



ارزیابی کیفیت خدمات غیر بالینی بیمارستانی با استفاده از تکنیک مک بٹ: مطالعه مقطعی در یکی از بیمارستان های تهران

نویسندگان: میلاد شفیعی^۱، محمد حسین غفوری^۲، محمد عرب^۳، فاطمه ابویی^۴،
سارافروتن^۵، محمد شفیعی^۶

۱. استادیار گروه مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۲. کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴. کارشناس ارشد مدیریت صنعتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه علم و هنر یزد
۵. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۶. نویسنده مسئول: دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، تلفن تماس: ۰۹۳۷۰۰۷۵۹۰۱ Email: m.shafii.v@gmail.com

چکیده

مقدمه: در فرآیند اندازه گیری کیفیت، نیاز به یک ابزار موثر در شناسایی و اولویت بندی معیارهای مربوط به ارزیابی کیفیت خدمات، محسوس است. تعیین جذابیت با استفاده از تکنیک مبتنی بر طبقه بندی (مک بٹ) که یکی از روش های تصمیم گیری چند معیاره می باشد؛ می تواند در امر پیچیده سنجش کیفیت خدمات، پژوهشگران را یاری نماید.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی است که شامل سه مرحله اصلی می باشد. مرحله اول استخراج شاخص های سنجش کیفیت با استفاده از مطالعه مروری جامع و اخذ نظرات خبرگان نظام سلامت، مرحله دوم وزن دهی به شاخص ها و مرحله نهایی رتبه بندی بخش های بستری یکی از بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از تکنیک مک بٹ و با نمونه ای ۳۰۰ نفری از بیماران بستری بود.

یافته ها: هشت حیطه اصلی (پاسخگویی، ایمنی و مدیریت بحران، ملموسات، توجه به بیمار، ارتباطات سلامت، شایستگی و حرفه ای بودن، دسترسی، اعتبار و تضمین) برای سنجش کیفیت گزینش شد که شایستگی دارای بیشترین و دسترسی دارای کمترین وزن بودند. همچنین بخش داخلی دارای بالاترین و بخش اورولوژی دارای کمترین کیفیت خدمات غیر بالینی بودند.

نتیجه گیری: استفاده از تکنیک های ارزیابی مناسب که تفاوت در کیفیت خدمات بخش ها و بیمارستان های مختلف را ارزیابی و با یکدیگر مقایسه کرده و ضمن تعیین نقاط قوت و ضعف این بخش ها و بیمارستان ها در ابعاد مختلف به آنها در بهبود خدمات خود یاری دهد، یکی از نیازهای اساسی واحدهای ارزیابی کیفیت مستقر در بیمارستان ها، دانشگاه ها و وزارت بهداشت می باشد.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال پانزدهم

شماره: ششم

بهار و اسفند ۱۳۹۵

شماره مسلسل: ۶۰

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۱۲/۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۲۵

مقاله پژوهشی



مقدمه

طبق تعریف کرازبی در دهه ۱۹۸۰، کیفیت یعنی آنچه که موافقت شد به درستی انجام شود و یا همخوانی با مشخصات دارد (۵).

کیفیت خدمات، که قضاوت مشتریان با مقایسه انتظارات و عملکرد سازمان است، عبارت است از میزانی که فرایند و نحوه ارائه خدمت یک سازمان خدماتی، بتواند انتظارات مشتریان را برآورده سازد (۶).

همچنین طبق تعریف نظام ملی بهداشت انگلیس (NHS)، کیفیت مراقبت بهداشتی عبارت است از تامین خدمات درست به افراد مناسب، در زمان مناسب، با شیوه ای مناسب و عملی، در حد توان متوسط افراد جامعه و با روش انسانی (۷).

در تمامی تعاریف فوق، محور اصلی، تامین خدمات مناسب و برآوردن انتظارات مشتریان است؛ در واقع کیفیت خدمات آن چیزی است که مشتری آن را بپذیرد و نیازهایش را برآورده سازد (۶).

همانگونه که تعریف واژه کیفیت کاری پیچیده می باشد و تعاریف متعددی نیز از آن ارائه شده است؛ اندازه گیری کیفیت نیز بسیار مشکل بوده و روش های گوناگونی برای این مهم وجود دارد، که همگی ابهامات و مشکلات خاصی را دارند.

در فرآیند اندازه گیری کیفیت، نیاز به یک ابزار موثر در شناسایی و اولویت بندی معیارهای مربوط به ارتقای فرآیند سیستماتیک اندازه گیری کیفیت خدمات محسوس است. این رویکرد همچنین بایستی تصمیم گیری جمعی را نیز ارتقا دهد. بنابراین مدل های تصمیم گیری چند شاخصه رهیافت هایی

در سال های اخیر، توجه بیشتری به خواسته های بیماران در بیمارستان شده و بیمار-محوری در خدمات درمانی، پاسخ جامعه پزشکی به خواسته ها، نیازها و تمایلات بیماران است (۱). این موضوع در کیفیت، خصوصا در بخش های ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی نمود بیشتری یافته است، چراکه در این بخش هر گونه اشتباه می تواند جبران ناپذیر باشد و ارائه خدمت بدون نقص و مطابق استاندارد های حرفه ای باید در این بخش رایج شود (۲).

اما از آنجا که صنعت خدمات شامل خصوصیتی مانند لمس ناپذیری، عدم تجزیه پذیری و عدم همسانی می باشد؛ اندازه گیری کیفیت خدمات برای مردم امری سخت تر می شود. همچنین بدلیل اینکه ارزیابی، نتیجه دیدگاه شخص ارزیابی کننده نسبت به متغیرهای زبانی است، این نتیجه گیری در یک چارچوب نامطمئن به دست می آید. در نتیجه یک مساله اساسی پیش رو قرار می گیرد: کیفیت خدمات که تا این حد مهم می باشد چگونه باید ارزیابی و اندازه گیری شود (۳).

علاوه براین مساله کیفیت و اندازه گیری آن در مورد خدمات بیمارستانی امری بسیار پیچیده تر و دشوار تر می باشد زیرا که دو پیامد مثبت حاصل از آن عبارت است از کمک به رهایی از درد و رنج (ناشی از بیماری) و ارتقای سلامت افراد و پیامد منفی آن عبارت است از پیچیده تر شدن بیماری یا حتی مرگ (۴). اما با این حال تعاریف مختلفی از کیفیت ارائه شده است که در اینجا به مرور برخی از آن ها پرداخته شده است.



خدمات بیمارستانی صورت نگرفته است. از این رو در مطالعه حاضر چند هدف ذیل را دنبال کردیم؛ در ابتدای امر با استفاده از یک مطالعه مروری ساختار یافته شاخص های موجود برای اندازه گیری کیفیت خدمات بیمارستانی استخراج شدند، در ادامه این شاخص ها با استفاده از مدل مک بٹ اولویت بندی شده و سپس در انتهای امر با استفاده از تکنیک مذکور بخش های بستری یکی از بیمارستان های شهر تهران با استفاده از این شاخص ها از نظر کیفیت غیر بالینی خدمات رتبه بندی گردیدند.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی با نتایج کاربردی است که به روش مقطعی انجام شد و به تجزیه و تحلیل استراتژیک کیفیت خدمات بخش های منتخب یکی از بیمارستان های شهر تهران با استفاده از تکنیک مک بٹ پرداخت. حجم نمونه برای جمع آوری اطلاعات بیماران با توجه به مطالعه پایلوت و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه ۲۲۲ بیمار محاسبه شد که برای دقت بالاتر ۳۰۰ بیمار در نظر گرفته شد. اطلاعات مرتبط با خبرگان نیز بصورت سرشماری و با توجه به محدودیت زمانی و همکاری آن ها جمع آوری شد.

مطالعه دارای چند مرحله به شرح زیر می باشد:

مرحله اول استخراج شاخص ها می باشد. جهت استخراج شاخص ها، یک مطالعه مروری جامع با جست و جو در پایگاه های اطلاعاتی از جمله SID، Google، Google Scholar، PubMed، Science direct و با استفاده از کلید واژه های "کیفیت خدمات بیمارستان، سنجش کیفیت، خدمات سلامت، سروکوال، کیفیت خدمات در نظام سلامت، کیفیت خدمات بهداشتی درمانی" به صورت فارسی و "Service quality"

هستند که در فرآیند اندازه گیری کیفیت خدمات مورد استفاده قرار می گیرند (۸). مدل های تصمیم گیری چند شاخصه، ضمن داشتن انعطاف پذیری، داده هایی نظیر دانش، تجربه و قضاوت انسانی را در مقایسه وارد کرده و پاسخی کاملا کاربردی ارائه می دهد. این مدل سازمان ها را برای اندیشیدن درباره معیارهای مناسب و پالایش آنها و کاهش خطر انتخاب راه حل های نه چندان مناسب مجهز می سازد (۹).

از مدل های تصمیم گیری چند شاخصه در پژوهش های متعددی در سطح کشور بهره گیری شده است به طور مثال، عالم تبریز و منیری (۱۳۹۰) پژوهشی را با عنوان به کارگیری مهندسی ارزش با رویکرد MCDM فازی در بهبود عملکرد پروژه تدوین نموده اند. در این مقاله برنامه کار مهندسی ارزش با مدل های MCDM فازی تلفیق شده است. بر اساس نتایج و برآورد تیم مهندسی ارزش، اجرای طرح پیشنهادی به جای طرح اولیه، کاهش ۲۱/۴۵ درصدی در هزینه پروژه و ۱۷/۶ درصدی در زمان پروژه را در پی خواهد داشت (۱۰).

در مورد سنجش کیفیت خدمات بهداشتی درمانی نیز در سطح کشور مطالعات متعددی صورت گرفته است به طور مثال در یکی از مطالعات در ارومیه غلامی و همکاران (۱۳۸۹) مطالعات مربوط به شکاف کیفیت خدمات را در مراکز بهداشتی شهری انجام داده اند. در این مطالعه توصیفی- تحلیلی که به روش مقطعی صورت گرفته بود برای ارزیابی کیفیت خدمات از روش Service Quality استفاده شده بود. وجود شکاف منفی در کیفیت خدمات را نشان داده شد (۱۱).

اما تاکنون در سطح کشور مطالعه ای با روش های تصمیم گیری چند معیاره، به خصوص تکنیک مک بٹ جهت سنجش کیفیت



با استفاده از این مقیاس، خبرگان هر کدام از شاخص ها را به صورت دو به دو با یکدیگر مقایسه می کنند تا در نهایت پس از نرمال سازی و استفاده از میانگین هندسی الویت شاخص ها نسبت به یکدیگر و بخش ها نسبت به یکدیگر به دست می آید. طراحی پرسشنامه و تایید پایایی و روایی آن مرحله بعد بود که در این مرحله پرسشنامه ای بر اساس طیف لیکرت ۵ تایی (کاملاً موافقم - موافقم - نظری ندارم - مخالفم - کاملاً مخالفم) و با در نظر گرفتن شاخص ها و ابعاد کیفیتی گزینش شده در مراحل قبل (برگرفته از بررسی متون و نظرات خبرگان)، طراحی شد و پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۸۷) و روایی (توسط پنج نفر از اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی) آن مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه محقق ساخته مذکور شامل ۸ بعد اصلی تعهد و پاسخگویی (با ۸ سوال)، ایمنی و مدیریت بحران (با ۳ سوال)، ملموسات (با ۱۰ سوال)، ارتباطات سلامت (با ۷ سوال)، توجه به بیمار و مشتری مداری (با ۸ سوال)، شایستگی و حرفه ای بودن (با ۲ سوال)، دسترسی (با ۵ سوال)، اعتبار و تضمین (با ۶ سوال) و مجموعاً ۴۹ سوال بود. ارزیابی و رتبه بندی بخش های بستری مرحله نهایی پژوهش بود. در این مرحله با استفاده از پرسشنامه طراحی شده، ادراکات تعدادی از بیماران بستری در بخش های منتخب بیمارستان مورد مطالعه در مورد هر یک از شاخص ها و ابعاد کیفیتی خدمات ارائه شده در هر یک از بخش ها، مورد بررسی قرار گرفته و این بخش ها بر اساس اطلاعات به دست آمده از بیماران و با استفاده از روش مک بث (بر اساس شاخص های الویت بندی و وزن دهی شده در مرحله قبل) با یکدیگر مقایسه، ارزیابی و در نهایت رتبه بندی شدند. کلیه ملاحظات

Hospital's service quality, Health services and quality, Gap analysis in quality of health services, "SERVQUAL" به صورت انگلیسی انجام شد و با لحاظ نمودن دفعات تکرار شاخص ها در مطالعات بررسی شده و نیز تناسب بهتر آنها با محیط های بیمارستانی و در نهایت بهره گیری از نظرات ۷ نفر از خبرگان در قالب پنل (شامل دو مدیر بیمارستان، دو کارشناس ارزیابی بیمارستانی و سه نفر از اعضای هیئت علمی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی) لیستی از شاخص های گزینش شده به دست آمد.

وزن دهی و الویت بندی شاخص ها مرحله دوم بود. در این مرحله، پرسشنامه مقایسات زوجی شاخص های گزینش شده توسط ۱۲ نفر از خبرگان (شامل رییس، مدیر بیمارستان و مسئولین بخش ها، کارشناسان ارزشیابی بیمارستان، کارشناسان و مسئولان ارزشیابی معاونت درمان دانشگاه، کارشناسان و مسئولان ارزشیابی وزارتخانه و اعضای هیئت علمی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی) تکمیل شده و به هریک از شاخص ها نسبت به یکدیگر ضریب اهمیت داده شد و در نهایت از تلفیق نظرات خبرگان و با استفاده از مدل MACBETH وزن نهایی و الویت هریک از شاخص ها به دست آمد. این مرحله از پژوهش با استفاده از نرم افزار MACBETH و مقایسات زوجی انجام می گیرد. در این مرحله با توجه به شاخص های انتخاب شده در مرحله قبل گزینه ها انتخاب شده و در مرحله بعد هر یک از گزینه ها را بر اساس معیارها دوباره مقایسه می کنیم. برای مقایسه زوجی گزینه ها از اعداد فازی استفاده می شود و برای امتیاز دهی از مقیاس نه درجه ساعتی استفاده می شود.



تعداد نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردیده است. مقدار اشتباه قابل قبول در برآورد نسبت جامعه یا دقت برآورد (d) با توجه به مطالعه پایلوت انجام شده ۰/۲۵ در نظر گرفته است. α (خطای نوع اول) نیز برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. همچنین انحراف معیار جمعیت نیز برابر با ۱/۹ به دست آمد که با توجه به فرمول زیر، نمونه مورد نظر ۲۲۲ نفر برای بیماران برآورد شد که برای اطمینان ۳۰۰ نفر در گرفته شده است.

جهت جمع آوری داده ها نیز در این مطالعه، در ابتدا به منظور محدود سازی و گزینش شاخص ها با استفاده از نظر خبرگان، از پرسشنامه ای که به این منظور تهیه شده بود، استفاده گردید. سپس به منظور الویت بندی و وزن دهی به شاخص ها به وسیله خبرگان، از یک فرم مقایسات زوجی که مخصوص این مطالعه و به منظور به کارگیری روش های تحلیل سلسله مراتبی و مک بٹ طراحی شد، استفاده شد. همچنین ابزار جمع آوری اطلاعات مربوط به ادراکات و الویت های بیماران به منظور رتبه بندی بخش ها نیز پرسشنامه ای خود ساخته بر اساس طیف لیکرت و با بهره گیری از شاخص های استخراج و گزینش شده از بررسی متون، ادبیات پژوهش و نظرات خبرگان بود که پس از تایید پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۸۷) و روایی (توسط پنج نفر از اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی) مورد استفاده قرار گرفت. کلیه ملاحظات اخلاقی مربوط به این مقاله طبق بیانیه هلسینکی رعایت گردیده است.

اخلاقی مربوط به این مقاله طبق بیانیه هلسینکی رعایت گردیده است.

در این مطالعه به منظور وزن دهی به شاخص ها، از نظر ۱۲ نفر از خبرگان (شامل رییس، مدیر بیمارستان و مسئولین بخش ها، کارشناسان ارزشیابی بیمارستان، کارشناسان و مسئولان ارزشیابی معاونت درمان دانشگاه، کارشناسان و مسئولان ارزشیابی وزارتخانه و اعضای هیئت علمی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی) استفاده شد.

اما در مرحله رتبه بندی بخش های بستری بر اساس ادراکات بیماران، از بیماران بستری در بخش های منتخب بیمارستان مورد مطالعه نمونه گیری هدفمند به عمل آمد به این صورت که تعداد نمونه مورد نیاز برای هر بخش با سهمی یکسان از کل حجم نمونه و از بین بیمارانی انتخاب شدند که حداقل دارای سه روز طول مدت اقامت و بستری در بیمارستان داشتند.

تعداد نمونه در این پژوهش به منظور افزایش دقت و اعتبار مطالعه و برای آنکه بهترین برآورد از میزان اهمیت شاخص ها و جایگاه بخش ها و همچنین بیشترین حجم نمونه را داشته باشیم، نمونه ای ۳۰۰ نفری از بیماران انتخاب شد که از هر بخش منتخب به تعداد برابر و با سهم یکسان از کل حجم نمونه و از بین بیمارانی که حداقل دارای سه روز طول مدت اقامت و بستری در بیمارستان بودند، به صورت هدفمند برگزیده و به سوالات پرسشنامه پاسخ دادند.

البته لازم به ذکر است که با توجه به انجام یک مطالعه پایلوت،

| کاملاً بهتر | بینابین | خیلی بهتر | بینابین | بهتر | بینابین | کمی مرجح | بینابین | ترجیح یکسان |
|-------------|---------|-----------|---------|------|---------|----------|---------|-------------|
| ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ |



یافته‌ها

استفاده از نظرات خبرگان و تکنیک مکبث، ابعاد الویت بندی و وزن دهی شدند تا در مرحله بعد نیز با همین تکنیک جهت رتبه بندی بخش ها مورد استفاده قرار بگیرند. همانطور که از جدول ۲ مشخص است بالاترین ضریب اهمیت را شایستگی و پایین ترین ضریب اهمیت را دسترسی به خود اختصاص داده اند.

در مجموع ۸ بعد و ۵۰ مصداق کلی از بررسی ادبیات پژوهش استخراج گردید. این ابعاد و مصداق ها در جدول ۱ قابل مشاهده می باشد. بعد از استخراج شاخص ها از ادبیات تحقیق و بررسی متون، با

جدول ۱: حیطه ها، مصداق و تعاریف آنها

| ردیف | حیطه | تعریف | مصداق |
|------|-----------------------------|--|---|
| ۱ | ملموسات | نما و ظاهر تسهیلات فیزیکی وسایل و تجهیزات، کارکنان | تمیزی و راحتی اتاق بیمار و ایجاد یک محیط صمیمی، فضا و موقعیت فیزیکی مناسب و دسترسی به آن، تجهیزات به روز و در دسترس بودن آنها، ظاهر آراسته پرسنل، سلامت روحی و جسمی پرسنل، پوشش و لباس مناسب و آراسته برای بیماران |
| ۲ | تعهد و پاسخگویی | پایبندی و علاقه مندی کارکنان بیمارستان به وظایف و مسئولیت های خود در قبال بیماران و کمک به آنها با میل و علاقه | سرعت پاسخ به شکایات بیماران، ارائه به موقع و سریع خدمات، دردسترس بودن ۲۴ ساعته خدمات، انجام صحیح و قابل اعتماد وظایف، تمایل به حل مشکلات بیماران، ارائه خدمات بدون نقص و دقت در امر درمان، سازمان یافتگی خوب کارها، میزان برخورداری بیمار از شبکه های حمایت اجتماعی |
| ۳ | شایستگی و حرفه ای بودن | داشتن دانش و مهارت فنی، آموزش و تجربه لازم متناسب با شغل | تجربه و شهرت پزشکان، پرستاران آگاه، با تجربه و با دانش، پزشکان و پرستاران مجرب و آموزش دیده بدون سابقه قصور در درمان، انجام کامل و دقیق درمان ها و آزمایشات |
| ۴ | دسترسی | در دسترس بودن پزشک و خدمات مورد نیاز برای بیمار | دسترسی به خدمات پارکینگ برای بیمار، استقرار بیمارستان در محل مناسب از نظر رفت و آمد، طی شدن زمان انتظار مناسب توسط بیمار، وقت شناسی پزشک و پرستار و سایر کارکنان، دسترسی آسان و مناسب بیماران به ارائه کنندگان خدمات و مراکز ارائه مراقبت سلامت، دسترسی شبانه روزی بیماران به خدمات پاراکلینیک و بالینی. |
| ۵ | ارتباطات سلامت | آگاهی دادن به مشتریان زبانی که برای آنها قابل درک باشد، گوش دادن به آنها | ارائه اطلاعات در زمینه خدمات و هزینه آنها، دادن اطلاعات کافی به بیمار و دسترسی وی به این اطلاعات در مورد وضعیت سلامتی خود، در اختیار قرار دادن زمانی برای مشاوره و شنیدن نظرات بیمار و سوالات وی، ارائه رفتار مناسب و مودبانه با بیماران، ارائه توصیه های پزشکی و آموزش به بیماران بطور ساده و قابل درک |
| ۶ | اعتبار و تضمین | اعتماد، باور و صداقت (ایجاد حس اعتماد و اطمینان در بیماران و همراهان آنها) | میزان امین و قابل اعتماد بودن پزشکان و پرستاران و سایر کادر درمان - میزان باور و اعتقاد به پزشکان و پرستاران و سایر کادر درمان - میزان صداقت در گفتار و رفتار پزشکان، پرستاران و سایر کادر درمان - اطمینان دادن به بیمار در مورد حل مشکل - القا کردن حس اطمینان و اعتماد به بیمار - ایجاد حس آرامش و یکدلی در بیمار - انجام کارها مطابق تعهدات انجام شده - وجود حس مسوولیت پذیری در کارکنان |
| ۷ | ایمنی و مدیریت بحران | به معنای رهایی از خطر، ریسک، یا شکست | وجود سیستم هشدار خطر - برنامه و تسهیلات ضد آتش سوزی - داشتن امکانات و تسهیلات برای حوادث غیرمترقبه - ایمنی فیزیکی و استحکام ساختمان - وجود برنامه مدیریت بحران - میزان آگاهی و اهمیت دادن کارکنان به مبحث ایمنی - وجود پله ها و خروجی اضطراری در زمان حوادث غیر مترقبه |
| ۸ | توجه به بیمار و مشتری مداری | تلاش جهت درک نیازهای مشتری و ارزش قائل شدن برای وی به عنوان یک عنصر تاثیر گذار در موفقیت سازمان؛ به گونه ای که تمایل مراجعه مجدد بیمار به سازمان را افزایش داده و یا وی سازمان را به افراد دیگر پیشنهاد دهد. | داشتن آگاهی و رعایت الزامات منشور حقوق بیمار، شناخت نیازها و انتظارات مشتری، توجه به نیازهای اجتماعی بیمار و نه فقط تمرکز بر درمان وی، ارائه مناسب خدمات مددکاری به بیماران نیازمند، توجه فردی به بیمار و درک نیازهای خاص وی، میزان محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیمار |

آخر را به خود اختصاص داده اند. نتایج این مقایسه در جدول ۳ قابل مشاهده می باشد.

همچنین در انتها نیز می توان با استفاده از داده های موجود نقاط قوت و ضعف هر یک از بخش های بیمارستان را تعیین نمود.

در مرحله بعد با استفاده از ضرایب به دست آمده به رتبه بندی بخش ها پرداخته شد. همانطور که از جدول ۳ مشخص است، در بین بخش های منتخب مورد مطالعه و با استفاده از روش تحلیلی مک بث، بخش داخلی رتبه اول و بخش اورولوژی رتبه



دسترسی و مدیریت بحران نیز کمترین سهم را در کیفیت به عنوان نقاط ضعف با دارا بودن بالاترین پتانسیل برای بهبود داشته اند. همچنین در مقایسه بخش های مورد مطالعه با یکدیگر از نظر ابعاد کیفیت باید گفت که بدترین وضعیت کیفیتی و پایین ترین امتیاز مربوط به بعد دسترسی در بخش اروولوژی بوده که می توان آن را به عنوان اصلی ترین نقطه ضعف این بخش در قیاس با سایر بخش ها و ابعاد دانست.

بالاترین امتیاز کیفیت نیز مربوط به بعد شایستگی و حرفه ای بودن در بخش داخلی می باشد که نشان دهنده این است که در بخش داخلی مصادیق مربوط به این بعد نسبت به سایر بخش ها و ابعاد دارای وضعیت کیفیت بهتری بوده و به عنوان نقطه قوت آن محسوب می شود.

جدول ۲: وزن ابعاد بر اساس نظرات خبرگان و با استفاده از تکنیک مکبث

| رتبه | وزن | بعد |
|------|-------|-----------------|
| ۶ | ۰/۰۴ | ملموسات |
| ۳ | ۰/۰۸ | تعهد و پاسخگویی |
| ۱ | ۰/۵ | شایستگی |
| ۸ | ۰/۰۳ | دسترسی |
| ۵ | ۰/۰۵ | ارتباطات سلامت |
| ۲ | ۰/۲ | اعتبار |
| ۴ | ۰/۰۵۹ | ایمنی |
| ۷ | ۰/۰۳۷ | توجه به بیمار |

جدول ۳: رتبه بندی بخش های منتخب بیمارستان مورد مطالعه با استفاده از تکنیک مکبث

| رتبه | نمره (بین ۰ تا ۱۰۰) | بخش |
|------|---------------------|-------------|
| ۵ | ۲۳ | اورولوژی |
| ۳ | ۴۷ | مغز و اعصاب |
| ۲ | ۵۶ | قلب |
| ۴ | ۳۶ | جراحی |
| ۱ | ۷۶ | داخلی |

که نتایج این بررسی در جدول ۴ مشخص شده است. با توجه به نتایج به دست آمده، نقطه قوت بخش اورولوژی، در بعد شایستگی و حرفه ای بودن و نقطه ضعف آن مربوط به مصادیق بعد دسترسی در قیاس با سایر ابعاد مورد بررسی بوده است. در دو بخش مغز و اعصاب و قلب نیز شایستگی و حرفه ای بودن بهترین وضعیت و ایمنی و مدیریت بحران بدترین وضعیت کیفیتی را داشته اند. همچنین در دو بخش جراحی و داخلی نیز شایستگی و حرفه ای بودن بالاترین امتیاز کیفیتی و دسترسی پایین ترین امتیاز کیفیتی را کسب کرده اند. با توجه به نتایج به دست آمده مشخص شد که در تمامی بخش ها بعد شایستگی و حرفه ای بودن بهترین وضعیت را از نظر کیفیت و به عنوان قوت در قیاس با سایر ابعاد و مولفه های کیفیتی داشته و دو بعد



جدول ۴: نقاط قوت و ضعف بخش های مورد مطالعه در هر یک از ابعاد کیفیت گزینش شده در مقایسه با یکدیگر

| بخش بستری بعد کیفیت | اورولوژی | مغز و اعصاب | قلب | جراحی | داخلی |
|------------------------|----------|-------------|----------|----------|-----------|
| پاسخگویی | ۲/۱۷۳۴۸۳ | ۲/۴۶۸۴۰۲ | ۱/۱۹۹۹۲۹ | ۱/۱۹۹۹۲۹ | ۱/۱۹۹۹۲۹ |
| ایمنی و مدیریت بحران | ۱/۱۰۶۸۴۹ | ۱/۵۰۲۷۷۷ | ۱/۴۶۶۶۶۶ | ۱/۷۰۵۵۵۵ | ۱/۴۶۶۶۴۷۵ |
| ملموسات | ۲/۳۰۶۴۹۴ | ۲/۰۷۰۷۰۷ | ۲/۳۵۶۵۱۵ | ۲/۱۸۸۱۸۱ | ۲/۲۷۴۲۴۲ |
| ارتباطات سلامت | ۲/۴۲۷۲۱۱ | ۲/۲۶۳۶۸۶ | ۲/۳۳۱۱۱۱ | ۲/۶۵۲۲۲۲ | ۲/۷۵۹۳۸۶ |
| توجه به بیمار | ۱/۸۹۳۷۲۷ | ۲/۱۳۵۸۳۳ | ۲/۳۸۳۶۳۰ | ۲/۰۸۸۶۹۰ | ۲/۰۷۱۹۰۰ |
| شایستگی و حرفه ای بودن | ۳/۵۸۸۱۸ | ۲/۶۰۱۳۸۸ | ۲/۴۹۱۶۶۶ | ۳/۸۴۱۶۶۶ | ۳/۸۱۳۲۱ |
| دسترسی | ۱/۰۸۲۰۸۲ | ۲/۱۸۸۷۵ | ۱/۷۶۶۶۶۶ | ۱/۲۷ | ۱/۴۴۹۴۲۵ |
| اعتبار و تضمین | ۲/۲۶۵۶۰۲ | ۲/۲۴۰۲۲۷ | ۲/۳۸۶۱۱۱ | ۲/۲۸۰۵۵ | ۲/۴۱۰۱۵۳ |

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت کیفیت بخش های منتخب یکی از بیمارستان های شهر تهران با استفاده از تکنیک مک بٹ انجام شد. مروری کلی بر نتایج این مطالعه نشان می دهد که پس از بررسی متون و نظر خواهی از خبرگان مجموعاً ۸ حیطه اصلی کیفیت (پاسخگویی، ایمنی و مدیریت بحران، ملموسات، توجه به بیمار، ارتباطات سلامت، شایستگی و حرفه ای بودن، دسترسی، اعتبار و تضمین) و ۵۰ مصداق کلی استخراج شد. لازم به ذکر است که تکنیک مورد استفاده در این مطالعه برای اولین بار در کشور و در بخش بهداشت و درمان مورد استفاده قرار گرفته شده است. جدول ۵ نشان دهنده برخی از مطالعات صورت گرفته در زمینه کیفیت خدمات سلامت و ابعاد مرتبط با آن در کشور ما و سایر کشورها می باشد که زمینه خوبی را برای مقایسات سایر مطالعات مرتبط در زمینه شناسایی شاخص های سنجش کیفیت خدمات با مطالعه حاضر فراهم می کند.

نتایج حاصل نشان دهنده بالاترین الویت و اهمیت برای بعد شایستگی و کمترین الویت برای بعد دسترسی می باشد. این در

حالی است که مطالعه Buyukozkan بیشترین اهمیت را مربوط به بعد هم دلی و کمترین اهمیت را مربوط به بعد محسوسات نشان داده است. بعد حرفه ای بودن نیز در رتبه دوم قرار داشت البته وزن این بعد برابر با اعتبار بود و این دو مشترکاً در رتبه دوم قرار داشتند (۱۹).

نتایج مطالعه ما نشان داد بخش داخلی دارای بالاترین نمره از نظر ارائه کیفیت خدمات و بخش اورولوژی دارای کمترین رتبه می باشد. پژوهشی که بر روی یک بیمارستان در چین و با هدف بررسی کیفیت خدمات بخش های بالینی آن با استفاده از روش TOPSIS و روش RSR انجام شد، نشان داد کیفیت پزشکی بخش های مختلف مورد مطالعه متفاوت است و می توان آن ها را در رده های مختلف رتبه بندی کرد.

این پژوهش نشان داد ترکیبی از روش TOPSIS و روش RSR برای ارزیابی کیفیت خدمات بخش های بالینی بسیار موثرند در مطالعه مذکور بیشترین کیفیت مربوط به بخش های زنان و زایمان و بخش ICU پایین ترین کیفیت را دارا بود.



جدول ۵: برخی مطالعات انجام شده در زمینه شناسایی شاخص‌های سنجی کیفیت در بخش سلامت

| عنوان مطالعه | پژوهش‌گران | ابعاد سنجش کیفیت |
|--|--|---|
| ارتباط بین ابعاد کیفیت عملکرد مدیریت بیمارستان و کیفیت خدمات | Li (۱۹۹۷) ^[۱۲] | محسوسات، پاسخ‌گویی، مشتری‌مداری |
| قابلیت اجرای تکنیک SERVQUAL در فضاهای مختلف خدمات سلامت | Dean (۱۹۹۹) ^[۱۳] | اعتبار، تضمین، محسوسات، هم‌دلی، پاسخ‌گویی، مدیریت بحران |
| روش‌های اندازه‌گیری کیفیت خدمات سلامت | Lee et al (۲۰۰۰) ^[۱۴] | اعتبار، تضمین، محسوسات، هم‌دلی، پاسخ‌گویی، مهارت‌های حرفه‌ای، core medical service |
| اندازه‌گیری کیفیت خدمات سلامت: مقایسه رویکردهای بازاری و بالینی | Bowers and Kiefe (۲۰۰۲) ^[۴] | اعتبار، تضمین، محسوسات، هم‌دلی، پاسخ‌گویی |
| اندازه‌گیری کیفیت خدمات در یک بیمارستان کلینیک کولپوسکوبی | Wisniewski and Wisniewski (۲۰۰۵) ^[۱۵] | اعتبار، تضمین، محسوسات، هم‌دلی، پاسخ‌گویی |
| تحلیل استراتژیک کیفیت خدمات با استفاده از متودولوژی AHP فازی | Buyukozkan et al (۲۰۱۱) ^[۱۶] | محسوسات، پاسخ‌گویی، اعتبار، تضمین، هم‌دلی، شایستگی |
| کیفیت خدمات در مراقبت‌های دوران بارداری از دیدگاه مادران باردار در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی شهر تبریز | تبریزی و همکاران (۱۳۹۲) ^[۱۷] | انتخاب رائه‌دهنده، ارتباط و تعامل، داشتن اختیار، گروه‌های حمایتی، استمرار خدمت، تسهیلات و امکانات، احترام، توجه فوری و به موقع، ایمنی، پیشگیری، دسترسی، اعتماد. |
| شناسایی و اولویت‌بندی عوامل موثر بر بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از تکنیک‌های تصمیم‌گیری چندشاخصه | میرفخرالدینی و همکاران (۱۳۸۹) ^[۱۸] | ملموسات، اطمینان، پاسخ‌گویی، تضمین، همدلی، |

تأسیس، جهت ارزیابی علمی و جامعه کیفیت خدمات پزشکی بسیار کارآمد است (۲۱).

نکته مهم در مورد مطالعه حاضر این است که سنجش کیفیت خدمات سلامت در بیمارستان با استفاده از روش مکبث چه در پژوهش‌های داخلی و چه در پژوهش‌های خارجی برای اولین بار صورت می‌گیرد و از این جهت مطالعه ما با سایر مطالعات متفاوت می‌باشد. البته در مجموع نه تنها در مورد سنجش کیفیت خدمات سلامت بلکه در مورد سنجش کیفیت در زمینه‌های دیگر نیز استفاده از روش مکبث رویکردی است که کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

البته اینچنین تحلیل شده بود که این رتبه‌بندی توسط بیماران تا حد زیادی مربوط به ماهیت بخش‌ها می‌باشد به این ترتیب که بخش‌های زنان و زایمان اغلب با تولد نوزادان از بخش‌های شاد بیمارستان هستند در حالی که ICU از پر استرس‌ترین و شلوغ‌ترین بخش‌های بیمارستان است (۲۰).

همچنین در پژوهشی که با هدف ارزیابی جامع درمورد کیفیت خدمات پزشکی بیمارستان با استفاده از روش TOPSIS انجام شد، ۱۸ بخش بیمارستانی مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد، کیفیت گروه جراحی از دیگر گروه‌های مورد مطالعه بهتر است. این پژوهش همچنین نشان داد روش



تصمیم‌گیری چند معیاره که می‌تواند در تصمیم‌گیری در مورد تکنولوژی سلامت به سیاست‌گذاران کمک کند، معرفی کرده‌اند (۲۶).

در انتها نیز بایستی عنوان شود مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی نیز از جمله وقت‌گیر بودن، دشوار بودن و هزینه‌بر بودن جمع‌آوری اطلاعات از بیماران بستری، مشکل هماهنگی با خبرگان و مصاحبه با آن‌ها مواجه بود.

بخش‌های مختلف بیمارستانی و همین‌طور بیمارستان‌های مختلف از نظر کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار و همراهان بیمار وضعیت متفاوتی داشته و استفاده از تکنیک‌های ارزیابی مناسب که این تفاوت در کیفیت خدمات بخش‌ها و بیمارستان‌های مختلف را ارزیابی و با یکدیگر مقایسه کرده و ضمن تعیین نقاط قوت و ضعف این بخش‌ها و بیمارستان‌ها در ابعاد مختلف کیفیتی به آنها در بهبود هرچه بهتر خدمات خود یاری دهد، یکی از نیازهای اساسی واحد‌های ارزیابی کیفیت مستقر در بیمارستان‌ها، دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت می‌باشد. در این مطالعه نیز ما به ارزیابی بخش‌های بستری منتخب یکی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران از نظر کیفیت خدمات ارائه شده پرداخته و ضمن تعیین تفاوت‌های موجود در کیفیت خدمات ارائه شده در این بخش‌ها در قیاس با یکدیگر، نقاط قوت و ضعف هر کدام از بخش‌ها در هر یک از ابعاد و مولفه‌های کیفیتی را ذکر نمودیم که می‌تواند اطلاعات بسیار با ارزشی را در جهت آگاه‌سازی بخش‌ها نسبت به وضعیت کیفیت خدمات خود در اختیار آنها قرار دهد.

همچنین مطالعه حاضر را می‌توان در سایر بخش‌های بستری، به صورت مقایسه بین بیمارستان‌های مختلف، با استفاده از سایر

اما در زمینه‌های دیگر تصمیم‌گیری این روش کم و بیش مورد استفاده قرار گرفته شده است. به عنوان مثال؛ Karande و Chakraborty در مطالعه خود با عنوان ارائه مدلی جهت انتخاب نحوه چیدمان تسهیلات با استفاده از مدل مک‌بٹ عنوان می‌دارند با توجه به اینکه مساله انتخاب نحوه چیدمان تسهیلات اداری یک مشکل مرتبط با مدل‌های تصمیم‌گیری چند شاخصه می‌باشد؛ می‌توان این مشکل را با استفاده از روش مک‌بٹ تا حدود زیادی آسان نمود. همچنین آنها بیان می‌دارند روش مک‌بٹ تکنیکی است که هم برای اندازه‌گیری شاخص‌های کیفی و هم برای اندازه‌گیری شاخص‌های کمی کاربرد دارد که در ادامه مقاله برای هر دو نوع شاخص مثالی را ارائه می‌دهند (۲۲). Gürbüz و همکاران نیز در مطالعه خود مدلی را جهت برنامه‌ریزی منابع سازمانی با استفاده از روش مک‌بٹ ارائه نموده‌اند (۲۳). همچنین Costa و Chagas در مطالعه خود با استفاده از روش مک‌بٹ مدلی را طراحی کردند که به فرد کمک می‌کند تا با توجه به طیفی از محدودیت‌های شخصی بتواند شغل آینده خود را انتخاب کند (۲۴).

هرچند همانگونه که عنوان گردید روش مک‌بٹ تاکنون در مورد سنجش کیفیت خدمات سلامت به کار گرفته نشده است اما از نظر تئوریک Tanfani و Testi در کتاب خود با عنوان روش‌های کاربردی پیشرفته تصمیم‌گیری در نظام سلامت مدل مک‌بٹ را به عنوان روشی که می‌تواند به تصمیم‌گیران در نظام سلامت کمک کند، معرفی می‌نمایند (۲۵). Santos و همکاران نیز در مطالعه خود با عنوان روش‌های تصمیم‌گیری چند معیاره به عنوان ابزاری برای پشتیبانی از فرآیند یکپارچه‌سازی تکنولوژی سلامت، مدل مک‌بٹ را به عنوان یکی از روش‌های



دانشگاه علوم پزشکی تهران دانشکده بهداشت می باشد و با همکاری یکی از بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است، که در این مجال از تمامی مسئولینی که در انجام پروژه حاضر ما را یاری نموده اند صمیمانه تشکر می نمایم.

روش های تصمیم گیری چند معیاره و با استفاده از طیف های گسترده تری از خبرگان انجام داد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی

References

- 1-Zali M.The new principle of patient and doctor relationship.Islamic Republic of Iran Medical sciences culture center 1998;23(4):74-8.[Persian]
- 2-Afkham Ebrahimi A, Nasr Esfahani M, Saghafi N.Patients' expectations and satisfaction with their treating physician. Razi journal of medical sciences 2004;11(41): 367-75.[Persian]
- 3-Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. Health services research 1992;26(6): 767-80.
- 4-Bowers MR, Kiefec I. Measuring health care quality: comparing and contrasting the medical and the marketing approaches. American Journal of Medical Quality 2002;17(4): 136-44.
- 5-Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. Family practice 2000;17(1): 21-9.
- 6-Kazazi A, Dehghani Y.Optimum pattern quality assessment postal Service Islamic Republic of Iran. Journal of industrial management 2003;1(3): 29-40. [Persian]
- 7-Murphy K. A Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland. Journal of Clinical Nursing 2007;16(3): 477-85.
- 8-Edvardsson B, Olsson J. Key concepts for new service development. Service Industries Journal 1996;16(2): 140-64.
- 9-Alem Tabriz A, Mohammad Bagher A. Fuzzy analytic network process decision model for strategic supplier selection. Journal of Commerce 2009;54: 57-86.[Persian]
- 10-Alem Tabriz A, Moniry A.the application of fuzzy MADM approach to improving project performance. Journal of Industrial Management 2010;3(6):36-48.[Persian]
- 11-Gholami A,Salary S,Ghareh-Aghaji R, Sadaghiany Far A,Musavi L.Service quality gap in primary health care centers in Urmia. Journal of Urumia Medicine 2009;21(4):20-35.[Persian]
- 12-Li LX. Relationships between determinants of hospital quality management and service quality performancea path analytic model. Omega 1997;25(5): 535-45.



- 13-Dean AM. The applicability of SERVQUAL in different health care environments. *Health Marketing Quarterly* 1999;16(3):1-21.
- 14-Lee H, Delene LM, Bunda MA, Kim CK. Methods of measuring health-care service quality. *Journal of Business Research* 2000;48(3): 233-46.
- 15-Wisniewski M, Wisniewski H. Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2005;18(3): 217-228.
- 16-Büyüközkan G, Çifçi G, Güteryüz S. Strategic analysis of healthcare service quality using fuzzy AHP methodology. *Expert Systems with Applications* 2011;38(8): 9407-9424.
- 17-Abrizi JS, Gholipour K, Alipour R, Farahbakhsh M, Asghari-Jafarabadi M, Haghahi M. Service Quality of maternity care from the perspective of pregnant women in Tabriz Health Centers and Health Posts–2010-2011. *Journal of Hospital* 2014;12(4): 9-19.
- 18-Mirfakhreddiny H, Farid D, Tahari Mehrjardi MH, Zareei Mahmod Abadi M. Identification and Ranking of Factors Affecting Quality Improvement of Health & Treatment Services Using Multiple Attribute Decision Making (MADM): A Case Study. *Journal of Health Administration* 2011;14(43): 51-62.
- 19-Büyüközkan G, Çifçi G, Güteryüz S. Strategic analysis of healthcare service quality using fuzzy AHP methodology. *Expert Systems with Applications*. ۲۰۱۱;۳۸(۸):۹۴۰۷-۲۴.
- ۲۰-Juan X, GuiJin M, QinCheng H. Evaluation of medical quality in clinical departments of a hospital by TOPSIS method and RSR method. *Modern Preventive Medicine*. ۲۰۰۹;۳۶(۱۷):۳۲۶۹-۷۱.
- ۲۱-Zhang W, Yang TB, Wu ZJ. Comprehensive Evaluation on Quality of Hospital Medical Services by Using TOPSIS Method [J]. *Practical Preventive Medicine* ۲۰۰۷;۵(۱):۱-۲۵.
- 22-Karande P, Chakraborty IS. A Facility Layout Selection Model using MACBETH Method. *Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management: 2014 January.7 – 9: Bali, Indonesia; 2014.*
- 23-Gürbüz T, Alptekin SE, Işıklar Alptekin G. An Integrated Decision Support System for Selecting Software Systems. *Proceedings of The 4th International Conference on Information, Process, and Knowledge Management: 2012 January: Valencia, Spain. eKNOW; 2012.*
- 24-Costa L, Chagas MP. A career choice problem: an example of how to use Macbeth to build a quantitative value model based on qualitative value judgments. *European journal of operational research* 2004;153(2): 323-31.



- 25-Tanfani E, Testi A. Advanced Decision Making Methods Applied to Health Care. 2012 ed. Springer: International Series in Operations Research & Management Science; 2012:142-51.
- 26-Santos FA, Margotti AE, Garcia R. Multi-Criteria Decision Aid (MCDA) as a Tool to Support Health Technology Incorporation Process. Proceedings of The World Congress on Medical Physics and Biomedical Engineering: 2012 May. 26-31: Beijing, China. Springer: IMFBE proceeding; 2013.



ORIGINAL ARTICLE

Received: ۲۰۱۶/۲/۲۸

Accepted: ۲۰۱۶/۳/۱۵

Quality Assessment by Using Categorical Based Evaluation Technique: A Cross-Sectional Study in a Hospital Thran

Milad Shafii (Ph.D)^۱, Mohammad Hossein Ghafoori (MSc)^۲, Mohammad Arab (Ph.D)^۳, Fatemeh Abooei (Msc)^۴, Sara Forootan (Msc)^۵, Mohammad Shafiee (MD)^۶

^۱.Assistant Professor, Department of Health Services Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

^۲.M.Sc in Health Economics, Department of Health Management and Economics, School of Management ,Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

^۳.Professor, Department of Health Management and Economics, School of Management Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

^۴.M.Sc in Industrial Management, School of Management, Science and Arts University of Yazd, Yazd, Iran

^۵.M.Sc in Health Services Management, Department of Health management and Economics, School of Public Health, Tehran university of Medical Sciences, Tehran, Iran

^۶.Medical Student, Student Research Committee, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: The process of the measuring quality needs an efficient instrument for recognizing and prioritizing criterions of a systematic process for measuring quality improvement. Measuring Attractiveness by a Categorical Based Evaluation Technique maybe can help researchers in complex process of measuring quality.

Methods: This is a cross-section study that has three main steps. First step was mining the indicators of the quality assessment by using a Comprehensive review and survey of experts; The second step was prioritization of these indicators by MACBETH Method; and at the last step selected Hospital inpatient wards were ranked in terms of quality of services using MACBETH by a sample consist of ۳۰۰ of inpatients.

Results: Eight main domains (Responsiveness, Safety and risk management, Tangibles, attention to patient, Health communications, Competency and professionalism, accessibility, Credit and assurance) were selected for quality assessment. Among these indicators, competency had the highest priority and accessibility had the lowest priority. Also the department of urology had the lowest quality.

Conclusion: Using suitable assessment techniques those can assessing differences in the quality of hospitals and hospital wards' services and compromising them and within denotation of strength and weakness of these hospitals and wards in dimensions also help them to improve their services, is a fundamental need for quality assessment units.

Keywords: Macbeth, Quality of Services, Hospital Inpatient Wards.

This Paper Should be Cited as:

Shafii Milad(Ph.D),Ghafoori Mohammad Hossein(MSc), Arab Mohammad(Ph.D), Abooei Fatemeh(Msc), Forootan Sara(Msc),Shafiee Mohammad(MD). Quality Assessment by Using Categorical Based Evaluation Technique: A Cross-Sectional Study in a Hospital. Journal Tolooebehdasht Sci

