

تصویر سلامت

دوره ۴ شماره ۳ سال ۱۳۹۲ صفحه ۱۷ - ۱۰

بررسی روایی و پایایی پرسشنامه ارزیابی کیفیت مشتری از نگاه صاحب‌نظران و مشتریان در خدمات مرتبط با بیماران مبتلا به التهاب روده‌ای

رویا حسن زاده^۱، جعفر صادق تبریزی^۲، محمد اصغری جعفرآبادی^۳، فرید غریبی^۴*

چکیده

زمینه و اهداف: کیفیت مشتری شامل مجموعه توانمندی‌های مورد نیاز گیرندگان خدمت برای مشارکت مؤثر در فرایند دریافت خدمت و مراقبت صحیح است. هدف از این مطالعه، بررسی روایی و پایایی پرسشنامه ارزیابی کیفیت مشتری در خدمات مرتبط با بیماران مبتلا به التهاب روده‌ای می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی است که هدف آن بررسی پرسشنامه ۱۶ سؤالی کیفیت مشتری است. به منظور تعیین روایی، پرسشنامه بین ۱۱ نفر از صاحب‌نظران توزیع شد. ۱۰ نفر از آنان بر مبنای معیارهای تعیین روایی نظرات خود را اعلام کردند و در بخش روایی صوری نظرات خود را بصورت کیفی اعلام نمودند. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از مطالعه پایلوت به روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ با تعداد ۳۰ نمونه محاسبه گردید.

یافته‌ها: در بخش تعیین روایی محتوایی تمامی گویه‌های پرسشنامه توسط شاخص‌های CVI و CVR به ترتیب با نمرات ۱ و ۰٫۸۹ مورد تایید قرار گرفت و پایایی ابزار نیز توسط آلفای کرونباخ ۰٫۷۸ تایید گردید. پرسشنامه نهایی براساس پیشنهادات متخصصین و نظرات کیفی آنان به ۱۹ گویه در ۴ حیطه تعریف شده کیفیت مشتری شامل اعتقاد بیمار به اینکه نقش او در امر درمان مهم است، داشتن دانش، مهارت و اعتماد به نفس کافی برای انجام فعالیت‌های مرتبط با روند درمان، تلاش برای حفظ و بهبود سلامتی یا مشارکت فعال و تداوم روند مراقبت حتی در شرایط بحرانی و استرس تغییر یافت.

بحث و نتیجه‌گیری: تایید پرسشنامه توسط روش‌های علمی آماری بکار رفته، حاکی از توانایی بالای ابزار بوده و بی‌تردید استفاده از آن در عرصه پژوهش می‌تواند گامی مؤثر در راستای ارتقای کیفیت خدمات دریافتی توسط مشتریان نظام سلامت بردارد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت مشتری، روایی، پایایی

^۱ . مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

^۲ . مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

^۳ . استادیار مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

^۴ . دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، (Email: farid_hc.manager@yahoo.com)

مقدمه

مفهوم کیفیت در ارائه خدمات سلامت یکی از موضوعات مهم و اثرگذار در ارتقای سطح سلامت و رضایت جامعه بوده و از شاخص‌های اصلی سنجش وضعیت این خدمات به‌شمار می‌رود. از جمله تعاریف مختلفی که در متون علمی جهت تبیین و تعریف این مفهوم ذکر گردیده است می‌توان به "توانایی یک فرآورده یا خدمت برای ارضاء نیازهای ابراز شده (۱)"، "میزان برآورده شدن انتظارات مشتری یا گیرنده خدمات (۲)"، "میزان دستیابی به مطلوب‌ترین بروندهای سلامت (۳)"، "ارائه خدمات ارائه‌شده اثربخش، کارا و به‌صرفه (۴)"، "ساختار پیچیده‌ای از ارزش‌ها، عقاید و نگرش‌های افرادی که در مراقبت‌های بهداشتی با یکدیگر در تعامل‌اند (۵)" اشاره نمود.

با نگاهی گذرا به منابع علمی درخواستیم یافت که ارتقای کیفیت خدمات نه تنها موجب ارائه خدمات بهینه به مشتری‌ها و گیرندگان خدمات می‌شود، بلکه بطور چشم‌گیری باعث افزایش رضایتمندی، تمایل به مراجعات بعدی، کاهش در زمان صرف‌شده برای دریافت خدمت مورد نظر و کاهش هزینه‌های سیستم می‌شود که تمامی این موارد بر لزوم توجه به ارتقای کیفیت خدمات ارائه‌شده در واحدهای بهداشتی درمانی به عنوان یکی از اولویت‌های اصلی سیستم‌های سلامت دلالت دارد (۶-۸)، بدیهی است مشارکت مشتری‌ها، به عنوان عضو مؤثر تیم‌های سلامت، در بهبود کیفیت خدمات از اهمیت شایانی برخوردار می‌باشد.

سنجش و ارتقای کیفیت در عرصه سلامت امری حیاتی بوده و تدوین ابزارهای مناسب بدین‌منظور بسیار حائز اهمیت است، چنانکه بزرگان علم کیفیت بر این نکته اتفاق‌نظر دارند که بهبود وضعیت، نیازمند سنجش دقیق و سنجش دقیق نیازمند داشتن ابزار مناسب است (۹). نظر به ماهیت پیچیده‌تر عرصه سلامت باعث شده است که تعریف کیفیت اندکی چالش‌برانگیزتر باشد، اما در طول ۵۰ سال گذشته تلاش‌های قابل‌توجهی در جهت طراحی ابزارهای استاندارد اندازه‌گیری و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی صورت گرفته است (۱۰). بطوریکه امروزه از روش‌ها و مدل‌های مختلفی برای اندازه‌گیری کیفیت خدمت استفاده می‌شود، از آن جمله در سال ۱۹۸۰ دونا‌بدین (۱۱) که یکی از پیشگامان ارتقای کیفیت در خدمات بهداشتی درمانی مدلی مرکب از ابعاد کیفیت فنی، ساختار و فرایند را برای سنجش کیفیت خدمات ارائه داد و برای یک مدت طولانی مورد استفاده محققین در سراسر دنیا قرار گرفت. این مدل در سال ۱۹۹۹ توسط Kenagy و Berwick (۱۲) اصلاح و تکمیل گردید و به عنوان مدل مؤثری برای اندازه‌گیری کیفیت خدمات بهداشتی درمانی معرفی گردید که شامل ابعاد کیفیت فنی (Technical Quality) و کیفیت خدمت (Service Quality) می‌شد. مدل

فوق نیز از زمان ارائه تا به امروز توسط محققین ارتقای کیفیت در نظام سلامت بطور مکرر مورد استفاده قرار گرفته است.

براساس تعاریف ذکر شده توسط Kenagy و Berwick (۱۲)، کیفیت فنی (TQ) به مقایسه خدمات دریافتی توسط مشتری با استاندارد و حالت مطلوب خدمت یاد شده دلالت دارد که غالباً انعکاسی از دانش، مهارت و توانمندی‌های ارائه‌کننده خدمت می‌باشد. از سوی دیگر کیفیت خدمت (SQ) برخلاف کیفیت فنی، به نحوه تعامل ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمت و شرایط محیط مراقبتی اشاره دارد.

نظر به اینکه هر دو مدل ذکر شده فوق، کیفیت خدمت ارائه‌شده را از بعد اختصاصی (کیفیت فنی) و بعد غیرمرتبط با سلامت (کیفیت خدمت) می‌سنجند، به‌نظر می‌رسد از بعد مهم دیگری که همانا کیفیت مشتری است غفلت شده است. براساس مدلی که توسط تبریزی و همکاران در سال‌های اخیر ارائه شده است، کیفیت خدمات دارای سه بعد کیفیت فنی، خدمت و مشتری می‌باشد که کیفیت مشتری ((CQ) Customer Quality) به دانش گیرندگان خدمت در رابطه با خدمات دریافتی و مهارت آنان در مراقبت درست از خود اشاره دارد. تجارب مختلف نشان داده است که قابلیت‌ها و مهارت‌های یاد شده از طریق مشارکت بهتر در فرایند ارائه خدمت، مداخله در موارد ضروری، دخالت در تصمیم‌گیری‌های کلیدی، تعامل سازنده با ارائه‌کننده خدمت و... منجر به بهبود نتایج درمانی و نیز ارتقای رضایت گیرندگان خدمات خواهد شد (۱۳).

از طرفی امروزه با افزایش روزافزون آمار بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های التهابی روده ((IBD) Inflammatory Bowel disease)، توجه به مدل‌های مراقبت از این نوع بیماری‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد. به این دلیل که بیماران دارای بیماری‌های مزمن نیازمند مراقبت‌های مداوم‌اند و سهم بالایی از هزینه‌های بخش سلامت را به خود اختصاص می‌دهند و نقش مهمی در برقراری عملکرد مراقبت از خود دارند، بنابراین تشویق این بیماران به داشتن نقش فعال در مراقبت‌های خود باید در اولویت قرار گیرد. براساس بررسی‌های صورت‌گرفته در سال‌های اخیر، میزان بروز و شیوع بیماری‌های التهابی روده در دنیا و به‌خصوص در کشورهای درحال توسعه در حال افزایش است (۱۴-۱۶).

هر چند که آمار و اطلاعات کمتری در رابطه با اپیدمیولوژی، یافته‌های بالینی و علل بیماری‌های التهابی روده در کشورهای درحال توسعه در مقایسه با کشورهای غربی وجود دارد (۱۷ و ۱۸). بر اساس مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۲ درباره میزان بروز و شیوع بیماری‌های التهابی روده در دنیا انجام شد (۱۹)، مشخص شد که بیشترین میزان بروز سالانه

بررسی پایایی آن، بیماران مبتلا به التهاب روده دارای پرونده در بیمارستان امام رضا (ع) و کلینیک گلگشت تبریز هستند که بیماری آنها حداقل از یک سال پیش تشخیص داده شده است.

برای تهیه پرسشنامه مورد نظر، پرسشنامه تغییر یافته کیفیت مشتری (Patient Activation Measure (PAM) دارای ۱۳ سؤال استاندارد (تهیه شده توسط پروفیسور Hibbard و همکاران در دانشگاه اورگان آمریکا) که سه سؤال نیز توسط دکتر تبریزی و همکاران براساس تعریف کیفیت مشتری و ویژگی‌های آن به پرسشنامه اضافه شده بود، به منظور تعیین روایی محتوایی (Content Validity) و صوری (Face Validity) بین ۱۱ نفر از صاحب‌نظران که سابقه فعالیت در زمینه کیفیت خدمات بهداشتی درمانی داشتند، در زمستان سال ۹۰ توزیع شد که در نهایت ۱۰ نفر از آنان پاسخگوی پرسشنامه سنجش روایی بودند (درصد پاسخ (Response Rate) بالاتر از ۶۵٪).

صاحب‌نظران برای تعیین روایی پرسشنامه، هر گویه پرسشنامه را بر مبنای ۴ معیار مرتبط بودن، شفافیت، سادگی و ضرورت مورد بررسی قرار دادند که هر کدام از این معیارها نیز دارای یک مقیاس چهارگانه (شامل عدم انطباق با معیار، نیازمند تغییر کلی، نیازمند تغییرات جزئی و منطبق با معیار) بود. به علاوه در انتهای هر گویه، یک بخش به منظور ارائه سایر نظرات، پیشنهادات و اظهار نظر در مورد روایی صوری آنها در نظر گرفته شده بود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها اطلاعات آنان وارد نرم‌افزار Excel شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مطابق اصول معتبر علمی، به منظور بررسی روایی محتوایی پرسشنامه بایستی دو شاخص CVR (Content Validity Ratio) و CVI (Content Validity Index) محاسبه و بر مبنای آنها تصمیم‌گیری نمود. اساس محاسبه شاخص CVR یا نسبت روایی محتوایی، بررسی پاسخ‌های داده شده به معیار ضرورت وجود سؤال و CVI یا شاخص روایی محتوایی شامل میانگین مجموع امتیازات سه شاخص دیگر می‌باشد؛ بدین صورت که لازم است دو پاسخ مثبت طیف یعنی منطبق با معیار و نیازمند تغییرات جزئی، از نقطه پذیرش در نظر گرفته شده بالاتر باشد. با توجه به پاسخ ۱۰ نفر (درصد پاسخ ۹۱٪) از صاحب‌نظران به پرسشنامه روایی و پایایی، حداقل مقدار پایایی ۰،۶۵ مورد پذیرش خواهد بود؛ بدین معنی که در صورت کمتر بودن مقدار CVI و CVR از نقطه پذیرش تعیین شده (۰،۶۲)، بایستی سؤال مورد نظر از پرسشنامه حذف گردد (۲۶ و ۲۷).

کولیت اولسراتیو ۲۴،۳ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر در سال در اروپا بود، ۶،۳ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر در سال در آسیا و شرق میانی، و ۱۹،۲ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر در سال در شمال آمریکا است. بیشترین میزان بروز سالانه بیماری کرون نیز ۱۲،۷ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر در سال در اروپا بود، ۵،۰ نفر در سال در آسیا و شرق میانه، و ۲۰،۲ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر در سال در شمال آمریکا است. بالاترین میزان شیوع گزارش شده برای IBD در اروپا (بیماری کرون، ۳۲۲ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر و کولیت اولسراتیو، ۵۰۵ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر) بودند. در تجزیه و تحلیل روند، ۷۵٪ از مطالعات درباره بیماری کرون و ۶۰٪ از مطالعات درباره کولیت اولسراتیو، افزایش در میزان بروز از نظر آماری معنی‌دار ($P < 0.05$) بود. در کشور ایران نیز همانند سایر کشورهای آسیایی، گزارش‌ها حاکی از افزایش بروز و شیوع بیماری‌های التهابی روده به ویژه کولیت اولسراتیو است (۲۰-۲۳).

از آنجا که مطالعات قبلی انجام شده در ایران، از سیستم ملی ثبت اطلاعات بیماران استفاده نکرده‌اند و بیشتر بیمارستان‌محور و گذشته‌نگر بوده‌اند، اطلاعات اپیدمیولوژیکی شفاف‌تری از میزان شیوع این بیماری‌ها در ایران وجود ندارد، اما به گفته دکتر "محمد رضا زالی" رئیس مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه شهید بهشتی، بیماری التهابی روده در ۳۰ سال اخیر در ایران شایع شده است و باتوجه به شرایط بهداشتی مناسب به تدریج میزان شیوع آن در ایران و جوامع پیشرفته در حال افزایش است. به گفته وی در سال ۱۳۸۵ بطور تقریبی حدود دو هزار نفر در ایران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده بوده‌اند. در هر صورت این افزایش نگران‌کننده، باید مورد توجه مسئولین سلامت و محققین کشور قرار بگیرد (۲۴). بیماران مبتلا به التهاب روده، نیازهایی فراتر از صرف نیازهای درمانی از تیم پزشکی خود دارند. آنها نیازمند حمایت در اتخاذ و بکارگیری رفتارهای خودمراقبتی هستند که به آنها امکان زندگی سالم‌تر در حد ممکن را بدهند (۲۵).

باتوجه به فقدان یک ابزار دقیق و بومی جهت سنجش این بعد از کیفیت در عرصه بیماری‌های مزمن، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان روایی و پایایی پرسشنامه ارزیابی کیفیت مشتری در بیماران مبتلا به التهاب روده و متعاقباً سنجش و ارتقاء علمی و دقیق‌تر این بعد از کیفیت در عرصه مورد بررسی به انجام رسید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کیفی می‌باشد که گروه هدف مطالعه در بررسی روایی پرسشنامه، صاحب‌نظران دارای سابقه فعالیت در زمینه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی و گروه هدف در

جدول ۱. فرم طراحی شده جهت سنجش روایی محتوایی و صوری پرسشنامه

ضرورت آیتم	شفافیت آیتم	مرتبط بودن آیتم	سادگی آیتم	نظرات کیفی
عنوان آیتم	نیازمند یکسری تغییرات غیر شفاف	نیازمند یکسری تغییرات غیر مرتبط	نیازمند یکسری تغییرات غیر ساده	کاملاً ساده
ضروری	مفید	غیر ضروری	غیر مفید	
بعد از انجام همه کارها، نهایتاً من مسئول حفظ سلامتی خود هستم.				
داشتن نقش فعال در مراقبت‌های سلامتی خودم عامل بسیار مهمی در تعیین سلامتی و توان عملکردی‌ام می‌باشد.				
من مطمئن هستم می‌توانم اقداماتی را انجام دهم که منجر به پیشگیری یا کاهش خطرات مرتبط با سلامتی‌ام گردد.				

یافته‌ها

پس از محاسبه دو شاخص CVI و CVR برای گویه‌های پرسشنامه، این شاخص‌ها در مورد تمامی گویه‌ها شاخص CVR برابر ۱ و شاخص CVI برابر ۰/۸۹ محاسبه گردید که در نتیجه هیچ کدام از ۱۶ گویه پرسشنامه حذف نشدند. در بررسی پیشنهادات صاحب‌نظران در مورد پرسشنامه، مواردی که توسط بیش از ۳ نفر از خبرگان پیشنهاد داده شده بود و در چهارچوب ۴ حیطه تعریف شده کیفیت مشتری (دستورالعمل تبریزی) بود، به پرسشنامه اضافه شدند که در نهایت تعداد ۳ گویه به ۱۶ گویه قبلی اضافه شد (گویه‌های ۱۰، ۱۶ و ۱۹).

پرسشنامه نهایی بدست آمده دارای ۱۹ گویه در مقیاس لیکرت با گزینه‌های (۱) کاملاً مخالفم، (۲) مخالفم، (۳) نظری ندارم، (۴) موافقم و (۵) کاملاً موافقم است، که ۴ مرحله تعریف شده کیفیت مشتری برای دستیابی به خودمدیریتی در این پرسشنامه براساس دستورالعمل تبریزی و همکارانش شامل: الف) Believe (گویه‌های ۱ و ۲): اعتقاد بیمار به اینکه نقش او در امر درمان مهم است و بعد از انجام همه اقدامات بهداشتی درمانی از سوی کادر پزشکی، نهایتاً خود بیمار مسئول حفظ سلامتی خود است و همچنین اعتقاد بیمار به اینکه داشتن نقش فعال در مراقبت‌های سلامتی خودش عامل بسیار مهمی در تعیین سلامتی و بهبود توان عملکردی‌اش می‌باشد. ب) Knowledge, Scale & confidence (گویه‌های ۳ تا ۱۲): داشتن دانش کافی، مهارت و اعتماد به نفس برای انجام فعالیت-

در بررسی پیشنهادات صاحب‌نظران در مورد پرسشنامه، مواردی که توسط بیش از ۳ نفر از خبرگان پیشنهاد داده شده بود و در چهارچوب ۴ حیطه تعریف شده کیفیت مشتری (دستورالعمل تبریزی) بود، به سؤالات پرسشنامه اضافه می‌شدند. برای بررسی پایایی (Reliability) پرسشنامه به روش همسانی درونی نیز مطالعه پایلوت در تابستان ۹۱ بر روی ۳۰ نفر از افراد مبتلا به یکی از دو نوع بیماری‌های التهابی روده (کولیت اولسراتیو و بیماری کرون) دارای پرونده پزشکی در بخش‌های گوارش، درمانگاه و آندوسکوپی بیمارستان امام رضا (ع) و کلینیک گلگشت تبریز که بیماری آنها حداقل از یک سال پیش بطور قطع تشخیص داده شده بود، انجام شد. پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، توضیحات کامل درباره علت و هدف از مطالعه و نحوه مشارکت در مطالعه به شرکت-کنندگان ارائه گردید و پس از ترغیب و جلب نظر آنان و امضای فرم رضایت آگاهانه توسط مشارکت‌کنندگان، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات اخذ شده کاملاً محرمانه بوده و تنها در راستای دستیابی به اهداف تحقیق مورد استفاده قرار خواهند گرفت. ضمن حفظ احترام و رعایت حقوق افراد مورد پژوهش، از شرکت-کنندگان خواسته شد که به سؤالات پرسشنامه که توسط محققین و بصورت مصاحبه پرسیده می‌شود به دقت و به درستی پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری اطلاعات مطالعه پایلوت، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS17 شد و آلفای کرونباخ برای هر ۴ حیطه کیفیت مشتری و همچنین برای کل پرسشنامه محاسبه گردید.

های مرتبط با روند درمان برای مثال، آگاهی بیمار از اینکه هر کدام از داروهای تجویز شده و هر کدام از مراقبت‌های ارائه شده برای وی به‌خاطر چیست و یا اطمینان بیمار از انجام مراقبت‌های بهداشتی طبق دستور پزشک در منزل و پرسیدن تمام نگرانی‌ها از پزشکش و... (ج) Involvement or Participation Active (گویه-های ۱۳ تا ۱۷): تلاش برای حفظ و بهبود سلامتی یا مشارکت فعال. اینکه بیمار خود را عضوی از تیم سلامت بداند و مشارکتش با تیم درمانی را نهایتاً منجر به ارتقای کیفیت خدمت دریافتی و افزایش سلامتی خودش دانسته و عملاً نیز توانایی مشارکت با ارائه‌کنندگان

خدمات را داشته باشد، قادر به پیشگیری از خطرات سلامتی و پیدا کردن راه‌حل برای مشکلات جدید سلامتی‌اش باشد. د) Continuity under pressure (گویه‌های ۱۸ و ۱۹): تداوم روند مراقبت حتی در شرایط بحرانی و استرس و اطمینان بیمار از حفظ تغییرات ایجاد شده در روش زندگی‌اش (مانند رژیم غذایی و ورزش) حتی در مواقع استرس، اضطراب و شرایط سخت و همچنین در صورت محدودیت‌های مالی. پرسشنامه نهایی بدست آمده و مقادیر CVI و CVR مربوط به هر کدام از گویه‌ها در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۲. گویه‌های مربوط به پرسشنامه کیفیت مشتری و مقادیر CVI و CVR مربوط به هر گویه

مراحل خودمدیریتی بیمار	گویه‌های کیفیت مشتری	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	CVI	CVR
Believe (اعتقاد و باور)	۱- بعد از انجام همه اقدامات بهداشتی درمانی از سوی کادر پزشکی، نهایتاً من مسئول حفظ سلامتی خود هستم.						۰,۸۹	۱,۰۰
	۲- داشتن نقش فعال در مراقبت‌های سلامتی خودم عامل بسیار مهمی در تعیین سلامتی و بهبود توان عملکردی‌ام می‌باشد.						۰,۹۳	۱,۰۰
	۳- من مطمئن هستم می‌توانم اقداماتی را انجام دهم که منجر به پیشگیری یا کاهش خطرات مرتبط با سلامتی‌ام گردد.						۰,۹۶	۱,۰۰
	۴- من می‌دانم هر کدام از داروهای تجویز شده برایم به‌خاطر چیست.						۰,۹۳	۱,۰۰
	۵- من می‌دانم مراقبت‌ها و اقدامات پزشکی ارائه شده برایم به‌خاطر چیست.						۰,۹۳	۱,۰۰
Knowledge, Scale & confidence (دانش، مهارت و اعتماد به نفس)	۶- من اطمینان دارم می‌توانم تشخیص بدهم که چه موقع به خدمات پزشکی (مراقبت‌های بهداشتی و درمانی) نیاز دارم و چه موقع می‌توانم مشکلاتم را خودم (بدون مراجعه به پزشک) حل کنم.						۰,۸۹	۱,۰۰
	۷- من اطمینان دارم می‌توانم نگرانی‌های مرتبط با سلامتی‌م را به پزشک معالجم اعلام کنم، حتی زمانی که او از من نپرسد.						۱,۰۰	۱,۰۰
	۸- من اطمینان دارم در صورت نیاز به مراقبت‌های بهداشتی در منزل، خود می‌توانم آن را مطابق دستور پزشک یا کارکنان بهداشتی انجام دهم.						۱,۰۰	۱,۰۰
	۹- من متشاه و دلایل مشکلات مرتبط با سلامتی‌م را می‌دانم.						۰,۹۶	۱,۰۰
	۱۰- من از سیر مشکلاتم یا پیش‌آگهی آنها بطور کامل اطلاع دارم.						۰,۷۸	۱,۰۰
Active Involvement (اقدام و مشارکت فعال)	۱۱- من از انواع روش‌های مراقبتی و درمانی قابل انجام در مورد بیماری‌ام مطلع هستم.						۰,۹۳	۱,۰۰
	۱۲- من خود را عضوی از تیم سلامت می‌دانم و باور دارم که مشارکت و همکاری من در فرایند مراقبت و درمان باعث بهبود کیفیت خدمات و ارتقای سلامتی خودم خواهد شد.						۰,۹۳	۱,۰۰
	۱۳- من می‌توانم تغییراتی را که برای تأمین سلامتی، در روش زندگی خود انجام داده‌ام، حفظ کنم.						۰,۹۳	۱,۰۰
	۱۴- من می‌دانم چگونه از مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت خود پیشگیری کنم.						۱,۰۰	۱,۰۰
	۱۵- من اطمینان دارم قادر به پیدا کردن راه‌حل جهت رفع مشکلات جدید سلامتی‌ام هستم.						۱,۰۰	۱,۰۰
Continuity under pressure (استمرار مراقبت-ها در شرایط سخت)	۱۶- من عملاً امکان مشارکت فعال در مراقبت از خود و یا همکاری با تیم سلامت را دارم.						۰,۹۶	۱,۰۰
	۱۷- من قادر هستم با اعضای تیم سلامت (کارکنان بهداشتی و درمانی) در ارائه خدمات همکاری کرده و با بهبود کیفیت خدمت ارائه‌شده سلامت خود را ارتقا دهم.						۰,۹۶	۱,۰۰
	۱۸- من اطمینان دارم که می‌توانم تغییراتی را که در روش زندگی‌ام داده‌ام (مانند رژیم غذایی و ورزش) حتی در مواقع استرس، اضطراب و شرایط سخت نیز حفظ کنم.						۱,۰۰	۱,۰۰
	۱۹- من اطمینان دارم می‌توانم حتی در صورت محدودیت‌های مالی نیز تغییرات به‌عمل آورده در شیوه زندگی‌ام (رژیم غذایی، ورزش و...) را حفظ کنم.						۱,۰۰	۱,۰۰

در بررسی پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی نیز آلفای کرونباخ برای هر ۴ حیطه کیفیت مشتری و هم برای کل پرسشنامه محاسبه شد که در جدول ۳ آورده شده است. از

آنجا که مقدار آلفا برای تمامی مراحل بالای ۰٫۶ (استاندارد آلفای کرونباخ برای مطالعات توصیفی) بدست آمد، پایایی پرسشنامه نیز مورد تایید قرار گرفت.

جدول ۳. آلفای کرونباخ کلی و تفصیلی مراحل خودمدیریتی بیمار در پرسشنامه CQ

مراحل خود مدیریتی بیمار	آلفای کرونباخ هر مرحله	آلفای کرونباخ کلی
Believe (اعتقاد و باور)	۰٫۷۱	۰٫۷۸
Knowledge, Scale & confidence (دانش، مهارت و اعتماد به نفس)	۰٫۶۹	
Active Involvement (اقدام و مشارکت فعال)	۰٫۶۱	
Continuity under pressure (استمرار مراقبت ها در شرایط سخت)	۰٫۶۹	

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی میزان روایی و پایایی پرسشنامه ارزیابی کیفیت مشتری در بیماران مبتلا به التهاب روده‌ای و متعاقباً سنجش و ارتقای علمی و دقیق‌تر این بعد از کیفیت در عرصه مورد بررسی بود. مرور منابع علمی نشان می‌دهد که مشتریان مراقبت‌های سلامت بطور مستقیم (حیطه کیفیت مشتری) و غیرمستقیم (کیفیت فنی و خدمت) بر کیفیت خدمات تأثیر می‌گذارند (۲۸)، علیرغم اینکه بیماران بدون توان اطلاعاتی و مهارتی کافی نسبت به بیماری خود ناآگاه بوده و از آن و راه‌های درمان آن در هراس‌اند، اما شواهد تاریخی نشان می‌دهد که طی قرن‌ها، توازن قدرت در روابط میان پزشک و بیمار به نفع متخصصان پزشکی سنگینی کرده و مدیریت وضعیت سلامت بیمار تقریباً بطور کامل در ید اختیار متخصصان پزشکی بوده است. در سال‌های اخیر، کم کم به حق بیماران در کسب اطلاعات، حق آنها در استماع توضیحات مربوطه و حق آنها در مشارکت در تصمیم‌گیری-های مؤثر بر مدیریت سلامت‌شان بها داده شده است، که شاید این تغییر را بتوان به تغییر در واقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی نسبت داد.

افزایش مشارکت بیمار در روند تصمیم‌گیری نیازمند آن است که بیماران را افرادی آگاه و فهیم در نظر بگیریم، ارائه آموزش‌های مناسب به آنها را حق مسلم آنها بدانیم و آنها را در تصمیم‌گیری‌های عرصه مراقبت‌های بهداشتی درمانی دخیل نماییم (۲۹) که در این راستا، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی-مداخله‌ای ویژه برای ارائه‌دهندگان، بیماران و یا خانواده‌ها در جهت افزایش دانش و مهارت آنها جهت توسعه ظرفیت خودمدیریتی، ارتباط بهتر، افزایش اعتماد به نفس بیماران در راستای خود مراقبتی برای تغییر و تدوام شیوه زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار خواهد بود (۲۸). رحیمی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی"، شناخت

بیماری و ماهیت آن، شناخت مشکلات بالفعل و بالقوه در خصوص بیماری، پذیرش بیماری و آثار آن به عنوان سایه‌ای در مسیر زندگی، ایفای نقش خودکنترلی مستمر (رفتارهای بهداشتی مطلوب)، درگیرسازی و مشارکت خانواده در اداره مسائل موجود و آتی، تغییر در الگو و سبک زندگی، ارتقاء اعتماد به نفس و شناخت تیم مراقبتی درمانی و روند استفاده از آنها را که از کارکردهای اساسی مدل مراقبت پیگیر هستند، موجب برقراری و ایجاد یک رابطه مراقبتی مستمر و پویا، افزایش آگاهی و عملکرد فرآیند مراقبتی مؤثر و به‌دنبال آن ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیماران، کاهش عوارض بیماری، افزایش رضایت مددجویان و ارتقاء سطح سلامت و کیفیت خدمات مراقبتی دانسته است. کارکرد های این مدل در مطالعات دیگر نیز با نتایج مشابه به اثبات رسیده است (۳۰).

براساس یافته‌های فونل تانگ و اندرسون، در وضعیت‌های مزمن و طولانی مدت همچون دیابت، بیماری‌های التهابی روده و... توانمندسازی بیماران به‌دلیل لزوم خودمدیریتی بیماران و اهمیت تصمیماتی که بیماران بطور روزانه در مورد وضعیت سلامتی خود می‌گیرند (وضعیت تغذیه، فعالیت ورزشی) بسیار مهم هستند. از طرفی، گیرندگان خدمات سلامت مناسب‌ترین افراد برای شناسایی اولویت‌های خودمدیریتی هستند که بیشترین تأثیرات را در زندگی‌شان می‌گذارد (۳۱).

پایایی پرسشنامه اولیه مورد استفاده در مطالعه حاضر (PAM)، در مطالعه با عنوان "اندازه‌گیری کیفیت مشتری در مادران زایمان‌کرده به روش طبیعی و سزارین در بیمارستان آموزشی الزهرای شهر تبریز" توسط رائی و همکاران (۳۲) با مطالعه پایلوت ۲۰ نفر مقدار $\alpha = 0.727$ و برای مطالعه "اندازه‌گیری کیفیت مشتری در مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی شهرستان تبریز" توسط قلی‌پور و همکاران (۳۳) مقدار $\alpha = 0.714$ محاسبه شده بود.

سیستم سلامت به ارائه خدمات در سطح بالایی از کیفیت جهت کاهش عوارض و هزینه‌های بیماران و لزوم افزایش کیفیت زندگی و رضایت بیماران، اهمیت پرسشنامه تهیه شده را هرچه بیشتر تشریح می‌کند.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از مساعدت خبرگان مطالعه به سبب ارائه نظرات ارزشمند خود و از بیماران گرامی به دلیل پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و نیز از مرکز تحقیقات گوارش و کبد به دلیل تأمین بودجه مورد نیاز پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را بنمایند.

پایایی پرسشنامه ۱۹ گویه‌ای بدست آمده از این مطالعه نیز در مطالعه "اندازه‌گیری کیفیت مشتری از دیدگاه بیماران مبتلا به آسم مراجعه‌کننده به کلینیک شیخ‌الرئیس دانشگاه علوم پزشکی تبریز سال ۱۳۹۰" توسط بهرام و همکاران با مقدار $\alpha=0.885$ تایید شده بود.

با توجه به افزایش روز افزون بروز و شیوع بیماری‌های مزمن و در نظر گرفتن این موضوع که پرسشنامه تهیه شده CQ بومی‌سازی شده و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت، به عنوان ابزاری ارزشمند می‌تواند در راستای سنجش توانمندی بیماران ایرانی دارای بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری‌های التهابی روده، دیابت، آسم و کیفیت مراقبت‌های دریافتی از دیدگاه آنان مورد استفاده قرارگیرد. نیاز امروز

References

1. American Society for Quality (ASQ). 2004. Available at: www.asq.org/2004.
2. Hoy WK, Miskel CG, editors. Educational administration. 2nd edition. Philadelphia: McGraw Hill, 2000.
3. Marquis BL, Huston CJ, editors. Leadership roles and management functions in nursing. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Co, 2003.
4. Foely ME, editor. Nurses: assuring quality care for all populations. 2nd edition. American Nurses Association, 2001.
5. Gunther M, Alligood MR. A discipline-specific determination of high quality nursing care. J Advanc Nurs. 2002; 38: 9-353.
6. Mainz J, Bartels P. Nationwide quality improvement. How are we doing and what can we do? International Journal for Quality in Health Care. January. 24 2006; 18: 1-2.
7. Trento M, Passera P, Borgo E, et al. A 5-year randomised controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modification in people with Type 2 diabetes managed by group care. Diabetes Care. 2004; 27: 5-670.
8. Piette J, Weinberger M, Kraemer F. Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a department of veterans affairs health care system. Diabetes Care. 2001; 24: 8-202.
9. Brook R. Defining & Measuring Quality of care: a Perspective from U.S researchers. International Journal of Quality Health Care [serial online]. 2000; 12(4): 281-294. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/etrez/query.feg>; (Accessed 4 Jan. 2002).
10. Allender J, Walton B. Community Health Nursing. Fifth edition, Philadelphia, Lippincott Co, 2001.
11. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press. 1980; 1.
12. Kenagy J, Berwick D, Shore M. Service quality in health care. The Journal of the American Medical Association. 1999; 281: 5-661.
13. Tabrizi JS. Quality of health care: the patients' perspective on quality of care for Type 2 diabetes [Thesis for the degree of Doctor of Philosophy in Health Services Management]. Brisbane, School of Population Health, the University of Queensland, 2007.
14. Rubin GP, Hungin AP, Kelly PJ, Ling J. Inflammatory bowel disease: epidemiology and management in an English general practice population. Aliment Pharmacol Ther. 2000; 14: 9-1553.
15. Yoshida Y, Murata Y. Inflammatory bowel disease in Japan: studies of epidemiology and etiopathogenesis. Med Clin N Am. 1990; 74: 67-90.
16. Gismera CS, Aladren BS. Inflammatory bowel diseases: a disease(s) of modern times? Is incidence still increasing? World J Gastroenterol. 2008; 14: 8-5491.
17. Wang YF, Zhang H, Ouyang Q. Clinical manifestations of inflammatory bowel disease: East and West differences. J Dig Dis. 2007; 8: 7-121.
18. Yang SK, Loftus Jr EV, Sandborn WJ. Epidemiology of inflammatory bowel disease in Asia. Inflamm Bowel Dis. 2001; 7: 70-260.
19. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. Gastroenterology. 2012; 142(1): 46-54.

20. Mir-Madjlessi SH, Forouzandeh B, Ghadimi R. Ulcerative colitis in Iran: a review of 112 cases. *Am J Gastroenterol*. 1985; **80**: 5-862.
21. Vahedi H, Merat S, Momtahan S, Olfati G, Kazzazi AS, Tabrizian T, et al. Epidemiologic characteristics of 500 patients with inflammatory bowel disease in Iran studied from 2004 through 2007. *Arch Iran Med*. 2009; **12**: 60-454.
22. Aghazadeh R, Zali MR, Bahari A, Amin K, Ghahghaie F, Firouzi F. Inflammatory bowel disease in Iran: a review of 457 cases. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005; **20**: 5-1691.
23. Daryani NE, Bashashati M, Aram S, Hashtroudi AA, Shakiba M, Sayyah A, et al. Pattern of relapses in Iranian patients with ulcerative colitis. A prospective study. *J Gastrointest Liver Dis*. 2006; **15**: 8-355.
24. Taghavi SA, Safarpour AR, Hoseini SV, Safarpour M, Noroozi H. Epidemiology of Inflammatory Bowel Diseases (IBD) in Iran: A review of 740 patients in Fars province, Southern Iran. *Annals of colorectal research journal*. *Ann Colorectal Res*. 2013; **1**(1): 17-22. DOI: 10.5812/acr.11477.
25. Heisler, M. Building Peer Support Programs to Manage Chronic Disease: Seven Models for Success. CALIFORNIA HEALTH CARE FOUNDATION. December, 2006.
26. حاجی زاده ا، اصغری جعفرآبادی م. روش ها و تحلیل های آماری در علوم پزشکی. تهران، انتشارات جهاد دانشگاهی، ۱۳۸۹.
27. Yaghmaie F. Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*. 2003; **3**(1): 7-25.
28. Tabrizi JS, Wilson Aand O'Rourke P. Customer Quality and Type 2 Diabetes from the Patients' Perspective: A Cross-Sectional Study. *Journal of Research in Health Sciences*. 2010; **10**(2): 69-76.
۲۹. الفتريو آ. حقوق بیماران. ترجمه: مهدی تبریزی؛ تهیه کننده: فدراسیون بین المللی تالاسمی (TIF)، تهران، نزهت، ۱۳۸۶.
۳۰. رحیمی ا، احمدی ف ا، غلیاف م. بررسی تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۸۵؛ ۱۳(۵۲): ۱۲۳-۱۳۴.
31. Tang TS, Funnell MM, Brown MB, Kurlander JE. Self-management support in "real-world" settings: An empowerment-based intervention. *Patient Educ Couns*. 2009; **34**98, doi:10.1016/j.pec.2009.09.029.
32. short presentation/ First National Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement, Tabriz, 2011.
33. Tabrizi JS, gholipour kamal, Asghari Jafarabadi Mohammad, Farahbakhsh Mostafa, Mohammadzedeheh Mojtaba, Customer quality and maternity care in Tabriz urban health centers and health posts, *Journal of Clinical Research & Governance*. 2012; **1**(1): 12-15.