

رضایت‌مندی مراجعان به کلینیک مشاوره کودکان و نوجوانان و ارایه راهکارها: یک مطالعه کیفی

مهین امین‌الرعایا^۱، دکتر عباس عطاری^۲، دکتر حیدرعلی عابدی^۳

Clients' Satisfaction with Children and Adolescents Consultation Clinics and the Provision of Strategies: A Qualitative Research

Mahin Aminoroaia*, Abbas Attari^a, Heidarali Abedi^b

Abstract

Objectives: To explore the basic conceptions of satisfaction, to determine the ultimate strategies and depicting the process of improvement in satisfaction in clients of children and adolescent consultation clinics. **Method:** In this qualitative study, the triangulation method was applied in two phases: phenomenological investigation in the first phase, and focus groups and the Delphi technique in the second. The study sample consisted of clients (16 individuals) and the staff of Isfahan's Shariati Children and Adolescents Consultation Clinic (8 individuals). Data were analyzed using Colaizzi method. **Results:** A total number of 834 concept codes were worked out which were then classified into 130 concept structures. In the third level, these concept structures were set into 30 groups according to their common characteristics. Suggested strategies, obtained through group and advisory discussions were classified into 16 items. **Conclusion:** A total number of 18 strategies were deducted, including developing a data collection committee, development of a continuous non-pharmacological intervention program, developing other guidance clinics in the city, establishing parent training classes, programming and establishing a daily routine for the clinic activities and services, improving team work attendance and establishing objectives regarding patient rights.

Key words: patient satisfaction; consultation; children and adolescents; qualitative research

[Received: 30 December 2007; Accepted: 23 June 2008]

چکیده

هدف: کشف مفاهیم محوری رضایت‌مندی، تعیین راهکارهای پیشنهادی، راهبردهای نهایی و ترسیم فرآیند ارتقای رضایت‌مندی مراجعان به کلینیک مشاوره کودکان و نوجوانان. **روش:** در این پژوهش کیفی، از روش پژوهش سه‌وجهی در دو فاز استفاده شد: در فاز اول روش پژوهش پدیدارشناختی و در فاز دوم بحث گروهی و روش دلفی. جامعه این پژوهش را مراجعان (۱۶ نفر) و کارکنان درمانی (هشت نفر) کلینیک مشاوره کودکان و نوجوانان شریعتی اصفهان تشکیل می‌دادند. یافته‌های پژوهش با روش کلایزی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** در مجموع ۸۳۴ کد مفهومی استخراج و سپس این مفاهیم در ۱۳۰ ساختار مفهومی رضایت‌مندی طبقه‌بندی شدند. در سطح سوم طبقه‌بندی، این موارد بر حسب ویژگی‌های مشترک در ۳۰ گروه موضوعی جای گرفتند. راهکارهای پیشنهادی به دست آمده از بحث گروهی و راهبردهای تأمین رضایت‌مندی در ۱۸ بند تنظیم شدند. **نتیجه‌گیری:** در مجموع ۱۸ راهبرد تدوین شد که می‌توان به مواردی مانند تشکیل کمیته جمع‌آوری اطلاعات، تدوین برنامه مستمر درمان‌های غیردارویی، گسترش مراکز مشاوره مشابه، برگزاری کلاس‌های آموزشی جهت والدین، نظم‌بخشیدن به برنامه‌های روزانه، حضور بیشتر تیم درمان و لزوم رعایت حقوق بیماران اشاره کرد.

کلیدواژه‌ها: رضایت‌مندی؛ مشاوره؛ کودکان و نوجوانان؛ پژوهش کیفی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۰/۹؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۴/۳]

^۱ کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، کارشناس پژوهش مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان، خیابان استانداری، مرکز پزشکی نور، مرکز تحقیقات علوم رفتاری. دوزنگار: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۱۳۵ (نویسنده مسئول). E-mail: aminoroaia@nm.mui.ac.ir; ^۲ روانپزشک، استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ ^۳ دکترای پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد خوراسگان و مرکز تحقیقات آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

* Corresponding author: MS. in Educational Management, Behavioral Research Center of Isfahan University of Medical Sciences. Noor Medical Center, Ostandari St. Isfahan, Iran, IR. Fax: +98311-2222135. E-mail: aminoroaia@nm.mui.ac.ir; ^a Psychiatrist, Professor of Behavioral Research Center of Isfahan University of Medical Sciences; ^b PhD. in Nursing, Associate Prof. of Isfahan University of Medical Sciences.

مقدمه

رضایت بیمار^۱ از خدمات ارائه شده از هدف‌های مهم فعالیت‌های مراقبت‌های پزشکی است و در ارتقاء سلامتی بیمار تأثیر به‌سزایی دارد. خدمات ارائه شده باید با نیازهای بیمار مرتبط باشد تا رضایت‌مندی و خشنودی آنها را موجب شود. در سیستم‌های بهداشتی و درمانی، رضایت مراجع، ابزاری مهم در اندازه‌گیری کیفیت خدمات است. رضایت بیمار تنها وسیله‌ای برای افزایش تعهد بیمار در اجرای دستورات پزشکی نیست، بلکه خود، نتیجه‌ای است که تلاش می‌شود به دست آید (مصدق‌راد، ۱۳۸۲). در این زمینه در کره جنوبی طی یک دوره ۱۰ روزه، روی ۵۵۷ بیمار سرپایی مراجعه کننده به یک بیمارستان عمومی، پژوهشی به عمل آمد. نتایج نشان داد آگاهی مدیریت بیمارستان از اهمیت نسبی هر یک از زمینه‌های کیفی خدمات، برای ارتقای رضایت‌مندی بیمار سرپایی مراجعه کننده لازم است (جو^۲، لی^۳، کیم^۴، لی و چوی^۵، ۲۰۰۴). ویژگی‌های خدمات بهداشتی و درمانی جهت تضمین رضایت بیمار عبارتند از: اثربخشی، کارایی، کیفیت، از عهده برآمدن، موجود بودن، در دسترس بودن، عمومیت، جامعیت، عادلانه بودن و به موقع و مناسب بودن (مصدق‌راد، ۱۳۸۳ الف). پژوهشی با هدف بررسی میزان رضایت‌مندی بیماران بستری از سازوکار مدیریت در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان مرکزی نشان داد میان پارامترهای فردی بیمار و میزان رضایت وی از کیفیت خدمات بیمارستانی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد؛ بدین صورت که با بالا رفتن پایگاه اجتماعی فرد در جامعه، میزان رضایت او کاهش می‌یابد. از سوی دیگر، اعمال شیوه مدیریت وظیفه‌گرا و توجه به عوامل بهداشتی و رفاهی، موجب افزایش رضایت‌مندی بیماران می‌شود (سلیمانی، ۱۳۸۱). رضایت بیمار از نحوه مراقبت‌های درمانی یکی از روش‌های سنجش و ارزشیابی کیفیت خدمات درمانی به‌شمار می‌رود. ارزشیابی کیفی مراقبت‌های درمانی یکی از وظایف مهم مدیران است که سبب تحقق اهداف سازمانی و ارتقاء سطح توانایی کارکنان می‌شود. مدیران خدمات بهداشتی - درمانی تمایل دارند از اثربخشی مراقبت‌های ارائه شده و صحت اجرای آنها، اطمینان حاصل نمایند و در صورت لزوم به اصلاح آن پردازند. پژوهشی که با هدف ارزشیابی میزان کاربرد و عملی بودن روش سه‌وجهی^۶ و مقایسه روش کیفی با روش کمی در زمینه مراقبت‌های پرستاری در یونان انجام گرفت، نشان داد بیشترین میزان رضایت‌مندی از مراقبت‌های تکنیکی (جنبه‌های تکنیکی مراقبت) و کمترین میزان

رضایت‌مندی، در موارد اطلاع‌رسانی به بیماران بود (آناستاسیوس^۷، الیزابت^۸، پاپاتاناسوگلو^۹ و لمونیدو^{۱۰}، ۲۰۰۴). نتایج بررسی‌های بسیاری که درباره کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و نیز رضایت بیماران انجام شده، نشان داده است رضایت‌مندی بیمار یک «نتیجه نهایی» است. بنابراین باید از نظرات، انتظارات و خواسته‌های بیماران آگاهی داشته باشیم تا با توجه به آنها، کیفیت ارتباط اعضای گروه پزشکی و درمانی - اعم از پزشک، پرستار و سایرین - با بیمار را از راه افزایش درک متقابل طرفین ارتقا دهیم (سیلورمن^{۱۱}، کورتز^{۱۲} و دراپر^{۱۳}، ۲۰۰۴). از آنجا که بیماران، مراجعان اصلی و نهایی مراکز خدمات درمانی هستند، فلسفه وجودی این مراکز، بر آوردن نیازهای واقعی و محسوس این مراجعان است. امروزه برای کمک به مدیریت داخلی و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی، نیاز مبرمی به اطلاعات وجود دارد. این کار از راه بررسی کامل، طراحی و تدوین و پیاده‌سازی نظام اطلاعاتی و راهبرد سنجش نتایج^{۱۴} امکان‌پذیر است (اسمیت^{۱۵} و سوننارت^{۱۶}، ۲۰۰۱). از آنجا که رضایت‌مندی بیمار مؤلفه مهم مراقبت‌های بهداشتی در بیماران سرپایی و هم‌چنین عامل مهمی در ارزیابی‌های کیفی است، بنابراین انتخاب روش مناسب برای بررسی رضایت‌مندی بیماران، چالش اساسی مدیران مراقبت‌های بهداشتی است. در حال حاضر اطلاعات محدودی از روش‌های به‌کاررفته برای ساخت ابزارهای سنجش رضایت‌مندی بیماران وجود دارد (هال‌استون^{۱۷} و گیل^{۱۸}، ۲۰۰۳). با وجود پژوهش‌های انجام شده مرتبط با سنجش رضایت‌مندی بیماران، پژوهشگران هنوز به راهکارهای مناسب در این زمینه دست نیافته‌اند. نکته حائز اهمیت در این زمینه این است که برای بررسی و فهم عمیق پدیده‌ها، بررسی‌های کمی مناسب نبوده، پژوهش‌های کیفی مناسب‌تر هستند (برنز^{۱۹} و گراو^{۲۰}، ۲۰۰۵). از سوی دیگر، ارزشیابی سالانه بیمارستان‌ها و مراکز خدمات آموزشی - درمانی می‌تواند گامی مؤثر در شناخت نیازهای مراجعان و اصلاح سیستم در جهت پاسخ به نیازهای واقعی آنان به‌شمار

- | | |
|---|------------------|
| 1- patient satisfaction | 2- Cho |
| 3- Lee | 4- Kim |
| 5- Choi | 6- triangulation |
| 7- Anastasios | 8- Elizabeth |
| 9- Papathanassoglou | 10- Lemonidou |
| 11- Silverman | 12- Kurtz |
| 13- Draper | |
| 14- Outcomes Assessment Strategy and Information System | |
| 15- Smith | 16- Swinehart |
| 17- Hall-Stone | 18- Gable |
| 19- Burns | 20- Grove |

آید. از این رو پژوهشگران با استفاده از روش تحقیق کیفی به مطالعه مفاهیم اساسی و پایه‌ای رضایت‌مندی مراجعان به کلینیک مشاوره کودکان و نوجوانان شهر اصفهان پرداختند تا با شناخت عمیق‌تر نسبت به این پدیده، راهکارهای تأمین رضایت‌مندی را با استفاده از نظرات کارشناسان به روش بحث گروهی ارائه نمایند.

روش

این پژوهش از نوع کیفی است. زمانی که پژوهشگر برای کشف مفاهیم و نظریه‌پردازی، ناگزیر از دو روش مختلف استفاده می‌کند، این روش را سه‌وجهی گویند (اسپی‌زیال^۱ و کارپنتز^۲، ۲۰۰۳). روش پژوهش حاضر نیز از این نوع بود که در دو فاز انجام شد؛ در فاز اول از روش پژوهش پدیدارشناختی^۳ استفاده شد. هدف رویکرد پدیدارشناختی، درک عمیق از مفهوم تجارب زیستی روزمره مردم است (دیکنزو^۴، گویات^۵ و سیلسکا^۶، ۲۰۰۵). در فاز دوم نیز از بحث گروهی^۷ و روش دلفی^۸ استفاده شد. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش عبارت بودند از مراجعان به کلینیک مشاوره کودکان و نوجوانان شریعتی شهر اصفهان و کارکنان درمانی آن کلینیک. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- مراجعه به کلینیک در نوبت صبح که دست کم سومین نوبت مراجعه باشد. ۲- رضایت برای شرکت در پژوهش و علاقمندی برای در اختیار گذاشتن اطلاعات و تجربیات. معیار خروج از مطالعه نیز اعلام عدم رضایت جهت ادامه همکاری از سوی مراجع در نظر گرفته شد. در این بررسی از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف^۹ استفاده شد. در فاز اول نمونه‌ها شامل مراجعان به کلینیک و کارکنان درمانی بودند، که پس از انجام مصاحبه با ۲۴ نفر، به دلیل اشباع اطلاعات نیاز به ادامه مصاحبه‌ها منتفی شد. از این ۲۴ نفر، ۱۶ نفر مراجعان کلینیک و والدین کودکانی بودند که برای درمان به کلینیک آمده بودند و عمدتاً با هر دو و یا یکی از والدین مصاحبه انجام می‌گرفت. هشت نفر دیگر مصاحبه‌شوندگان از کارکنان درمانی، شامل مددکار، مسئول پذیرش، روانشناس، روانپزشک، خانواده‌درمان‌گر و گفتاردرمان‌گر بودند. در فاز دوم از روش بحث گروهی و روش دلفی در دو جلسه به فاصله یک هفته استفاده شد. جلسه اول با حضور شش نفر از کارکنان مرکز شامل مددکار، مسئول پذیرش، روانشناس، گفتاردرمان‌گر، مسئول مرکز و کاردرمان‌گر تشکیل شد. این جلسه بیش از دو ساعت به طول انجامید و طی آن کلیه کدهای نهایی حاصل از فاز اول مورد بحث قرار گرفت و از افراد

درخواست شد راهکارهای اجرایی ارائه نمایند. جلسه دوم با حضور اعضای تیم درمان، شامل روانشناسان، روانپزشکان، خانواده‌درمان‌گر، گفتاردرمان‌گر و مدیر مرکز تشکیل شد و همه کدهای نهایی مرتبط با موضوع ارائه خدمات و درمان مرور شد. با اشباع اطلاعات در پایان این دو جلسه، با جمع‌بندی نظرها، راهکارها تعیین گردید.

راه‌حل‌های پیشنهادی فاز پیشین به صورت پرسش‌نامه، تدوین و به منظور تعیین اولویت و میزان ارتباط به کارکنان مرکز و مراجعان داده شد. این نظرسنجی در چندین مرحله انجام گرفت تا راه‌حل نهایی استخراج و راهبرد نهایی تعیین شد. در این پژوهش مصاحبه با مراجعان معمولاً در کتابخانه کلینیک که محل خلوت و دارای شرایط فیزیکی مناسب و مزاحمت‌های محیطی کمتر بود، انجام و در هنگام مصاحبه با رضایت مراجعان، درب اتاق جهت راحتی بیشتر آنان بسته می‌شد. در مورد مصاحبه با کارکنان، به دلیل درگیری کاری، ابتدا از نظر ساعت مصاحبه با آنان هماهنگی و بنا به محل کارشان محل مصاحبه انتخاب می‌شد. تنها استثنا واحد پذیرش بود، که به دلیل شلوغی و رفت و آمد مراجعان، مصاحبه در اتاق مددکاری انجام گرفت. پیش از شروع مصاحبه از همه شرکت‌کنندگان جهت ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد و نیز در مورد محرمانه‌ماندن اطلاعات و عدم پخش صدای شرکت‌کنندگان به آن‌ها اطمینان داده شد. مصاحبه‌ها از ۲۰ تا حداکثر ۶۰ دقیقه به طول انجامید. با این وجود جهت برقراری ارتباط صمیمی و جلب اعتماد بیشتر مراجعان، زمان چشم‌گیری، پیش و پس از هر مصاحبه به صورت گفت‌وگوی عمومی و روزمره سپری می‌شد. بلافاصله پس از پایان مصاحبه و یا در یک فرصت مناسب به محتوای مصاحبه گوش داده و تمام مطالب به‌دقت روی کاغذ پیاده می‌شد. پس از آن تحلیل اطلاعات طبق شیوه هفت‌مرحله‌ای کلایزی^{۱۰} انجام می‌شد.

یافته‌ها

از مجموع مصاحبه‌های به‌عمل آمده و انجام بحث گروهی در مرحله سوم کلایزی، در مجموع ۸۳۴ کد مفهومی استخراج شد. در این مرحله تلاش شد به هر یک از جملات،

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1- Speziale | 2- Carpenter |
| 3- phenomenological | 4- Dicenso |
| 5- Guyatt | 6- Ciliska |
| 7- focus group | 8- Delphi method |
| 9- purposive sampling | 10- Colaizzi |

امکانات و تجهیزات آن اشاره کرد. مفاهیم مرتبط با انتخاب کلینیک شامل چگونگی و نحوه مراجعه، معرفی کلینیک به دیگران، دوری راه و توجه مدرسه به دانش آموزان بود. فعالیت‌های کلینیک شامل مجموعه کلینیک‌ها، وجود شیوه‌های مختلف درمانی، ارتباط کلینیک با مدرسه، انجام خدمات متنوع، وجود متخصصین مجرب و مؤثر بودن کلاس‌های آموزشی کلینیک بود. وضعیت فیزیکی و امکانات و تجهیزات شامل بودن یا نبودن امکانات و تجهیزات از جمله نبودن وسیله نقلیه، نیروی تأسیساتی و مشکلات فضای فیزیکی بود.

۶) بهبودی شامل بهبودی کلی، بهبودی خواب، رفتار، عملکرد تحصیلی و تغییر نگرش بود.

۷) راهکارهای پیشنهادی تأمین رضایت‌مندی مراجعان به کلینیک مشاوره کودکان و نوجوانان عبارت بودند از: تشکیل جلسات گروهی، تهیه بروشورهای آموزشی، پوستر و روزنامه، حضور به موقع روانپزشک، اصلاح فرآیند پذیرش بیماران، فعال نمودن واحد مددکاری، انجام گروه‌درمانی، تقویت کار روانشناسی و برنامه‌های آموزشی ویژه والدین.

در ارتباط با هدف سوم (تعیین راهبرد نهایی تأمین رضایت مراجعان به کلینیک مشاوره کودکان و نوجوانان)، تهیه یک خط تلفن گویا، اجرای طرح تکریم ارباب رجوع، ملزم نمودن روانپزشکان به حضور به موقع، به‌کارگیری روانشناسان مقطع کارشناسی ارشد، تشکیل یک کمیته جهت جمع‌آوری اطلاعات و تهیه بروشور و پوستر، لزوم رعایت حقوق بیماران توسط پزشک و برگزاری کلاس‌های مستمر آموزشی نام برده شدند.

بحث

در این مطالعه یکی از مفاهیم اساسی در رضایت‌مندی مراجعان، آموزش و ارتباط با روانپزشک عنوان شد. از جمله نقش‌های اساسی و مهارت‌های لازم در روانپزشکی اجتماعی، آموزش‌های پایه و پیشرفته روانپزشکی به بیماران و مراجعان است که می‌تواند در قالب تیم‌های چندمنظوره انجام گیرد. افراد و خانواده‌هایی که به نوعی درگیر بیماری‌های روان‌شناختی هستند، به آموزش‌های منظم نیاز دارند (روزن^۱، ۲۰۰۶). مهارت‌های ارتباطی، رعایت اصول مشاوره و ایجاد شرایط اطمینان‌بخش برای بیان مطالب از سوی مراجعان توسط پزشک، از جمله یافته‌هایی هستند که مراجعان از آن یاد

مفهوم خاصی اختصاص یابد. برای نمونه توصیف چند شرکت‌کننده و مفهوم اختصاص داده شده شرح داده می‌شود: «... همین که پزشکان نکته‌سنجی می‌کنند و از محیط خانه و زندگی سؤال می‌کنند خیلی خوب است که بدانند مشکلات چیست. البته من جای دیگری نرفته‌ام که مقایسه کنم و تا به حال راضی بوده‌ام...» (کد ۱۴). مفاهیم استنباط شده از جملات یادشده عبارت است از: «رضایت از سؤال پزشک از محیط خانه و زندگی».

«... اولین باری که آمدم، دارویم گیر نیامد. دفعه دوم که به دکتر آمدم، گفتم که دارو نخورده‌ام، چون هر کجا رفتیم، پیدا نکردیم. بعد دکتر به ما گفت بروید داروخانه سجاد، آنجا هست...» (کد ۱۳). مفاهیم استنباط شده عبارت است از: «اولین بار دارویم گیر نیامد» (کد ۲۲۴)، «دکتر در مورد خرید دارو ما را راهنمایی کرد» (کد ۲۲۵). سپس پژوهشگر در مرحله چهارم، مرحله سوم را برای هر یک از توصیفات شرکت‌کنندگان تکرار کرده و سپس مفاهیم تنظیم شده را درون دسته‌بندی‌های خاص موضوعی مرتب نمود. سپس بر پایه هدف‌های پژوهش، همه مفاهیم تنظیم شده را در ۱۳۰ کد مفهومی رضایت‌مندی طبقه‌بندی کرده و در سطح سوم طبقه‌بندی، برحسب ویژگی‌های مشترک موضوعی در ۳۰ گروه ساختاری قرار داد. اهم عوامل مرتبط با فرآیند رضایت‌مندی که در این پژوهش به دست آمد، عبارتند از:

۱) مفاهیم مرتبط با واحدهای مختلف کلینیک شامل واحد روانپزشکی، واحد گفتاردرمانی، واحد مددکاری، واحد پذیرش، واحد تشکیل پرونده و روانشناسی و واحد خانواده‌درمانی بود. از مفاهیم ساختاری مهم مرتبط با روانپزشکی می‌توان به آموزش، ارتباطات، توجه، زمان حضور پزشک، زمان ویزیت پزشک، ویژگی‌های پزشک و نقش پزشک در فرآیند درمان اشاره نمود.

۲) از مفاهیم مرتبط با بیمار می‌توان به رضایت بیماران، هم‌چنین خصوصیات فردی بیماران، زمان انتظار و نحوه زمان مراجعه اشاره کرد.

۳) مفاهیم مرتبط با دارو و درمان عبارت بودند از: مشکلات دارویی (تهیه دارو)، تأثیر دارو، عوامل قطع درمان و مشکلات درمانی.

۴) مفاهیم مرتبط با مدیریت بر مواردی مانند هماهنگ‌نبودن، کم‌توجهی مسئولان جهت حل مسایل کلینیک و مسایل مرتبط با مسئولان فرادست تأکید داشتند.

۵) از مفاهیم مرتبط با کلینیک می‌توان به عوامل مرتبط با انتخاب کلینیک، فعالیت‌های کلینیک، وضعیت فیزیکی،

نمودند. در همین زمینه، پارسلی بهبود مراقبت بهداشتی را به برقراری ارتباط منحصربه‌فرد میان فرد متخصص و بیمار وابسته می‌داند و بیان می‌کند: اثربخشی یک مداخله هدفمند در جهت ارتقای سلامتی بیمار، هم تحت‌تأثیر مهارت‌ها و دانش افرادی است که فرآیند مراقبت را اجرا و اداره می‌کنند، هم تحت‌تأثیر پاسخ فیزیکی و روانی بیمار. او هم‌چنین از قول هارپر، بر رابطه میان کیفیت مراقبت و کفایت فراهم‌کنندگان مراقبت تأکید می‌کند (پارسلی^۱ و کوریگان^۲، ۱۹۹۹).

یکی دیگر از عوامل مؤثر در رضایت‌مندی، وجود واحدهای گفتار درمانی، روانشناسی، مددکاری، پذیرش و خانواده‌درمانی عنوان شده است و از آن‌جا که مشارکت خانواده‌ها در مراقبت و توان‌بخشی بیماران بخش روان‌شناسی به‌عنوان عاملی کلیدی در درمان موفقیت‌آمیز آنان در تمام دنیا امری پذیرفته شده است، لازم است در همه کشورها به خانواده این بیماران خدمات بیشتری ارائه شود و این نکته بسیار مهم، که خانواده به‌عنوان نظام اصلی حمایتی بیمار، نیازمند حمایت و کمک است، مورد توجه قرار گیرد (پیمان، ستایش، واحدیان و بهرامی، ۱۳۸۴). به‌طور کلی یک سیستم حمایتی قوی، می‌تواند آسیب‌پذیری در برابر بیماری روان‌شناختی را کاهش داده، شانس بهبود را در صورت ابتلا افزایش دهد (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۹).

میزان رضایت‌مندی بیماران، یک معیار مهم برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است و اطلاعات مهمی را از نظر برآورده‌شدن نیازها، ارزش‌ها و انتظارات مددجویان در اختیار قرار می‌دهد. با توجه به مصاحبه‌های انجام‌شده، مراجعان بسیار فراوان، رضایت خود را از رفتار کارکنان، پزشک و فرآیند درمان اعلام داشتند. در همین زمینه، یافته‌های یک پژوهش (مدنی، فرزاد و ربیعی، ۱۳۸۳) نشان داد خدمات پزشکان و پرستاران توانسته است در مجموع رضایت شرکت‌کنندگان را جلب نماید. از میان بخش‌های گوناگون نیز، رضایت بیماران در بخش‌های تخصصی‌تر بیشتر بوده، که احتمالاً به‌دلیل بیشتر بودن دقت پزشکان و پرستاران، به‌دلیل ویژه بودن شرایط بیماران بستری در این بخش‌ها بوده است (همان‌جا). یکی دیگر از عوامل مؤثر در رضایت‌مندی، عوامل مرتبط با دارو و درمان ذکر شد که از آن جمله می‌توان به مشکلات دارویی (تهیه دارو)، تأثیر دارو و مشکلات درمانی و عواملی که به قطع درمان می‌انجامد، اشاره کرد. مصرف داروهای روانپزشکی در کودکان بر حسب وضعیت اقتصادی خانواده، نگرش آن‌ها نسبت به درمان دارویی، منطقه جغرافیایی و کشورهای گوناگون متفاوت است. برای نمونه داروی

متیل‌فنیدیت در بعضی کشورها مانند ایران به‌وفور مصرف می‌شود، در صورتی که همین دارو (و به‌طور کلی محرک‌ها) در کشور هندوستان در دسترس نیست. قیمت دارو هم در مصرف دارو تأثیر دارد؛ خانواده‌های با وضع اقتصادی پایین نمی‌توانند داروهای گران‌قیمت را خریداری نمایند و به‌خصوص اگر از بیمه درمانی برخوردار نباشند، معمولاً از این داروها استفاده نمی‌کنند. بعضی فرهنگ‌ها، به مصرف داروهای روانپزشکی برای مشکلات رفتاری کودکان اعتقاد ندارند (بعضی از خانواده‌های ایرانی نیز چنین هستند). بنابراین فرهنگ هم در میزان مصرف دارو، همکاری درمانی و حتی تأثیر داروها و گزارش عوارض جانبی آن‌ها نقش دارد. عوارض جانبی دارو یکی از عوامل مهم در قطع دارو و ایجاد نگرش منفی نسبت به دارودرمانی در کودکان است. از این رو به‌منظور همکاری بیشتر در درمان دارویی کودکان، ضروری است پزشک در مورد ضرورت مصرف دارو، نحوه مصرف و عوارض جانبی آن، اطلاعات کافی در اختیار قرار دهد (راتر^۳ و تیلور^۴، ۲۰۰۲).

نظر به این که شرکت‌کنندگان در این پژوهش بر عوامل مرتبط با مدیریت تأکید داشتند و از آن‌جا که با به‌کارگیری فنون مدیریت مشارکتی به‌ویژه گروه‌های بهبود کیفیت، می‌توان ارتقای خدمات بیمارستانی و در نتیجه افزایش رضایت‌مندی بیماران از خدمات ارائه‌شده را تضمین نمود (مصدق‌راد، ۱۳۸۳ ب)، پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی لازم برای رفع موانع ایجاد انگیزه خدمتی انجام شود، خصوصاً نسبت به فراهم نمودن فرصت برای علمی‌نمودن عملکردها، انعکاس بازخورد مستمر از وضعیت شغلی به کارکنان و انتخاب مدیر شایسته و نکته‌سنج اقدام جدی به‌عمل آید تا بدین وسیله زمینه توسعه و تکامل حرفه‌ای و اجتماعی واقعی کارکنان فراهم آید.

کفایت سازمان مراقبت بهداشتی برآیند سه مؤلفه کفایت نیروی انسانی و متخصصان، تجهیزات موجود و کیفیت مراقبت و اطلاعات مراقبتی است (طیبی و مقدسی، ۱۳۸۴). بسیاری از شرکت‌کنندگان نیز بر عوامل مرتبط با انتخاب کلینیک، فعالیت‌ها، وضعیت فیزیکی و امکانات و تجهیزات آن تأکید داشتند. واکنش بیماران نسبت به مراکز درمانی به ادراک آنان از کیفیت خدمات بستگی دارد. پزشکان، مؤسسه را از چشم بیماران و کادر اداری می‌نگرند، شرکت‌های بیمه هم کیفیت یک مؤسسه را بر پایه میزان هزینه و پیامدهای

1- Parsley
3- Rutter

2- Corrigan
4- Taylor

مشخص به هر بیمار و دریافت پیش‌پرداخت هزینه. ۸- راه‌اندازی یک مرکز مشاوره دیگر در نقطه مقابل شهر (شمال شرقی). ۹- تقویت واحد مددکاری از نظر نیروی انسانی و فراهم نمودن امکانات مورد نیاز نظیر وسیله نقلیه. ۱۰- به‌کارگیری روانشناسان بالینی مقطع کارشناسی ارشد و دکترا و جلوگیری از جابه‌جایی‌های پی‌درپی. ۱۱- برگزاری کلاس‌های مستمر آموزشی مخصوص والدین بر حسب گروه‌های هدف. ۱۲- تدوین برنامه، نشست‌های جمعی اعضا با حضور مدیر کلینیک، ارائه گزارش هفتگی، ارائه پس‌خوراند و تأکید بر لزوم افزایش همکاری اعضای تیم با یکدیگر. ۱۳- تدوین شرح وظایف هر یک از اعضا، آگاهی از شرح وظایف و لزوم ارزیابی از انجام فعالیت‌ها. ۱۴- تشکیل یک کمیته جهت جمع‌آوری اطلاعات و تهیه بروشور و پوستر به صورت مستمر، تحت نظارت مدیریت مرکز. ۱۵- تدوین برنامه مستمر گروه‌درمانی به صورت هفتگی تحت نظارت روانپزشک و روانشناس. ۱۶- تعیین یک نفر به عنوان مسئول کتابخانه و حمایت مالی مسئولان جهت خرید کتاب، مجله و روزنامه. ۱۷- انتصاب مدیرانی که علاوه بر داشتن تجربه و تبحر کافی در زمینه مدیریت، در تمام ایام هفته حضور مستمر داشته باشند. ۱۸- اطلاع‌رسانی درباره کلاس‌ها و کارگاه‌های موجود در دانشگاه به کارکنان و موافقت مسئول مافوق جهت شرکت آن‌ها در این کلاس‌ها.

در مجموع، در این پژوهش مراجعان از کیفیت ارتباط درمانی با روانپزشکان و هم‌چنین آموزش‌های ارائه‌شده (فردی و گروهی) مرتبط با مسایل رفتاری کودکان رضایت داشتند. وجود واحدهای مختلف درمانی مرتبط با هم در کنار یکدیگر، مانند گفتاردرمانی، بازی‌درمانی، موسیقی‌درمانی، روان‌درمانی، مشاوره خانواده و روانپزشکی، از دیگر عوامل مؤثر در رضایت‌مندی مراجعان بود. مشکلات تهیه دارو، مسایل مدیریتی، کمبود منابع قابل استفاده مراجعان (کتاب و مجله) و بی‌نظمی در بعضی برنامه‌ها از عوامل منفی رضایت‌مندی بود.

پیشنهاد می‌شود ۱۸ راهبرد یادشده در بالا برای تمامی مراکز درمانی، مدنظر قرار گیرد و دست‌کم هر چند سال یک‌بار از نحوه ارائه خدمات و رضایت‌مندی مراجعان ارزیابی کیفی و کمی به‌عمل آید تا بر پایه نتایج حاصل، تغییرات لازم برای ارتقای کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی صورت پذیرد.

خدمات ارائه‌شده به بیمه‌شدگان ارزیابی می‌کنند و کارکنان ممکن است کیفیت را وابسته به کفایت مدیریت بدانند (نادی‌نیا^۱ و ملیسا^۲، ۲۰۰۲).

بهبود فیزیکی از پیامدهای اصلی مراجعه به کلینیک بود، که به صورت‌های گوناگون توسط مراجعان مطرح شد: بهبود کلی خواب و رفتار، بهبود عملکرد تحصیلی و تغییر نگرش.

نیازها و پیشنهادات در سه دسته قرار گرفتند: الف) مرتبط با بیمار، شامل: ضرورت افزایش بروشورهای آموزشی که بیانگر نیاز مراجعان به معرفی کتاب، روزنامه، مجله و کتاب داستان است. پیشنهاد جلسات گروهی برای بیماران و برگزاری برنامه‌های تفریحی و گروهی برای خانواده‌های مشکل‌دار و گسترش این کلاس‌ها در سطح شهر، نیاز به هم‌سویی و آموزش والدین و ضرورت ایجاد یک مرکز برای نیازهای فوری. ب) مرتبط با کارکنان، شامل: تأکید بر رعایت آداب معاشرت، افزایش همکاری بین اعضای تیم، تأکید بر نظافت شخصی کارکنان و محیط کار، تشکیل جلسات بین کارکنان و ارائه پس‌خوراند و شرکت در کلاس‌های آموزش ضمن خدمت. ج) مرتبط با مرکز، شامل: نیاز به حضور به موقع روانپزشکان، نیاز به وجود روانشناس مرد، تقویت برنامه‌های آموزشی کلینیک و حل مشکلات موقتی کلینیک.

راهبردهای نهایی پس از تشکیل بحث‌های گروهی با اعضای کلینیک بدین شرح تدوین گردید:

- ۱- برقراری یک خط تلفن گویا؛ انتخاب فردی به‌عنوان مسئول پذیرش که به فرآیندها آگاهی کامل داشته و از نظر ارتباطات انسانی فردی مؤدب باشد. ۲- اجرای طرح تکریم ارباب رجوع؛ انتخاب کارکنانی که متعهد به رعایت آداب معاشرت، دارای روحیه خوب و از نظر برقراری ارتباطات انسانی قوی باشند، هم‌چنین به نظافت شخصی خود و محیط کار اهمیت دهند. ۳- لزوم رعایت حقوق بیماران توسط پزشک؛ صرف وقت بیشتر، توجه به گفته‌های بیماران و همراهان، اطمینان‌بخشی، رازداری و تلاش برای جلب اعتماد بیمار. ۴- ملزم‌نمودن روانپزشکان برای حضور به موقع و حضور بیشتر با نظارت مدیریت گروه روانپزشکی. ۵- گسترش اورژانس روانپزشکی مرکز پزشکی خورشید (نور) و تخصیص قسمتی از آن برای کودکان و نوجوانان با حضور شبانه‌روزی یک مشاور (علاوه بر دستیار روانپزشکی). ۶- تعیین یک دستورالعمل داخلی مبنی بر این‌که برای ویزیت شدن بیمار و انجام مشاوره، حضور پدر و مادر الزامی باشد. ۷- کامپیوتری‌نمودن واحد پذیرش، تخصیص زمان

سپاسگزاری

از روانپزشکان و کارکنان محترم مرکز مشاوره کودکان و نوجوانان شریعتی که در اجرای این پژوهش همکاری بسیاری داشتند، صمیمانه تشکر می‌شود. هم‌چنین از مرکز تحقیقات علوم رفتاری و معاونت پژوهشی دانشگاه اصفهان که با حمایت‌های مالی و صمیمانه، ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، قدردانی می‌شود.

منابع

- بیمان، نوشین؛ ستایش، یوسف؛ واحدیان، محمد؛ بهرامی، منیژه (۱۳۸۴). بررسی مشکلات و میزان تمایل خانواده جهت پذیرش و نگهداری بیماران روانی در منزل پس از ترخیص از بیمارستان‌های روانپزشکی شهرستان مشهد. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال هفتم، شماره ۲۵ و ۲۶، ۶۳-۶۹.
- سلیمانی، وحیدرضا (۱۳۸۱). بررسی میزان رضایت‌مندی بیماران بستری از مکانیزم مدیریت در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان مرکزی در سال ۱۳۸۰. *اولین همایش کشوری مدیریت در بیمارستان*، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران: مؤسسه چاپ و انتشارات دانشگاه امام حسین (ع)، ۱۸ و ۱۹ دی ماه.
- طیبری، سیدجمال‌الدین؛ مقدسی، حمید (۱۳۸۴). سازمان‌های مراقبت بهداشتی و کیفیت اطلاعات. *طب و ترکیب*، سال چهاردهم، شماره ۱، ۱۷-۸.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۷۹). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه: نصرت‌ا... پورافکاری. تبریز: انتشارات شهرآب.
- مدنی، سیدغلامرضا؛ فرزانه، علی؛ ربیعی، مجید (۱۳۸۳). بررسی میزان رضایت بیماران بستری از خدمات پزشکی پرستاری. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*، شماره ۲۴، ۲۱-۱۵.
- مصدق‌راد، علی محمد (۱۳۸۲). بررسی تطبیق منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و ایران. *فصلنامه تأمین اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۱۴، ۵۲-۳۳.
- مصدق‌راد، علی محمد (۱۳۸۳ الف). ارزیابی میزان رضایت‌مندی بیماران از خدمات بستری بیمارستان رازی قزوین در سال ۱۳۸۰. *دوفصلنامه مدیریت و اطلاعات در بهداشت و درمان*، سال اول، شماره ۱، ۳۶-۲۸.
- مصدق‌راد، علی محمد (۱۳۸۳ ب). نقش مدیریت مشارکتی در بهبود زمان انتظار، زمان مشاوره و رضایت‌مندی بیماران سرپایی بیمارستان رازی قزوین. *مجله حکیم*، سال هفتم، شماره ۳، ۲۳-۱۴.
- Anastasios, E. D., Elizabeth, D. E., Papatthanassoglou, C., & Lemonidou, C. (2004). Evaluation of patient satisfaction
- with nursing care: Quantitative or qualitative approach? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 355-367.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *Practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5th. ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Cho, W. H., Lee, H., Kim, C., Lee, S., & Choi, K. S. (2004). The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: A south Korean study. *Health Services Research*, 39, 13-33.
- Dicenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*. Philadelphia: Elsevier.
- Hall-Stone, T., & Gable, W. (2003). Development of a patient satisfaction survey for outpatient care: A brief report. *Journal of Medical Practice Management*, 19, 166-169.
- Nadinia, D., & Melissa, L. (2002). *Introduction to health information technology*. New York: W. B. Saunders Company.
- Parsley, K., & Corrigan, P. (1999). *Quality improvement for health care: Putting evidence into practice* (2nd. ed.). Cheltenham: Stanely Thorenes Ltd.
- Rosen, A. (2006). The community psychiatrist of the future. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 380-388.
- Rutter, M., & Taylor, E. (2002). *Child and adolescent psychiatry* (4th. ed.). Massachusetts: Blackwell.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2004). *Skills for communicating with patients* (2nd. ed.). Oxon UK: Radcliffe Medical Press.
- Smith, A. E., & Swinehart, K. D. (2001). Integrated systems design for customer focused health care performance measurement: A strategic service unit approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14, 21-28.
- Speziale, H. J. S., & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (4th. ed.). New York: Williams & Wilkins.