مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۶، شهریور ۱۳۹۶، ۵۴۰-۵۲۹

بررسی اجرای قانون ارتقاء بهره‌وری و طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد بر رضایت‌مندی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی استان‌های کرمان و سیستان و بلوچستان (جنوب شرق ایران) در سال ۱۳۹۵

هادی خوشاب[۱]، سید حمید سید باقری[۲]، علی‌رضا پیری[۳]، مصطفی مهدیزاده[۴]، مهیا خوشاب[۵]، احمدرضا صیادی[۶]

دریافت مقاله: ۹۶/۲/۹ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۶/۳/۶ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۶/۶/۲۰ پذیرش مقاله: ۹۶/۶/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: رضایت یکی از وجوه سلامتی فرد است و در صورت عدم توجه به رضایت بیمار، نظام بهداشتی برخلاف رسالت خود عمل کرده است. در این میان اهمیت رضایت بیماران بر کسی پوشیده نیست و انجام اقداماتی جهت افزایش رضایت شغلی پرستاران می‌تواند باعث ارتقای کیفیت مراقبت و رضایت‌مندی بیماران شود. هدف این مطالعه تعیین نقش اجرای قانون ارتقاء بهره‌وری و طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد بر رضایت‌مندی بیماران بستری است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی در دو مرحله به فاصله ۴ سال رضایت‌مندی ۵۰۰ نفر بیمار توسط Patient PSI) (satisfaction instrument، قبل و بعد از اجرای قوانین ارتقاء بهره‌وری و پرداخت مبتنی بر عملکرد سنجیده شد و تأثیر این قوانین بر رضایت‌مندی بیماران ارزیابی گردید. از آزمون t مستقل جهت مقایسه میانگین کلی رضایت بیماران قبل و بعد از اجرای قوانین مذکور استفاده شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد بین میانگین رضایت کلی بیماران از مراقبت‌های پرستاری در قبل (۰/۴۱±۳/۱۹) و بعد (۰/۱۶±۳/۵۷) از اجرای قوانین مذکور، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p=۰/۷۲۱).

نتیجه‌گیری: احتمالاً اجرای قوانین پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارتقاء بهره‌وری، تأثیر معنی‌داری بر رضایت‌مندی بیماران از مراقبت‌های پرستاری نداشته است. این در حالی است که یکی از اصول اجرایی این قوانین، افزایش بهره‌وری و اثربخشی اقدامات بهداشتی و درمانی ذکر شده است. به نظر می‌رسد اجرای هم‌زمان این قوانین نتوانسته آن‌چنان انگیزه‌ای در کارکنان پرستاری ایجاد نماید که باعث افزایش کارایی آنان و در نتیجه، افزایش رضایت‌مندی بیماران گردد.

واژه‌های کلیدی: قانون ارتقاء بهره‌وری، طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد، رضایت بیماران، جنوب شرق ایران

۱- دانشجوی دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت زینب (س)، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران

۲- دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی؛ مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

تلفن: ۰۳۴۳۴۲۵۶۹۰۰، دورنگار: ۰۳۴۳۴۲۵۸۴۹۷ Email: hamidsiba@gmail.com (نویسنده مسئول)

۳- کارشناس ارشد پرستاری، معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۴- کارشناس ارشد پرستاری، مرکز فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- کارشناس پرستاری، بیمارستان منطقه‌ای ۵۷۹ ارتش، کرمان، ایران

۶- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]

مقدمه

امروزه اهمیت و جایگاه سلامت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های بشر، پژوهشگران را در سراسر دنیا بر آن داشته است تا به‌گونه‌ای نظام‌مند مباحث مربوط به اصلاحات نظام سلامت را مورد مطالعه قرار دهند [۱]. هدف عمده از ارائه خدمات بهداشتی درمانی، تأمین سلامتی افراد جامعه است. یک نظام بهداشتی کارا، فقط از طریق ارائه خدمات مطلوب می‌تواند به رسالت خود عمل کند و راه ارزیابی این نظام، ارزیابی خدمات آن است [۲]. برای ارزیابی خدمات بهداشتی درمانی، دستیابی به نظرات بیماران به‌عنوان یک منبع موثق می‌تواند مورد توجه قرار گیرد؛ زیرا اولاً بیماران منبع بسیار خوبی برای جمع‌آوری اطلاعات، ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها و خدمات می‌باشند و ثانیاً توجه به نظرات آنان در هنگام برنامه‌ریزی و ارزشیابی خدمات باید مورد توجه قرار گیرد. رضایت‌مندی بیمار از مباحث موردتوجه در مراقبت است و توجه به آن به دهه ۱۹۵۰ برمی‌گردد [۳].

یکی از مهم‌ترین اهداف سازمان‌ها، دستیابی به کیفیت است. ریشه نگرانی و دغدغه برای کیفیت، علاقه به بقا و تداوم حیات سازمان است [۴]. کیفیت در بخش بهداشت و درمان دارای مفهومی گسترده بوده که نه‌تنها بهبود کیفیت محصولات، خدمات و فرایند، بلکه آنچه را که به هزینه‌ها، بهره‌وری و مشارکت و توسعه افراد مربوط می‌شود را نیز در برمی‌گیرد [۵].

Lamee عنوان می‌کند رضایت یکی از وجوه سلامتی فرد است و در صورت عدم توجه به رضایت بیمار، نظام بهداشتی برخلاف رسالت خود عمل کرده است [۶]. منابع انسانی از ارکان مهم پیشرفت می‌باشند که می‌توانند منجر به اثربخشی و موفقیت سازمان گردند [۷]. تأثیر خدمات پرستاران بر کیفیت مراقبت‌ها و رضایت بیماران بر کسی پوشیده نیست. لذا انجام مداخلاتی که باعث حفظ و ارتقاء کیفیت مراقبت و افزایش رضایت بیماران گردد، ضروری است [۸]. در بیمارستان‌ها نیز همانند سایر سازمان‌ها، انسان به‌عنوان محور اصلی سازمان، نقش اساسی را ایفا می‌کند. عدم‌کفایت حقوق یا ناکارآمد بودن سیستم پرداخت، باعث رواج مشکلاتی از قبیل نارضایتی بیماران و کارکنان، ترک خدمت و یا دیگر مشکلات سازمانی می‌گردد [۹].

یکی از اهداف مدیریت در سازمان، جذب، نگه‌داری و ارتقای نیروی انسانی شایسته است که در این راه، طراحی نظام پرداخت عادلانه یکی از مهم‌ترین عوامل تحقق این هدف به شمار می‌رود [۱۰]. در همین راستا به‌منظور ارتقا کارایی و اثربخشی سرمایه‌های انسانی نظام سلامت، قوانین ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت و طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد مصوب شده است. موضوع این قوانین در مورد کسر ساعت کار کارکنان بالینی و پرداخت بر اساس میزان عملکرد است [۱۲-۱۱].

برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد در سیستم سلامت در دنیا رو به افزایش بوده و در کشورهای مختلف به گونه‌های متفاوتی اجرا و نتایج متفاوتی داشته‌اند. برای مثال پیاده‌سازی این نظام در انگلستان، منجر به بهبود وضعیت ایمن‌سازی و بهبود کیفیت خدمات ارائه‌شده نسبت به قبل از برنامه گردید [۱۳]. در ترکیه نیز اجرای

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]

پرداخت مبتنی بر عملکرد منجر به افزایش بهره‌وری پزشکان و کاهش تعداد بیمار به ازای هر پزشک شده است. در کل اجرای این سیستم در ترکیه رضایت‌بخش بوده و باعث بهبود ارائه خدمات سلامت شده است [۱۴]. برخلاف تجربه‌های فوق، در کشور کانادا به علت اینکه بسیاری از سازمان‌های دولتی بهداشت و درمان فاقد سیستم ارزشیابی دقیق عملکرد هستند، این سازمان‌ها در به‌کارگیری برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد موفق نبوده‌اند [۱۵].

هدف از اجرای قانون ارتقاء بهره‌وری، ارتقای کیفیت خدمات پرستاری از طریق کاهش ساعات کار پرستاران است [۱۶]. اجرای این قانون نیز از افت‌وخیزهای زیادی در کشورمان برخوردار بوده است. در مطالعه Sadeghi و همکاران نگرش مثبت کادر درمان نسبت به این قانون گزارش شده [۱۷]، اما هنوز تأثیرگذار بودن آن بر رضایت‌مندی بیماران سنجیده نشده است.

مسئله اساسی در تحقیق حاضر این بود که میزان رضایت‌مندی بیماران بستری قبل از اجرای قانون ارتقاء بهره‌وری و طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد چگونه بوده و بعد از اجرایی شدن این قوانین، در چه وضعیتی قرارگرفته است. لذا هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان رضایت‌مندی بیماران از مراقبت‌های پرستاری، قبل و بعد از اجرای قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان نظام سلامت و طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد در جنوب شرق ایران بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به‌صورت توصیفی در دو مرحله به فاصله ۴ سال و مقایسه نتایج حاصل از بیمارستان‌های دانشگاهی استان‌های کرمان و سیستان و بلوچستان انجام شد. اطلاعات موردنیاز در دو نوبت جمع‌آوری شد. در فاز اول مطالعه (آغاز اجرایی شدن قانون ارتقاء بهره‌وری در سال ۱۳۹۱) میزان رضایت بیماران در بخش‌های مختلف از خدمات پرستاری توسط پرسش‌نامه رضایت بیمار (Patient satisfaction instrument; PSI) سنجیده شد. اطلاعات مرحله دوم پس از اجرای قوانین ارتقاء بهره‌وری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مجدداً در سال ۱۳۹۵ جمع‌آوری شد. سپس میزان رضایت‌مندی بیماران قبل و بعد از اجرای قوانین مذکور با هم مقایسه گردید.

معیارهای ورود در این مطالعه سابقه حداقل ۳ روز بستری در بخش‌های داخلی، جراحی و ویژه و یا ۱ روز در اورژانس بیمارستان، دارا بودن سن ۲۰ تا ۷۰ سال، توانایی خواندن و نوشتن و صحبت کردن به زبان فارسی و نیز شرایط مناسب روحی و روانی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل بستری بودن بیماران در بیمارستان‌های روان‌پزشکی، بخش‌های کودکان و نوزادان و نیز بخش‌های دارای بیماران بی‌هوش به علت محدودیت در پاسخ‌دهی، عدم تمایل به همکاری، عدم تحویل پرسش‌نامه و یا عدم پاسخگویی به بیش از نیمی از سؤالات پرسش‌نامه در نظر گرفته شد.

در این مطالعه از فرمول حجم نمونه ذیل استفاده شد:

$$n = \frac{2\left(z_{1-\frac{\varepsilon}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 \delta^2}{(d)^2}$$

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]

در این فرمول آلفا برابر با ۰/۰۵، $z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ برابر با ۱/۹۶، $z_{1-\beta}$ برابر با ۱/۲۸، β برابر با ۱۰٪، ۳/۳۷= δ انحراف معیار رضایتمندی بیماران [۱۸] و ۰/۵ = d در نظر گرفته شد و حجم نمونه‌ای برابر با ۴۷۷ نفر به دست آمد و برای اطمینان بیشتر، تعداد ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت سهمیه‌ای و با توجه به میانگین آمار بیمار بستری ماهانه و تعداد تخت‌های فعال هر مرکز مشمول انجام شد. از ۱۷ مرکز درمانی دانشگاهی استان سیستان بلوچستان، ۱۴ مورد و از ۱۴ مرکز درمانی دانشگاهی استان کرمان، ۱۱ مورد آن واجد شرایط نمونه‌گیری بودند. نحوه انتخاب نمونه‌ها به‌صورت تصادفی و با کمک سیستم اطلاعات بیمارستان (Hospital information system; HIS) از هر بخش انجام شد. بدین‌صورت که لیست بیماران با شماره تخت نوشته می‌شد و قرعه‌کشی بین ایشان انجام می‌گردید. به گروهی که از کیسه خارج می‌شد در صورت رضایت ایشان پرسش‌نامه تحویل می‌شد؛ این شیوه برای هر دو مرحله نمونه‌گیری استفاده شد.

پژوهشگران جهت گردآوری داده‌ها بعد از کسب مجوزها از مراکز موردنظر، به کلیه بخش‌های دارای بیماران واجد شرایط مراجعه می‌نمودند و پس از تعیین نمونه‌ها، اطلاعات کافی در مورد اهداف تحقیق و نیز محرمانه بودن اطلاعات و پاسخ‌های آنان، رضایت‌نامه کتبی نیز اخذ می‌نمودند. در نهایت از کلیه مراکز انتخابی در هر مرحله (۱۳۹۱ و ۱۳۹۵)، از تعداد ۵۰۰ نفر بیمار نمونه‌گیری به عمل آمد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه پرسش‌نامه رضایت بیمار (Patient satisfaction instrument; PSI) بود که توسط Hinshaw و همکارش طراحی گردید [۱۹]. این ابزار دارای دو بخش است: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نوع بیماری، مدت بستری، دفعات بستری و نوع بخش بستری؛ و بخش دوم آن، مربوط به رضایت بیمار از مراقبت‌های دریافت‌شده بود. این پرسش‌نامه در سال ۱۳۸۶ به فارسی ترجمه شده [۲۰] و دارای ۲۵ گویه در سه بعد مراقبت فنی-حرفه‌ای (۷ گویه)، اعتماد (۱۱ گویه) و آموزش به بیمار (۷ گویه) است. هر گویه بر اساس طیف لیکرت پنج‌قسمتی از گزینه کاملاً موافقم (امتیاز ۵)، موافقم (امتیاز ۴)، مطمئن نیستم (امتیاز ۳)، مخالفم (امتیاز ۲) و کاملاً مخالفم (امتیاز ۱) درجه‌بندی شده است. ابزار مذکور دارای گویه‌های مثبت و منفی است که نمره گویه‌های منفی به‌صورت معکوس محاسبه گردید. حداقل نمره هر گویه ۱ و حداکثر آن ۵ است [۱۸]. نمره بالاتر در هر بعد نشان‌دهنده بالا بودن میزان رضایت بیمار در همان بعد است. لازم به ذکر است برای اندازه‌گیری میانگین، هر زیرمقیاس، نمرات گویه‌های هر زیرمقیاس جمع و بر تعداد گویه‌ها تقسیم شد. برای محاسبه میانگین کلی رضایت بیمار در هر مرحله، نمرات همه گویه‌ها جمع و بر ۲۵ تقسیم شد [۱۸]. به بیمار اطمینان داده می‌شد که نحوه پاسخ‌دهی به سؤالات پرسش‌نامه بر ادامه درمان و مراقبت پرستاری تأثیری ندارد و اطلاعات به‌صورت کاملاً محرمانه فقط در اختیار تیم پژوهش خواهد بود. پرسش‌نامه در تخت بیماران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]

تحویل ایشان می‌شد و تا پایان تکمیل آن همکار پژوهشگر حضور داشت.

روایی پرسش‌نامه رضایت از مراقبت‌های پرستاری (PSI) از طریق اعتبار محتوی (Content Validity Index; CVI) تعیین شد. به این منظور، پرسش‌نامه به ۱۵ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان داده شد و نظرات ایشان در کمیته تخصصی مطرح و اعمال گردید. در مجموع، شاخص روایی محتوی ۰/۹۰ به دست آمد. لازم به ذکر است روایی محتوی در مطالعه Peyrovi و همکاران (قبل از مرحله دوم مطالعه) نیز سنجیده شده است [۱۸]. در مطالعه Hajinezhad و همکاران نیز روایی ۰/۹ گزارش شده است [۲۰]. پایایی ابزار نیز در مطالعات متعددی سنجیده شده است. از جمله در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۶ (قبل از مرحله نخست مطالعه) در دانشکده پرستاری و مامایی ایران انجام و آلفای کرونباخ بالای ۰/۹ گزارش شد [۲۱].

اطلاعات پرسش‌نامه‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری به ترتیب وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ شد. آمار توصیفی با استفاده از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار تعیین شد. به‌منظور بررسی رضایت بیماران در ابعاد مختلف از آزمون آماری مجذور کای، برای مقایسه میانگین رضایت‌مندی بیماران در بخش‌های مختلف از آنالیز واریانس یک‌طرفه و برای بررسی رضایت بیماران در بازه‌های زمانی قبل و بعد، از آزمون آماری t مستقل و استفاده شد. جهت بررسی توزیع نرمال داده‌های کمّی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و جهت بررسی تساوی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. از آزمون آماری همبستگی Pearson جهت بررسی ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و نمره کلی رضایت بیماران استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

نتایج آزمون آماری مجذور کای نشان داد اختلاف معنی‌داری بین شرکت‌کنندگان از نظر مشخصات دموگرافیک سن، سطح تحصیلات، دفعات بستری و بخش‌های بستری متفاوت، قبل و بعد از اجرای قوانین ارتقاء بهره‌وری و پرداخت مبتنی بر عملکرد وجود ندارد (P>۰/۰۵). تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بیش از ۵۰٪ مشارکت‌کنندگان در هر دو مرحله بالای ۵۰ سال سن داشتند؛ میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان قبل از اجرای قوانین مذکور ۱۴/۶۲±۵۰/۱۱ و بعد از اجرای قوانین ۱۲/۱۶±۵۰/۹۱ به دست آمد. اکثر آنها مرد و متأهل بودند. بیش از ۸۰٪ بیماران اولین باری بود که در بیمارستان بستری شده بودند. میانگین و انحراف معیار دفعات بستری شرکت‌کنندگان قبل از مداخله ۱/۴۱±۲/۹۱ و بعد از مداخله ۱/۳۳±۲/۷۶ به دست آمد. بیش از ۷۵٪ نمونه‌ها در هر دو مرحله، از بخش‌های داخلی و جراحی گرفته شده بود. لازم به ذکر است بیشترین تعداد نمونه‌ها در مرحله اول طرح (قبل از اجرای قوانین) از بخش داخلی و کمترین آن از بخش‌های ویژه بود. در مرحله دوم طرح (بعد از اجرای قوانین) بیشترین و کمترین تعداد شرکت‌کنندگان به ترتیب مربوط به بخش‌های جراحی و ویژه بود. جزئیات بیشتر در جدول ۱ آمده است. آزمون

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]

آماری همبستگی Pearson در هر دو مرحله مطالعه، بین نداد (r=۰/۰۵۵، P =۰/۶۲۲).

سن و نمره کلی رضایت بیماران ارتباط معنی‌داری را نشان

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران بستری در بیمارستان‌های جنوب شرق کشور قبل (سال ۱۳۹۱) و بعد (سال ۱۳۹۵) از اجرای قوانین برحسب مشخصات دموگرافیک

متغیر		مرحله اول طرح (قبل از اجرای قوانین)		مرحله دوم طرح (بعد از اجرای قوانین)		*مقدار P
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سن (سال)	۲۰ – ۳۰	۶۳	۱۳	۵۸	۱۱/۵	۰/۵۱۱
	۳۱ – ۴۰	۵۷	۱۱/۵	۴۴	۹	
	۴۱ – ۵۰	۹۴	۱۸/۵	۱۰۱	۲۰	
	۵۱ – ۶۰	۱۳۴	۲۷	۱۴۳	۲۸/۵	
	۶۱ – ۷۰	۱۵۲	۳۰	۱۵۴	۳۱	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۱۲۹	۲۵/۸	۱۴۸	۳۰/۶	۰/۰۶۲
	دیپلم	۱۷۹	۳۵/۸	۱۶۰	۳۲	
	لیسانس	۱۶۴	۳۲/۸	۱۷۲	۳۴/۴	
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۲۸	۵/۶	۲۰	۴	
دفعات بستری	۱	۴۰۳	۸۰/۶	۴۱۹	۸۳/۸	۰/۰۵۶
	۲ – ۳	۶۳	۱۲/۶	۷۰	۱۴	
	≥ ۴	۳۴	۶/۸	۱۱	۲/۲	
بخش بستری	داخلی	۲۱۴	۴۲/۸	۱۸۴	۳۶/۸	۰/۴۳۱
	جراحی	۱۷۳	۳۴/۶	۲۰۳	۴۰/۶	
	ویژه	۴۹	۹/۸	۵۵	۱۱	
	اورژانس	۶۴	۱۲/۸	۵۸	۱۱/۶	
جنس	مرد	۳۰۱	۶۰/۲	۲۸۶	۵۷/۲	۰/۴۰۲
	زن	۱۹۹	۳۹/۸	۲۱۴	۴۲/۸	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱۷	۲۳/۴	۹۸	۱۹/۶	۰/۶۵۲
	متأهل	۳۸۳	۷۶/۶	۴۰۲	۸۰/۴	
نوع بیماری	حاد	۲۲۶	۴۵/۲	۲۴۲	۴۸/۴	۰/۱۱۶
	مزمن	**۲۷۴**	**۵۴/۸**	**۲۵۸**	**۵۱/۶**	

****آزمون مجذور کای***

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]

آزمون t مستقل نشان داد که بین میانگین کلی رضایت بیماران از مراقبت‌های پرستاری، قبل (۳/۱۹±۰/۴۱) و بعد (۳/۵۷±۰/۱۶) از اجرای قوانین مذکور تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P=۰/۷۲۱) (حداکثر میانگین ممکن ۵ بوده است).

آزمون آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد بین میانگین نمرات قبل از اجرای قوانین در بخش‌های مختلف بیمارستانی (در ابعاد سه‌گانه رضایت‌مندی بیماران) اختلاف معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵). البته بعد از اجرای قوانین مذکور نیز در این بخش‌ها اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). جزئیات بیشتر در جدول ۲ آورده شده است.

جهت مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد از اجرای قوانین (در ابعاد سه‌گانه پرسشنامه رضایت‌مندی بیماران) از آزمون آماری t مستقل استفاده شد. در هیچ‌کدام از ابعاد سه‌گانه پرسشنامه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). جزئیات کامل در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد سه‌گانه رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری قبل (سال ۱۳۹۱) و بعد (سال ۱۳۹۵) از اجرای قوانین در جنوب شرق کشور

بعد / رضایت / بخش	اعتماد		*مقدار P	آموزش به بیمار		*مقدار P	فنی – حرفه‌ای		*مقدار P
	انحراف معیار±میانگین			انحراف معیار±میانگین			انحراف معیار±میانگین		
	قبل	بعد		قبل	بعد		قبل	بعد	
داخلی	۲/۱۹±۰/۱۸	۲/۸۲±۰/۱۶	۰/۶۵۲	۳/۱۱±۰/۱۴	۳/۴۲±۰/۱۷	۰/۴۲۶	۳/۱۷±۰/۱۱	۳/۲۱±۰/۱۷	۰/۳۲۱
جراحی	۳/۱۶±۰/۳۳	۳/۳۶±۰/۷۰	۰/۱۶۶	۳/۱۶±۰/۱۶	۳/۶۴±۰/۱۷	۰/۳۲۶	۳/۲۱±۰/۱۶	۳/۵۴±۰/۱۴	۰/۲۹۸
ویژه	۳/۲۶±۰/۱۴	۳/۸۶±۰/۱۵	۰/۲۳۱	۳/۲۲±۰/۶۱	۳/۹۲±۰/۸۰	۰/۶۵۴	۳/۱۷±۰/۳۹	۳/۸۳±۰/۳۳	۰/۱۸۳
اورژانس	۳/۱۹±۰/۲۲	۳/۹۳±۰/۱۷	۰/۳۲۶	۲/۹۳±۰/۱۹	۳/۱۳±۰/۵۰	۰/۲۲۶	۳/۲۴±۰/۱۴	۳/۴۷±۰/۲۰	۰/۳۵۹
**مقدار P	۰/۶۳۸	۰/۵۰۱	-	۰/۲۶۵	۰/۸۸۲	-	۰/۳۲۵	۰/۱۰۶	-

(*) آزمون t مستقل
(**) آنالیز واریانس یک‌طرفه

بیشترین میزان رضایت‌مندی کلی بیماران از مراقبت‌های پرستاری قبل (۳/۲۱±۰/۱۸) و بعد (۳/۸۷±۰/۱۷) از اجرای قوانین موردنظر در بخش‌های ویژه و کمترین میزان رضایت‌مندی قبل (۲/۸۲±۰/۱۴) و بعد (۳/۱۵±۰/۶۱) از اجرای قوانین در بخش‌های داخلی بوده است. ضمناً بیشترین افزایش رضایت‌مندی نیز در بخش‌های ویژه و در بعد آموزش اتفاق افتاده بود.

کمترین میزان رضایت‌مندی‌ها قبل از اجرای قوانین به ترتیب مربوط به بخش‌های داخلی در بعد اعتماد (۲/۱۹±۰/۱۸) و بخش اورژانس در بعد آموزش به بیمار بوده (۲/۹۳±۰/۱۹) و بیشترین میزان رضایت‌مندی به ترتیب مربوط به بخش ویژه در بعد اعتماد (۳/۲۶±۰/۱۴) و بخش اورژانس در بعد فنی-حرفه‌ای (۳/۲۴±۰/۱۴) بود.

کمترین رضایت‌مندی بعد از اجرای قوانین به ترتیب مربوط به بخش‌های داخلی در بعد اعتماد (۲/۸۲±۰/۱۶) و اورژانس در بعد آموزش به بیمار (۳/۱۳±۰/۵۰) بود. بیشترین میزان رضایت‌مندی بیماران مربوط به بخش‌های

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]

اورژانس در بعد اعتماد (۰/۱۷±۳/۹۳) و بخش‌های ویژه در بعد آموزش به بیمار (۰/۸۰±۳/۹۲) بود.

میانگین کلی رضایت بیماران بعد از اجرای قوانین در بخش‌های ویژه به‌صورت معنی‌داری، نسبت به میانگین کلی رضایت بیماران در سایر بخش‌ها افزایش یافته بود (P=۰/۰۱۹)، اما این تفاوت قبل و بعد از اجرای قوانین مذکور (در بخش‌های ویژه)، معنی‌دار نبود (P=۰/۲۰۹). لازم به ذکر است میزان رضایت‌مندی بیماران در بخش‌های ویژه قبل از اجرای قوانین نسبت به سایر بخش‌ها معنی‌دار نبوده است. سایر جزئیات مربوط به رضایت‌مندی بیماران به تفکیک ابعاد پرسشنامه و بخش‌ها در جدول ۲ آمده است.

بحث

در این مطالعه بیماران گروه سنی ۵۱ تا ۶۰ سال در مرحله اول و گروه سنی ۶۱ تا ۷۰ در مرحله دوم، بالاترین رضایت‌مندی و گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال پایین‌ترین رضایت‌مندی را در هر دو مرحله اظهار داشتند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه Kalroze و همکاران که به بررسی میزان رضایت‌مندی بیماران در مراکز درمانی تهران پرداخته بودند مشابه بود [۲۲]. این موارد حاکی از آن است که اجرای قوانین ارتقاء بهره‌وری و پرداخت مبتنی بر عملکرد، بر میزان رضایت‌مندی طیف‌های سنی مختلف بیماران، تأثیر چندانی نگذاشته است.

بیشترین میزان رضایت‌مندی بیماران از مراقبت‌های پرستاری قبل و بعد از اجرای قوانین مذکور در بخش‌های ویژه و کمترین میزان رضایت‌مندی در بخش‌های داخلی بوده است. همان‌گونه که ذکر شد، بیشترین افزایش رضایت‌مندی در بخش‌های ویژه و در بعد آموزش اتفاق افتاده بود. Merkouris و همکاران در مطالعه ترکیبی که در مورد سنجش رضایت‌مندی بیماران در مورد ۲۰۰ بیمار انجام دادند، اظهار داشتند بیشترین رضایت‌مندی در مورد مراقبت‌های بالینی و کمترین میزان رضایت‌مندی در بعد آموزش به بیمار بوده است [۲۳]. این امر می‌تواند به دلیل کمبود نیرو، حجم بالای کاری و نیز تمرکز بیشتر مسئولان روی انجام مراقبت‌های بالینی باشد که با اجرای برنامه‌های مدیریتی صحیح می‌توان در ارتقاء این بعد مهم نیز کوشید. افزایش میزان رضایت‌مندی در بعد آموزش به بیمار در مرحله دوم این مطالعه می‌تواند ناشی از برنامه‌های حمایتی و عملکردی ناشی از قوانین مذکور باشد.

در این مطالعه بالاترین میزان رضایت‌مندی بیماران بعد از اجرای قوانین مربوط به بخش‌های اورژانس در بعد اعتماد و در بخش‌های ویژه مربوط به بعد آموزش به بیمار بود. در مطالعه Peyrovi و همکاران نیز بیشترین میزان رضایت‌مندی در همین بعد و در بخش‌های ویژه به دست آمده که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد [۱۸]. احتمالاً علت بالا بودن رضایت در این بعد می‌تواند ناشی از کنترل و نظارت بیشتر مدیران و مسئولان پرستاری علی‌الخصوص در بخش‌های اورژانس باشد و دلیل احتمالی دیگر می‌تواند بالا بودن میزان مهارت‌های بالینی پرستاران در بخش‌های اورژانس باشد [۲۱].

پرداخت مبتنی بر عملکرد متفاوت از سایر روش‌های پرداخت سنتی است. روش سنتی، درآمد را با حجم کار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]

مرتبط می‌کند و پرداخت بر اساس کیفیت را در نظر نمی‌گیرد. درحالی‌که پرداخت مبتنی بر عملکرد صراحتاً به کارایی و اثربخشی می‌پردازد [۲۴]. در مطالعه Gok و همکارش که به بررسی تأثیر پرداخت مبتنی بر عملکرد بر کارایی بیمارستان‌های خصوصی و دولتی ترکیه پرداخته بود، نشان داده شد کارایی بیمارستان‌های دولتی در طول مدت اجرای ۸ ساله برنامه افزایش و کارایی بیمارستان‌های خصوصی کاهش یافته بود [۲۵]. شاید علت عدم افزایش معنی‌دار رضایت‌مندی بیماران در این مطالعه، نوپا بودن اجرای این قوانین در مناطق موردتحقیق است چراکه بایستی مدت‌زمان نسبتاً طولانی‌تری برای اثربخش بودن این قوانین سپری شود تا با افزایش میزان بهره‌وری ناشی از حمایت کادر درمان، نتایج آن به سمت افزایش رضایت‌مندی بیماران برود.

از طرفی در مطالعات متعددی نشان داده شده که قانون ارتقاء بهره‌وری نیز موجب افزایش هزینه‌های بیمارستانی شده است [۲۶] و این خود بار مالی مضاعفی را به مراکز درمانی تحمیل می‌نماید. اجرای این قانون به کاهش ساعت کار پرستاران می‌انجامد و با توجه به اینکه مراکز بهداشتی-درمانی از کمبود نیرو رنج می‌برند و هم‌اکنون هم در تأمین نیروی متناسب برای بخش‌ها دچار مشکل هستند، بار مالی سنگین این قانون بر دوش مراکز موجب گردش منابع به سمت پرداخت‌های پرسنلی رفته و این خود باعث کاهش منابع برای سایر امور رفاهی و هتلینگ بیمارستان‌ها شده است که در نهایت بر میزان رضایت‌مندی بیماران تأثیرات منفی می‌گذارد [۲۷]. از جمله محدودیت‌های این مطالعه، تغییر شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه طی چهار سال اجرای دو مرحله این مطالعه می‌باشد. لازم به ذکر است با توجه به اینکه این مطالعه در منطقه جنوب شرق کشور انجام شد، تعمیم‌پذیری ملی نتایج منوط به انجام مطالعات گسترده‌تری در این زمینه است. نظر به راهبردی بودن قوانین موردبحث در این مطالعه پیشنهاد می‌شود مطالعه گسترده‌تری برای بررسی بیشتر تأثیر این قوانین انجام شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه، اجرای قوانین پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارتقاء بهره‌وری تأثیر معنی‌داری بر میزان رضایت‌مندی بیماران از مراقبت‌های پرستاری نداشته است. این در حالی است که در توجیه اصول اجرایی و اهداف این قوانین، افزایش بهره‌وری و اثربخشی اقدامات بهداشتی و درمانی آمده است. به نظر می‌رسد اجرای هم‌زمان این قوانین که هر دو چتر حمایتی برای کارکنان و نیز مشتریان سیستم بهداشت و درمان کشور (بیماران) می‌باشند، نتوانسته تأثیری بر رضایت‌مندی بیماران از مراقبت‌های پرستاری داشته باشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بم به دلیل حمایت مالی هزینه‌های طرح و همکاری کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان در جمع‌آوری اطلاعات مرحله اول مطالعه، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]

References

[1] Roberts M. Health System Reform. Tehran: Ebnesina Cultural Institue Publications. 2008; PP: 123-6.

[2] Mirghafoori H, Zare Ahmadabadi H. Analysis of the Service Quality of Medical Centers Using Servqual Model (Case: Shaheed Rahnemoon Hospital). *SSU J* 2007: 15(2); 84-92. [Farsi]

[3] Koerner MM. The conceptual domain of service quality for inpatient nursing services. *J Business Res* 2000; 48(3): 267-83.

[4] Mesdaghe Neya A. Evaluate the quality of health services. 4, editor. Tehran: Tehran. 2011; PP: 16-9. [Farsi]

[5] Nikpor B, Majlesi F. Evaluate the quality of health services. 3, editor. Tehran. 2012; PP: 28-31. [Farsi]

[6] Lamee A. Quality Management principles, application and lessons from an experience. 3, editor. Tehran: Modern Medicine. 2009; PP: 66-9.

[7] Naderi E, Seyf Naraghi M, Shahporyan F. A practical guide providing research plan. Tehran: Badr Publisher. 2009; PP: 74-9.

[8] MahfouzPor S. Quality management in health care costs. Tehran: *Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2012; PP: 16-21. [Farsi]

[9] Raeissi P, Alikhani M, Mobini zadeh M. Fee for performance-based pay inThehran Hashemi Nejad hospital. *Health System Research* 2010; 2(2): 27-36. [Farsi]

[10] Kazemi A, Fors UG, Tofighi S, Tessma MK, Ellenius J. Physician order entry or nurse order entry? Comparison of two implementation strategies for a computerized order entry system aimed at reducing dosing medication errors. *J Med Internet Res* 2010; 12(1): 5-15. [Farsi]

[11] http://p4p.behdasht.gov.ir/index.jsp? fkeyid= &siteid=442&pageid=53907& newsview =158269.

[12] Ahmadi A, Ziv dar M, Rafee S. The Hospitalized patient satisfaction in Type 1 hospital of Tehran University of Medical Sciences in 2010. *Paramedical J Tehran Univ Med Sci* 2010; 4(2): 44-53.

[13] Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *New England J Med* 2006; 355(4): 375-84.

[14] Kaptanoglu AY. Performance Based Supplementary Payment Systems in Istanbul Public Hospitals. *J Higher Education Sci* 2013; 3(2): 17-26.

[15] Greengarten M, Hundert M. Individual pay-for-performance in Canadian healthcare organizations. *Healthcare Papers* 2006; 6(4): 57.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]

[16] Golchin M, Rostami M. Tuberculin test in nursing and human-sciences students. *J Res Med Sci* 2005; 10(3): 172-6. [Farsi]

[17] Sadeghi G, Adham D, Panahi M, Khalili Z, Naseri M, Abbasgholizadeh N, et al. Survey of Improving Productivity of Clinical Staffs' Law Enforcement in Hospitals Affiliated to Ardabil University of Medical Sciences. *J Health* 2017; 8(2): 151-9. [Farsi]

[18] Peyrovi H, Bahadori A, Ashghali-Farahani M, Haghani H. Comparison of in-patients' satisfaction with different domains of nursing care. *Quarterly J Nursing Management* 2013; 2(1): 59-66. [Farsi]

[19] Hinshaw AS, Atwood JR. A Patient Satisfaction Instrument: precision by replication. *Nursing Res* 1982; 31(3): 170-5.

[20] Hajinezhad M, Rafii F, Jafarjalal E, Haghani H. Relationship between nurse caring behaviors from patients' perspectives & their satisfaction. *Iran J Nursing* 2007; 20(49): 73-83. [Farsi]

[21] Hajinezhad M. Nursing staff caring behavior from viewpoint of the patients and it's relationship with patient satisfaction in educational and medical centers of Iran University of Medical Sciences [Nursing]. Tehran: School of nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences. 2006; PP: 223-6. [Farsi]

[22] Kalroze F, Dadgari F, Zareyan A. Factors affecting patient satisfaction of performance of the health care personnel in military hospitals of Tehran. *Army Nursing School J* 2011; 2(10): 31-9. [Farsi]

[23] Merkouris A, Papathanassoglou ED, Lemonidou C. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *International J Nursing Studies* 2004; 41(4): 35.

[24] Farias RdS, Ramanzini Junior H. Reviewing horizontalization: the challenge of analysis in Brazilian foreign policy. *Revista Brasileira de Política Internacional* 2015;58(2):5-22.

[25] Gok M S, Altindg E. Analysis of the cost and efficiency relationship: experience in the Turkish pay for performance system. *European J Health Economics* 2015; 16(5): 459-69.

[26] Nasiripour Aa, Nayeri SM. Effect «rule of productivity promotion» in health system on nursing staff cost: a case study. *Qurterly J Nursing Managment* 2013; 2(4): 70-7. [Farsi]

[27] Habashizadeh A. The effect of improving the professional competence of nurse managers based on performance on productivity Nursing. *Med Daneshvar* 2014; 64(18): 27-34. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]

Evaluating the Role of Law Enforcement of Productivity Improvement and Performance Based Pay Plan in Patients' Satisfaction in Kerman and Sistan and Balouchestan (South East of Iran) State Hospitals in 2016

H.Khoshab[1], S. H. Seyed bagheri[2], A. piri[3], M. Mahdizadeh[4], M. Khoshab[5], A. Sayadi[6]

Received: 29/04/2017 Sent for Revision: 27/05/2017 Received Revised Manuscript: 11/02/2017 Accepted: 16/09/2017

Background and Objective: Satisfaction is one of the health dimensions and in lack of attention to patient's satisfaction, health system has acted contrary to its mission. The patient's satisfaction is apparent and doing measures to increase job satisfaction in nurses can improve the quality of care and patient's satisfaction. The aim of this study was to evaluate the role of law enforcement of productivity improvement and performance based pay plan in patients' satisfaction.

Materials and Methods: In this descriptive study, in two stages within 4 years, 500 patients' satisfaction was measured by Patient Satisfaction Instrument (PSI) before and after the law enforcement of productivity improvement and performance based pay plan and the impact of this legislation on patients' satisfaction was evaluated. Independent t-test was used to evaluate the overall average of patients' satisfaction before and after implementing the rules.

Results: The study findings showed that the average of overall patients' satisfaction of nursing care before (3.19±0.41) and after (3.57±0.16) the law enforcement of productivity improvement and performance based pay plan had not increased significantly (P=0.721).

Conclusion: Probably law enforcement of productivity improvement and performance based pay plan does not have significant impact on patients' satisfaction of nursing care while in explaining the principles of these laws, one of the intended purposes is increasing the efficiency and effectiveness of health measures. It seems that implementation of such rules could not create an incentive for nursing staff to enhance their effectiveness and thereby increase patients' satisfaction.

Key words: Productivity Improvement Law, Performance based pay plan, Patients' satisfaction, South east of Iran

Funding: This research was funded by Research Committee of Bam University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Bam University of Medical Sciences approved the study (Ethical code: MUBAM.REC.1395.24).

How to cite this article: Khoshab H, Seyed bagheri S.H, Piri A, Mahdizadeh M, Khoshab M, Sayadi A. Evaluating the Role of Law Enforcement of Productivity Improvement and Performance Based Pay Plan in Patients' Satisfaction in Kerman and Sistan and Balouchestan (South East of Iran) State Hospitals in 2016. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2017; 16(6): 529-40. [Farsi]

1 -PhD Student of Nursing, Zeinab School of Nursing and Midwifery, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran
2- PhD Student of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Non-Communicable Diseases Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
(Corresponding Author) Tel:(034)34255900, Fax: (034)34258497, Email: hamidsiba@gmail.com
3- MSC of Nursing Education, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran4
4- MSC of Nursing Education, Emergency department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
5- BS of Nursing, Kerman Regional Army Hospital 579, Kerman, Iran
6- Department of Social Determinants of Health Research, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.6.5.7]