

医院门诊服务调查问卷设计分析*

陈俊虎¹, 王燕燕², 苏汝好¹, 吴进军^{1△}

(1. 广东医学院第一临床医学院, 广东湛江 524001; 2. 广东省东莞市厚街医院 523945)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.31.040

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2011)31-3209-03

随着医学模式的转变和社会经济文化的发展, 患者对医疗服务的要求越来越高, 以患者为中心, 提供以人为本的医疗服务, 是医院创新经营和应对医疗市场竞争的关键。国内外学者一直比较关注医院服务满意度调查并在调查方法、调查内容、调查表评价等方面做了一些有益的探索。门诊作为医院的服务窗口, 它的医疗质量、服务水平、医疗秩序如何, 在一定程度上反映着整个医院的管理水平, 开展门诊服务调查对了解就诊者服务需求, 明确医疗服务问题, 改善医疗服务质量有着十分重要的实际意义。本文设计了一套门诊服务调查问卷表, 对 240 名门诊就诊者进行了调查, 探讨门诊服务调查指标筛选和调查问卷的优化。

1 对象与方法

1.1 研究对象 以湛江市某三级甲等医院内科、外科、妇科、产科、儿科、急诊科、检验科门诊就诊者为调查对象。

1.2 问卷设计 借鉴国内学者所设计的服务需求调查问卷的形式, 根据就诊患者对医院各方面工作的体验过程及关注度, 结合医院实际情况制定门诊服务调查表。该表设计了 50 个问题, 涵盖了医疗环境、服务水平、医疗便利程度、医疗费用、医疗水平、患者权益等方面。同时, 还设有 1 个开放问题, 使被访者就其感受最深的问题发表意见^[1]。

1.3 调查方法 选择第三方调查的方式, 聘请 2 名离退休人员担任调查负责人。调查员全部为广东医学院公共卫生学院研究生。调查员通过统一培训, 并由专人负责核实调查表的填写情况。于 2009 年 5~7 月间, 采取偶遇抽样的方法进行现场问卷调查。由调查者发放调查问卷, 同时予以适当解释, 发出调查问卷后 2 h 内收回。为尽可能保证问卷的客观性, 采用不署名方式。

1.4 统计学处理 采用李克特 5 级标度法, 将“不满意”、“还能忍受”、“一般”、“说得过去”和“满意”等文字分别转化成相应分值: 1、2、3、4 和 5 分, 统计编码赋值, 由 Excel 对数据进行录入、整理。使用 SPSS15.0 统计软件包进行调查数据的处理和统计。应用系统聚类(hierarchical cluster)方法对筛选前的调查问卷数据进行指标聚类, 筛选调查指标。应用克隆巴哈 α 系数法对筛选后的调查问卷数据进行信度效度的分析。

2 结果

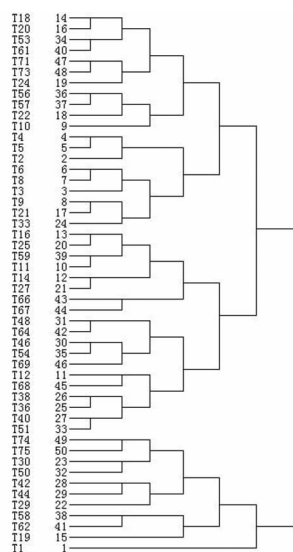
2.1 基本情况 此次调查共发出问卷 240 份, 回收 212 份, 回收率 88.3%, 回收的问卷全部有效。受访者年龄 15~70 岁, 平均(35.6±8.69)岁; 其中男 122 名(51%), 女 118 名(49%)。

2.2 题目应答率 除 1 个描述型问题外, 其余项目应答率均在 80% 以上, 说明问卷题目适用于不同年龄、身份、病情的患者。

2.3 敏感性分析 调查量表的各个题目 Alzpha if Item Dele-

ted 值在 0.521~0.892, 变化幅度较大, 调查表需进一步调整^[3]。

2.4 调查问卷指标聚类结果 调查问卷指标聚类结果见图 1, 结合典型指标选择标准和实际情况, 确定门诊服务调查问卷指标, 共 6 类, 分别命名为医疗便利程度、医疗环境、服务水平、医疗质量、医疗费用、尊重患者权益, 共 26 项指标, 见表 1。



其中每个 T 代表一个具体调查问题。

图 1 指标聚类树形图

表 1 门诊服务调查问卷指标构成

| 因素 | 条目数 | 具体问题 |
|--------|-----|-----------|
| 医疗便利程度 | 5 | 门诊预约 |
| | | 挂号排队等候时间 |
| | | 候诊等待时间 |
| | | 候诊休息等待区设置 |
| | | 医院取药等待时间 |
| 医疗环境 | 4 | 医院绿化 |
| | | 公共环境状况 |
| | | 就医指南 |
| | | 部门的标志 |
| 服务水平 | 6 | 挂号服务态度 |
| | | 收费服务态度 |
| | | 超声放射科服务态度 |
| | | 检查结果领取时间 |
| | | 取药处服务态度 |
| | | 管理部门服务情况 |

* 基金项目: 广东省科技计划项目(2007B031302001)。 △ 通讯作者, Tel: 13809758871; E-mail: wj.163@163.com。

续表 1 门诊服务调查问卷指标构成

| 因素 | 条目数 | 具体问题 |
|--------|-----|-------------|
| 医疗质量 | 6 | 体格检查情况 |
| | | 护理人员技能 |
| | | 危重患者紧急救助 |
| | | 治疗方案 |
| | | 科室配合 |
| 医疗费用 | 2 | 检查报告结果 |
| | | 检查收费 |
| 尊重患者权益 | 3 | 药品价格 |
| | | 医生尊重患者选择情况 |
| | | 治疗结果与期望结果比较 |
| | | 医生与患者交流病情 |

2.5 筛选后调查问卷信度分析 对筛选后的问卷调查数据进行分析,问卷总体 Cronbach α 系数为 0.913,标准化 Cronbach α 系数为 0.922。在 26 个题项中,删除任何 1 个题项后,Cronbach α 系数均变化微小,其值为 0.892~0.914。说明调查表内部一致性较好,信度较高。

2.6 筛选后调查问卷因子分析 KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) 检验值为 0.923,显示问卷适合因子分析。Bartlett's 球形检验 ($\chi^2=1\,923.578, P<0.000$),说明数据有统计学意义。采用主成分分析法(principal components)提取因子,用方差极大法旋转(varimax),6 个因子累计方差贡献为 85.777%,并且 26 个变量在 6 个因子上的共通性均超过了 0.6,说明 6 个因子可以较好地概括 26 个指标的含义。通过因子分析找到的共同因素与聚类分析的结果项目极为接近。

3 讨论

3.1 聚类分析应用的合理性分析 聚类分析是根据事物本身的特性研究个体分类的方法,原则是同一类中的个体有较大的相似性,不同类的个体差异很大。指标聚类在统计学中又称为 R 型聚类,根据所研究的问题选择部分变量对事物的某一方面进行研究。本研究最初根据设想设计指标较多,指标之间可能重复,也可能不具有代表性。为了得到比较自然的分类,按照研究指标在性质上联系的紧密程度,进行聚类分类,结果得到七类。根据聚类结果,需要再进一步调整,结合典型指标选择标准^[7],指标之间重复情况、指标在本研究的重要程度及医院门诊服务中出现新情况所代表的指标等方法,缩减暂时无意义的指标,并进一步对筛选后的指标进行信度分析,总体 Cronbach α 系数为 0.913,KMO 检验值为 0.923;进而找到少量有代表性的指标,而且损失信息很少,最终确定 6 类 26 项指标(包括医疗便利程度、医疗环境、服务水平、医疗质量、医疗费用、尊重患者权益等项目)。可以看出,指标聚类能够较好地处理大量指标的初次筛选,再结合其他选择方法,从中选择比较有代表性的指标。

3.2 设计指标应突出医疗费用透明 有调查认为,半数以上的被调查者对医疗费用情况表示不了解或认为不合理,显示出医疗费用透明度不高,这常常造成患者的误解并产生一些不必要的纠纷。随着医疗模式及消费观念的转变,医院已经从过去的优势行业定位为现在的服务性行业,患者成为消费者后与医院的关系也发生了微妙的变化。本研究所在地区,不同级别医院的检查设备和所用药品有明显的差别,有调查结果显示,药品的理想价格与目前的实际价格还有一定的差距,药品价格是

患者选择医疗机构的重要因素之一,而门诊挂号收费差别不大,就诊患者对其感受没有这么强烈。因此本研究选择侧重检查收费、药品价格两项指标^[4]。

3.3 设计指标应强调医患沟通、尊重患者 根据以往文献调查显示,只有约一半患者的主诉和所关心的问题引起了医生的注意,医生通常也只很少地获得关于患者对症状感觉的信息,或者很少地获得有关患者生理情感和社会影响方面的信息。同时医生在倾听患者陈述病情和对患者解释有关病情、诊断、治疗的过程中容易缺乏耐心,从而让患者觉得服务态度不好,缺乏尊重。当一个人因病到医生面前时,他的价值观、伦理观没有变,医生在治疗疾病中要求患者配合时,应当考虑到尊重患者的价值观和伦理观。基于以上观点,本研究选择了医生尊重患者选择情况、治疗结果与期望结果比较及医生与患者交流病情 3 项指标^[5]。

3.4 设计指标应集中反映门诊医疗质量 医疗质量的优劣、医疗技术水平的高低是患者就医选择最主要的标准。门诊医疗服务技术质量的优劣主要取决于 2 个方面:(1)高素质、高水平的医务人员;(2)全程严格的门诊医疗质量控制^[6]。因此,相应选择体格检查情况、护理人员技能和治疗方案 3 项指标。同时,医疗事故发生概率也越来越大,急救的重要性进一步凸显,医院急救水平也是体现医疗质量一个方面,因此保留危重患者紧急救助这一项指标。另外,医院门诊布局合理,检查科室的功能分类相对集中^[7],患者在治疗中多了一份顺心,这也是对就诊患者莫大的安慰,科室配合,这一指标自然不能少。

3.5 设计指标应注重患者就医心理需要 医院的软、硬环境对患者就医心理影响很大,在患者就医全过程中,如果能始终处在一个良好的医疗服务氛围中,保持一种良好的心境,就能大大减轻患者身体的不适、就医时的不安、焦虑等情绪反应,有助于患者治疗康复^[8]。医院绿化、公共环境状况,就医指南,部门标识标志等指标反映门诊医疗环境;医院挂号、候诊、取药等候时间等综合反映门诊医疗便利程度。这样既可以提高患者的有效就诊时间^[9],又给予温馨、舒适、方便和安全的感受,体现医院情感、人文、人性化的关怀。

3.6 设计指标应体现服务水平 挂号处、收费处、取药处、医院管理部门等,这些是医院的“窗口”,其服务质量的优劣,与医院的形象息息相关,直接关系到医院的声誉;同时,“窗口”部门也是极易与患者发生纠纷的地方,国内学者研究强调医院应重视医疗管理。最后保留挂号处、收费处、取药处、超声放射科、医院管理部门服务态度和检查结果领取时间,说明医院服务水平^[10]。这就要求医院根据患者的需求,合理的使用医疗资源,增强医院职工的主动服务意识。

3.7 医院门诊服务需求调查应进一步拓宽 随着医疗保障制度和药事管理制度改革的深入和卫生资源的重新配置、社区医疗服务体系的逐步完善,各级医院面临挑战。如何在新形势下保持竞争优势,吸引更多门诊患者前来就诊,成为各级医院必须重视的大事。与其他服务行业的服务质量控制理论与方法相比,现行的医院门诊服务质量评价体系大多采用指标体系的形式,进行经验式的评价管理,总体而言不够系统和科学。

因此,日本教授狩野纪昭提出的 Kano 模型值得进一步关注。Kano 模型建立起对质量特性满足状况和客户满意程度的双维度认知,根据服务的客观表现与使用者主观感受,将服务的质量属性分为魅力质量、期望质量、必备质量、无差异质量和逆向质量 5 类^[11]。20 多年来,Kano 模型帮助多种行业了解不

同层次的顾客需求,找出顾客和企业的接触点,识别顾客服务需求的至关重要的因素,为不同行业进行质量管理、质量属性设计提供了指针。这就需要医院从 Kano 模型理论出发,针对门诊的管理工作实际特点,把 Kano 模型系统的理论研究与医疗服务机构的服务质量管理相联系,结合我国医疗行业的实际情况,筛选出一系列操作性强并适用于我国医院门诊服务质量评价的指标,建立一套较为适合我国的医院门诊服务质量评价模型。

综上所述,本次调查研究尽量从门诊服务利用者的角度出发,从服务调查的实用性和适用性出发,从调查的信度和效度出发,综合人们的思想观念、生活水平、社会环境等的方面的因素,最终成为门诊服务需求调查问卷。但是,就诊顾客需求的复杂多变,医疗卫生服务也是瞬息万变。医院门诊服务质量评价理论与方法学的研究总体而言落后于一般管理理论的发展进程,致使医院服务管理理念在日常服务工作中的落实情况难以及时反馈、调解。因此,医院门诊服务需求调查分析必须定期进行、持续实施,同时不断与新的管理理论或理念相结合,使医院门诊服务进一步上升到新的台阶。

参考文献:

[1] 武慧健,张晋东. 医院顾客满意度测评研究[J]. 中国卫生统计,2007,24(6):629-632.

• 卫生管理 •

- [2] 卢纹岱. SPSS for Windows 统计分析[M]. 3 版. 北京:电子工业出版社,2008,4:392-448.
- [3] 郭秀花. 实用医学调查分析技术[M]. 北京:人民军医出版社,2005:265-290.
- [4] 李倩,黄涛. 不同等级医疗机构开展社区卫生服务的满意度分析[J]. 中国社会医学杂志,2006,23(1):53-55.
- [5] 关勋强,郑玉华. 对住院患者医疗服务评价及需求的调查分析[J]. 第一军医大学学报,2002,22(5):472-475.
- [6] 任家顺. 六种意识与医疗服务市场竞争力[J]. 中华医院管理杂志,2003,19(6):293-295.
- [7] 王淑英,范玉贞. 门诊患者心理需求及影响因素的调查研究[J]. 中国卫生质量管理,2005,12(3):29-32.
- [8] 刘宝军,江雪梅. 加强以患者为中心的门诊医疗服务[J]. 中华医院管理杂志,2004,20(4):494-495.
- [9] 彭韩玲,阮毅. 某医院住院患者满意度调查及其影响因素分析[J]. 中国医院统计,2006,13(1):42-45.
- [10] 唐智柳,董恒进,陈英耀. 住院患者的满意度调查分析[J]. 中华医院管理杂志,2000,16(4):252-254.
- [11] 邵家骏. 质量功能展开[M]. 北京:机械工业出版社,2004:16-22.

(收稿日期:2011-03-02 修回日期:2011-05-31)

12 种常见病、多发病临床路径研究

冯虎翼¹,刘俊²,徐希彦¹,宁敏曼¹,李馨¹

(1. 重庆市第五人民医院 400062;2. 重庆市南岸区卫生局 400060)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.31.041

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)31-3211-04

临床路径在 20 世纪 80 年代起源于美国,是一种高品质、低费用的全新临床服务模式,是一种新型的提高医疗质量管理方法。其指根据某种疾病诊断或手术制定的一种治疗、护理模式,按照临床路径表的标准化治疗、护理流程,让患者从入院到出院都按此模式来接受治疗、护理,以促进康复、节约资源,使患者获得最佳服务质量^[1]。

重庆市第五人民医院对重庆市南岸区内新型城乡合作医疗中常见、多发的 12 种疾病,通过回顾性和前瞻性的方法,进行对照研究,以期新型城乡合作医疗探索出一个全新的医疗质量管理模式,为拟实施的按病种对医院付费办法进行成本核算提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究中涉及的常见、多发病共 12 种。具体为急性肠胃炎、支气管肺炎、急性心肌梗死、甲状腺腺瘤、腹股沟疝、胆囊结石(分为开腹和腹腔镜手术 2 种方式)、尿石症、顺产、剖宫产、异位妊娠、子宫肌瘤以及小儿腹泻。本研究中患者均为新型城乡合作医疗参保者。所用药物均选自《重庆市南岸区新型城乡合作医疗基本用药目录》。回顾性调查对象为 2005 年 4 月至 2007 年 3 月内本院相关疾病患者,前瞻性干预研究对象为 2007 年 4 月至 2007 年 12 月内本院相关疾病患者。两组样本选取方法依据随机数据表的方法随机抽取,实验组按照临床路径表的标准化治疗、护理流程,对照组采用普通护理流程。2 组患者在性别、年龄、文化程度等方面比较差异

无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 研究方法 本研究制定了具体疾病的纳入标准,详细的治疗、护理方案及护理服务质量调查表。观察研究指标包括住院天数、住院总医疗费用、护理质量评估及预后结果。其中预后结果根据具体疾病分别以并发症发生率、再住院率(出院 3 d 内再次入院)、病死率、治愈率进行评估。本实验不存在医德问题。

1.3 统计学处理 预后结果为率的比较,采用 χ^2 检验;其余观察指标为计量资料,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 标准化治疗、护理流程对急性肠胃炎的影响 实验组与对照组比较,住院天数、住院总费用减少($P<0.05$),护理质量评分提高($P<0.05$),见表 1。实验组中负性变异 2 例,1 例为住院 2 d 后症状缓常规解,自动出院,要求在当地诊所继续治疗;1 例为治疗 2 d 后,患者体温仍高,血提示感染未有效控制,改用头孢类抗生素。再入院患者 1 例为出院后再次进食不洁饮食所致。

2.2 标准化治疗、护理流程对支气管肺炎的影响 实验组与对照组比较,住院天数、住院总费用减少($P<0.05$),护理质量评分提高($P<0.05$);2 组再入院率比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。实验组中负性变异 3 例,均为经抗感染治疗后,体温降而复升或 3 d 不降者。