریق مصاحبه با بیماران و مشاهده‌ی برخی مستندات (دستورالعمل، چارت) تکمیل شد. مشخصات دموگرافیک پزشکان ویزیت‌کننده (نمونه‌ی پژوهش) در هر شیفت از طریق چک‌لیست مربوطه استخراج گردید. انتخاب نمونه به‌صورت متناسب در هر دو شیفت صورت گرفت. پرسش‌نامه‌ی کیفیت ویزیت مراجعین متخصص کودکان از طریق مصاحبه با والدین تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. برای توصیف داده‌ها از جداول، نمودار، محاسبه میانگین و انحراف معیار استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک 11 ($P = ۰/۰۲۰$) حاکی از توزیع غیرنرمال داده‌های پژوهش بود. بر این اساس، برای مقایسه‌ی میانگین کلی کیفیت ساختاری، فرآیندی و پیامدی در درمانگاه‌های دولتی و خصوصی، از آزمون‌های ناپارامتری من-ویتنی 12 و کروسکال-والیس 13 استفاده شد.

یافته‌ها

از میان ۳۸۶ بیمار سرپایی مورد مطالعه، ۷۴/۱٪ را زنان و ۲۵/۱٪ را مردان تشکیل دادند. هم‌چنین، ۳۳۹ نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز متاهل بوده و تنها ۱۲/۲٪ مجرد بودند. از نظر سطح تحصیلات، بیش‌ترین فراوانی مربوط

⁹ Content Validity Index

¹⁰ Content Validity Ratio

¹¹ Kolmogorov- Smirnov

¹² U Mann- Whitney

¹³ Shapiro-Wilk

جدول ۳: ارتباط کیفیت کلی ویزیت سرپایی و متغیرهای زمینه‌ای سه‌حالته و بیش‌تر با استفاده از آزمون کروسکال-والیس

| متغیر | درجه‌ی آزادی | سطح معنی‌داری |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| سن بیمار، سال | | |
| ۱۴-۲۴ | | |
| ۲۴-۳۴ | | |
| ۳۴-۴۴ | | |
| ۴۴-۵۴ | | |
| ۵۴-۶۴ | ۶ | ۰/۰۶۳ |
| ۶۴-۷۴ | | |
| بالاتر از ۷۴ | | |
| سن پزشک، سال | | |
| ۳۹-۳۴ | | |
| ۳۴-۲۹ | | |
| ۲۹-۲۴ | ۳ | ۰/۲۸۸ |
| ۲۴-۱۹ | | |
| بالاتر از ۱۹ | | |
| تحصیلات | | |
| بی‌سواد | | |
| زیردیپلم | | |
| دیپلم | | |
| فوق‌دیپلم | ۵ | ۰/۱۹۷ |
| لیسانس | | |
| بالاتر از لیسانس | | |
| شغل | | |
| بی‌کار | | |
| آزاد | | |
| خانه‌دار | | |
| کارمند | | |
| بازنشسته | ۶ | ۰/۱۴۸ |
| دانش‌آموز | | |
| دانش‌جو | | |
| بیمه | | |
| سلامت | | |
| روستایی | | |
| تامین اجتماعی | ۲ | ۰/۰۱۷ |
| نیروهای مسلح | | |
| سایر (تراکتورسازی، بانک، آزاد، کمیته) | | |
| درمانگاه | | |
| زنان | | |
| کودکان | | |
| جراحی عمومی | ۳ | ۰/۰۰۱ |
| داخلی | | |
| سابقه‌ی پزشک، سال | | |
| ۱-۵ | | |
| ۵-۱۰ | | |
| ۱۰-۱۵ | | |
| ۱۵-۲۰ | ۵ | ۰/۰۰۱ |
| ۲۰-۲۵ | | |
| >۲۵ | | |
| سکونت | | |
| تبریز | | |
| روستا | ۲ | ۰/۰۰۲ |
| سایر شهرها | | |
| درآمد (تومان) | | |
| >۶۰۰,۰۰۰ | | |
| ۶۰۰,۰۰۰-۱,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱,۰۰۰,۰۰۰-۱,۵۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱,۵۰۰,۰۰۰-۲,۵۰۰,۰۰۰ | ۴ | ۰/۰۰۴ |
| >۲,۵۰۰,۰۰۰ | | |

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران

| متغیرها | فراوانی (درصد) |
|---------------------------------------|----------------|
| جنسیت | |
| زن | ۲۸۶ (۷۴/۱) |
| مرد | ۱۰۰ (۲۵/۹) |
| تاهل | |
| متاهل | ۳۳۹ (۸۷/۸) |
| مجرد | ۴۷ (۱۲/۲) |
| تحصیلات | |
| بی‌سواد | ۳۸ (۹/۸) |
| زیردیپلم | ۱۰۳ (۲۶/۷) |
| دیپلم | ۱۲۸ (۳۳/۲) |
| فوق‌دیپلم | ۲۷ (۷/۰) |
| لیسانس | ۷۳ (۱۸/۹) |
| لیسانس و بالاتر | ۱۷ (۴/۴) |
| شغل | |
| بی‌کار و آزاد | ۸۰ (۲۰/۷) |
| خانه‌دار | ۲۳۰ (۵۹/۶) |
| کارمند | ۴۷ (۱۲/۲) |
| بازنشسته | ۴ (۱/۰) |
| دانش‌آموز و دانش‌جو | ۲۵ (۶/۵) |
| درآمد (تومان) | |
| <۶۰۰,۰۰۰ - ۱,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۳۸ (۳۵/۷) |
| ۱,۰۰۰,۰۰۰ - ۱,۵۰۰,۰۰۰ | ۱۰۹ (۲۸/۳) |
| ۱,۵۰۰,۰۰۰ - ۲,۵۰۰,۰۰۰ | ۸۶ (۲۲/۳) |
| >۲,۵۰۰,۰۰۰ | ۵۳ (۱۳/۷) |
| بیمه | |
| سلامت | ۱۱۰ (۲۸/۵) |
| روستایی | ۴۷ (۱۲/۱) |
| تامین اجتماعی | ۱۷۴ (۴۵/۱) |
| نیروهای مسلح | ۱۸ (۴/۷) |
| سایر (تراکتورسازی، بانک، آزاد، کمیته) | ۳۷ (۹/۶) |
| محل سکونت | |
| تبریز | ۲۴۵ (۶۳/۵) |
| روستا | ۳۸ (۹/۸) |
| سایر شهرها | ۱۰۳ (۲۶/۷) |

جدول ۲: ارتباط کیفیت کلی ویزیت سرپایی و متغیرهای زمینه‌ای دوحالته با استفاده از آزمون من-ویتنی

| متغیر | آماره‌ی آزمون | سطح معنی‌داری |
|-----------|---------------|---------------|
| تاهل | | |
| مجرد | -۱/۵۶۵ | ۰/۱۱۸ |
| متاهل | | |
| جنس بیمار | | |
| مونث | -۰/۴۵۷ | ۰/۶۴۸ |
| مذکر | | |
| جنس پزشک | | |
| مونث | -۰/۸۰۲ | ۰/۴۲۳ |
| مذکر | | |

گزارش کردند، هم‌خوانی دارد. این مطالعات هم‌چنین، دلیل عمده‌ی افزایش رضایت و مراجعه به بیمارستان‌های دولتی را به‌صرفه بودن این مراکز به لحاظ اقتصادی برای بیماران و تأثیر طرح تحول سلامت بر کیفیت ویزیت خدمات در بخش دولتی عنوان کردند [۱۳، ۱۲، ۲، ۱]. با توجه به جستجوی انجام شده در پایگاه‌های معتبر، مطالعه‌ی مشابهی در داخل و خارج از کشور پیرامون تفکیک کیفیت به سه بخش ساختاری، فرآیندی و پیامد یافت نشد. محدود مطالعات انجام‌شده مربوط به موضوع کلی کیفیت خدمات در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و انتظار و ادراک بیماران از کیفیت (مدل سروکوال) بود [۹، ۱۵، ۱۶]. مدل سروکوال، کیفیت خدمت را بررسی می‌کند و به کیفیت مراقبت و پیامدها نمی‌پردازد؛ همین می‌تواند یکی از دلایل استفاده‌ی بیشتر از آن در کشور ما باشد. مطالعات جانبان و چارکر در سال ۲۰۱۶ و نیز یسیلد و دایراکتور در سال ۲۰۱۰ در زمینه‌ی بررسی کیفیت کلی خدمات در مراکز دولتی و خصوصی نشان دادند که کیفیت در بخش خصوصی بهتر از بخش دولتی است [۸، ۹]. در مطالعات بات و همکاران^{۱۴} و هم‌چنین طیبی و همکاران که در سال ۲۰۱۲ در کلینیک‌های سرپایی بیمارستان‌های تهران با استفاده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد شده‌ی SERVQUAL انجام شد، کیفیت کلی خدمات ذکر شده از منظر بیماران رضایت‌بخش نبود و میان همه‌ی ابعاد کیفیت، شکاف منفی وجود داشت؛ لذا از منظر پایین بودن کیفیت، نتایج مطالعات مذکور با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارد [۱۷، ۱۸]. دلایل مغایرت را می‌توان محیط، نمونه و ابزار متفاوت دانست. هم‌چنین در مورد مطالعه طیبی و همکاران، بازه‌ی زمانی اجرای مطالعه می‌تواند تأثیرگذار بوده باشد. همان‌گونه که ذکر گردید، اجرای طرح تحول در زمینه‌ی ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ موثر بوده و لذا می‌توان انتظار داشت که یافته‌های مطالعه‌ی حاضر (که تقریباً ۴ سال پس از اجرای طرح تحول انجام شده) با مطالعات پیش و یا آغاز طرح تحول، متفاوت باشد.

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که میان کیفیت خدمات ویزیت و متغیرهای دموگرافیکی مثل جنس بیمار، جنس پزشک، تاهل بیمار، تاهل پزشک، شیفت، میزان تحصیلات و شغل، ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. این در حالی است که کبریایی و همکاران بر اساس نتایج مطالعه‌ی خود بیان داشتند که میان میزان تحصیلات و شکاف کیفیت خدمات در مراکز بهداشتی درمانی کاشان، رابطه‌ی معکوس برقرار است و میان شغل و شکاف کیفیت، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. از طرفی، گرجی و همکاران، کبریایی و همکاران، ریگایر^{۱۵} و همکاران و کریمی و همکاران، هیچ رابطه‌ی آماری معنی‌داری میان کیفیت خدمات ارزیابی شده توسط بیماران و

جدول ۴: کیفیت ویزیت بر اساس نوع درمانگاه با استفاده از آزمون من-ویتنی

| متغیر | انحراف معیار ± میانگین | آماره‌ی آزمون | سطح معنی‌داری |
|---------------------------|--------------------------------|---------------|---------------|
| کیفیت ساختاری دولتی خصوصی | ۷۵/۶۰ ± ۱۸/۹۰ ۵۰/۲۶ ± ۱۵/۱۰ | -۱۱/۹۷۴ | ۰/۰۰۱ |
| کیفیت فرآیندی دولتی خصوصی | ۸۴/۰۸ ± ۶/۷۰ ۸۱/۰۵ ± ۸/۷۷ | -۳/۴۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| کیفیت پیامد دولتی خصوصی | ۷۷/۴۵ ± ۱۸/۴۵ ۷۷/۶۰ ± ۱۶/۷۶ | -۰/۱۴۶ | ۰/۸۸۴ |
| کیفیت کلی دولتی خصوصی | ۷۹/۰۴ ± ۱۰/۰۵ ۶۹/۶۴ ± ۹/۲۶ | -۸/۹۶۷ | ۰/۰۰۱ |

بحث

کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، یک حوزه‌ی اساسی ارائه‌ی خدمات در سازمان‌های خدمات درمانی است و مراقبت بهداشتی با کیفیت بالا حق اساسی هر بیمار به شمار می‌رود. بر این اساس، بیمار حق دارد از بهترین امکانات، بهترین درمان و بهترین پزشک استفاده نماید [۱، ۲، ۱۱]. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین کیفیت ساختاری کل ۶۲/۹۳٪، در مراکز دولتی ۷۵/۶۰٪ و در مراکز خصوصی برابر با ۵۰/۲۶٪ بود؛ به عبارت دیگر، میانگین کیفیت ساختاری در مراکز دولتی بهتر از مراکز خصوصی بود. در این زمینه علل متفاوتی را می‌توان دخیل دانست که یکی از اصلی‌ترین آن‌ها، اجرای طرح تحول نظام سلامت است. با شروع و اوج گرفتن طرح تحول سلامت در بخش دولتی، میزان اعتبارات تخصیص یافته به بیمارستان‌های دولتی در زمینه‌ی خدمات هتلینگ و ساختاری بیمارستان، افزایش پیدا کرد و به دستورالعمل‌های ارتقای کیفیت خدمات در درمانگاه‌ها، توجه بیش‌تری شد. کیفیت فرآیندی ویزیت سرپایی نیز در مراکز دولتی بهتر از مراکز خصوصی بود که در این‌جا نیز با توجه به این‌که یکی از ارکان و مولفه‌های طرح تحول سلامت، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت بیماران، به‌خصوص در زمینه‌ی افزایش مدت زمان ویزیت و کاهش مدت زمان انتظار است، می‌توان انتظار داشت این عامل دلیلی برای افزایش مراجعه و رضایت بیماران از فرآیند درمان بوده باشد. میزان رضایت اکثریت افراد تحت مطالعه از کیفیت پیامدی ویزیت سرپایی زیاد (۵۴/۴٪) بود. به‌طور کلی، میزان کیفیت خدمات در مراکز دولتی بهتر از خصوصی بود. نتایج حاصله با پژوهش‌های حسن‌پور و همکاران، فردوسی و همکاران، جلیلی و همکاران و صباحی بیدگلی و همکاران که میزان رضایت از کیفیت خدمات در مراکز دولتی را بیش‌تر از خصوصی

^{۱۴} Butt et al

^{۱۵} Regaira

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست آمده، میانگین کلی کیفیت ویزیت سرپایی در بیمارستان‌های دولتی بیش‌تر از بیمارستان‌های خصوصی بوده، کیفیت ویزیت سرپایی در مراکز خصوصی در دو بعد ساختار و پیامد امتیاز کم‌تری نسبت به بخش دولتی دارد؛ اما کیفیت پیامدی ویزیت نسبت به مراکز دولتی از وضعیت بهتری برخوردار است. از جمله مشکلات بارز مراکز خصوصی در مطالعه حاضر، انتظار طولانی برای ویزیت‌شدن بود؛ با توجه به این، مدیران بیمارستان‌های خصوصی باید اقداماتی را به منظور بهبود کیفیت خدمات ویزیت، خصوصاً در زمینه‌ی فرآیند انجام دهند. مدیران بیمارستان‌ها می‌توانند برنامه‌هایی نظیر بهبود و ارتقای فرآیندهای ارائه‌ی خدمت (زمان و نحوه‌ی پذیرش، برنامه‌ی حضور پزشکان و ...) را تدوین و اجرا نمایند. استفاده از سیستم‌های پذیرش اینترنتی و تلفنی، برنامه‌های نوبت‌دهی بر اساس برآورد زمان مورد نیاز و الزام پزشکان به حضور زمان‌بندی شده در درمانگاه، می‌تواند در این زمینه مفید واقع شود؛ همچنین، استفاده از مدل‌ها و تکنیک‌های مناسب مدیریت کیفیت، برای ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی پیش‌نهاد می‌شود.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

۱- قبل از انجام این تحقیق، در مورد موضوع مورد مطالعه چه می‌دانستید؟ با توجه به این که چند سال از اجرای طرح تحول نظام سلامت می‌گذرد، با مطالعه‌ی تحقیقات انجام شده در این زمینه و صحبت با سیاست‌گذاران در وزارت‌خانه، اهمیت و نقش این بسته‌ی طرح تحول را جویا شده و راغب به انجام این پژوهش شدیم.

۲- مطالعه حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟ از آن‌جا که این پژوهش، ارتقای کیفیت ویزیت سرپایی در مراکز دولتی و خصوصی را مورد بررسی قرار داده، نتایج حاصل از آن می‌تواند نقش پررنگی در سیاست‌گذاری این طرح در برنامه‌های آتی ایفا کند. در نهایت براساس یافته‌های پژوهش حاضر، کیفیت کلی ویزیت سرپایی در وضعیت متوسطی قرار داشت. بنابراین، مطالعه‌ی حاضر می‌تواند کلیدی برای سیاست‌گذاران برای حل مشکلات نظام سلامت در بخش‌های دولتی و خصوصی در زمینه‌ی ارتقای کیفیت ویزیت سرپایی باشد. با توجه به نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، اصلاح فرآیندهای مرتبط با ویزیت سرپایی بیماراران جهت کاهش زمان انتظار، تدوین شیوه‌نامه‌ی ویزیت سرپایی برای پزشکان با تاکید بر حفظ حریم خصوصی (حضور انفرادی بیمار در اتاق معاینه) و توسعه‌ی زیرساخت‌های

متغیرهای دموگرافیکی مشاهده نکردند [۱۹-۲۲]. براساس نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، ارتباط معنی‌داری میان کیفیت کلی ویزیت بیماراران سرپایی و نوع پوشش بیمه‌ی مراجعه‌کنندگان مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که افراد تحت پوشش بیمه‌ی تامین اجتماعی، کیفیت کلی را بهتر برآورد کردند. نتایج این بخش با یافته‌های مطالعات ایوبیان و همکاران و سخنور و مصدق‌راد هم‌خوانی ندارد [۱۴، ۱۶]. متفاوت بودن جامعه و محیط پژوهش، ابزار مطالعه و شیوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات می‌تواند دلیلی موجه برای این تفاوت‌ها باشند. این درحالی است که یافته‌های مطالعه‌ی حاضر پیرامون ارتباط نوع پوشش بیمه و کیفیت خدمات با مطالعات زارعی و همکاران و روح افزا و همکاران هم‌خوانی دارد [۲۳، ۲۴]. همچنین در مطالعه‌ی حاضر، میان کیفیت کلی ویزیت بیماراران و محل سکونت مراجعه‌کنندگان ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که بیماراران سایر شهرها، نسبت به افراد بومی شهر تبریز، از کیفیت کلی ویزیت رضایت بیش‌تری داشتند که با مطالعه‌ی سخنور و مصدق‌راد هم‌راستا است [۱۶].

در مورد سطح تحصیلات، یافته‌های مطالعه حاضر نشان‌دهنده‌ی عدم وجود ارتباط معنی‌دار میان سطح تحصیلات و کیفیت کلی خدمات بود. این درحالی است که در تحقیقات روح‌افزا و همکاران، اسماعیل^{۱۶}، جولایی و همکاران، زارعی و همکاران و باکار و همکاران^{۱۷}، تفاوت معنی‌داری میان رضایت از کیفیت خدمات و سطح تحصیلات مشاهده شد [۲۴-۲۸]. این تفاوت را می‌توان این‌گونه توجیه کرد که افراد با تحصیلات بالاتر، دارای ارتباطات اجتماعی بیش‌تری بوده و دست‌رسی بهتری به منابع اطلاعاتی دارند؛ بنابراین کم‌بودها و نواقص سیستم را با وضوح بیش‌تری دیده و معمولاً رضایت‌مندی کم‌تری دارند. درحالی‌که در مطالعه‌ی حاضر، ارتباط معنی‌داری میان سطح تحصیلات، سن بیمار، سن پزشک و کیفیت خدمات ویزیت وجود نداشت که با مطالعات جلیلی و همکاران، ایوبیان و همکاران، کریمی و همکاران، زارعی و همکاران، عجم و همکاران و جنابادی و همکاران هم‌خوانی دارد [۱۲، ۱۴، ۲۲، ۲۳، ۲۹، ۳۰].

تحلیل نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میان جنسیت مشارکت‌کنندگان و کیفیت کلی ویزیت، ارتباط معنی‌داری وجود ندارد که با نتایج مطالعه‌ی دامنند و همکاران در یک راستا است [۳۱]. یافته‌های مرتبط با متغیرهای دموگرافیک پزشکان نشان داد که سابقه‌ی پزشک مربوطه با کیفیت کلی ویزیت، ارتباط معنی‌داری دارد؛ به طوری که با افزایش سابقه‌ی پزشک، نرخ برآورد کیفیت خدمات دریافتی از وی نیز افزایش یافت.

¹⁶ Ismail

¹⁷ Bakar et al

مرتب‌بندگان بر بیمارستان‌های خصوصی جهت افزایش کیفیت ساختاری توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، حاصل طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی تبریز است و کلیه الزامات اخلاقی آن در کمیته اخلاق دانشگاه مذکور بررسی و بر اساس کد

مرتبط در بیمارستان‌های خصوصی جهت افزایش کیفیت ساختاری توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، حاصل طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی تبریز است و کلیه الزامات اخلاقی آن در کمیته اخلاق دانشگاه مذکور بررسی و بر اساس کد

References

- 1- Janati A, Hasanpoor E, Aslani F, HaghGoshayie E, Hassanzadeh E. Evaluating visit quality in plan of health sector evolution in Iran: A local survey from Tabriz. *Int J Epidemiol Res.* 2017;4(1):69-77. (In Persian)
- 2- Ferdosi M, Raeisi A, Ganji H, Vesal S, Jannesari A, Yazdi H. Investigating The Effects of Quality Improvement Package of Outpatient Visit from Iran Health Transformation Plan In Al-zahra University Hospital, Isfahan, Iran (2014-2015). *Health Information Management Journal (HIMJ).* 2016;13(4):292-296. (In Persian)
- 3- Maftoon F, Farzadi F, Aeenparast A. Time Spent During Outpatient Visits in Family Physician and Referral System: Providers Perspectives. *Payesh.* 2015;14(6):623-628. (In Persian)
- 4- Alijanzadeh M, Asefzadeh S, Khoshtarkib H, Ghamari F, Alijanzadeh M. The Perceptions and Expectations Survey of the about People about Quality Health Services in Qazvin Province. *Health Information Management Journal (HIMJ).* 2016;12(5):639-646. (In Persian)
- 5- Jahani Shourab N, Ghaffari Sardasht F, Jafarnejad F, Esmaili H. Assessment of prenatal care process based on donabedian model in Mashhad health centers. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility (IJOGI).* 2013;16(53):7-17. doi: 10.22038/jmrh.2016.7102. (In Persian)
- 6- Ovreteit J. *Health service quality: an introduction to quality methods for health services: Blackwell Scientific, Osney Mead, Oxford OX2 0EL,UK; 1992. 50-60*
- 7- Ansari H, Kebriaei A. Comparison of Quality Gap of Physiotherapy Services in Public and Private Centers in Zahedan City Using SERVQUAL Model (Iran). *Journal of Qum University of Medical Sciences.* 2017;11(10):77-87. (In Persian)
- 8- Jabnoun N, Chaker M. Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Service Quality: An International Journal.* 2003;13(4):290-299. doi: org/10.1108/09604520310484707
- 9- Yeşilada F, Direktouml E. Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *Afr. J. Bus. Manage.* 2010;4(6):962-971. doi: 10.5897/AJBM.
- 10- Angelopoulou P, Kangis P, Babis G. Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *Int J Health Care Qual Assur.* 1998;11(1):14-20. [pubmed:10177366].
- 11- Farzaneh M, Faranak F, Afsoon A. Time spent during outpatient visits in family physician and referral system: Providers perspectives. *Payesh.* 2015;14(6):623-628. (In Persian)
- 12- Jalili S, Aghaei M, Saeid Mahdavi A. Studying the factors for selecting public or private hospitals by non emergent patients of Ardabil district in 2012. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences.* 2014;14(4):388-397. (In Persian)
- 13- Sabahi-Bidgoli M, Mousavi SGA, Kebriaei A, Seyyedi SH, Shahri S, Atharizadeh M. The quality of hospital services in Kashan educational hospitals during 2008-9: the patients' viewpoint. *KAUMS Journal (FEYZ).* 2011;15(2):146-152. (In Persian)
- 14- Ayoubian A, Dopeykar N, Mehdizadeh P, Hoseinpoufard M, Izadi M. Surveying the Quality of care services in a military health center according to the SERVQUAL model. *Journal Mil Med.* 2015;16(4):225-229. (In Persian)
- 15- Havasbeigi F, Yasbalaghisharahi B, Mohamadi E, Mohamadi A. Measuring the quality of services provided for outpatients in public hospitals in Ilam and Kermanshah cities based on the SERVQUAL instrument. *J Ilam Univ Med Sci.* 2013;21(1):207-211. (In Persian)
- 16- Mosadeghrad AM, Sokhanvar M. Measuring quality of services in Tehran teaching hospitals using HEALTHQUAL instrument. *Razi Journal of Medical Sciences (RJMS).* 2018;25(168):10-20. (In Persian)
- 17- Muhammad Butt M, Cyril de Run E. Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *Int J Health Care Qual Assur.* 2010;23(7):658-673. doi: 10.1108/09526861011071580. [pubmed: 21125961]. (In Persian)
- 18- Tabibi SJ, Gohari MR, Shahri S, Aghababa S. Assessment of Health Care Services in outpatient clinics based on SERVQUAL model in Hospitals of Tehran. *Journal of Payavard Salamat.* 2012;5(4):49-56. (In Persian)
- 19- Gorji HA, Tabatabaei S, Akbari A, Sarkhosh S, Khorasan S. Using the service quality gap's model (SERVQUAL) in Imam Khomeini teaching hospital: 2012. *Journal of Health Administration (JHA).* 2013;16(51):7-18. (In Persian)
- 20- Kebriaei A, Akbari F. Gaps in health care quality primary health care services provided by the city of Kashan. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences (JQUMS).* 2004;8(2):88. (In Persian)
- 21- Regaira EM, Sola MI, Gofñi RV, Del MBL, Margall MC, Asina ME. Care quality in intensive care evaluated by the patients using a service quality scale (SERVQUAL). *Enfermeria intensiva.* 2010;21(1):3-10. doi: 10.1016/j.enfi.2009.10.001. [pubmed: 20170830].
- 22- Karimi S, Masodian Y, Yaghoubi M, Hosseini M, Sadeghifar J. Patient satisfaction with provided services and facilities in educational hospitals of Isfahan, Iran, from admission to discharge. *Health Information Management Journal (HIMJ).* 2013;9(6):780-785. (In Persian)

- 23- Zarei E, Arab M, Rashidian A, Tabatabaei G, Mahmoud S. The Relationship between Hospital Service Quality and Patient's Perceived Value. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS)*. 2013;23(98):105-112. (In Persian)
- 24- Rouhafza M, Adhami Moghadam F, Sahebalzamani M. Assessment the relationship between patient satisfaction and quality of hospital services based on SERVQUAL Model in the hospitals related to Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch in 2015. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2016;26(3):173-179. (In Persian)
- 25- Ismail KH. Satisfaction of inpatients in Erbil teaching hospitals. *Zanco J Med Sci*. 2012;16(2):98-105.
- 26- Joolae S, Hajibabae F, Jalal EJ, Bahrani N. Assessment of Patient Satisfaction from Nursing Care in Hospitals of Iran University of Medical Sciences. *Hayat*. 2011;17(1):81. (In Persian)
- 27- Zareii E, Ghazitabataii M, Rahimifrushani A, Rashidian A, Arab M. Quality Evaluation of patients' perspectives of hospital care: a cross sectional study in private hospitals in Tehran. *Faculty of Tehran University of Medical Sciences (Pyavard salamat)*. 2011;5(4):66-76. (In Persian)
- 28- Bakar C, Seval Akgün H, Al Assaf A. The role of expectations in patients' hospital assessments: A Turkish university hospital example. *Int J Health Care Qual Assur*. 2008;21(5):503-516. doi: 10.1108/09526860810890477. [pubmed: 18785349].
- 29- Ajam M, Sadeghifar J, Anjomshoa M, Mahmoudi S, Honarvar H, Mousavi SM. Assessing quality of healthcare service by the SERVQUAL model: A case study of a field hospital. *Journal Mil Med*. 2014;15(4):273-279.
- 30- Jenaabadi H, Abili K, Nastiezaie N, Yaghubi NM. The gap between perception and expectations of patients of quality of treatment centers in Zahedan by using the SERVQUAL model. *Payesh*. 2011;10(4):449-457.
- 31- Dadmand F. Effects of the multiple dimensions of hospital services quality on patients satisfaction: SERVQUAL Model testing. *Horizon Med Sci*. 2015;21(4):50-57.

Quality of Outpatient Visits in Selected Public and Private Clinics in Tabriz City in 2018

Raana Gholamzadeh Nikjoo¹, Mobin Sokhanvar², Khadijeh Motahari rad^{*3}, mohamad taghi khodayari⁴

¹Faculty member. School of Management & medical informatics, Iranian center of excellence in health management, health services management research center, Tabriz University of medical sciences, Tabriz, Iran.

²Ph.D. Candidate in Health Services Management, Iranian Center of Excellence in Health Management (ICEHM), Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

³B.Sc. Student in Health Services Management, School of Management & medical informatics, Iranian center of excellence in health management, Tabriz University of medical sciences, Tabriz, Iran. (Corresponding Author).

⁴Assistant professor of Biostatistics, Department of Biostatistics & Epidemiology, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Abstract

Introduction: An outpatient visit is the start of the treatment process, the accuracy of which determines the outcome of patient treatment.

Objectives: The purpose of this study was to investigate the quality of visits in selected public and private clinics in Tabriz.

Methods: This is a descriptive-analytic study conducted in the clinics of Imam Reza Hospital, Sheykh Al-Raees, and Shahid Taleghani Hospital (public sector) and the clinics of Behboud Hospital and Tabriz International Hospital (private sector) in 2018. The sample size was 384 patients. A standard quality questionnaire was used for data collection. Data were analyzed using SPSS version 22 software.

Results: The mean values of structural quality in public and private clinics were $75.60\% \pm 18.90$ and $50.26\% \pm 15.10$, respectively. The mean value of process quality was $84.08\% \pm 6.70$ in public clinics and $81.05\% \pm 8.77$ in private clinics. Moreover, $77.45\% \pm 18.45$ of patients in public clinics and $77.60\% \pm 16.76$ of patients in private clinics were satisfied with the outcomes of visits. The overall quality of services was $79.04\% \pm 10.05$ in public clinics and $69.64\% \pm 9.26$ in private clinics.

Conclusion: The overall quality of services was at a moderate level. The average quality of visits was better in public clinics than in private ones. Officials can adopt measures to improve the service quality, such as infrastructure development in private clinics, the use of the Internet and telephone reception systems, time-based scheduling programs, and requiring physicians to attend the clinic regularly.

Keywords: Quality; Visit; Outpatient Clinics; Private; Public

Please cite this article as follows:

Gholamzadeh Nikjoo R, Sokhanvar M, Motahari rad KH, Khodayari MT. Quality of outpatient visit in selected public and private clinics of Tabriz city in 1397. *Hakim Health Sys Res.* 2019; 22(3): 249-257.

*Corresponding Author: B.Sc. Student, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management & Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Tel: +98-9145251816, Email: khadijeh.motahari@gmail.com