

ارزشیابی فرایند پذیرش، تشخیص و درمان بیماران بستری از سه دیدگاه بیمار، پزشک و پرستار

علی دلاور، پریسا کریمی

چکیده

بیمارستان‌ها مانند هر سازمان دیگری به منظور آگاهی از میزان مطلوبیت و مرغوبیت فعالیت‌ها و خدمات ارائه شده‌ی خود نیاز مبرم به نظام ارزیابی دارد. هدف پژوهش حاضر ارزشیابی فرایند پذیرش، تشخیص و درمان بیماران بستری از سه دیدگاه بیمار، پزشک و پرستار می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران بستری، پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بوده و نمونه آماری نیز بیمارستان روانپزشکی رازی می‌باشد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه محقق ساخته بوده که برای نمونه بیمار تعداد ۵۴ سوال، برای نمونه پرستار تعداد ۲۶ سوال و برای نمونه پزشک تعداد ۲۸ سوال در قالب ۳ بخش پذیرش، تشخیص و درمان را دارا بوده است. کلیه تجزیه و تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. استفاده از تحلیل عاملی با چرخش واریمکس جهت انجام تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد هر سه نسخه از ۳ عامل اشباع شده، این ۳ عامل بر روی هم برای نسخه بیمار ۶۸/۸۳ درصد واریانس، برای نمونه پرستار ۷۶/۳۶ درصد واریانس و برای نمونه پزشک ۸۲/۷۵ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند. به‌طور کلی نتیجه گرفته می‌شود در خصوص دیدگاه بیماران ۴۰ مورد، در خصوص دیدگاه پزشکان و پرستاران هر کدام ۲۶ مورد در قالب سه عامل از اهمیت ویژه برخوردار بوده و این سه عامل فرایند پذیرش، تشخیص و درمان را می‌توانند تحت تاثیر قرار دهند. همچنین با توجه به اینکه پایایی هر سه عامل و پایایی کلی هر سه نسخه بالاتر از ۰/۷ حاصل شده، لذا هر سه نسخه پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار بودند.

واژه‌های کلیدی: ارزشیابی، فرایند پذیرش، تشخیص، درمان، تحلیل عاملی، پایایی.

مقدمه

بیمارستان‌ها مانند هر سازمان دیگری به منظور آگاهی از میزان مطلوبیت و مرغوبیت فعالیت‌ها و خدمات ارائه شده‌ی خود نیاز مبرم به نظام ارزیابی دارد. از سوی دیگر فقدان وجود نظام ارزیابی و کنترل در یک سیستم به معنای عدم برقراری ارتباط با محیط درون و برون سازمان تلقی می‌گردد که پیامدهای آن کهولت و در نهایت مرگ سازمان است. در واقع بیمارستان‌ها به عنوان مهم‌ترین سازمان تامین‌کننده‌ی سلامت در جامعه ملزم به ارزشیابی عملکرد خود هستند تا بتوانند رسالت خود را به درستی انجام نمایند. ارزیابی عملکرد، اطلاعات بسیار مفیدی برای نظارت، ارزیابی وضعیت فعلی و نحوه به کارگیری منابع در اختیار مدیران قرار می‌دهد (دوما و مونتئو^۱، ۲۰۰۲).

رسالت یک نظام بهداشتی تامین سلامتی افراد جامعه می‌باشد، تحقق این هدف امکان‌پذیر نخواهد بود مگر با ارائه خدمات مطلوب؛ و ارائه خدمات مطلوب امکان‌پذیر نخواهد بود مگر با کنترل و ارزشیابی خدمات بهداشتی (فرحبخش و همکاران، ۲۰۱۲). در واقع مراقبت پزشکی یک برنامه خدمت‌رسانی است که باید در دسترس افراد و جامعه باشد و در بردارنده همه تسهیلات پزشکی و خدمات فرعی لازم برای ارتقا و حفظ تندرستی روح و جسم است. بیمارستان بخش تلفیقی یک سازمان اجتماعی- پزشکی است که کارکرد آن فراهم کردن مراقبت کامل بهداشتی، خواه درمان و خواه خدمات ارتقایی و پیشگیری برای جمعیت است. کارکنان مراقبت پزشکی در پی بازگرداندن سلامت از دست رفته، حفظ سلامتی مراجعه‌کنندگان و بیماران خود می‌باشند (انصاری و همکاران، ۱۳۸۳)، اما صرفاً ارائه خدمات نمی‌تواند مبین کافی و مطلوب بودن خدمات باشد و ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستان جزء فعالیت‌های ضروری در بیمارستان است که از دید بیمار یا متخصصان حرفه‌ای با هدف کنترل محیط و سوانح و پیش‌بینی بعضی اقدامات بهداشتی یا نتیجه این اقدامات انجام می‌شود اقدامات انجام می‌شود (آنتون و همکاران^۲، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه در کشورهای توسعه یافته، بیمارستان‌ها حدود ۴۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه تا ۸۰ درصد هزینه‌های بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند (یونسو فر و همکاران، ۱۳۹۲)، بنابراین چگونگی انجام ارزیابی و اجرای نتایج حاصله می‌تواند از اهمیت خاصی برخوردار باشد. فقدان ارزیابی نه تنها منجر به افزایش هزینه‌های درمانی می‌شود بلکه غفلت در ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، سلامت جامعه را شدیداً به مخاطره می‌اندازد. حال آن که تأمین آن علاوه بر تضمین و تأمین سلامت، بهره‌وری کامل از مؤسسات درمانی با هزینه مناسب را در پی خواهد داشت؛ همچنین اولویت در سازمان‌های بهداشتی درمانی کنونی، تعیین هر چه مطلوب‌تر شاخص‌های ارزیابی و دقت در تخصیص امتیاز به آن‌ها است. بر این اساس سازمان‌ها تلاش می‌نمایند تا با بهره‌گیری از مشاوران زبده، با تعریف شاخص‌های فردی، واحدی و سازمانی، گوی سبقت را از سایرین برابند (کوپر و همکاران^۳، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر، امروزه نقش نظام‌های ارزیابی و نظارت کارآمد در بهبود و تعالی سازمان‌ها، به طور کامل شناخته شده است. با توجه به مطالب ذکر شده و در نظر گرفتن این نکته که در کشور ما با در نظر گرفتن شرایط خاص آن، مشکلات موجود در حوزه‌های مدیریتی بیمارستان‌ها و معضلات اجتماعی و فرهنگی، اطلاع از داده‌هایی در مورد پذیرش، تشخیص و درمان جهت حذف یا اصلاح موانع ارائه خدمات نامطلوب ضروری است. با توجه به اینکه بیمارستان‌ها مهم‌ترین بخش درمانی در کشور هستند و تاکنون پژوهشی به بررسی و ارزشیابی فرایند پذیرش، تشخیص و درمان بیماران بستری از سه دیدگاه بیمار، پزشک و پرستار در کشور نپرداخته است، انجام پژوهش حاضر می‌تواند موجب ایجاد بینشی عمیق نسبت به کارایی و عملکرد بیمارستان‌ها شده و زمینه را برای بهبود عملکرد آنان فراهم سازد، همچنین امید است که نتایج حاصل از این پژوهش راه‌گشای پژوهش‌های آتی باشد.

هدف اصلی این پژوهش ارزشیابی فرایند پذیرش، تشخیص و درمان بیماران بستری از سه دیدگاه بیمار، پزشک و پرستار بوده است.

^۱ - Duma & Munteanu

^۲ . Anton, Aranaz, Calpena, Compan, Leutscher & Ruiz

^۳ . Cooper, Seiford & Zhu

منظور از ارزشیابی در پژوهش حاضر استفاده از پروتکل ارزشیابی فرایند پذیرش، بستری و ترخیص بیمار از سه دیدگاه بیمار، پزشک و پرستار می‌باشد که بصورت خودساخته طراحی شده است.

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران بستری، پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دهند. پس از تعیین حجم جامعه برای هر یک از سه گروه (بیمار، پزشک و پرستار)، به طور تصادفی کلیه بیماران بستری، پزشکان و پرستاران بیمارستان روانپزشکی رازی به عنوان نمونه انتخاب گردید.

پیشینه پژوهش

علی‌اکبری و اصلانی (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان "مقایسه دیدگاه پرستاران، دانشجویان پرستاری و بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهرستان شهرکرد نسبت به نقش‌های پرستاران" بیان کردند نتیجه پژوهش این شد که لازم است با توجه به نقش حساس پرستاران، سطح آگاهی آنان از دوران دانشجویی نسبت به نقش‌های پرستاری بالاتر رود تا کیفیت خدمات پرستاری نیز ارتقاء یابد.

جوزی ارکوازی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی دیدگاه پرستاران و بیماران از رعایت حقوق بیماران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام" بیان داشته‌اند که یافته‌های پژوهش نشان داد بین دیدگاه پرستاران و بیماران مورد مطالعه از مفاد منشور حقوق بیمار و نیز رعایت حقوق بیمار تفاوت وجود داشت.

فکاری و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان "ارزیابی پذیرش و بستری غیرمقتضی براساس پروتکل ارزیابی مناسبیت در بیمارستان عالی‌نسب" در سال ۱۳۸۸ با بررسی ۲۴۶ بیمار نشان دادند که ۷ درصد از پذیرش‌ها و ۶/۲ درصد از بستری‌ها غیرمقتضی می‌باشند.

عباسی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی تحت عنوان "نگرش پزشکان، پرستاران و بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب روانپزشکی شهر تهران در مورد حقوق بیماران روانی" بیان کردند؛ هر سه گروه با ضرورت نداشتن «امکان انصراف از ادامه درمان از سوی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی»، «امکان رد درمان پیشنهادی از سوی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی» و «امکان ترک بیمارستان با رضایت شخصی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی» توافق داشتند. هر ۳ گروه بستری اجباری بیمار در شرایطی که بیمار «خطری برای دیگران محسوب شود»، «قادر به مراقبت و تأمین نیازهای خود نبوده، سلامت جسمی وی در خطر باشد» و «اقدام به خودکشی کرده باشد» ضروری می‌دانستند.

جنگ، چنوت و هانکوک^۴ (۲۰۰۳) طی پژوهشی به بررسی اهمیت امنیت و نیز رضایت از مراقبت پرستاری برای بیماران سالمند، خانواده‌های آن‌ها و پرسنل پرستاری پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که در هر سه گروه، اجرای دستورات پزشکی را به عنوان مهم‌ترین جنبه مراقبت در نظر گرفته شده که با مراقبت جسمی، مراقبت روانی اجتماعی برنامه‌ریزی جهت ترخیص دنبال می‌گردد.

نیدن، پیترسون و نیستروم^۵ (۲۰۰۳) در یک پژوهش کیفی با هدف تحلیل نیازهای اساسی سالمندان در محیط‌های مراقبت اورژانسی پی بردند که در برآوردن نیازهای سطوح بالاتر هرم مازلو (همانند نیاز به دانستن و فهمیدن) به طور کلی غفلت شده و به نیازهای سطح پایین پرداخته می‌شود.

داویس، الیس و لاکر^۶ (۲۰۰۰) پژوهشی را با شرکت ۳۰ پرستار با هدف ارائه راهکارهایی جهت ارتقای استقلال و عدم وابستگی سالمندان در خلال عملکرد پرستاری انجام دادند. استراتژی‌های ویژه پیشنهاد شده این پژوهش عبارت بودند از: تبادل نظر با

^۴ - Change, Chenoweth, Hancock.

^۵ - Nyden, Peterson, Nystrom.

^۶ - Davies, Ellis, Liker.

سالمند در امر مراقبت، دادن اطلاعات به فرد سالمند در مورد مراقبت، تشویق عدم وابستگی جسمی، مورد شناسایی قرار دادن شخصیت بیمار به عنوان انسان ارزشمند، آگاه بودن و علائم و اشارات از طرف بیمارستان مند و ارتقای مراقبت متناسب با هر فرد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش ابتدا از طریق مراجعه به کتابخانه‌ها، سایت‌ها، مجلات و مقالات به مطالعه منابع پیشین پرداخته، اطلاعات اولیه را در خصوص پژوهش بدست آورده، سپس برای نمونه بیمار تعداد ۵۴ سوال، برای نمونه پرستار تعداد ۲۶ سوال و برای نمونه پزشک تعداد ۲۸ سوال در قالب ۳ بخش پذیرش، تشخیص و درمان طراحی شده و مورد استفاده قرار گرفت. نمره‌گذاری پرسشنامه تهیه شده برای هر سه بخش دیدگاه پرستار، پزشک و بیمار در طیف ۱۰ درجه‌ای از کاملاً نراضی (نمره ۱) تا کاملاً راضی (نمره ۱۰) تدوین گردید که روایی و پایایی آن در این پژوهش بررسی گردید.

روش تحلیل آماری داده‌های پژوهش

جهت بررسی ویژگی‌های دموگرافیک نمونه مورد مطالعه، ویژگی‌هایی از قبیل سن، جنسیت، میزان تحصیلات و تأهل از آمار توصیفی استفاده شد. به منظور بررسی سوال‌های پژوهش و ساختار عاملی پرسشنامه تدوین شده از تحلیل عاملی اکتشافی با روش چرخش واریمکس و جهت بررسی سازگاری داخلی کلی پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن از ضریب آلفای کرونباخ، که معمولاً به عنوان برآورد پایایی استفاده می‌شود، استفاده گردید.

یافته‌ها

الف) نمونه بیمار

محدوده سنی از زیر ۲۰ سال تا بالای ۴۱ سال متغیر بوده که از این بین ۲ درصد زیر ۲۰ سال، ۲۴/۴ درصد محدوده سنی ۲۱ تا ۲۵ سال، ۲۰/۸ درصد محدوده سنی ۲۶ تا ۳۰ سال، ۳۲ درصد محدوده سنی ۳۱ تا ۳۵ سال، ۱۶ درصد محدوده سنی ۳۶ تا ۴۰ سال و ۴/۸ درصد محدوده سنی بالای ۴۰ سال را داشته‌اند. بیشترین افراد محدوده سنی ۳۱ تا ۳۵ سال و کمترین افراد محدوده سنی زیر ۲۰ سال را دارا بوده‌اند. نمونه مورد بررسی متشکل از دو گروه جنسیتی مرد و زن، دارای شش سطح تحصیلی ابتدایی، سیکل، دیپلم، کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد و سه وضعیت مجرد، متأهل و مطلقه بوده‌اند.

ب) نمونه پرستار

محدوده سنی از ۲۲ سال تا بالای ۴۲ سال متغیر بوده که از این بین ۱۹/۱۲ درصد محدوده سنی ۲۲ تا ۲۶ سال، ۲۷/۹۴ درصد محدوده سنی ۲۷ تا ۳۱ سال، ۳۲/۳۵ درصد محدوده سنی ۳۲ تا ۳۶ سال، ۱۳/۲۴ درصد محدوده سنی ۳۷ تا ۴۱ سال و ۷/۳۵ درصد محدوده سنی بالای ۴۲ سال را داشته‌اند. بیشترین افراد محدوده سنی ۳۲ تا ۳۶ سال و کمترین افراد محدوده سنی بالای ۴۲ سال را دارا بوده‌اند. نمونه مورد بررسی متشکل از دو گروه جنسیتی مرد و زن بوده و دارای دو سطح تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد و وضعیت مجرد و متأهل بوده‌اند.

ج) نمونه پزشک

همه روانپزشک، متأهل و اکثریت جنسیت مرد را دارا بودند.

بررسی روایی پرسشنامه طراحی شده ارزشیابی فرآیند پذیرش، تشخیص و درمان از سه دیدگاه پزشک، پرستار و بیمار

جدول ۱: آزمون کایز-مایر-ولکین و بارتلت برای هر سه فرم مربوط به بیماران، پرستاران و پزشکان

فرم پزشکان			فرم پرستاران			فرم بیماران		
شاخص کفایت نمونه‌گیری ۰/۷۲۵			شاخص کفایت نمونه‌گیری ۰/۷۳۱			شاخص کفایت نمونه‌گیری ۰/۷۲۲		
آزمون	تقریب کای اسکوتر	۳۱۱۱/۱۵۳	آزمون	تقریب کای اسکوتر	۳۱۹۷/۵۹۷	آزمون	تقریب کای اسکوتر	۲۲۲۶۱/۶۶۲
کرویت	درجه آزادی	۳۳۵	کرویت	درجه آزادی	۳۷۸	کرویت	درجه آزادی	۱۰۸۱
بارتلت	سطح معناداری	۰/۰۰۰	بارتلت	سطح معناداری	۰/۰۰۰	بارتلت	سطح معناداری	۰/۰۰۰

شاخص کفایت نمونه بالاتر از ۰/۷ بدست آمده که از لحاظ آماری مقداری مطلوب و قابل پذیرش می‌باشد. از آنجایی که سطح معناداری در محدوده معناداری بوده، بنابراین نمونه‌گیری انجام شده در این پژوهش در هر سه فرم دارای کفایت کافی بوده است.

جدول ۲: مشخصه‌های نهایی تحلیل عاملی برای استخراج عوامل مربوط به نسخه بیماران

عامل	ارزش ویژه اولیه			استخراج مجموع مربعات بارها			چرخش مجموع مربعات بارها		
	جمع	درصدواریان نس	درصدتراکم ی	جمع	درصدواریان س	درصدتراکم ی	جمع	درصدواریان س	درصدتراکم ی
۱	۱۵۷۳ ۱۷	۳۷/۳۹۰	۳۷/۳۹۰	۱۵۷۳ ۱۷	۳۷/۳۹۰	۳۷/۳۹۰	۱۴۹۸ ۱۶	۳۵/۱۰۲	۳۵/۱۰۲
۲	۱۰۶۶ ۱۰	۲۱/۴۱۷	۵۸/۸۰۷	۱۰۶۶ ۱۰	۲۱/۴۱۷	۵۸/۸۰۷	۱۴۴۰ ۱۰	۲۲/۲۱۳	۵۷/۳۱۴
۳	۱۸۳۲ ۲	۶/۰۲۵	۶۴/۸۳۲	۱۸۳۲ ۲	۶/۰۲۵	۶۸/۸۳۲	۳/۵۳۳	۷/۵۱۸	۶۸/۸۳۲
۴	۲۱۳ ۲	۴/۷۰۴	۶۹/۵۴۱						

مطابق جدول (۲) فرم مربوط به بیماران از ۳ عامل اشباع شده است. این ۳ عامل بر روی هم در حدود ۶۸/۸۳ درصد واریانس را تبیین می‌کنند.

جدول ۳: مشخصه‌های نهایی تحلیل عاملی برای استخراج عوامل مربوط به نسخه پرستاران

عام ل	ارزش ویژه اولیه			استخراج مجموع مربعات بارها			چرخش مجموع مربعات بارها		
	جمع	درصدواریان س	درصدتراکم ی	جمع	درصدواریان س	درصدتراکم ی	جمع	درصدواریان نس	درصدتراکم ی
۱	۴۱۷ ۱۷	۶۲/۲۰۵	۶۲/۲۰۵	۴۱۷ ۱۷	۶۲/۲۰۵	۶۲/۲۰۵	۱۱۸۸ ۱۲	۴۳/۵۲۹	۴۳/۵۲۹
۲	۲/۱۶۵	۷/۷۳۲	۶۹/۹۳۷	۲/۱۶۵	۷/۷۳۲	۶۹/۹۳۷	۷/۲۰۲	۲۵/۷۲۱	۶۹/۲۵۰
۳	۱/۷۹۷	۶/۴۱۸	۷۶/۳۵۵	۱/۷۹۷	۶/۴۱۸	۷۶/۳۵۵	۱/۹۹۰	۷/۱۰۵	۷۶/۳۵۵
۴	۱/۱۵۲	۴/۱۱۶	۸۰/۴۷۱						
۵	۰/۹۸۱	۳/۵۰۲	۸۳/۹۷۳						

مطابق جدول (۳) فرم مربوط به پرستاران از ۳ عامل اشباع شده است. این ۳ عامل بر روی هم در حدود ۷۶/۳۶ درصد واریانس را تبیین می‌کنند.

جدول ۴: مشخصه‌های نهایی تحلیل عاملی برای استخراج عوامل مربوط به نسخه پزشکان

عامل	ارزش ویژه اولیه			استخراج مجموع مربعات بارها			چرخش مجموع مربعات بارها		
	جمع	درصدوار یا نس	درصدتراکم ی	جمع	درصدوار یا س	درصدتراکم ی	جمع	درصدوار یا س	درصدتراکم ی
۱	۴۰۳/۱۸	۷۰/۷۸۲	۷۰/۷۸۲	۴۰۳/۱۸	۷۰/۷۸۲	۷۰/۷۸۲	۱۰۰/۸	۳۱/۱۵۶	۳۱/۱۵۶
۲	۱/۹۸۷	۷/۶۴۱	۷۸/۴۲۳	۱/۹۸۷	۷/۶۴۱	۷۸/۴۲۳	۴۷۲/۷	۲۸/۷۳۷	۵۹/۸۹۳
۳	۱/۱۲۴	۴/۳۲۵	۸۲/۷۴۸	۱/۱۲۴	۴/۳۲۵	۸۲/۷۴۸	۹۴۲/۵	۲۲/۸۵۵	۸۲/۷۴۸
۴	۱/۰۲۶	۳/۹۴۶	۸۶/۶۹۴						
۵	۰/۸۰۱	۳/۰۸۱	۸۹/۷۷۵						

مطابق جدول (۴) فرم مربوط به پزشکان از ۳ عامل اشباع شده است. این ۳ عامل بر روی هم در حدود ۸۲/۷۵ درصد واریانس را تبیین می‌کنند.

بررسی پایایی پرسشنامه طراحی شده ارزشیابی فرآیند پذیرش، تشخیص و درمان از سه دیدگاه پزشک، پرستار و بیمار

به منظور محاسبه پایایی پرسشنامه نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید.

جدول (۵) محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای هر سه فرم مربوط به بیماران، پرستاران و پزشکان

فرم پرستاران			فرم بیماران		
عامل	تعداد سوالات	مقدار آلفای کرونباخ	عامل	تعداد سوالات	مقدار آلفای کرونباخ
پذیرش	۷	۰/۸۶۴	پذیرش	۱۶	۰/۹۴۳
تشخیص	۷	۰/۹۳۸	تشخیص	۱۵	۰/۹۰۶
درمان	۱۴	۰/۹۶۴	درمان	۱۶	۰/۹۳۴
مجموع	۲۸	۰/۹۷۴	مجموع	۴۷	۰/۹۴۶

فرم پزشکان		
عامل	تعداد سوالات	مقدار آلفای کرونباخ
پذیرش	۸	۰/۹۶۰
تشخیص	۶	۰/۹۴۴
درمان	۱۲	۰/۹۷۵
مجموع	۲۶	۰/۹۸۳

مطابق جدول (۵) مقدار آلفا برای هر سه عامل و همچنین پایایی کلی در هر سه فرم بالاتر از ۰/۷ و به میزان عالی بدست آمد. قابل ذکر است که در فرم مربوط به بیماران، تعداد ۷ سوال (سوالات شماره ۳۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰ و ۵۱) به دلیل تاثیر بسیار منفی بر روی میزان پایایی (کاهش دهنده شدید مقدار پایایی) و تعداد ۲ سوال (سوالات شماره ۲۹ و ۳۱) به دلیل

همبستگی بسیار پایین حذف شد. همچنین شایسته است سوالات شماره ۱، ۲۸، ۳۰، ۳۲ و ۳۷ نیز به دلیل همبستگی پایین با نمره کلی سوالات از مجموع سوالات حذف گردند. بدین ترتیب پرسشنامه از ۵۴ سوال به پرسشنامه ۴۰ سوالی تبدیل می‌گردد. در خصوص فرم پرستاران نیز، بیشترین تأثیر مثبت بر مقدار پایایی را سوالات شماره ۱ و ۲۸ دارند که در صورت حذف پایایی را به مقدار ۰/۹۸ می‌رسانند. همچنین این دو سوال ذکر شده تنها سوالاتی هستند که دارای همبستگی معکوس و بسیار پایینی با نمره کل هستند. بنابراین حذف این دو سوال مناسب به نظر می‌رسد. در خصوص فرم پزشکان، همه سوالات دارای همبستگی بسیار مطلوبی با نمره کل می‌باشند و حذف هیچ سوالی جایز به نظر نمی‌رسد.

نتیجه گیری

در خصوص شاخص کفایت نمونه، نمونه‌گیری انجام شده در این پژوهش در هر سه فرم دارای کفایت کافی بوده و هر سه فرم از ۳ عامل اشباع شده که این سه عامل در فرم بیماران ۶۸/۸۳ درصد واریانس در فرم پرستاران در حدود ۷۶/۳۶ درصد واریانس و در فرم پزشکان حدود ۸۲/۷۵ درصد واریانس را تبیین می‌کنند. همچنین مقدار آلفا برای هر سه عامل و همچنین پایایی کلی در هر سه فرم بالاتر از ۰/۷ و به میزان عالی بدست آمد. در فرم مربوط به بیماران، تعداد ۷ سوال به دلیل تأثیر بسیار منفی بر روی میزان پایایی و تعداد ۲ سوال به دلیل همبستگی بسیار پایین حذف شد. همچنین شایسته است سوالات شماره ۱، ۲۸، ۳۰، ۳۲ و ۳۷ نیز به دلیل همبستگی پایین با نمره کلی سوالات از مجموع سوالات حذف گردند. بدین ترتیب پرسشنامه از ۵۴ سوال به پرسشنامه ۴۰ سوالی تبدیل می‌گردد. در خصوص فرم پرستاران نیز، سوالات شماره ۱ و ۲۸ تنها سوالاتی هستند که دارای همبستگی معکوس و بسیار پایینی با نمره کل هستند. بنابراین حذف این دو سوال مناسب به نظر می‌رسد. اما در خصوص فرم پزشکان، همه سوالات دارای همبستگی بسیار مطلوبی با نمره کل می‌باشند و حذف هیچ سوالی جایز به نظر نمی‌رسد.

مراجع

۱. انصاری، ح.، عبادی، ف. و صادقی، غ. (۱۳۸۳). میزان رضایت بیماران در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ۱۱(۳): ۳۸-۴۶.
۲. جوزی ارکوازی، ح. [و همکاران]. (۱۳۹۰). بررسی دیدگاه پرستاران و بیماران از رعایت حقوق بیماران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام در سال ۱۳۸۹. فصلنامه اخلاق پزشکی سال پنجم، شماره هفدهم.
۳. عباسی، م. [و همکاران]. (۱۳۸۹). نگرش پزشکان، پرستاران و بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب روانپزشکی شهر تهران در مورد حقوق بیماران روانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۶ (۳): ۱۷۲-۱۸۰.
۴. علی اکبری، ف. و اصلانی، ی. (۱۳۹۲). مقایسه دیدگاه پرستاران، دانشجویان پرستاری و بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهرستان شهرکرد نسبت به نقش‌های پرستاران. مجله بالینی پرستاری و مامایی. ۲ (۲): ۱۰-۱۷.
۵. فرحبخش، م. [و همکاران]. (۱۳۹۲). بکارگیری نمودار پایش کنترل در یک بیمارستان. فصلنامه بیمارستان ۱۲(۱): ۹-۱۸.
۶. فکاری، ژ. [و همکاران]. (۱۳۸۹). ارزیابی پذیرش و بستری غیرمقتضی براساس پروتکل ارزیابی مناسبت در بیمارستان عالی نسب در سال ۱۳۸۸. فصلنامه بیمارستان ۹(۳و۴): ۳۹-۴۳.
۷. یونسی‌فر، م.، شاهین، آ. و صنایعی، ع. (۱۳۹۲). ارزیابی عملکرد بیمارستان شهید صدوقی یزد بر اساس الگوی تعالی سازمانی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۲۱(۱): ۲۷-۴۴.

۱. Anton P, P. S., Aranaz, J. M., Calpena, R., Compan, A., Leutscher, E., Ruiz, V. (۲۰۰۷). Effectiveness of a physician-oriented feedback intervention in inappropriate hospital stays. *J Epidemiol Community Health*. ۶۱: ۱۲۸-۳۴.
 ۲. Change. E., Chenoweth. L., Hancock. K. (۲۰۰۳). Nursing needs of hospitalized older adults: Consumer and nurse perceptions. *J Gerontol nurs*. Sep; ۲۹(۹). PP. ۳۲-۴۲.
 ۳. Cooper, W. W., Seiford, L. M., Zhu, J. (۲۰۱۱). Handbook on data envelopment analysis. ۲nd E. New York: Springer
 ۴. Davies. S., Ellis. L., Liker. S. (۲۰۰۰). Prompting autonomy and independence for older people within nursing practice: an observational study. *J clin nurs*. Jan; ۹(۱). PP. ۱۲۷-۱۳۶
 ۵. Duma, O., Munteanu, L. (۲۰۰۲). The resources utilization pattern in a general university hospital. *The Journal of Preventive Medicine*; ۱۰ (۲): ۳-۱۱.
- Nyden K, Peterson Ma, Nystrom Ma. (۲۰۰۳). Unsatisfied basic needs of older patient emergency care environments obstacles to an active role in decision making. *J Clin Nurs*. Mar; ۱۲(۲)