

بررسی شکایات ثبت شده در سه بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران و عوامل موثر بر آن از فروردین ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۷

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۰/۷

فرزانه میرزاآقایی^۱، زینب معین فر^۱، سحر افتخاری^۱، آرش رشیدیان^{۲*}، مجتبی صداقت^۳

چکیده:

زمینه و هدف: شکایت ابراز نارضایتی است که نیاز به پاسخگویی و رسیدگی دارد. این مطالعه به منظور بررسی شکایات و عوامل موثر بر آن در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه گذشته نگر، شکایات کتبی ثبت شده در سه بیمارستان دانشگاه از فروردین ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۷ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده‌ها از فرم‌های شکایات بیماران سرپایی و بستری جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در مجموع، ۳۶۳ مورد شکایت کتبی ثبت شده بود. ۱۹/۷٪ شکایات در موارد سرپایی و سایر موارد مربوط به بیماران بستری بود. بیشترین موضوع مورد شکایت، تأخیر یا کنسل شدن وقت ملاقاتها با میزان ۲۹/۷٪ بود. ارتباط نامناسب با ۲۴٪ و عدم رضایت از مراقبت درمانی آرایه شده با ۲۱/۴٪، تسهیلات رفاهی با ۸/۳٪ در رتبه های بعدی قرار داشتند. بیشترین فراوانی شکایت از افراد، مربوط به پزشکان با ۶۲/۱٪ بود. شکایات از پرستاران با ۱۰/۲٪ در رتبه بعدی قرار داشت. ۵۹/۱٪ شکایات در محل حل شده بود. ۵۱/۷٪ شکایات در مدت ۲ روز و یا کمتر حل شده بودند.

نتیجه گیری: با توجه به این که تأخیر و یا کنسل شدن وقت ملاقاتها و ارتباط نامناسب بیشترین موضوعات مورد شکایت بودند مداخله در این حوزه‌ها باید مد نظر باشد. همچنین به اشتراک گذاشتن داده‌های شکایات بین بیمارستان‌ها می‌تواند حوزه‌های شایع مشکل را شناسایی کند و جهت برنامه ریزی راهبردی به کار رود.

کلمات کلیدی: شکایت بیمار، رضایت، کیفیت مراقبت، بیمارستان

۱. پزشک عمومی، پژوهشگر مرکز تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، معاون پژوهشی مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت دانشگاه علوم پزشکی

تهران (* نویسنده مسوول). نشانی: تهران، خیابان ایتالیا، شماره ۷۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، تلفن ۸۸۹۹۱۱۱۲ ۰۲۱

پست الکترونیک: arashidian@tums.ac.ir

۳. متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

اگر پزشکان و سایر کارکنان مراقبت سلامت بخواهند به طور موثر به شکایات رسیدگی و آنها را حل و فصل کنند ابتدا باید درک بهتری از اطراف خود داشته باشند. لذا ثبت و رسیدگی به شکایات به عنوان یکی از حیطه‌های مهم حاکمیت خدمات بالینی در دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد توجه قرار گرفته است. به این منظور مقرر شد در هر بیمارستان اتاقی به‌عنوان واحد رسیدگی به شکایات در نظر گرفته شود و فردی مناسب برای رسیدگی و حل و فصل شکایات بیمار تعیین شود. از آن جایی که مطالعه در زمینه شکایات بیماران و ارتقای کیفیت بهداشتی از این طریق در ایران کم می‌باشد، بر آن شدیم که شکایات ثبت شده در سه بیمارستان دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران را بررسی و تحلیل کنیم. هدف از این مطالعه تعیین میزان شکایات ثبت شده در این سه بیمارستان و عوامل موثر بر آن در مدت ۲۴ ماه، از فروردین ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۷ می‌باشد. لازم است تحقیقات بیشتری برای اطمینان از استفاده بهتر از شکایات در راستای ارتقای کیفیت مراقبت بیمارستان‌ها انجام شود.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه یک مطالعه گذشته نگر است که در سه بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران در دوره ۲۴ ماهه از فروردین ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۷ انجام شد. این بیمارستان‌ها شامل دو بیمارستان بزرگ عمومی و آموزشی (یکی از آن‌ها ۳۳۸ تخت‌خوابی و دیگری ۵۳۰ تخت‌خوابی) و یک بیمارستان غیر آموزشی ۱۰۸ تخت‌خوابی می‌باشند. این بیمارستان‌ها از نظر بافت فرهنگی و محرومیت در مناطق مختلف شهر تهران قرار دارند.

تمام شکایات ثبت شده اعم از کتبی، شفاهی و تلفنی در دفتر شکایات بیمارستان‌ها در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ مورد بازبینی قرار گرفتند. در این مطالعه، از بین کل شکایات ثبت شده در این سه بیمارستان، شکایات کتبی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده‌ها از فرم‌های شکایات بیماران سرپایی اورژانس و درمانگاه، و بیماران بستری در بخش‌های مختلف (جراحی، داخلی، زنان، ارتوپدی، قلب، اورولوژی، نورولوژی، جراحی اعصاب، واحد مراقبت‌های ویژه)، رادیولوژی و بخش‌های اداری جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

شکایت، ابراز نارضایتی است که نیاز به پاسخگویی و رسیدگی دارد (۱). شکایات تنها بخش کوچکی از نارضایتی از سیستم خدمات سلامت را منعکس می‌کنند، و شاید تنها نوک قله یک کوه یخی را نشان می‌دهد (۲). همه رویدادهای قابل پیشگیری نامطلوب منجر به شکایت و دعوی قانونی نمی‌شوند، و همه نتایج ضعیف درمانی منجر به دریافت خسارت نمی‌گردند (۳). دیدگاه رایج این است که دلیل شکایت اکثر بیماران این است که می‌خواهند صدای آنها شنیده شده واز آن‌ها عذرخواهی به عمل‌آید (۴). به‌علت دسترسی به سیستم اطلاعات مدرن و افزایش سطح تحصیلات و آموزش عمومی، شرکت بیماران و خانواده‌هایشان در روند مراقبت بهداشتی و درمان بیماری‌های آن‌ها با داشتن نقش فعال در تصمیم‌گیری بالینی افزایش یافته است. در نتیجه شکایات درباره کیفیت مراقبت بهداشتی به‌طور چشمگیری افزایش یافته‌است (۵). شکایت می‌تواند بر روی افراد و سازمان‌های ارایه‌کننده خدمت سلامت اثر منفی داشته باشد. حس خشم در مقابل بیمار، ناامیدی، شک درباره صلاحیت بالینی و ترس از قانونی شدن می‌تواند کیفیت مراقبت را از طریق سوق دادن کارکنان سلامت به سمت پزشکی دفاعی به خطر بیاندازد (۶، ۷). از سوی دیگر شکایت می‌تواند بازخورد عملکرد در مورد کار پزشکان به آنها بدهد؛ حوزه‌های عملکرد ضعیف را مشخص کند و فرصتی برای طراحی راهبردهایی جهت ارتقای کیفیت مراقبت ایجاد کند (۸، ۹، ۱۰)، اطلاعات ارزشمندی درباره تجربه بیمار در سیستم مراقبت بهداشتی فراهم آورد (۹) و چیزی فراتر از نارضایتی از سیستم خدمات سلامت را منعکس کند. امروزه رسیدگی به شکایات به‌عنوان جزیی ضروری از نظام مراقبت‌های سلامتی در جهت ارتقای استانداردهای سلامت شمرده شده است (۱۱). باید علاوه بر قبول یا انکار شکایات، هر شکایت به‌عنوان فرصت ارزشمندی جهت یافتن راهی برای ارتقای کیفیت خدمتی که بیماران دریافت می‌کنند در نظر گرفته شود (۱۲). از نقطه نظر پزشکان، دو قانون طلایی برای رسیدگی به شکایات وجود دارد. اولی آن است که توضیح صادقانه داده شود و عذرخواهی سریع انجام شود. اگر این مراحل ساده اجرا شود، اکثر شکایات به مراحل بعدی نمی‌رسند. قانون دوم این که هر شکایتی ارزش گوش دادن و یادگیری دارد. برای آن که این کار به‌طور موثری انجام شود، سازمان‌ها باید سیستم‌های خوب بازخورد شکایات و نتایج آنها را به‌صورت فردی و تیمی داشته باشند (۱۲).

بیمارستان) ارجاع داده می‌شود که در بند چهارم تاریخ و خلاصه بازگشت ارجاع و دستورات لازم ثبت می‌شود. در آخر، مسوول واحد رسیدگی به شکایت پس از بررسی نهایی فرم و پیگیری‌ها و اقدامات انجام شده، نتیجه شکایت را در بند پنجم ثبت کرده و فرم را جهت تجزیه و تحلیل ماهانه در بایگانی قرار می‌دهد.

یافته‌ها:

نتایج با حدود اطمینان ۹۵٪ در نظر گرفته شد. در این مطالعه شکایات ثبت شده در سه بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران در مدت ۲۴ ماه از فروردین ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۷ مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. این بیمارستان‌ها شامل دو بیمارستان بزرگ عمومی و آموزشی (یکی از آن‌ها ۳۳۸ تخت‌خوابی و دیگری ۵۳۰ تخت‌خوابی) و یک بیمارستان غیر آموزشی ۱۰۸ تخت‌خوابی می‌باشند. این بیمارستان‌ها از نظر بافت فرهنگی و محرومیت در مناطق مختلف شهر تهران قرار دارند. تعداد کل پذیرش بستری و سرپایی در سه بیمارستان مورد مطالعه دانشگاه علوم پزشکی تهران در این دوره ۲ ساله ۴۰۱۶ مورد بود. در مجموع ۳۶۳ مورد شکایت ثبت شده در این سه بیمارستان جمع‌آوری شد. میانگین سنی بیماران ۴۱/۶ سال (از ۱ سال تا ۹۰ سال) بود که بیشترین بیماران، ۸۳ مورد (۳۳/۷٪) در گروه سنی ۰ تا ۲۹ سال قرار داشتند.

۲۱۲ (۶۳/۳٪) بیماران را مردان و ۱۲۳ (۳۶/۷٪) بیماران را زنان تشکیل می‌دادند.

در ۲۲۰ مورد (۶۱/۸٪) شاکی فردی غیر از خود بیمار بود و در ۱۳۶ مورد (۳۸/۲٪) خود بیمار شکایت کرده بود. در گروه سنی بالای ۶۵ سال، ۸۷/۵٪ شکایات توسط فردی غیر از خود بیمار انجام گرفته بود. از میان کل فرم‌های جمع‌آوری شده در ۲۰۰ مورد میزان تحصیلات ذکر شده بود که در ۷۱ مورد (۳۵/۹٪) موارد تحصیلات شاکیان زیر دیپلم، ۵۸ مورد (۲۹٪) دیپلم و فوق دیپلم، ۴۱ مورد (۲۰/۵٪) لیسانس و بالاتر، و ۳۰ مورد (۱۵٪) بی‌سواد بود.

۱۶۵ (۵۹/۱٪) شکایات در محل حل شده بود. ۱۱۴ (۴۰/۹٪) آنها به مرجع بالاتر فرستاده شده بود. از بین این موارد ۱۲/۵٪ به رییس، ۸/۲٪ به مدیر، ۲/۶٪ به مترون و ۱۶/۵٪ به فرد دیگری ارجاع داده شد.

از آن‌جا که مرگ بیمار عامل مهمی در شکایات و دعاوی قانونی محسوب می‌شود، این مورد نیز در مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که در کل ۱۴ مورد (۴٪) از کل شکایات مربوط به بیمار فوت شده بود.

روند رسیدگی به شکایات:

روند رسیدگی به شکایات در بیمارستان‌ها به این صورت است که کارشناس مسوول در واحد رسیدگی به شکایات، شکایات دریافت شده از شاکیان اعم از کتبی و شفاهی را دفتر مخصوص ثبت شکایات ثبت می‌کند، سپس فرم‌های لازم را در اختیار شاکیان قرار می‌دهد، توضیحات لازم را به بیماران می‌دهد و برحسب مورد، عذرخواهی از بیماران به عمل می‌آید. اگر شکایات در واحد در مرحله اول حل نشد شکایات به مرجع بالاتر مربوطه ارجاع داده می‌شود.

کارشناس واحد، پیگیری شکایات ارجاع شده، تحلیل فرم‌های ثبت شده و در صورت لزوم هماهنگی جلسات بین بیمار و مسوولان مربوطه را نیز انجام می‌دهد.

فرم شکایت:

در دانشگاه علوم پزشکی تهران فرم‌های واحدی جهت ثبت شکایات تهیه و در اختیار بیمارستان‌ها قرار گرفته است. فرم ثبت شکایات از چند قسمت شامل بخش مربوط به اطلاعات شخصی بیمار و شاکی در صورتی که غیر از بیمار است (شامل نام و نام خانوادگی بیمار (در صورت تمایل)، شغل، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، علت مراجعه، تاریخ بستری یا مراجعه، تاریخ شکایت، نوع بیمه، نشانی و تلفن (در صورت تمایل))، شرح واقعه، طبقه بندی شکایات (شامل بخش مورد شکایت، فرد مورد شکایت (پزشک، رزیدنت، انترن، پرستار، بهیار و کمک بهیار، کارکنان اداری، کارکنان خدماتی، نگهبانی، و سایر موارد)، موضوع مورد شکایت (تسهیلات رفاهی و تغذیه و نظافت، میزان هزینه، برخورد نامناسب، نبود تخت خالی، لغو یا تعویق عمل جراحی یا تصویربرداری ...، معطلی یا انتظار بیش از حد، عدم دسترسی به پزشک یا پرستار، ارایه اطلاعات ناکافی یا غیر قابل فهم، عدم رضایت از خدمات درمانی ارایه شده، عدم کنترل مناسب یا به موقع درد و سایر)، قسمت مربوط به پیگیری (توسط رییس، مدیر، مترون و سایر موارد)، و این‌که آیا شکایت مربوط به بیمار فوت شده بوده یا نه)، و نتیجه نهایی تشکیل شده است.

در بند سوم که توسط مسوول واحد رسیدگی به شکایات تکمیل می‌شود، نتیجه بررسی واحد رسیدگی به شکایات ثبت می‌گردد.

چنانچه مشکل با صحبت با شاکی و یا پیگیری‌های مختصر در محل رفع شده و نیاز به پیگیری بیشتری نباشد، بند پنجم توسط مسوول واحد رسیدگی به شکایات پر شده و فرم جهت تحلیل ماهانه در بایگانی قرار می‌گیرد. در غیر این صورت فرم به مسوول مربوط (در امور پرستاری به مترون، پزشکی به رییس بیمارستان و در سایر امور به مدیر

جدول ۱: فراوانی شکایات بر حسب بخش‌های مورد شکایت در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷

بخش	تعداد	درصد
ارتوپدی	۹۰	۲۶.۳۹٪
اورژانس	۴۹	۱۴.۳۷٪
جراحی	۴۵	۱۳.۲۰٪
داخلی	۲۴	۷.۰۴٪
جراحی اعصاب	۱۸	۵.۲۸٪
درمانگاه	۱۸	۵.۲۸٪
اورولوژی	۱۵	۴.۴۰٪
نورولوژی	۱۴	۴.۱۱٪
زنان	۱۳	۳.۸۱٪
CCU/ICU	۱۲	۳.۵۲٪
رادیولوژی	۹	۲.۶۴٪
قلب	۴	۱.۱۷٪
سایر	۴۰	۱۱.۷۳٪
جمع کل	۳۴۱	۱۰۰.۰۰٪

جدول ۲: فراوانی شکایات بر حسب موضوع مورد شکایت (طبقه بندی نشده) در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷

موضوع مورد شکایت	مورد	درصد
عدم رضایت از خدمات درمانی ارایه شده	۹۳	۱۹.۴۲٪
برخورد نامناسب	۷۴	۱۵.۴۵٪
لغو یا تعویق عمل جراحی، تصویربرداری، ...	۶۹	۱۴.۴۱٪
ارایه اطلاعات ناکافی یا غیر قابل فهم	۴۲	۸.۷۷٪
تسهیلات رفاهی، تغذیه، نظافت	۳۸	۷.۹۳٪
معطلی یا انتظار بیش از حد	۳۶	۷.۵۲٪
عدم دسترسی به پزشک یا پرستار	۳۳	۶.۸۹٪
گم شدن عکس رادیولوژی	۳۱	۶.۴۷٪
میزان هزینه	۱۸	۳.۷۶٪
نبود تخت خالی	۱۱	۲.۳۰٪
عدم کنترل مناسب یا به موقع درد	۶	۱.۲۵٪
سایر موارد	۲۸	۵.۸۵٪
جمع کل	۴۷۹*	۱۰۰.۰۰٪

* در این مطالعه در مجموع ۳۶۳ مورد شکایت مورد بررسی قرار گرفته است. علت اختلاف این دو عدد ذکر بیش از یک علت برای شکایت در بعضی فرم‌ها می‌باشد.

تشابه موضوعی موارد نبود تخت خالی، لغو یا تعویق عمل جراحی، تصویربرداری، ...، عدم دسترسی به پزشک یا پرستار، معطلی یا انتظار بیش از حد، سبب شد که این موضوعات در دسته جدیدی با عنوان تاخیر یا کنسل شدن وقت ملاقاتها طبقه بندی شوند. عدم کنترل مناسب یا به موقع درد، عدم رضایت از خدمات درمانی ارایه شده در دسته بندی تحت عنوان عدم رضایت از مراقبت درمانی ارایه شده جای گرفت. با در نظر گرفتن این موضوع که ارتباط نامناسب شامل برخورد نامناسب و ارایه اطلاعات ناکافی یا غیر قابل فهم می‌شود، موضوع سوم تخت نام ارتباط نامناسب ایجاد شد.

هیچ موضوع مورد شکایات مشابهی با تسهیلات رفاهی وجود نداشت و این موضوع در دسته مستقلی تحت همین نام طبقه بندی شد. سایر موارد باقی مانده که تعداد کمی از شکایات را در می‌گرفتند در طبقه سایر موارد قرار گرفتند. تاخیر یا کنسل شدن وقت ملاقاتها با ۲۹/۷٪، ارتباط نامناسب با ۲۴٪ و عدم رضایت از مراقبت درمانی ارایه شده با ۲۱/۴٪ بیشترین موضوعات شکایات بودند. تسهیلات رفاهی با ۸/۳٪ سایر موارد ۱۶/۴٪ در رتبه های بعدی قرار داشتند. (جدول ۳)

بیمارستان‌های مورد مطالعه شامل بخش‌های سرپایی (درمانگاه و اورژانس) و بستری شامل (جراحی، داخلی، زنان، ارتوپدی، قلب، اورولوژی، نورولوژی، جراحی اعصاب، واحد مراقبت‌های ویژه)، رادیولوژی، پذیرش، بایگانی، مددکاری و سایر موارد بود. از بین این بخش‌ها، بخش ارتوپدی با ۲۶/۴٪ بیشترین فراوانی شکایات را در بین بخش‌ها دارا بود. بخش اورژانس با ۱۴/۴٪ و بخش جراحی با ۱۳/۲٪ در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. (جدول ۱)

۱۹/۷٪ شکایات در موارد سرپایی (شامل ۱۴/۴٪ اورژانس و ۵/۳٪ درمانگاه) و سایر موارد مربوط به بیماران بستری بود. پس از بررسی مطالعات گذشته ۱۰ مورد از موارد شایع به‌عنوان موضوع مورد شکایت وارد فرم ثبت شکایات شد. پس از جمع‌آوری فرم‌های پر شده نتایج زیر به دست آمد:

عدم رضایت از خدمات درمانی با ۹۳ مورد (۱۹/۴٪) بیشترین موضوع مورد شکایت بود. برخورد نامناسب با ۷۴ مورد (۱۵/۴٪) و لغو یا تعویق عمل جراحی، تصویربرداری، ... با ۶۹ مورد (۱۴/۴٪) در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. (جدول ۲)

با بررسی مطالعات گذشته و با در نظر گرفتن دسته‌بندی‌های مختلف نتیجه بر آن شد که موضوعات مورد شکایت مشابه را در یک دسته موضوعی قرار دهیم.

جدول ۳: فراوانی شکایات بر حسب موضوع مورد شکایت (طبقه‌بندی‌شده) در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷

طبقه‌بندی موضوع مورد شکایت	موضوع مورد شکایت	تعداد	درصد
تاخیر یا کنسل شدن نوبت‌ها	نبود تخت خالی	۱۱	۳۱.۱۱٪
	لغو یا تعویق عمل جراحی، تصویر برداری، ...	۶۹	
	معطلی یا انتظار بیش از حد	۳۶	
	عدم دسترسی به پزشک یا پرستار	۳۳	
عدم رضایت از مراقبت درمانی ارایه شده	عدم رضایت از خدمات درمانی	۹۳	۲۰.۶۷٪
	عدم کنترل مناسب یا به موقع درد	۶	
ارتباط نامناسب	برخورد نامناسب	۷۴	۲۴.۲۲٪
	ارایه اطلاعات ناکافی یا غیر قابل فهم	۴۲	
تسهیلات رفاهی	تسهیلات رفاهی	۳۸	۷.۹۳٪
سایر	گم شدن عکس	۳۱	۱۶.۰۸٪
	میزان هزینه	۱۸	
	سایر	۲۸	
جمع کل		۴۷۹*	۱۰۰.۰۰٪

* در این مطالعه در مجموع ۳۶۳ مورد فرم شکایت مورد بررسی قرار گرفته است. علت اختلاف این دو عدد ذکر بیش از یک علت برای شکایت در بعضی فرم‌ها می‌باشد.

افراد مورد شکایت در فرم ثبت شکایات در ۸ دسته در نظر گرفته شده بود که با توجه به عدم آگاهی کافی بیماران از دسته بندی پزشکان به پزشک متخصص، رزیدنت و انترن، در دسته بندی جدید این سه گروه تحت عنوان پزشک نام گذاری شدند. با توجه به کم بودن تعداد شکایات از بهیار، کمک بهیار و پرسنل خدماتی این موارد در دسته بندی سایر موارد قرار گرفتند. تجزیه تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده از افراد مورد شکایت نشان داد بیشترین شکایت مربوط به پزشکان، ۲۰۰ مورد (۶۲/۱٪) بود. شکایت از پرستاران با ۱۰/۲٪ در رتبه بعدی قرار داشت (جدول ۵).

جدول ۵: فراوانی شکایات بر حسب فرد مورد شکایت

در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷

فرد مورد شکایت	تعداد	درصد
پزشک	۲۰۰	۶۲.۱۱٪
پرستار	۳۳	۱۰.۲۵٪
پرسنل اداری	۳۲	۹.۹۴٪
نگهبان	۲۰	۶.۲۱٪
سایر	۳۷	۱۱.۴۹٪
جمع کل	۳۲۲	۱۰۰.۰۰٪

بیشترین موضوع مورد شکایت تاخیر یا کنسل شدن وقت ملاقاتها و ارتباط نامناسب (۵۳٪) بود. علی‌رغم این‌که موارد متعددی از گم شدن عکس رادیولوژی در بیمارستان‌ها اتفاق می‌افتد، این موضوع به عنوان یکی از دلایل شکایات بیماران کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. نکته جالب توجه این‌که در مطالعه ما ۴۰٪ (۳۱ مورد) از شکایات از سایر موارد به دلیل گم شدن عکس بود.

میانه زمان رسیدگی به شکایت و حل و فصل آن ۲ روز بوده‌است. در کل ۵۱/۷٪ شکایات در مدت ۲ روز و یا کمتر حل شده بودند و رسیدگی به ۴ مورد شکایت بیش از یک ماه به طول انجامیده بود. در کل ۳۴/۵٪ از کل شکایات در مدت زمان ۲ روز از بستری صورت گرفته بود. (جدول ۴)

جدول ۴: فراوانی شکایات بر حسب مدت زمان حل و فصل آن‌ها

در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷

مدت زمان حل و فصل شکایات	مورد	درصد
یک هفته و کمتر	۲۰۵	۸۷.۶۱٪
یک هفته تا یک ماه	۲۵	۱۰.۶۸٪
بیش از یک ماه	۴	۱.۷۱٪
جمع کل	۲۳۴	۱۰۰.۰۰٪

جدول ۶: مقایسه تعداد و درصد موضوع های مختلف مورد شکایت در مطالعات مختلف

درصد	تعداد	موضوع مورد شکایت	گروه بندی موضوع مورد شکایت
۲۹.۷	۱۳۳	تاخیر یا کنسل شدن وقت ملاقات	مطالعه حاضر (بررسی شکایات ثبت شده در سه بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران از فروردین ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۷)
۲۱.۴	۹۷	عدم رضایت از مراقبت درمانی ارائه شده	
۲۴	۱۰۷	ارتباط نامناسب	
۸.۳	۳۴	تسهیلات رفاهی	
۱۶.۳	۷۵	سایر	
۳۵.۷	۵۴	ارتباط نامناسب پزشک و بیمار	مطالعه انجام شده بر روی ۳۵۹ شکایت بیماران در شهر میلان
۵۰.۳	۷۶	عوارض یا خطا در عملکرد تکنیکی درمان	
۳۷	۵۶	تاخیر یا خطا در تشخیص و درمان	
۸.۶	۱۳	بی توجهی یا خطا در مراقبت از بیمار	
۳.۳	۵	خطاهای دارویی	
۳.۳	۵	نقص مستندسازی و پرونده بیمار	مطالعه انجام شده بر روی شکایات جمع آوری شده بیماران در بخش اورژانس یک بیمارستان در سنگاپور در سال های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳
۲۲.۹	۵۱	استانداردهای مراقبت	
۲۶	۵۸	ارتباط نامناسب	
۴۹.۸	۱۱	مشکلات سازمانی / مالی	
۱.۳	۳	سایر	
۱۳.۸	۲۲۶	زمان انتظار	شکایات جمع آوری شده در بیمارستان مرکز قلب تهران در طی ۳۰ ماه از تیرماه ۱۳۸۴ تا دی ماه ۱۳۸۵
۳۴.۷	۵۷۰	موضوعات مربوط به وقت ملاقات	
۲.۴	۳۲	کمبود دسترسی به خدمات بالینی	
۱	۱۷	توجه ناکافی به بیمار	
۴.۱	۶۸	بی توجهی به استانداردهای مراقبت	
۱.۸	۲۹	کمبود تسهیلات رفاهی	
۶.۸	۱۱۱	تاخیر در ارائه خدمات عمومی	
۳۴.۱	۵۶۱	ارتباط نامناسب	
۰.۷	۱۱	نادیده گرفتن حقوق بیمار	
۰.۶	۱۰	درخواست تخفیف هزینه	
۲۹.۲	۷۸۰۹	ارتباط نامناسب	شکایات جمع آوری شده از بیماران مراجعه کننده به ۶۷ بیمارستان در ویکتوریا در طی ۵ سال
۲۸.۵	۷۶۲۱	دسترسی	
۲۲.۵	۶۰۱۷	درمان	
۸	۲۱۴۶	حقوق بیمار	
۵	۱۳۳۳	امور اجرایی	
۳.۵	۹۴۳	شرایط محیطی	
۳.۴	۹۱۶	میزان هزینه	
۴۵	۶۲۱	ارتباط نامناسب	مطالعه ۳۰ ماهه بر روی شکایات جمع آوری شده از بیماران در یک بیمارستان اصلی استرالیا
۲۶	۳۶۱	درمان	
۱۹	۲۵۹	دسترسی	
۴	۴۹	محیط	
۲	۲۴	خدمات رفاهی	
۱	۱۷	حقوق بیمار	
۱	۱۹	میزان هزینه	
۱	۲۲	سایر	

بحث:

در مجموع ۳۶۳ مورد شکایت ثبت شده در مدت ۲۴ ماه از فروردین ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۷ در ۳ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران جمع‌آوری شد. این بیمارستان‌ها شامل دو بیمارستان بزرگ عمومی و آموزشی و یک بیمارستان غیر آموزشی می‌باشند که میزان پذیرش بستری و سرپایی در این سه بیمارستان در این دوره ۲ ساله ۴۰۰۱۶ مورد بود. در مطالعه‌ای که در NHS در یک دوره ۲۲ ماهه انجام شده، ۲۲۸۴۹ مورد پذیرش سرپایی صورت گرفته که از این تعداد، ۱۸۳ مورد شکایت (۸ شکایت از هر ۱۰۰۰ مورد) انجام شده بود (۵). در بررسی انجام شده توسط Anderson و همکاران نشان داده شده که ۱۳۰۸ شکایت در یک دوره ۳۰ ماهه در یکی از بیمارستان‌های بزرگ استرالیا ثبت شد (۱۳). در مقایسه با سایر مطالعات تعداد شکایات در مطالعه ما کمتر است که از دلایل آن راه‌اندازی سیستم ثبت و بررسی شکایات از فروردین ماه ۱۳۸۶ در این بیمارستان‌ها به‌طور منسجم و نیز عدم ثبت دفتری شکایات شفاهی که با توضیح و عذرخواهی حل در محل می‌شوند می‌باشد.

در مطالعه ما میانگین سنی بیماران ۴۱/۶ سال (از ۱ سال تا ۹۰ سال) بود که بیشترین بیماران، ۸۳ مورد (۳۳/۷٪) در گروه سنی ۰ تا ۲۹ سال قرار داشتند. در مطالعه انجام شده در انگلستان ۵۴٪ از شکایات در مورد بیماران بیش از ۷۰ سال، ۳۴٪ در مورد بیماران ۶۹-۴۰ سال و ۱۲٪ در بیماران کمتر از ۴۰ سال بود (۵). در مطالعه‌ای که در یک بیمارستان چشم پزشکی در انگلستان انجام شد نشان داده شد که ۷۵٪ شکایات مربوط به بیماران بالای ۶۰ سال، ۱۷٪ مربوط به بیماران ۶۰-۴۰ سال و ۷/۵٪ مربوط به بیماران کمتر از ۴۰ سال بود (۱۴). با بررسی مطالعات انجام شده به نظر می‌رسد در مقایسه با سایر مطالعات، در مطالعه ما در صد بالای شکایات مربوط به بیماران گروه سنی جوان‌تر می‌باشد (۲۹-۰ سال). این تفاوت می‌تواند به علت تعداد بیشتر پذیرش در این گروه سنی در بیمارستان‌های ما و یا به علت نارضایتی بیشتر بیماران ۲۹-۰ ساله و در نهایت شکایت بیشتر آنها باشد.

Wong et al در مطالعه‌ای که در بخش اورژانس بیمارستانی در سنگاپور انجام دادند جهت برآورد درصد واقعی شاکیان در هر گروه سنی، نسبت تعداد افراد شاکی در هر گروه سنی را به تعداد کل ویزیت در همان گروه سنی اندازه گرفتند. این مطالعه نشان داد که بیشترین میزان افراد شاکی در گروه سنی ۶۰-۲۱ سال قرار داشتند (۱۵).

در ۲۲۰ مورد (۶۱/۸٪) شاکی فردی غیر از خود بیمار بود. در گروه سنی بالای ۶۵ سال، ۸۷/۵٪ شکایات توسط فردی غیر از خود بیمار انجام گرفته بود. در سایر مطالعات نتیجه مشابهی

به‌دست آمد. در مطالعه انجام شده در بیمارستان‌های انگلستان نشان داده شد که در گروه سنی بالای ۷۰ سال شاکی فردی غیر از خود بیمار بود (۵). در مطالعه‌ای در سنگاپور نیز نشان داده شد که در افراد بالای ۶۰ سال ۸۶٪ شکایات توسط فردی غیر از بیمار صورت گرفته‌است (۱۵).

۶۱/۸٪ شکایات در محل حل شده بود و ۳۸/۲٪ آنها به مرجع بالاتر فرستاده شده بود. در یک مطالعه نشان داده شد که ۹۹٪ بیماران با توضیح یا عذرخواهی در محل راضی شدند (۵). در مطالعه‌ای دیگر در مورد شکایات بیماران مراجعه کننده به بیمارستان چشم پزشکی نشان داده شد که ۸۴٪ شکایات در مرحله اول با بررسی، توضیح یا عذرخواهی حل شدند و در کل تنها ۱٪ شکایات به مراحل قانونی رسیدند (۱۴). در مطالعه Wong و همکاران نیز ۸۳/۹٪ از شکایات در محل شده‌اند (۱۵). در مطالعه ما از کل مواردی که در محل حل نشدند ۱۲/۵٪ به رییس، ۸/۲٪ به مدیر، ۳/۶٪ به مترون و ۱۶/۵٪ به فرد دیگری ارجاع داده شد. در سایر مطالعات روند مشابهی جهت رسیدگی به شکایات ارجاع شده وجود دارد ولی افراد مسوول رسیدگی در هر مرحله با توجه به سیستم قانونی و نظام سلامت هر کشور متفاوت می‌باشد. در بیمارستان‌های بررسی شده در مطالعه ما، شکایات مربوط به امور پرستاری به مترون، پزشکی به رییس بیمارستان و سایر امور به مدیر بیمارستان ارجاع می‌شوند. در مواردی نیز بنا به صلاحدید فرد مسوول رسیدگی به شکایات، قبل از ارسال شکایات به افراد مذکور ممکن است شکایات به سایر افراد مسوول مثلاً معاون آموزشی بیمارستان، سرپرستار بخش، روسای هر بخش و ... ارجاع داده شود که این افراد تحت عنوان سایر در مطالعه ما طبقه‌بندی شدند.

عذرخواهی می‌تواند از پیچیده شدن موضوع جلوگیری کند و منابعی که برای حل نهایی شکایت لازم است را کاهش دهد (۱۶، ۱۷، ۱۸). در مطالعه ما نسبت شکایاتی که در محل حل شدند نسبت به مطالعات مشابه کمتر بود، که شاید نشان دهنده این موضوع باشد که شکایات جدی بوده و تنها با توضیح در محل حل نشده‌اند و نیاز به ارجاع به مراحل بالاتر را دارند. به هر حال در صد بالای شکایات حل شده در محل با توضیح یا عذرخواهی در مطالعات مختلف پیشنهاد می‌دهد که ارتقای مهارت‌های ارتباطی کارکنان می‌تواند اثر چشمگیری در کاهش شکایات داشته باشد (۱۹).

از آن‌جا که مرگ بیمار عامل مهمی در شکایات و دعاوی قانونی محسوب می‌شود، این مورد نیز در مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که در کل ۱۴ مورد از کل شکایات مربوط به بیمار فوت شده بود. در مطالعه‌ای که در بیمارستان‌های میلان ایتالیا

کارکنان در رتبه بعدی قرار داشتند (۲۲). Natangelo نیز نشان داد که عدم رضایت از خدمات درمانی با ۵۰/۳٪ دلیل بیشترین شکایات است (۲۰).

علی‌رغم این‌که گم شدن عکس رادیولوژی به عنوان یکی از دلایل شکایات بیماران کمتر مورد توجه کارکنان بیمارستان قرار می‌گیرد، نکته جالب توجه این‌که در مطالعه ما ۴۰٪ (۳۱ مورد) از شکایات از سایر موارد به دلیل گم شدن عکس بود. در سایر مطالعات مشابه این موضوع مورد بررسی قرار نگرفته است.

میان زمان رسیدگی به شکایت و حل و فصل آن ۲ روز بوده‌است. در کل ۵۱/۷٪ شکایات در مدت ۲ روز و یا کمتر حل شده بودند و رسیدگی به ۴ مورد شکایت بیش از یک ماه به طول انجامیده بود. در مطالعه انجام شده توسط Syambalapitiya و همکاران بیشتر شکایات در مدت ۲۰ روز حل و فصل می‌شده‌است (۵).

تجزیه تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده از افراد مورد شکایت نشان داد بیشترین شکایت مربوط به پزشکان (۶۲/۱٪) بود. شکایت از پرستاران با ۱۰/۲٪ در رتبه بعدی قرار داشت در مطالعه‌ای که در بیمارستان مرکز قلب تهران انجام شد بیشترین موارد شکایات از پرستاران با ۳۸/۸٪ و سپس پزشکان با ۱۹/۶٪ بود (۲۳). در مطالعه انجام شده در سنگاپور در سال ۲۰۰۷، شکایت از ارتباط نامناسب از پزشک و پرستار و کارکنان پشتیبان مساوی بود در حالی‌که شکایت از استانداردهای مراقبت فقط از پزشکان بود (۱۵).

نتیجه‌گیری:

نظر به شیوع بالای شکایات در بیمارستان‌های مورد مطالعه ما و نیز در سایر کشورها توصیه ما این است که استفاده از داده‌های شکایات به‌عنوان ابزار مهمی برای یادگیری از بیماران ناراضی به‌کار رود. شکایات بیماران نمادی از نارضایتی از مراقبت و خدمت ارائه شده توسط کارکنان بیمارستان و نشانگر شکاف‌های موجود در نظام ارائه خدمت هستند که نواقص بیمارستان را منعکس می‌کنند. اگر یک رویکرد نظام مند برای رسیدگی به شکایات بیماران در مجموعه کل بیمارستان ایجاد شود، نه تنها عملکرد سازمان بهتر خواهد شد بلکه کیفیت مراقبت نیز ارتقا پیدا خواهد کرد. مقایسه و به اشتراک گذاشتن داده‌های شکایات بین بیمارستان‌ها بخشی حیاتی است و می‌تواند حوزه‌های شایع مشکل را شناسایی کند و می‌تواند جهت برنامه ریزی راهبردی به کار رود. درس‌های گرفته شده از شکایات یک بیمارستان می‌تواند در سایر بیمارستان‌ها جهت رفع نواقص مشابه به کار رود.

بر روی ۳۵۹ شکایات بیماران انجام شد، ۲۴ مورد از شکایات در مورد بیمار فوت شده بود (۲۰).

در مطالعه ما بیشترین موضوع مورد شکایت تاخیر یا کنسل شدن وقت ملاقاتها (۲۹/۷٪) بود، ارتباط نامناسب و عدم رضایت از خدمات درمانی ارائه شده در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. (جدول ۶)

در بیمارستان‌های آموزشی محدودیت منابع در مقابل حجم بالای بیماران یکی از دلایل عمده کنسل شدن وقت ملاقاتها می‌باشد. موارد غیر قابل پیش بینی مانند لزوم ارائه خدمت به‌صورت خارج از نوبت به بیماران اورژانسی و طولانی‌شدن زمان برخی از عمل‌های جراحی نیز از سایر علل می‌باشد. بنابراین تعدادی از این شکایات ممکن است در نتیجه انتظارات غیر واقعی بیماران باشد. اما مداخله‌پذیرترین علت شکایت از تاخیر یا کنسل شدن وقت ملاقاتها در نتیجه عدم هماهنگی لازم در مرخصی یا غیبت از بخش کارکنان می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط Saravanan et al انجام شد بیشترین دلیل شکایات تاخیر یا کنسل شدن وقت ملاقاتها بود (۹). در مطالعه ای که در مرکز قلب ایران انجام شد نیز شکایات مربوط به وقت ملاقات با ۳۴/۷٪ و ارتباط نامناسب با ۳۴/۱٪ بیشترین دلیل شکایات را به خود اختصاص داده بود (۲۱). در مطالعه ای دیگر نیز بیش از نیمی از شکایات مربوط به وقت ملاقات بود (۱۴). بررسی در نظام سلامت انگلستان نشان داد که جلوگیری از پیگیری‌های غیر ضروری برای بیماران و انجام پیگیری‌های ضروری در هنگام لزوم توانست از نیم میلیون قرار ملاقات غیر ضروری در ارتوپدی، ENT، چشم پزشکی و پوست جلوگیری کند (۱۴).

ارتباط نامناسب با ۲۴٪ دومین دلیل شایع شکایات در مطالعه ما بود. سایر مطالعات نیز درصد بالایی از شکایات مرتبط با ارتباط نامناسب را نشان دادند. در مطالعه Anderson و همکاران ارتباط نامناسب بیشترین دلیل شکایات بود (۱۳). ارتباط نامناسب عمدتاً در نتیجه نارضایتی از رفتار کارکنان، توضیح ناکافی و اطلاعات ناکافی یا نامتناقض می‌باشد (۱۴). کارکنان باید برای پیشرفت مهارت‌های ارتباطی خود راهبردهایی را به کار گیرند و آگاهی و تلاش هر فرد در نظام مراقبت می‌تواند اثر عمده ای بر ارتباط مناسب بیماران با کارکنان داشته باشد (۱۴). برای هر یک از کارکنان مهم است بدانند با بیماران مختلف چگونه برخورد کنند و یک شیوه برخورد با همه بیماران مناسب نیست (۱۶).

در مطالعه ما عدم رضایت از خدمات درمانی ارائه شده با ۲۱/۴٪ سومین دلیل شکایات بود. در مطالعه انجام شده به وسیله Griffith نشان داده شد که عدم رضایت از خدمات درمانی بیشترین دلیل شکایات بود (۵۰٪) و ارتباط نامناسب و برخورد

و وضعیت وقت ملاقاتها بیشترین موضوعات مورد شکایت در مطالعه ما بودند مداخله در این حوزه‌ها باید در نظر گرفته شود. استفاده فعال از داده‌های شکایات گامی موثر جهت بهبود کیفیت می‌باشد.

برای مدیران بیمارستان‌ها مهم است که کارکنان معینی را برای رسیدگی به شکایات بیماران کل بیمارستان مشخص کنند. این کار سبب بهبود ارتباط با هماهنگی بین بخش‌ها خواهد شد. همچنین فرد مسوول رسیدگی به شکایات باید آن قدر قدرت داشته‌باشد که بتواند به انواع مختلف شکایات بیماران رسیدگی کند. شبکه ارتباطی موثر بین بخشی برای پیگیری فرآیند رسیدگی به شکایات و علاوه بر آن برای تقویت پایش هر فعالیت پیشرفتی داخل بخشی ضروری است. باید ارتقا در عمل جاسازی شود. همچنین باید فرهنگ باز بودن و انصاف ترویج یابد. کارکنان باید راهبردی به موضوع نگاه کنند مثلا بتوانند برنامه‌های انگیزشی برای تشویق مدیران و کادر بالینی جهت ایجاد ارتقای پایدار چه در مورد رفتار کارکنان و چه در مورد فعالیت‌های کاری تولید کنند.

تجربه‌های رسیدگی به شکایات برای یک سازمان فراگیری ارزشمند و ضروری هستند. این کار می‌تواند از طریق برنامه‌های آموزشی یا فعالیت‌های بخشی صورت گیرد.

انجام مطالعات بیشتر در مورد این که چگونه ایده استفاده از شکایات بیماران برای ارتقای کیفیت مراقبت می‌تواند به واقعیت بپیوندد توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل (بخشی از) طرح تحقیقاتی تحت عنوان «بررسی شکایات ثبت شده در سه بیمارستان تحت پوشش دانشاه علوم پزشکی تهران و عوامل مؤثر بر آن از فروردین ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۷ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۸۷» به کد ۷۳۵۸ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

برای بسیاری از افراد مهم است بدانند که وقتی کار اشتباهی انجام می‌شود، اقدامی جهت اطمینان از عدم تکرار وقوع آن صورت می‌پذیرد.

اگرچه شکایات قابل پیشگیری نیستند ولی می‌توان آنها را با ارایه اطلاعات واضح به بیماران و با برخورد محترمانه کم کرد.

نقاط قوت و ضعف: مطالعات انجام شده تحلیل شکایات بیماران در کشور ما محدود و اکثرا در یک بیمارستان انجام شده‌است. ما بر آن شدیم جهت تحلیل شکایات بیماران و یادگیری از آنها و به کار گیری در سایر بیمارستان‌ها داده‌های شکایات سه بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران را مورد بررسی قرار دهیم. با توجه به آموزشی بودن دو بیمارستان و غیر آموزشی بودن یک بیمارستان و محل جغرافیایی متفاوت قرارگیری و فرهنگ متفاوت جمعیت تحت پوشش آنها، سعی بر آن شد که حجم نمونه عمومیت بیشتری یابد. تحلیل نظام مند شکایات می‌تواند بازخورد مهمی از عملکرد بیمارستان‌ها داده و حیطه‌های نقص را شناسایی کند. مقایسه نتایج بین بیمارستان‌ها نه تنها استانداردهای عملکرد را معرفی می‌کند بلکه همچنین برخی از مشکلات شایع و در صورت امکان راه حل آنها را ارایه می‌دهد و از وقوع مشکل مشابه در سایر بیمارستان‌ها کاسته می‌شود. به دلیل راه‌اندازی اخیر دفتر رسیدگی به شکایات به صورت منسجم و هماهنگ در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، در ابتدای مطالعه تعداد بیماران مراجعه کننده به علت عدم آگاهی از وجود چنین مکانی کم بود که البته این مشکل در اواخر مطالعه برطرف شد. در ضمن شکایاتی که به صورت شفاهی و یا تلفنی رسیدگی می‌شد، در دفتر شکایات ثبت نمی‌شدند که باعث شد اطلاعات کاملی از شکایات شفاهی و تلفنی در اختیار ما قرار نگیرد.

این مطالعه نشان داد که بیمارستان‌ها لازم است سیاست‌ها و ساز و کارهای آشکاری برای بهبود عملکردشان در رسیدگی به شکایات بنانهند و به صورت نظام‌مند ریشه مشکلات را مشخص کنند. این سیاست‌ها باید به گونه‌ای باشد که همه خطرات را از پیش در نظر بگیرد نه این که صرفا در صدد رفع موردی و موقت مشکلات و خطاهای پیش آمده باشد. با توجه به این که ارتباط

References

- 1- Department of Health, NHS Executive. Complaints: listening, acting, improving - guidance for community pharmacists and other providers of NHS pharmaceutical services 1996; available at: www.dh.gov.uk/asset/Root/04/02/00/51/04020051.pdf.
- 2- Allen LW, Creer E, Leggitt M. Developing a patient complaint tracking system to improve performance. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 2000; 26 (4): 217-26.
- 3- Studdert DM, Thomas EJ, Burstin HR, Brett IW, Zbar BA, Orav EJ, Brennan TA. Negligent care and malpractice claiming behaviour in Utah and Colorado. *Medical Care* 2000; 38 (3): 250-60.
- 4- Simanowitz A. Standards, attitudes and accountability in the medical profession. *Lancet* 1985; 2 (8454): 546-7.
- 5- Siyambalapatiya S, Caunt J, Harrison N et al. A 22 month study of patient complaints at a National Health Service hospital. *Int J Nurs Pract* 2007; 13: 107-10.
- 6- Jain A, Ogden J. General practitioners' experiences of patient complaints: a qualitative study. *British Medical Journal* 1999; 318: 1596-9
- 7- Korcok M. Medicolegal hell in Texas. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 153: 963- 966
- 8- Douglas D, Harrison RD. Turning around patient complaints in a regional hospital. *Australian Health Review* 1996; 19 (3): 126-37.
- 9- Saravanan B, Ranganathan E, Jenkinson LR. Lessons learnt from complaints by surgical patients. *Clinical Governance: An International Journal* 2007; 12 (3): 155 - 158.
- 10- Hsieh SY, Thomas D, Rotem A. The organizational response to patient complaints: A case study in Taiwan. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2005; 18: 308-320.
- 11- Winkler F. Complaint by patients. *British Medical Journal* 1993; 306: 472-3.
- 12- Wright J, Hill P. Chapter "communication, documentation and complaints for the book of "clinical governance" in English. Elsevier publisher, Edinburgh, London, New York, Philadelphia, ST Louis, Sydney, Toronto, 2003. ISBN: 0- 443- 07126- 8.
- 13- Anderson K, Allan D, Finucane P. A 30-month study of patient complaints at a major Australian hospital. *Journal of Quality in Clinical Practice* 2001; 21 (4): 109 - 111.
- 14- Chavan R, Porter C, Sandramouli S. Formal complaints at an eye hospital: a three-year analysis. *Clinical Governance: An International Journal* 2007; 12 (2): 85 - 92.
- 15- Wong LL, Ooi SBS, Goh LG. Patients' complaints in a hospital emergency department in Singapore. *Singapore Med J* 2007; 48: 990 - 5.
- 16- Pichert JW, Miller CS, Hollo AH, et al. What health professionals can do to identify and resolve patient dissatisfaction. *Jt Comm J Qual Improv* 1998; 24: 303-12.
- 17- Bendall-Lyon D, Powers TL. The role of complaint management in the service recovery process. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27:278-86.
- 18- Halsel D. Handling patient complaints. *Mo Med* 1993; 90:645-7.
- 19- Bazrafkan L, Shokrpour N, Tabeie SZ. A Survey of patients' complaints against physicians in a five year. *J Med Educ* 2009;12: 23 - 8
- 20- Natangelo R, Clinicians' and managers' responses to patients' complaints, A survey in hospitals of the Milan area. *Clinical Governance: An International Journal* 2007; 12 (4): 260-266
- 21- Manouchehri Moghadam J, Ibrahimipour H, Akbari Sari A, Farahbakhsh M, Khoshgoftar Z. Study of patient complaints reported over 30 months at a large heart centre in Tehran. *Qual Saf Health Care* doi:10.1136/qshc.2009.033654. 14 June 2010
- 22- Tubb P, Griffith-Evans C. Auditing complaints. *Clinical Governance Bulletin* 2002; 2 (6): 3 - 4.
- 23- Jafarian A, Parsapour A, Haj-Tarkhani A, Asghari F, Emami Razavi SH, Yalda A. A Survey of the Complaints Entering the Medical Council Organization of Tehran in Three Time Periods: The Years Ending on 20 March 1992, 20 March 1997 and 20 March 2002. *J Med Ethics Hist Med* 2009; 2:9.