

تصویر سلامت

دوره ۴ شماره ۴ سال ۱۳۹۲ صفحه ۱۴-۶

بررسی کیفیت خدمت در مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده از دیدگاه گیرندگان خدمات

سعیده علی دوست^۱، جعفر صادق تبریزی^۲، فریبا محمدی^۳، محمد حسین صومی^۴، محمد اصغری جعفرآبادی^۵، فرید غریبی^{۶*}

چکیده

زمینه و اهداف: کیفیت خدمات سلامت یکی از مفاهیم تاثیرگذار در سیستم های سلامت بوده و ارزیابی آن زمینه را برای شناسایی نیازها و انتظارات دریافت کنندگان خدمات و بهبود کیفیت خدمات سلامت فراهم می کند. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی کیفیت خدمت در مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش ها: مطالعه ی حاضر از نوع توصیفی - مقطعی می باشد که با شرکت ۹۴ نفر از بیماران مبتلا به التهاب روده بیمارستان امام رضا و کلینیک گلگشت تبریز انجام شده است. روش نمونه گیری از نوع تصادفی ساده بوده و برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ای که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است، استفاده گردید. کیفیت خدمت با استفاده از مدل CQM^۱ و فرمول کیفیت خدمت = ۱۰ - (اهمیت × عملکرد) مورد محاسبه قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از SPSS17 استفاده گردید.

یافته ها: در این مطالعه امتیاز کیفیت خدمت کل ۷/۲۱ بوده و ابعاد استمرار خدمات، انتخاب ارائه کننده و اعتماد به ترتیب بالاترین امتیاز و ابعاد پیشگیری، گروه های حمایتی و ایمنی به ترتیب پایین ترین امتیاز کیفیت خدمت را به خود اختصاص دادند. همچنین بیشترین اهمیت و بهترین عملکرد، به ترتیب مربوط به ابعاد "کیفیت امکانات و تسهیلات اولیه" و "اعتماد" می باشد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد کیفیت خدمت کل با امتیاز ۷/۲۱ نسبت به عدد ملاک (۹) در سطح بسیار پایینی بوده که این امر نشان دهنده شکاف وسیع بین انتظارات دریافت کنندگان خدمات و عملکرد واقعی سیستم است.

کلیدواژه ها: کیفیت خدمت، مراقبت، التهاب روده

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (NPMC)، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴. استاد گروه بیماری های داخلی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۵. مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۶. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده

مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز. (Email: farid_hc.manager@yahoo.com)

مقدمه

کیفیت مراقبت های سلامت از مباحث قابل توجه در تمامی نظام های سلامت بوده و افزایش دانش و تجربه نسبت به آن به منظور ارائه ی خدمات مطابق با استانداردهای روزآمد و استفاده بهینه از منابع و افزایش پوشش خدمات امری ضروری به نظر می رسد. برای کیفیت مراقبت های سلامت، تعاریف زیادی از دیدگاه های مختلف ارائه شده است. آژانس پژوهش و کیفیت مراقبت های بهداشتی (AHRQ) (Agency for Healthcare Research and Quality) کیفیت مراقبت های سلامت را با عنوان "انجام کار درست برای بیمار مناسب، در زمان مناسب و با روش مناسب جهت دستیابی به بهترین نتایج ممکن" تعریف می کند (۱). انستیتو پزشکی آمریکا نیز کیفیت مراقبت های بهداشتی را به صورت "درجاتی از خدمات بهداشتی ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال پیامدهای بهداشتی مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه ای روز باشد" تعریف می کند (۲). در تعریف ارائه شده دیگری از کیفیت در مراقبت های بهداشتی درمانی، بر شش بعد اثربخشی، کارایی، دسترسی، مقبولیت و بیمارمحوری، عدالت و ایمنی تاکید می شود (۱).

ارزیابی کیفیت خدمات سلامت به برنامه ریزان و سیاست گذاران، فرصت تصمیم گیری های آگاهانه جهت بهبود کیفیت را فراهم می کند (۱). به طوریکه در جامع ترین مدل اندازه گیری کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی (مدل CQMH) که توسط تبریزی و همکاران در سال ۲۰۰۷ (۳) معرفی شده است کیفیت مراقبت ها در سه بعد کیفیت فنی (Technical Quality)، کیفیت مشتری (Customer Quality) و کیفیت خدمت (Service Quality) مورد ارزیابی قرار می گیرد. کیفیت فنی به میزان انطباق خدمات ارائه شده به بیماران با آنچه که بر اساس شواهد علمی به عنوان استاندارد خدمت معرفی شده است اشاره دارد. کیفیت مشتری مجموعه ویژگی ها و توانمندی هایی است که گیرنده خدمت برای مشارکت موثر در فرایند خدمات بهداشتی درمانی، تصمیم گیری های کلیدی و مداخلات صحیح و به موقع به آنها نیازمند است (۳). کیفیت خدمت نیز به شرایط و چگونگی دریافت خدمت توسط مشتری (گیرنده خدمت) مربوط بوده و اغلب نشان دهنده چگونگی ارائه خدمت، نحوه تعامل ارائه دهنگان خدمات با بیماران و نیز کیفیت محیطی است که خدمت یادشده در آن ارائه می شود. کیفیت خدمت تفاوت بین انتظارات مشتری از خدمات ارائه شده قبل از دریافت آن و ادراک مشتری از خدمات ارائه شده (بعد از دریافت آن) را بیان می کند (۴ و ۳) که تاکید آن بر اندازه گیری کیفیت از دیدگاه مشتریان می باشد. بررسی کیفیت از دیدگاه مشتریان و ارزیابی تجارب بیماران و همراهان آنها یکی از رویکردهای مهم برای ارزیابی کیفیت مراقبت های سلامت می باشد که

تاثیر قابل توجهی در سنجش رضایت بیماران و نیازها و انتظارات آن ها دارد.

امروزه اهمیت مفهوم کیفیت خدمت در دامنه گسترده ای از بیماری ها و خدمات، بویژه مراقبت های ارائه شده به افراد مبتلا به بیماری های مزمن مورد توجه روزافزون است. بیماری التهاب روده (IBD) یکی از بیماری های مزمن با علل ناشناخته است و دو بیماری غالب در آن، بیماری کرون و کولیت اولسراتیو است. بیماری کرون، بخشی از سیستم گوارشی را درگیر نموده که عموماً غیرقابل درمان بوده و مستلزم جراحی های مکرر و دریافت مداوم درمان دارویی است. کولیت اولسراتیو نیز محدود به روده بزرگ و رکتوم می باشد که از طریق برداشتن روده بزرگ قابل درمان است. بروز IBD در سنین بزرگسالی بیشتر بوده و علایم آن به صورت درد شکمی، کاهش وزن، تب، اسهال، خونریزی رکتال و خستگی ظاهر می شود. این بیماری در سلامت روان، بهره وری شغلی، زندگی خانوادگی و روابط افراد تأثیرات قابل توجهی دارد (۵). میزان بروز این بیماری در استرالیا ۲۹/۲ در هزار، در نیوزلند ۲۵/۲ در هزار، در دانمارک ۲۳/۱ در هزار و در انگلستان ۲۲/۲ در هزار نفر می باشد (۶). بررسی های صورت گرفته حاکی از آن است که هزینه های مستقیم یعنی هزینه های بستری و درمان این بیماری نیز در حال افزایش می باشد به گونه ای که برای کشور استرالیا سالانه ۱۰۰ میلیون دلار تخمین زده می شود، همچنین در سال ۲۰۱۲ از دست دادن بهره وری ناشی از بیماری IBD بیش از ۳۸۰ میلیون دلار برآورد شده است (۵).

در ایران به دلیل فقدان سیستم جامع برای ثبت بیماری ها، در مورد الگوی بیماری IBD همانند بسیاری از بیماری های مزمن اطلاعات دقیقی وجود ندارد و بر خلاف این ایده که بیماری IBD در ایران نادر است، مطالعات، شیوع نسبتاً بالا و در حال افزایشی را نشان می دهند. مطالعات انجام شده در ایران همچنین نشان می دهد که الگوی همه گیرشناختی و ویژگی های دموگرافیک و بالینی بیماران مبتلا به IBD با سایر نقاط جهان مشابهت دارد (۷-۹).

با توجه به اهمیت بیماری التهاب روده (IBD)، توجه به نیازها و انتظارات این بیماران و تلاش جهت بهبود کیفیت و افزایش رضایت مندی آنها امری ضروری به نظر می رسد که لازمه این امر اندازه گیری دقیق کیفیت خدمات در این عرصه و ریشه یابی مشکلات احتمالی می باشد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف اندازه گیری کیفیت خدمت در مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده از طریق مدل CQMH طراحی و به مورد اجرا درآمد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی می باشد که با مشارکت ۹۴ نفر از بیماران مبتلا به بیماری التهاب روده در بخش های گوارش، آندوسکوپی و درمانگاه بیمارستان امام رضا(ع) و کلینیک گلگشت تبریز در سال ۱۳۹۱ به انجام رسید. برای تعیین حجم نمونه از فرمول "تعیین حجم نمونه برای برآورد میانگین در مطالعات توصیفی" ($n = Z^2 S^2 / d^2$) استفاده گردید. به این منظور مطالعه ی مقدماتی شامل ۳۰ نفر انجام و اطلاعات حاصل از آن مورد استفاده قرار گرفت (سطح اطمینان=۹۵٪، $d^2 = 0/1$). روش نمونه گیری، از نوع تصادفی ساده بود که معیار ورود افراد به مطالعه، دارا بودن پرونده پزشکی در عرصه مورد بررسی، تجربه حداقل ۵ جلسه درمان و تمایل آنها به شرکت در مطالعه بود. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ای متشکل از ۲ قسمت مشخصات فردی (شامل جنس، سن، محل اقامت، زبان، شغل، سطح تحصیلات، بیمه و BMI، سابقه ی سیگار و وضعیت فعلی استعمال سیگار) و کیفیت خدمت (شامل ۴۶ سوال) بود. در قسمت مربوط به "کیفیت خدمت" پرسشنامه، ۲ سوال مربوط به استمرار خدمت و مراجعه به ارائه کنندگان مختلف بوده و ۴۴ سوال در قالب ۱۲ بعد "انتخاب ارائه کننده، ارتباط و تعامل، داشتن اختیار، گروه های حمایتی، استمرار خدمات، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه، احترام، توجه فوری و به موقع، ایمنی، پیشگیری، دسترسی و اعتماد" می باشد که پایایی پرسشنامه مجدداً محاسبه و با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ مورد تایید قرار گرفت. برای اندازه گیری کیفیت خدمت از فرمول؛ کیفیت خدمت= ۱۰ - (اهمیت × عملکرد) استفاده شد. اهمیت هر

یک از ابعاد در قالب طیف لیکرت ۱۰-۰ (=۰ مهم نیست، ۳= نسبتاً مهم، ۶= مهم، ۱۰= خیلی مهم) و عملکرد ابعاد در قالب طیف لیکرت ۱-۰ (معمولاً/ همیشه یا خوب/ عالی=۰ و هرگز/ گاهی یا ضعیف/ متوسط=۱) مورد ارزیابی قرار گرفت. دامنه کیفیت خدمت (SQ) نیز بین صفر (پایین ترین سطح کیفیت خدمت) تا ۱۰ (بالا ترین سطح کیفیت خدمت) می باشد (۱۰).

وضعیت متغیر های زمینه ای مورد بررسی به صورت فراوانی (درصد) و نمره کیفیت خدمت کل و نیز تمامی ابعاد آن بصورت میانگین (انحراف معیار) گزارش شد. برای بررسی رابطه ی آماری بین کیفیت خدمت کل و ابعاد کیفیت خدمت با متغیر های زمینه ای، آزمون های ANOVA و T مستقل براساس ماهیت متغیرها مورد استفاده قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل تمامی داده ها از نرم افزار SPSS17 استفاده گردید.

یافته ها

در این مطالعه، سهم زنان و مردان و گروه های سنی مختلف از شرکت در مطالعه تقریباً یکسان بوده و افراد شرکت کننده در مطالعه غالباً دارای وزن طبیعی و غیرسیگاری بودند. همچنین افراد شاغل، دارای تحصیلات دیپلم و پایین تر و دارای دفترچه بیمه سهم بیشتری را نسبت به گروه های دیگر به خود اختصاص می دادند (جدول ۱). در این مطالعه تمامی شرکت کنندگان برای کنترل و درمان بیماری خود به متخصص گوارش و کلینیک های خارج از بیمارستان مراجعه می کردند هرچند که میزان مراجعه بیماران به متخصصین داخلی نیز رقم قابل توجهی را به خود اختصاص می دهد (جدول ۲).

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

جنس	مرد	فراوانی	درصد
	≤۲۷	۴۸	۵۱/۱
	۲۸-۴۰	۳۲	۳۴
سن	≥۴۱	۳۰	۳۱/۹
وضعیت بومی بودن	تبریز (بومی)	۵۵	۵۸/۵
زبان	ترکی	۹۲	۹۷/۹
	≤۱۸.۵	۴	۴/۳
شاخص BMI	۱۸.۵۱-۲۵ (وزن طبیعی)	۴۷	۵۰
	۲۵.۰۱-۳۰ (اضافه وزن)	۳۵	۳۷/۲
	>۳۰ (چاق)	۸	۸/۵
وضعیت سیگار	سیگاری	۳	۳/۲
	غیر سیگاری	۹۱	۹۶/۸
سابقه سیگار	دارد	۱۳	۱۳/۸
	ندارد	۸۱	۸۶/۲
شغل	شاغل	۴۲	۴۴/۷
	خانه دار	۲۵	۲۶/۶
	بیکار	۸	۸/۵
	در حال تحصیل	۱۴	۱۴/۹
سطح تحصیلات	بازنشسته	۵	۵/۳
	دیپلم و پایین تر	۵۹	۶۲/۷
	تحصیلات دانشگاهی	۳۵	۳۷/۳
وضعیت بیمه	دارد	۹۱	۹۶/۸

جدول ۲. مراجعه ی افراد به ارائه کنندگان مختلف

انتخاب ارائه کننده	فراوانی	درصد
متخصص گوارش	۹۴	۱۰۰
پزشک عمومی	۱۲	۱۲/۸
متخصص دیگر	۱۵	۱۶
متخصص داخلی	۲۸	۱۵/۶
کلینیک (درمانگاه) خارج از بیمارستان	۸۹	۹۴/۷

بیماری التهاب روده نشان می دهد کیفیت خدمت کل از دیدگاه بیماران بسیار ضعیف و قابل تامل می باشد (۷/۲) و اغلب ابعاد نمره پایینی را کسب کرده اند. ابعاد استمرار خدمات، انتخاب ارائه کننده خدمت و اعتماد به ترتیب بیشترین امتیاز و ابعاد پیشگیری و گروه های حمایتی به ترتیب، کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده اند (جدول ۳).

در مطالعه ی حاضر، ابعاد "کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه"، "ارتباط و تعامل" و "پیشگیری"، به ترتیب بالاترین اهمیت را به خود اختصاص داده و ابعاد اعتماد، انتخاب ارائه کننده و ارتباط و تعامل نیز به ترتیب بهترین عملکرد را از دیدگاه گیرندگان خدمات داشته اند. همچنین، نتایج مرتبط با بررسی کیفیت خدمت مراقبت های ارائه شده به افراد مبتلا به

جدول ۳. ابعاد کیفیت خدمت (SQ) از دیدگاه افراد مبتلا به بیماری التهاب روده

ابعاد کیفیت خدمت	اهمیت (I)	عملکرد (P)	کیفیت خدمت (SQ)
انتخاب ارائه کننده ی خدمت	۷.۶۸ (۲.۷۳)	۰.۰۹ (۰.۲۸)	۹.۴۸ (۱.۸۶)
ارتباط و تعامل	۹.۱۲ (۱.۷۴)	۰.۲۲ (۰.۲۸)	۸.۰۰ (۲.۶۸)
داشتن اختیار	۷.۸۸ (۲.۴۸)	۰.۲۶ (۰.۳۵)	۸.۱۶ (۲.۸۴)
گروه های حمایتی	۶.۸۹ (۳.۵۰)	۰.۷۲ (۰.۳۶)	۵.۵۶ (۳.۴۹)
استمرار خدمات	۶.۲۷ (۱.۴۰)	۰.۳۸ (۰.۲۱)	۹.۵۰ (۱.۵۹)
کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه	۹.۴۴ (۱.۳۸)	۰.۳۲ (۰.۳۳)	۶.۹۱ (۳.۲۳)
احترام	۸.۶۹ (۱.۷۲)	۰.۲۵ (۰.۲۳)	۸.۱۱ (۲.۰۶)
توجه فوری و به موقع	۸.۹۳ (۲.۱۰)	۰.۴۰ (۰.۴۰)	۶.۵۴ (۳.۵۷)
ایمنی	۹.۱۰ (۱.۸۵)	۰.۳۸ (۰.۳۵)	۶.۵۱ (۳.۳۹)
پیشگیری	۹.۲۲ (۱.۶۵)	۰.۵۰ (۰.۴۴)	۵.۴۲ (۴.۲۷)
دسترسی	۸.۳۵ (۲.۲۶)	۰.۲۹ (۰.۳۰)	۷.۳۴ (۲.۹۵)
اعتماد	۷.۷۶ (۳.۷۹)	۰.۰۶ (۰.۲۴)	۹.۴۶ (۲.۵۵)
کل	۸.۳۴ (۰.۹۸)	۰.۳۳ (۰.۱۴)	۷.۲۱ (۱.۴۶)

نتایج جدول ۴ نشان می دهد بین امتیاز کیفیت خدمت کل و متغیرهای زمینه ای ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد ($P>0.05$).

جدول ۴. ارتباط متغیرهای زمینه ای با امتیاز کیفیت خدمت کل

P_Value	میانگین (انحراف معیار)	
جنس	مرد	۰/۵
	زن	(۱/۴) ۷/۱۱
سن	≤ 27	۰/۰۶۹
	۲۸-۴۰	(۱/۳۶) ۷/۲
	≥ 41	(۱/۵۱) ۶/۸
	≥ 41	(۱/۴۴) ۷/۶۶
BMI شاخص	≤ 18.5	۰/۶۱۵
	۱۸.۵۱-۲۵ (وزن طبیعی)	(۰/۹) ۷/۴۸
	۲۵.۰۱-۳۰ (اضافه وزن)	(۱/۵۸) ۷/۳۸
	>30 (چاق)	(۱/۳۷) ۷/۰۵
	>30 (چاق)	(۱/۴) ۶/۷۹
شغل	شاغل	۰/۸۳۱
	خانه دار	(۱/۵۹) ۷/۳۳
	بیکار	(۱/۲۹) ۷/۲
	در حال تحصیل	(۱/۵۵) ۶/۸۵
	بازنشسته	(۱/۲۳) ۶/۹۵
	دیپلم و پایین تر	(۱/۹۷) ۷/۵۷
سطح تحصیلات	تحصیلات دانشگاهی	۰/۱۷۲
	دارد	(۱/۴۲) ۷/۳۷
	ندارد	(۱/۵۱) ۶/۹۴
استمرار	دارد	۰/۲۷۳
	ندارد	(۱/۴۴) ۷/۳۱
	ندارد	(۱/۵۳) ۶/۹۳

و "اختیار" با شغل ارتباط آماری معنی دار وجود دارد. همچنین، نتایج آزمون آماری T مستقل نشان می دهد بین استمرار خدمات و بعد ایمنی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد و امتیاز بعد ایمنی در افرادی که استمرار خدمات برای آن ها رعایت نمی شد، پایین بوده است.

نتایج جدول ۵ نشان می دهد، براساس آزمون آماری ANOVA بین شاخص BMI با بعد "انتخاب ارائه کننده" و "ایمنی" ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($P<0.05$). یافته های حاصل از بررسی رابطه آماری بین شغل و ابعاد کیفیت خدمت نشان می دهد که بین ابعاد "انتخاب ارائه کننده"

جدول ۵: ارتباط امتیاز ابعاد کیفیت خدمت با متغیرهای زمینه ای

ابعد کیفیت خدمت	متغیر	دسته ها	میانگین (انحراف معیار)	P-value
انتخاب ارائه کننده	شاخص BMI	BMI ≤ ۱۸.۵	۶ (۴/۸۹)	۰/۰۰۱
		۱۸/۵۱-۲۵ (وزن طبیعی)	۹/۵۳ (۱/۸۷)	
		۲۵/۰۱-۳۰ (اضافه وزن)	۹/۸۵ (۰/۶)	
		> ۳۰ (چاق)	۹/۳۳ (۱/۸۸)	
ایمنی	شاخص BMI	≤ ۱۸.۵	۴/۱۶ (۱/۶۶)	۰/۰۳۵
		۱۸/۵۱-۲۵ (وزن طبیعی)	۷/۱۲ (۲/۹۸)	
		۲۵/۰۱-۳۰ (اضافه وزن)	۶/۵۷ (۳/۵۷)	
		> ۳۰ (چاق)	۳/۸۳ (۴/۱۵)	
انتخاب ارائه کننده	شغل	شاغل	۹/۷۸ (۱/۰۲)	۰/۰۱۴
		خانه دار	۹/۹۲ (۰/۴)	
		بیکار	۷/۸۳ (۲/۹۹)	
		در حال تحصیل	۹/۲۸ (۲/۶۷)	
اختیار	شغل	بازنشسته	۸ (۴/۴۷)	۰/۰۴۳
		شاغل	۸/۶۱ (۲/۱۹)	
		خانه دار	۸/۷۸ (۲/۷)	
		بیکار	۶/۵ (۴/۰۲)	
ایمنی	استمرار	در حال تحصیل	۶/۵۳ (۳/۵)	۰/۰۱۲
		بازنشسته	۸/۵ (۲/۵۹)	
		دارد	۷/۰۱ (۳/۳۷)	
		ندارد	۵/۰۲ (۳/۰۷)	

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه ی حاضر که با هدف بررسی کیفیت خدمت مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده در قالب ۱۲ بعد صورت گرفته است، نمره کیفیت خدمت کل از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات ۷/۲۱ بوده که نشان دهنده ی کیفیت بسیار پایین خدمات است. در این مطالعه ابعاد استمرار خدمات (SQ=۹/۵)، انتخاب ارائه کننده (SQ=۹/۴۸) و اعتماد (SQ=۹/۴۶) تنها ابعادی بودند که با کسب نمره ی بالاتر از ۹ به ترتیب از کیفیت مطلوبی برخوردار بودند. در مطالعه ی علیدوست نیز که با هدف بررسی کیفیت خدمت مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در تبریز انجام شده است (۱۱)، بعد استمرار تنها بعد دارای امتیاز بالاتر از ۹ بوده است. این در حالیست که در مطالعه ی تبریزی و همکاران که با هدف بررسی کیفیت خدمت مراقبت های افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در استرالیا در سال ۲۰۰۷ انجام شده است (۱۲)، تعداد زیادی از ابعاد (به ترتیب شامل کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه، گروه های حمایتی، اعتماد و احترام) نمره ی بالاتر از ۹ را کسب کردند و در مطالعه ی دیگری نیز که توسط تبریزی و همکاران با هدف ارزیابی کیفیت خدمت در فیزیوتراپی در تبریز انجام شده است (۱۳)، تعداد ابعاد با امتیاز بالاتر از ۹ بیشتر از مطالعه ی حاضر بوده است و در این مطالعه ابعاد توجه فوری و به موقع، اعتماد، کیفیت تسهیلات

و امکانات اولیه، ارتباط و تعامل و استمرار به ترتیب بالاترین امتیاز را به خود اختصاص داده اند.

در مطالعه ی حاضر، اغلب ابعاد (۹ بعد) امتیاز پایینی را به خود اختصاص دادند به طوری که ابعاد پیشگیری، گروه های حمایتی، ایمنی، توجه فوری و به موقع و کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه با کسب نمره ی کمتر از ۷، در سطح بسیار نامطلوبی قرار گرفتند در حالیکه در مطالعات تبریزی و همکاران در استرالیا (۱۲) و علیدوست در تبریز (۱۱) هیچ بعدی نمره ی پایین تر از ۷ را کسب نکرده و در مطالعه ی تبریزی و همکاران در تبریز (۱۳) نیز تنها دو بعد انتخاب ارائه کننده و ایمنی نمره ی پایین تر از ۷ را کسب کردند که این مطالعه از نظر پایین بودن نمره ی کیفیت بعد ایمنی با مطالعه ی حاضر همخوانی دارد و با توجه به مشابه بودن شرایط و محیط پژوهش در دو مطالعه ی فوق، می توان گفت در دستورالعمل ها و الزامات ملی ارائه ی خدمات سلامت، به بحث ایمنی (ارائه ی توضیحات کافی در مورد اهداف تجویز دارو و آزمایشات مختلف و همچنین عوارض داروها) توجه چندانی نشده در حالیکه این بعد از خدمات از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات از اهمیت قابل توجهی برخوردار بوده است.

در مطالعه ی حاضر، ابعاد پیشگیری (SQ=۵/۴۲) و گروه های حمایتی (SQ=۵/۵۶) به ترتیب کمترین امتیاز را به

خود اختصاص دادند. در حالیکه در مطالعه ی تبریزی و همکاران در استرالیا (۱۲) و تبریزی و همکاران در تبریز (۱۳)، پایین ترین امتیاز به بعد انتخاب ارائه کننده اختصاص داشت. این بعد از کیفیت خدمت (انتخاب ارائه کننده) در مطالعه ی حاضر، با کسب امتیاز ۹/۴۸ در رتبه ی ۲ قرار گرفته است که این امر را می توان به اهمیت پایین این موضوع از دیدگاه ارائه کنندگان نسبت داد.

بعد "استمرار خدمات" که در این مطالعه بالاترین امتیاز را به خود اختصاص داده است، به ارائه ی خدمات جامع، یکپارچه و مستمر اشاره داشته و ضمن توسعه ی تعامل و کاهش اطلاعات غلط و تکراری، اطمینان و راحتی بیماران را افزایش و منجر به جلب اعتماد آن ها می شود. استمرار خدمات باعث بهبود مدیریت بیماری و رضایت بیماران مبتلا به بیماری های مزمن می شود (۱۴، ۱۵) و در بیماری التهاب روده نیز یکی از مولفه هایی که باید بیش از پیش مورد توجه واقع شود، استمرار خدمات می باشد (۵). در مطالعه ی هنبرجر (Hanberger) و همکاران نیز که در سال ۲۰۰۶ در سوئد انجام شده است، این بعد از کیفیت از شرایط مطلوبی برخوردار بوده است (۱۶). در حالیکه مطالعه ی تبریزی و همکاران در استرالیا (۱۲) نتایج متفاوتی را نشان می دهد (۱۲).

بعد "انتخاب ارائه کننده" به بررسی حق انتخاب شخص برای انتخاب واحد ارائه کننده، پزشک دلخواه و حق تغییر ارائه کننده ی قبلی پرداخته و عواملی چون قیمت خدمات ارائه شده، فاصله تا مرکز ارائه کننده، شیوه ی درمان و نوع مرکز ارائه کننده ی خدمت در آن دخیل می باشند (۱۷). این بعد از کیفیت با نمره ی ۹/۴۸ کیفیت مطلوبی را نشان می دهد. در حالیکه شرکت کنندگان در مطالعه ی تبریزی و همکاران (۲۰۰۷) به نتایج متفاوتی در این بعد از کیفیت دست یافتند (۱۲).

بعد دیگری از کیفیت خدمات که در این مطالعه نمره ی مطلوبی را کسب کرده است بعد "اعتماد" می باشد. این بعد از کیفیت خدمات به رازداری ارائه کنندگان خدمات و اطمینان از اطلاعات ارائه شده و ثبت شده در پرونده ی پزشکی اشاره دارد. مطالعات تبریزی و همکاران در استرالیا (۱۲) و تبریزی و همکاران در تبریز (۱۳) نیز نتایج مشابهی را نشان می دهد. بعد اختیار به دخیل کردن بیماران در جریان درمان و مشارکت دادن آنها در تصمیم گیری های مربوطه، رد یا قبول درمان و اخذ رضایت اشاره داشته و منجر به حمایت از بیماران در برابر مداخلات ناخواسته می شود. دیدگاه های متفاوتی نسبت به بعد اختیار و اهمیت مشارکت دادن دریافت کنندگان خدمات در مراحل مختلف مراقبت وجود دارد. به طوریکه در بعضی از جوامع به اهمیت این موضوع چندان تاکید نشده (۱۸) ولی در جوامع دیگر تاثیرات مهم آن از جنبه های مختلف بررسی شده است (۱۹، ۲۰). در

مطالعه ی حاضر نیز اکثریت شرکت کنندگان به اهمیت بالای این موضوع اذعان داشته اند در حالیکه در عمل عملکرد نسبتاًضعیفی داشته است ($SQ=N/16$) و این امر نشان دهنده ی جایگاه نامناسب مشارکت دادن بیماران در فرآیند مراقبت و تصمیم گیری های مربوطه است. در حالیکه در مطالعه ی تبریزی و همکاران در استرالیا (۱۲)، بعد اختیار و مشارکت دادن بیماران در مراقبت ها از وضعیت مطلوبی برخوردار بوده و این امر در کشور توسعه یافته ای مثل استرالیا که جایگاه دریافت کنندگان خدمات در بهبود ارائه ی خدمات سلامت امری تثبیت شده است، منطقی به نظر می رسد.

بعد دیگری از خدمات که از نظر امتیاز وضعیت مشابهی با بعد اختیار دارد، بعد "احترام" می باشد. این بعد به ارائه ی خدمات در یک محیط غیر تبعیض آمیز و همراه با احترام به نیازها، انتظارات و تفاوت های فردی و انجام تعهدات و همچنین احترام به حریم خصوصی اشاره داشته و یکی از مولفه های بسیار مهم از نگاه مشتری ها در حوزه کیفیت خدمات است. در مطالعه ی عبدالهادی (Abdulhadi) و همکاران در سال ۲۰۰۷ که در عمان انجام شد، یکی از مولفه های موثر بر کیفیت خدمات "احترام به حریم خصوصی" بوده که به دلیل ورود سایر بیماران و همچنین همکاران پزشک خدشه دار شده و نتیجه ی آن عدم احساس راحتی بیماران برای بیان مشکلات است (۲۱). در مطالعه ی حاضر، بعد احترام با نمره ی ۸/۱۱ از کیفیت پایینی برخوردار بوده و یافته های فوق با نتایج مطالعه ی تبریزی و همکاران در استرالیا (۱۲) و تبریزی و همکاران در تبریز (۱۳) همخوانی دارد. به طوری که دریافت کنندگان خدمات در همه ی مطالعات فوق، به اهمیت بالای احترام به حریم خصوصی، احترام به باورها و فرهنگ افراد و همچنین حمایت عاطفی تاکید داشته و شرایط متفاوت زندگی و اعتقادات افراد تاثیری در اهمیت آن نداشته است.

در این مطالعه، بعد "ارتباط و تعامل" که به برقراری ارتباط مناسب و صمیمی بین بیمار و ارائه کنندگان و ارائه ی واضح و قابل درک اطلاعات به بیماران اشاره می کند، از کیفیت نسبتاً پایینی (۸) برخوردار بوده است؛ به طوری که اهمیت این بعد از خدمات، با کسب امتیاز بیشتر از ۹، قابل توجه بوده است. به طوری که در مطالعات تبریزی و همکاران در استرالیا (۱۲) و تبریزی و همکاران در تبریز (۱۳)، نیز به اهمیت بسیار بالای این موضوع تاکید شده است.

بعد "دسترسی" که شامل دسترسی اقتصادی، جغرافیایی و فرهنگی است، از کیفیت پایینی (۷/۳۴) برخوردار بوده است و در مطالعه ی تبریزی و همکاران در استرالیا (۱۲)، نیز، این بعد از کیفیت خدمات با اهمیت پایین و عملکرد ضعیف، امتیاز پایینی را به خود اختصاص داده است.

خدمات به اهمیت بالای این بعد و عملکرد ضعیف ارائه کنندگان تاکید داشته اند.

بررسی رابطه ی آماری براساس آزمون های آماری ANOVA و T مستقل برحسب ماهیت متغیرها نشان می دهد بین کیفیت خدمت کل و هیچ یک از متغیرهای زمینه ای ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد که مطالعه ی تیریزی و همکاران در تبریز نیز نتایج مشابهی را نشان می دهد (۱۳) در حالیکه در مطالعه ی تیریزی و همکاران در استرالیا بین کیفیت خدمت کل با سن و شغل رابطه ی آماری معنی داری وجود دارد (۱۲).

همچنین یافته ها حاکی از آن است که بین شاخص BMI با انتخاب ارائه کننده و ایمنی رابطه ی آماری معنی داری وجود دارد. به طوری که نمره ی کیفیت خدمت بعد انتخاب ارائه کننده در افراد لاغر یا کم وزن ($BMI \leq 18.5$) و بعد ایمنی در افراد چاق ($BMI > 30$) نسبت به سایر گروه ها پایین بوده است. پایین بودن نمره ی کیفیت بعد ایمنی در افراد چاق را می توان به اهمیت بالای این بعد از خدمات (اهمیت توضیحات ارائه شده توسط ارائه کنندگان خدمات درباره ی هدف از تجویز داروها و آزمایشات و عوارض آن ها)، نسبت داد. این در حالیکه که هیچ کدام از مطالعات تیریزی و همکاران در استرالیا (۱۲)، تیریزی و همکاران در تبریز (۱۳) و علیدوست در تبریز (۱۱) چنین نتیجه ای را نشان نمی دهند.

در مطالعه ی حاضر، بین شغل با انتخاب ارائه کننده و اختیار و همچنین استمرار خدمات با ایمنی اختلاف آماری معنی داری وجود دارد. به طوری که امتیاز ابعاد "انتخاب ارائه کننده" و "اختیار" در افراد بیکار پایین تر از سایر گروه های شغلی بوده است که این مسئله نشان دهنده ی تاثیر شغل بیماران و به تبع آن جایگاه اجتماعی و اقتصادی آن ها در انتظارات آن ها از ارائه کنندگان و همچنین نحوه ی عملکرد ارائه کنندگان دارد. به طوریکه ارائه کنندگان توجه چندانی به مشارکت دادن بیماران در فرآیند مراقبت (بعد اختیار) نداشتند. همچنین، در این مطالعه بین سن و ابعاد کیفیت خدمت رابطه ی آماری معنی داری وجود نداشت در حالیکه در مطالعه ی تیریزی و همکاران در استرالیا (۱۲) بین سن با ابعاد ارتباط، اختیار، گروه های حمایتی، احترام و پیشگیری ارتباط آماری معنی داری وجود داشت.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه کارکنان بخش های گوارش، آندوسکوپی و درمانگاه بیمارستان امام رضا تبریز و کلینیک گلگشت تبریز و همچنین بیماران و همراهان شرکت کننده در مطالعه نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

در این مطالعه، بعد "کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه" که به وضعیت ظاهری مرکز ارائه کننده و پرسنل، کافی بودن صندلی و فضای مورد نیاز بیماران، تهویه ی مناسب، پاکیزگی، سرویس های بهداشتی و فضای مرکز اشاره دارد، با کسب نمره ی ۶/۹۱ از کیفیت پایینی برخوردار بوده است. در حالیکه در مطالعه ی تیریزی و همکاران در استرالیا (۱۲) و تیریزی و همکاران در تبریز (۱۳) این بعد از کیفیت از سطح مطلوبی برخوردار بوده است.

یکی دیگر از مولفه های کیفیت خدمت "توجه فوری و به موقع" می باشد که به دسترسی سریع به خدمات مورد نیاز و ارائه ی خدمات در کوتاه ترین زمان ممکن می پردازد. که در این مطالعه، از کیفیت پایینی (۶،۵۴) برخوردار بوده است. در حالیکه در مطالعه ی تیریزی و همکاران در استرالیا (۱۲) و تیریزی و همکاران در تبریز (۱۳) این بعد از وضعیت مطلوبی برخوردار بوده است.

از دیگر ابعاد بسیار مهم که در همه ی سیستم های بهداشتی مطرح است، بعد ایمنی است که در مورد بیماری التهاب روده نیز، انجام اقدامات ضروری از قبیل آموزش جنبه های مرتبط با ایمنی امری ضروری به نظر می رسد (۵). در این مطالعه، این بعد از کیفیت با وجود اینکه از اهمیت بسیار بالایی برخوردار بوده ولی در عمل کیفیت بسیار پایینی (۶/۵۱) را نشان می دهد.

"گروه های حمایتی" بعد دیگری از کیفیت خدمات است که در وضعیت های مرتبط با سلامتی و بیماری های مختلف به ویژه بیماری مزمن اهمیت قابل توجهی دارد و به امکان دسترسی بیماران و همراهان آن ها به شبکه های حمایتی و تیم های آموزشی با حضور متخصصین مربوطه و سایر افراد با شرایط مشابه اطلاق می شود. در مطالعه ی حاضر، این بعد از کیفیت، علی رغم اهمیت پایین و به دلیل عملکرد نامطلوب، از سطح بسیار پایینی برخوردار بوده است و این امر نشان دهنده ی عدم آشنایی دریافت کنندگان خدمات با این مقوله و جایگاه مهم آن در بهبود سلامتی بوده و از این رو ارائه کنندگان خدمات نیز به این موضوع توجه چندانی ندارند. در حالیکه در مطالعه ی دیگری که توسط تیریزی و همکاران در استرالیا (۱۲) انجام شده است این بعد با اهمیت بالا و عملکرد بسیار مطلوب، نمره ی بالایی را به خود اختصاص داده است.

بعد پیشگیری که در این مطالعه، پایین ترین امتیاز را به خود اختصاص داده است، به توضیحات ارائه شده توسط پزشکان در مورد نشانه ها و پیشرفت بیماری و همچنین خودمراقبتی بیماران اشاره دارد. این نتایج با یافته های مطالعه ی تیریزی و همکاران در استرالیا (۱۲) و تیریزی و همکاران در تبریز (۱۳) همخوانی داشته و در همه ی مطالعات فوق، دریافت کنندگان

References:

- O'Kane ME. The essential guide to health care quality, 2007, Available from: http://www.kdheks.gov/hcf/news/download/04172007_NCQA_Health_Quality.pdf
- Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinoer I. Assuring The Quality of Health Care in the European Union. The European Observatory on Health Systems and Policies. 2008.
- Tabrizi JS. Quality of delivered care for people with type 2 diabetes: A new patient-centred model. *Journal of research in health sciences*. 2009;9(2):1-9.
- Al-Momani K. E- Service quality, ease of use, usability and enjoyment as antecedents of E-CRM performance: An Empirical investigation in Jordan mobile phone services. *The Asian Journal of Technology Management (AJTM)* 2009;2(2):50-63.
- Crohn's & Colitis Australia. Improving Inflammatory Bowel Disease care across Australia, 2013, Available from: https://www.crohnsandcolitis.com.au/content/PwC_report_2013.pdf
- Stone C. The economic burden of inflammatory bowel disease: clear problem, unclear solution. *Dig Dis Sci*. 2012;57(12):4-3042.
- Ebrahimi-daryani N, Mohamadi H, Ayramlou M. Clinical and Epidemiological Characteristics in Ulcerative Colitis patients referred to Imam Hospital, 1995-2000. *The journal of medical faculty*. 2001;4:80-5.
- فاخری ح. بیماری التهاب روده، گزارش ۳۰۲ مورد. *مجله گوارش*. ۱۳۸۶؛ ۱۲(۳): ۶۰-۱۵۵.
- زاهدی م، درویش مقدم ص، عباسی م، دلیرثانی ز. مشخصات دموگرافیک و یافته های بالینی بیماران کولیت اولسروز شهر کرمان در سال های ۱۳۸۴-۸۶. *مجله ی دانشگاه علوم پزشکی کرمان*. ۱۳۸۷؛ ۱۶(۱): ۴۵-۵۳.
- Tabrizi J. Quality of Health Care: The Patients' Perspective on Quality of Care for Type 2 Diabetes: The University of Queensland Australia; 2007.
- علیدوست س. ارزیابی کیفیت خدمت در مراقبت های بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی: دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ ۱۳۹۰
- Tabrizi J, O'rourke P, Wilson A, Coyne T. Clinical care and delivery service quality for type 2 diabetes in australia: the patient perspectives. *Diabetic medicine*. 2007;25:7-612.
- تبریزی ج ص، غربی ف، اسکویی م، اصغری جعفرآبادی م. کیفیت ارائه ی خدمت در فیزیوتراپی از دیدگاه خدمت گیرندگان. *جنتاشاپیر*. ۱۳۹۲؛ ۴(۱): ۵۳-۶۳.
- Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Family Practice* 2007;24(3):51-245.
- Stenner K, Courteny M, Carey N. Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48:37-46.
- Hanberger L, Ludvigsson J, Nordfelt S. Quality of care from the patient's perspective in pediatric diabetes care. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2006;72:197-205.
- Tembon A. Health care provider choice: the north west province of cameroon. *International journal of health planning and management*. 1996;11:53-67.
- Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, Nishigaki E, Fukui T, Shimbo T, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Family Practice*. 2004;5:1-10.
- Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health* 2005;15(4):60-355.
- Hajos T, Polonsky W, Twisk J, Dain M, Snoek F. Do physicians understand Type 2 diabetes patients' perceptions of seriousness; the emotional impact and needs for care improvement A cross-national survey. *Patient Education and Counseling*. 2011;85:63-258.
- Abdulhadi N. Patient-provider interaction from the perspectives of type 2 diabetes patients in Muscat: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2007;7:162.