

تصویر سلامت

دوره ۵ شماره ۱ سال ۱۳۹۳ صفحه ۳۰ - ۲۲

کیفیت مشتری در مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده در شهر تبریز در سال ۹۱

رویا حسن زاده^۱، جعفرصادق تبریزی^۲، محمد حسین صومی^۳، محمد اصغری جعفرآبادی^۴، فرید غریبی^{۵*}

چکیده

زمینه و اهداف: کیفیت مشتری یکی از ابعاد مهم کیفیت در خدمات سلامت می باشد که بر دانش، نگرش و مهارت های گیرنده خدمت برای ایفای نقش مؤثر در فرایند درمان اشاره دارد. مطالعه حاضر درصدد ارزیابی میزان کیفیت مشتری در مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده یا [Inflammatory Bowel Disease] (IBD)، در شهر تبریز در سال ۹۱ می باشد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک بررسی توصیفی - مقطعی می باشد که جامعه هدف آن را تعداد ۹۴ نفر از افراد مبتلا به بیماری التهاب روده دارای پرونده مراقبتی در بیمارستان امام رضا (ع) و کلینیک تخصصی گلگشت تبریز تشکیل می دادند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ۱۹ گویه ای است که روایی آن توسط ۱۰ نفر از صاحب نظران، و پایایی آن با انجام یک مطالعه مقدماتی و محاسبه همسانی درونی ($\alpha=0/78$) بررسی و تأیید گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS17 استفاده شد.

یافته ها: میانگین نمره کیفیت مشتری در بیماران مبتلا به التهاب روده $70/63(\pm 9/67)$ بدست آمد. تمامی شرکت کنندگان امتیازات مرحله اول خودمدیریتی را کسب کرده بودند، ولی در نهایت ۱۱/۷٪ آنان بیشترین امتیازات کیفیت مشتری را گزارش نمودند و قادر بودند در شرایط متغیر مثل استرس و مشکلات مالی، مراقبت های خود را ادامه دهند. همچنین بین کیفیت مشتری با سطح تحصیلات افراد، رابطه معنی دار وجود داشت ($P=0/05$)، به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، نمره کیفیت مشتری نیز افزایش پیدا می کرد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج بدست آمده از این مطالعه حاکی از آن است که وضعیت کیفیت مشتری در جامعه مورد بررسی، در حد نسبتاً قابل قبول می باشد؛ اما مشکلات عمده ای در برخی از حیطه ها مشهود است، که این امر لزوم توجه و مداخله مدیران و سیاستگذاران عرصه بهداشت و درمان را گوشزد می نماید.

کلیدواژه ها: کیفیت مشتری، بیماری های التهابی روده

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی درمانی تبریز

۲. دانشیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز،

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. استاد و فوق تخصص گوارش و کبد، رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

۴. استادیار گروه آموزشی آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

۵. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

تبریز (Email: gharibihsa@gmail.com)

مقدمه

بدون شک رسالت اصلی نظام های سلامت، ارتقای سطح سلامت جامعه است و با توجه به اینکه بحث کیفیت در بر گیرنده شاخص های مهمی نظیر: کارایی، اثربخشی، تناسب، تداوم، ایمنی، توانمندی، پاسخگویی، عدالت و ظرفیت می باشد، که چالش های اصلی جوامع مختلف در حوزه سلامت می باشند، اهمیت مطالعه کیفیت هر چه بیشتر نمود پیدا می کند (۱).

کیفیت خدمات بهداشتی، میزان دستیابی به مطلوب ترین برآیندهای سلامتی است (۲)، به گونه ای که خدمات ارائه شده اثربخش، کارا و به صرفه باشد (۳). انجمن پزشکی آمریکا (IQM) [Institute of Medicine] نیز معتقد است، کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، سطحی از خدمات بهداشتی است که قابل استفاده برای عموم مردم بوده و احتمال نتایج بهداشتی مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه ای روز باشد (۴-۶).

سنجش کیفیت مراقبت ها پیش شرط اصلی برای بهبود کیفیت می باشد (۷). به عبارت دیگر، جهت بهبود بخشیدن به نتایج خدمات و مراقبت ها از سنجش و اندازه گیری کیفیت خدمات بهداشتی استفاده می شود، که هدف اصلی آن بهبود خدمات و به بیان دقیق تر تشخیص نقاط ضعف برای تقویت برنامه هاست (۸).

علی رغم تلاش های صورت گرفته به منظور شناسایی و سنجش ابعاد مختلف کیفیت، اما غالباً این مفهوم تنها از دو جنبه کیفیت فنی [Technical Quality] (TQ)، کیفیت خدمت [Service Quality] (SQ)، مورد بررسی قرار گرفته است. کیفیت فنی آن چیزی است که مشتری دریافت می کند؛ در مقایسه با آن چیزی که بر اساس شواهد علمی به عنوان استاندارد خدمت معرفی شده است؛ که غالباً انعکاسی از دانش، مهارت و توانمندی های ارائه کننده خدمت می باشد. کیفیت خدمت نیز به شرایط و چگونگی دریافت خدمت توسط گیرنده خدمت مربوط بوده و اغلب نشان دهنده روش ارائه خدمت و محیطی است که خدمت یاد شده در آن ارائه می شود (۹).

با توجه به اینکه مؤلفه های مؤثر در ارائه خدمات سلامت در سه حیطه ارائه دهنده، محیط و فرایند ارائه خدمت و گیرنده خدمت می باشند، لذا به نظر می رسد بعد بسیار مهم و حیاتی دیگری که در ارائه خدمات بهداشتی درمانی به غفلت سپرده شده است، شامل جنبه مرتبط با مشتریان و توانمندسازی آنان برای مشارکت مؤثر در فرایند درمان می باشد. بر اساس مدلی که توسط دکتر تبریزی و همکاران در سال های اخیر ارائه شده است (۱۰)، بعد کیفیت مشتری [Customer Quality] (CQ)، به دو بعد قبلی اضافه شده است.

این بعد مربوط به کیفیت، به دانش گیرنده خدمت در قبال خدمتی که دریافت می کند و ویژگی ها و توانمندی های او توجه دارد. بی تردید این حیطه از کیفیت، تأثیر چشم گیری بر نحوه ارائه و دریافت خدمت دارد، چرا که باعث بهبود قابلیت و توانمندی هایی که باعث مشارکت هر چه بیشتر و بهتر گیرنده خدمت در فرایند ارائه خدمت، مشارکت او در موارد ضروری، دخالت در تصمیم گیری های کلیدی، تعامل سازنده با ارائه کننده خدمت و ... می شود. بنابراین جهت ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، ابتدا باید ظرفیت مشتریان نظام سلامت را از نظر دانش، مهارت و اعتماد به نفس آنها افزایش داد، چرا که با توسعه در این حوزه، توانایی بیماران جهت خود مدیریتی، استفاده بهینه از خدمات نظام سلامت و مشارکت در تصمیم گیری با ارائه دهندگان خدمات نیز افزایش خواهد یافت. بررسی های مختلف نشان می دهند که کیفیت مشتری و اجزای مرتبط با آن نقش مهمی در مدیریت بیماری های مزمن دارد (۱۱). از آنجایی که بیماری های التهابی روده نیز مزمن هستند و معمولاً در سنین جوانی بروز می کنند، لذا ارتقای تمامی ابعاد کیفیت در مراقبت های مرتبط با این بیماری، نقش ارزنده ای در سلامت این بیماران و رضایت خانواده های آنان ایفا خواهد کرد (۱۲). بیماری های التهابی روده عموماً شامل دو بیماری ایدیوپاتیکی (با علت ناشناخته) [Idiopathic] کولیت اولسراتیو (UC) [Ulcerative Colitis]، و بیماری کرون (CD) [Crohn's Disease]، می باشند. این بیماری ها در کشورهای توسعه یافته بروز و شیوع بیشتری نسبت به کشورهای در حال توسعه آسیایی دارند (۱۳). مطالعات جمعیتی اخیر شیوع بیماری های التهابی روده را در حدود یک بیمار به ازای هر ۲۰۰ نفر در جمعیت های اروپای شمالی گزارش کرده اند (۱۴). در کشور ایران نیز همانند سایر کشورهای آسیایی، گزارش ها حاکی از افزایش بروز و شیوع بیماری های التهابی روده به ویژه کولیت اولسراتیو است (۱۵-۱۸). مطابق گزارش ملک زاده و همکاران در خصوص وضعیت بیماری های التهابی روده، این بیماری تا سال ۱۹۸۵ در ایران نادر بوده و پس از آن افزایش یافته است (۱۹ و ۲۰). از آنجا که مطالعات قبلی انجام شده در ایران، از سیستم ملی ثبت اطلاعات بیماران استفاده نکرده اند و بیشتر بیمارستان محور و گذشته نگر بوده اند، اطلاعات اپیدمیولوژیکی شفافتری از میزان شیوع این بیماری ها در ایران وجود ندارد.

این بیماری ها غالباً با علل ناشناخته بروز نموده و به واسطه مشکلات سیستم ایمنی فرد ایجاد می شوند (۲۱). بر طبق آمارهای منتشر شده جهانی، میزان بروز کولیت اولسراتیو در چند دهه گذشته ثابت بوده، اما میزان بروز بیماری کرون به تدریج رو به افزایش است (۲۱ و ۲۲). بعضی مناطق به طور

گیرندگان خدمات سلامت مناسب ترین افراد برای شناسایی اولویت ها و نیازهای مراقبتی و خودمدیریتی هستند (۳۱)، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت مشتری در مراقبت های بیماران التهابی روده از نگاه بیماران انجام گرفته است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک بررسی توصیفی - مقطعی می باشد. جامعه هدف آن را افراد دارای التهاب مزمن روده تشکیل می داد که در تابستان سال ۹۱ برای دریافت مراقبت به بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کلینیک تخصصی و فوق تخصصی گلگشت تبریز مراجعه نمودند. حجم نمونه با مطالعه پایلوت ۳۰ نفر از بیماران و با استفاده از فرمول حجم نمونه ۹۴ نفر محاسبه شد، نمونه ها از بیماران دارای پرونده پزشکی در بخش گوارش، بخش آندوسکوپی و درمانگاه گوارش بیمارستان امام رضا (ع) و همچنین بیماران دارای پرونده پزشکی در کلینیک گلگشت انتخاب شدند.

روش نمونه گیری در این پژوهش از نوع تصادفی ساده بود و معیار های ورود در مطالعه شامل ابتلا به یکی از دو نوع بیماری التهابی روده (کولیت اولسراتیو یا بیماری کرون)، سکونت در استان آذربایجان شرقی، تشخیص بیماری فرد حداقل از یک سال پیش و تحت درمان بودن در زمان حال در بیمارستان امام رضا (ع) و کلینیک گلگشت تبریز بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم توانایی لازم برای پاسخگویی به سؤالات، عدم تمایل به شرکت در مطالعه و بیماران دارای بیماری های همراه مانند بیماری های قلبی و عروقی بود.

کیفیت مشتری بر اساس پرسشنامه تبریزی و همکاران [Comprehensive Quality Measurement of (CQMH-CQ) Health care - Customer Quality] (۳۲) بررسی شد. پرسشنامه ۱۶ گویه ای به منظور تعیین روایی بین ۱۱ نفر از صاحب نظرانی که سابقه فعالیت در زمینه کیفیت مراقبت های سلامت را داشتند، توزیع شد که در نهایت ۱۰ نفر از آنان نظرات خود را اعلام کردند (میزان پاسخدهی، ۹۱ درصد) [Response Rate] و بعد از اعمال نظرات آنان روایی صوری (Face Validity) و محتوایی (Content Validity) پرسشنامه بررسی شد و تمامی گویه های پرسشنامه توسط شاخص های CVI (Content Validity Ratio) و CVI (Content Validity Index) به ترتیب با نمرات ۱ و ۰/۸۹ مورد تأیید قرار گرفته و ۳ گویه نیز بر اساس نظرات متخصصین به گویه های قبلی افزوده شد. پایایی (Reliability) پرسشنامه هم با استفاده از مطالعه پایلوت با تعداد ۳۰ نمونه به روش همسانی درونی و با محاسبه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ محاسبه شد.

ثابت میزان بروز بالای بیماری کرون در حد ۶ در ۱۰۰۰۰۰ (ایالات متحده) (۱۳) و ۳/۴ در ۱۰۰۰۰۰ در ایتالیا (۲۳) داشته اند. درحالی که میزان بروز بیماری در سایر کشورها افزایش مداوم نشان می دهد. مثلاً ۴/۱ در ۱۰۰۰۰۰ (در دانمارک) (۲۴) و ۵/۹ در ۱۰۰۰۰۰ (در انگلستان) (۲۵) و ۱۴/۶ در ۱۰۰۰۰۰ (در کانادا) (۲۶). اما به نظر می رسد که در مورد بیماری کولیت اولسرو میزان بروز در کشورهای غربی در حد ۸/۱ در ۱۰۰۰۰۰ (در دانمارک) (۲۷)، ۸/۳ در ۱۰۰۰۰۰ (در آمریکا) (۱۳) و ۱۴/۳ در ۱۰۰۰۰۰ (در کانادا) (۲۶) ثابت باقیمانده است. به طور کلی خطر ایجاد بیماری های التهابی روده در مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی، در سطح بالاتر اجتماعی اقتصادی و همچنین در کشورهای توسعه یافته بیشتر از کشورهای در حال توسعه است (۲۸).

بیماری التهابی روده تأثیرات منفی بسیاری بر زندگی شغلی و اجتماعی افراد مبتلا خواهند گذاشت. فرد مبتلا به بیماری های التهابی روده به دلیل مصرف مداوم دارو، بستری شدن های مداوم، جراحی و سایر تبعات این بیماری ها تحت تأثیر قرار می گیرد، به همین دلیل باید سیستمی وجود داشته باشد که پاسخگوی نیازهای این بیماران باشد. این بیماری ها می توانند کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و حتی اعتماد به نفس بیمار را تحت تأثیر قرار داده و مانع لذت بردن فرد از زندگی خود شوند. در این حالات ممکن است بیماران واکنش هایی مثل اضطراب، افسردگی، انکار بیماری یا وابستگی نشان دهند. هرگاه این واکنش های روحی در عملکرد روزانه فرد تأثیر بگذارد، باید در مورد آن ها اقدامی صورت بگیرد. این اقدام می تواند توسط خود شخص، اقوام، دوستان، پزشک معالج یا مشاور بهداشت روان انجام شود (۲۱).

با توجه به اهمیت بیماری های غیر واگیر و تأثیر شدیدی که بر ناتوان کنندگی افراد و همچنین وضعیت اقتصاد کشورها دارد، مجمع جهانی بهداشت نیز برنامه ی سال ۲۰۰۷ را با عنوان "پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر: اجرای استراتژی جهانی" اعلام کرد (۲۹). همچنین با توجه به اهمیت بحث خودمراقبتی در بیماری های مزمن، شعار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴ میلادی، "یک عمر سلامت با خود مراقبتی" اعلام شده است (۳۰).

بر اساس یافته های فونل تانگ و اندرسون، در بیماری های مزمنی مانند دیابت، بیماری های التهابی روده و ... توانمند سازی بیماران بدلیل لزوم خودمدیریتی آنها و اهمیت تصمیماتی که بیماران به طور روزانه در مورد وضعیت سلامتی خود در حوزه هایی مانند وضعیت تغذیه و فعالیت ورزشی می گیرند از اهمیت ویژه ای برخوردار است و نیازسنجی این دسته از بیماران در رابطه با خود مدیریتی از ضرورت های انکار ناپذیر می باشد. با توجه به این که

سلامتی یا مشارکت فعال (Active Involvement) و "تداوم (Continuity under Pressure) روند مراقبت حتی در شرایط بحرانی و استرس"، نمرات خام کیفیت مشتری محاسبه شد و نقاط برش برای تعیین نمره کیفیت مشتری در هر مرحله خودمدیریتی مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۱).

برای گزارش دهی نتایج بررسی متغیرهای کیفی از فراوانی (درصد) و برای متغیرهای کمی از میانگین (انحراف معیار) استفاده شد و در تمامی تحلیل‌ها از نرم افزار SPSS17 استفاده گردید. برای بررسی وجود و یا عدم وجود ارتباط معنی دار بین نمره کیفیت مشتری با فاکتورهای اسمی دوحالتی از آزمون T و برای فاکتورهای اسمی چندحالتی از ANOVA استفاده شد و P value کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

نمره نهایی کیفیت مشتری برای مراحل خودمدیریتی نیز با نمره دهی به پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بر اساس: کاملاً مخالفم (=۱)، مخالفم (=۲)، نظری ندارم (=۳)، موافقم (=۴) و کاملاً موافقم (=۵) محاسبه شد، که بعد از نمره دهی اولیه گزینه‌های نظری ندارم (=۳) و بدون پاسخ بر اساس میانگین نمره سایر گزینه‌ها نمره‌گذاری شد.

بر اساس دستورالعمل هیبارد و همکارانش در پرسشنامه نهایی CQ، ۴ مرحله‌ی تعریف شده‌ی کیفیت مشتری برای دستیابی به خودمدیریتی و سنجش دانش و توانمندی گیرندگان خدمت در ارتقای کیفیت خدمات دریافتی، شامل "اعتقاد (Belief) بیمار به اینکه نقش او در امر درمان مهم است"، داشتن دانش کافی، مهارت و اعتماد به نفس [Knowledge, Scale & Confidence] (KFC)، برای انجام فعالیت‌های مرتبط با روند درمان، "تلاش برای حفظ و بهبود

جدول ۱: نقطه برش‌های امتیازات کیفیت مشتری برای مراحل خودمدیریتی

مراحل خودمدیریتی بیمار	گویه‌های پرسشنامه	نمره کیفیت مشتری
اعتقاد و باور	گویه‌های ۱ و ۲	۱۶ و کمتر
دانش، مهارت و اعتماد به نفس	گویه‌های ۳ تا ۱۲	۱۶/۰۱-۵۰
مشارکت و اقدام فعال	گویه‌های ۱۳ تا ۱۷	۵۰/۰۱-۸۳
استمرار در شرایط سخت	گویه‌های ۱۸ و ۱۹	۸۳/۰۱ و بالاتر

اغلب بیماران شرکت‌کننده در مطالعه، بومی، غیرسیگاری، دارای دفترچه بیمه، شاغل، با وزن طبیعی و دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر بودند (جدول ۲).

یافته‌ها

در این مطالعه، زنان و مردان، همچنین گروه‌های سنی مختلف، سهم تقریباً یکسانی از شرکت در مطالعه داشتند.

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک بیماران مبتلا به التهاب روده

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۵۱/۱
	≤۲۷	۳۴/۰
سن	۲۸ - ۴۰	۳۴/۱
	≥۴۱	۳۱/۹
سابقه سیگار	ندارد	۸۶/۲
محل سکونت	تبریز (بومی)	۵۸/۵
	شهرستان/روستا (غیربومی)	۴۱/۵
وضعیت بیمه	دارد	۹۶/۸
سطح تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۶۲/۸
	دانشگاهی	۳۷/۲
شغل	شاغل	۴۴/۷
	خانه‌دار	۲۶/۶
	بیکار	۸/۵
	محصل	۱۴/۹
	بازنشسته	۵/۳
	≤۱/۵	۴/۳
BMI (Body Mass Index)	۱۸/۵۱-۲۵ (وزن طبیعی)	۵۰
	۲۵/۰۱-۳۰ (اضافه وزن)	۳۷/۲
	>۳۰ (چاق)	۸/۵

سلامت را داشتند. تمامی شرکت کنندگان امتیازات مرحله اول خودمدیریتی را کسب کرده بودند. تنها یک نفر (۱/۱٪) از شرکت کنندگان در مطالعه، نتوانسته بود علیرغم داشتن دانش، مهارت و اعتماد به نفس در مورد بیماری خود، نقش فعالی در مواجهه با مشکلات مرتبط با سلامتی اش داشته باشند و در مقابل، اکثر بیماران (۹۹/۹٪)، مشارکت فعال خود را با ارائه کنندگان مراقبت ها گزارش نموده بودند (جدول ۳).

فراوانی و درصد افراد ابقا شده در هر مرحله از مراحل خودمدیریتی در جدول ۳ ارائه شده است. در این جدول فراوانی و درصد ارائه شده در هر مرحله بدین معنی است که افراد شرکت کننده، امتیاز مراحل قبلی و آن مرحله از خودمدیریتی را کسب کرده، اما هنوز نتوانسته اند امتیاز مرحله بعد را به دست آورند. بر این اساس، فقط ۱۱/۷٪ از بیماران مورد مطالعه، هر ۴ مرحله را پشت سر گذاشته و توانایی حفظ و استمرار تغییرات در سبک زندگی خود در جهت ارتقای

جدول ۳. فراوانی و درصد افراد ابقا شده در هر مرحله خودمدیریتی

ردیف	مرحله	تعداد	درصد
۱	اعتقاد و باور	۰	۰
۲	دانش، مهارت و اعتماد به نفس	۱	۱/۱
۳	مشارکت و اقدام فعال	۸۲	۸۷/۲
۴	استمرار در شرایط سخت	۱۱	۱۱/۷

دانشگاهی نقش فعال خود در مواجهه با مشکلات مرتبط با سلامتی شان را گزارش نموده بودند. در نهایت نیز تعداد بیشتری از بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی نسبت به سایر بیماران، نتوانسته بودند بالاترین نمره کیفیت مشتری را به دست آورند (۱۴/۳٪ در برابر ۱۰/۲٪).

همچنین بین نمره CQ کل و متغیرهای جنسیت، سن، BMI و شغل بیماران ارتباط معنی داری از نظر آماری وجود نداشت. هر چند تفاوت هایی در میانگین نمره کیفیت مشتری بین گروه های مختلف از این متغیرها دیده می شد، ولی این تفاوت ها از نظر آماری معنی دار نبودند که ممکن است ناشی از حجم پایین نمونه مورد مطالعه باشد (جدول ۴).

در بررسی وجود یا عدم وجود ارتباط معنی دار بین نمره کیفیت مشتری و متغیرهای دموگرافیک بیماران مشخص شد که بین نمره کیفیت مشتری کل با سطح تحصیلات افراد رابطه معنی دار وجود دارد (P value=۰/۰۵) و CQ افراد دارای تحصیلات دانشگاهی بیشتر از CQ افراد با تحصیلات دیپلم و پایین تر بود، بدین معنی که با افزایش سطح تحصیلات فرد، امتیاز کیفیت مشتری کل نیز افزایش پیدا می کرد (۷۳/۱۴ در برابر ۶۹/۱۳). یک نفر (۱/۷٪) از افراد با تحصیلات دیپلم و پایین تر در مرحله دوم خودمدیریتی مانده بودند و توانایی مشارکت فعال در زمینه مراقبت های خود با ارائه دهندگان را نداشت، در حالی که تمامی بیماران دارای تحصیلات

جدول ۴. ارتباط کیفیت مشتری در بیماران IBD با فاکتورهای دموگرافیک آنان

P.Value	مراحل کیفیت مشتری (%)			میانگین (انحراف معیار ±)	فاکتورهای دموگرافیک
	مرحله ۴	مرحله ۳	مرحله ۲		
۰/۷۸۱	۱۱/۷٪	۸۷/۲٪	۱/۱٪	۷۰/۶۳ (±۹/۶۷)	کل
	۱۰/۴٪	۸۹/۶٪	۰٪	۷۰/۳۵ (۹/۰۷)	جنس
۰/۷۷۶	۱۲/۵٪	۸۴/۸٪	۲/۲٪	۷۰/۹۱ (۱۰/۳۶)	زن
	۱۲/۵٪	۸۷/۵٪	۰٪	۷۱/۶۰ (۹/۳۴)	مرد
	۱۲/۵٪	۸۷/۵٪	۰٪	۷۰/۳۴ (۱۰/۸۴)	۲۷ ≤
	۱۰٪	۸۶/۷٪	۳/۳٪	۶۹/۹۰ (۸/۹۲)	۲۸-۴۰
۰/۰۵۰	۱۰/۲٪	۸۸/۱٪	۱/۷٪	۶۹/۱۳ (۹/۶۷)	دیپلم و پایین تر
	۱۴/۳٪	۸۵/۷٪	۰٪	۷۳/۱۴ (۹/۲۹)	دانشگاهی
	۰٪	۱۰۰٪	۰٪	۶۹/۰۰ (۷/۵۳)	≤۱/۵
۰/۸۱۱	۱۲/۸٪	۸۵/۱٪	۲/۱٪	۶۹/۸۵ (۱۰/۱۳)	۱۸/۵۱-۲۵ (وزن طبیعی)
	۱۱/۴٪	۸۸/۶٪	۰٪	۷۱/۸۵ (۹/۰۸)	۲۵/۰۱-۳۰ (اضافه وزن)
	۱۲/۵٪	۸۷/۵٪	۰٪	۷۰/۶۲ (۱۱/۴۹)	>۳۰ (چاق)
۰/۸۳۵	۱۶/۷٪	۸۱٪	۲/۴٪	۷۰/۶۲ (۱۱/۳۳)	شاغل
	۸٪	۹۲٪	۰٪	۶۹/۴۸ (۸/۸۷)	خانه دار
	۰٪	۱۰۰٪	۰٪	۷۰/۸۷ (۷/۹۵)	بیکار
	۰٪	۱۰۰٪	۰٪	۷۰/۹۳ (۶/۴۴)	محصل
	۴۰٪	۶۰٪	۰٪	۷۵/۲۰ (۱۰/۴۵)	بازنشسته

بحث و نتیجه گیری

در طی این مطالعه که با هدف سنجش میزان کیفیت مشتری در مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده در تبریز انجام گرفت، مشخص شد که تمامی شرکت کنندگان در مطالعه باور داشته اند که نقش منحصر به فرد و مهمی در مراقبت های سلامتی خود دارند. ولی در نهایت ۱۱/۷٪ از آنان بالاترین امتیازات کیفیت مشتری را به دست آوردند، به عبارت دیگر حدود ۸۸٪ بیماران قادر نبودند مراقبت های خود را در شرایط سخت همچون استرس و اضطراب و محدودیت های مالی ادامه دهند. همچنین میانگین نمره کل کیفیت مشتری در میان بیماران مورد مطالعه، $(9/67 \pm 70/63)$ به دست آمد که در مقایسه با مطالعات دیگر انجام شده در این زمینه مقدار بیشتری است. به عنوان مثال در مطالعه ی مشابهی که بر روی بیماران دیابتی توسط دکتر تبریزی و همکاران در استرالیا انجام شد (۱۱)، نمره CQ بیماران دیابتی مقدار $64/5$ ؛ در مطالعه علیزاده با عنوان "بررسی کیفیت مشتری از دیدگاه بیماران دیابت نوع ۲ در مرکز آموزشی درمانی سینای تبریز" (۳۳)، نمره CQ برابر $65/8$ ؛ در مطالعه انجام شده توسط بهرام بر روی بیماران مبتلا به آسم با عنوان "اندازه گیری کیفیت مشتری از دیدگاه بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به کلینیک شیخ رئیس دانشگاه علوم پزشکی تبریز سال ۱۳۹۰" (۳۴)، نمره $66/5$ ؛ در مطالعه قلی پور بر روی مادران باردار با عنوان "کیفیت مشتری در مراقبت های دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه های بهداشتی درمانی شهرستان تبریز" (۳۵) مقدار $67/8$ و در مطالعه راثی با عنوان "اندازه گیری کیفیت مشتری در مادران زایمان کرده به روش طبیعی و سزارین در بیمارستان آموزشی الزهرای شهر تبریز" (۳۶)، نمره کیفیت مشتری برابر با $63/6$ محاسبه شد.

با توجه به اینکه تحصیلات تأثیر چشم گیری بر روی نمره کیفیت مشتری داشته است، به طوری که با افزایش سطح تحصیلات بیمار، نمره کیفیت مشتری وی نیز افزایش می یافت، می توان نتیجه گرفت که نظام آموزشی توانسته در راستای توانمندسازی افراد جامعه تا حدودی به اهداف خود دست یابد. با این حال در راستای بهبود و ارتقای نمره کیفیت مشتری در بین این بیماران، نیاز به آموزش های بیشتر و مناسب تر احساس می شود.

وجود ارتباط معنی دار بین کیفیت مشتری با سطح تحصیلات در بیماری های التهابی روده با مطالعه تبریزی (۱۱)، مطالعه علیزاده (۳۳) و مطالعه راثی (۳۶) همخوانی داشته و با مطالعه بهرام (۳۴) و مطالعه قلی پور (۳۵) همخوانی ندارد.

همچنین نبود رابطه معنی دار بین متغیرهای سن و جنس با نمره کیفیت مشتری با نتایج مطالعه ی تبریزی (۱۱) و مطالعه بهرام (۳۴)، همسو می باشد.

بر اساس یافته ها می توان نتیجه گرفت که ترغیب ارائه کنندگان برای تدوین استانداردهای مراقبت از بیماران مبتلا به التهاب روده از طریق برگزاری جلسات با متخصصین امر و تهیه یک برنامه خود مدیریتی جهت پیشگیری و درمان بیماری های التهابی روده منطبق با شرایط و امکانات کشورمان ضروری به نظر می رسد.

بالا بودن حجم کاری پزشکان و بالا بودن میزان مراجعات بیماران به پزشکان متخصص، مانع از امکان آموزش مناسب بیماران در ارتباط با بیماریهای التهابی روده و در نتیجه باعث کامل نبودن مهارت های خودمدیریتی بیماران گردیده است. لذا ارائه کنندگان خدمات سلامت باید ملزم به ارائه آموزش های خود مراقبتی، دانش و مهارت های لازم در این زمینه به بیماران شوند (۳۷) که این امر، مستلزم کاهش تعداد بیماران مراجعه کننده به یک پزشک و یا افزایش مراکز مراقبت از بیماران التهابی روده است.

از جمله اقدامات دیگری که در جهت بهبود کیفیت خدمات دریافتی بیماران مبتلا به التهاب روده می توان انجام داد، می توان به بالا بردن سواد بهداشتی جامعه از طریق رسانه های جمعی در رابطه با راه های ساده پیشگیری و درمان بیماری های التهابی روده و همچنین طراحی کتابچه، پمفلت و وب سایت برای استفاده این بیماران اشاره کرد (۳۷ و ۳۸). با توجه به اینکه طیف وسیعی از افراد تحت مطالعه نیز در رده های سنی زیر ۴۰ سال و باسواد بودند، استفاده از این موارد بسیار کمک کننده می باشد. از طرفی با توجه به این نکته که زمان انتظار بیماران تحت مطالعه برای ویزیت توسط متخصص نسبتاً بالا بود، می توان از مطالب آموزشی طراحی شده در رابطه با IBD در سالن های انتظار بیماران استفاده کرد. لازم به ذکر است که مطالب آموزشی به بیماران باید تاکتیک های تغییر رفتار را شامل شوند تا بر نگرش و احساس بیمار تأثیرگذار باشند (۳۹).

بر اساس یافته ها، $87/2\%$ بیماران نمی توانستند در شرایط سخت مثل استرس و اضطراب و محدودیت های مالی، به مراقبت های خود ادامه دهند. با توجه به هزینه های بالای برخی مراقبت ها و داروهای بیماران مبتلا به التهاب روده، تحت پوشش قرار دادن داروها و مراقبت های بیماران دچار IBD توسط شرکت های بیمه با توجه به افزایش روزافزون موارد بیماری و در جهت کاهش هزینه های تحمیلی بیماری می تواند منجر به تداوم مراقبت های این بیماران، حتی در صورت وجود محدودیت های مالی شده و از این طریق کیفیت مشتری را بالا ببرد.

علاوه بر آن، این بیماران خبره می توانند باعث تقویت مهارت و بینش خود در راستای بهبود خدمات دریافتی شان شوند (۴۲).

در کل می توان گفت وضعیت کیفیت مشتری در جامعه مورد بررسی در حد نسبتاً قابل قبول می باشد (۷۰/۶۳±۹/۶۷)؛ اما مشکلات عمده ای در برخی از حیطه ها مشهود است که این امر لزوم توجه و مداخله مدیران و سیاستگذاران عرصه بهداشت و درمان و برداشتن گام های اساسی در راستای بهبود وضعیت موجود و افزایش توانمندی های خود مراقبتی بیماران التهابی روده را گوشزد می نماید. مشارکت بیماران در فرایند مراقبت، آموزش ارائه دهندگان خدمات برای توانمندسازی بیماران با هدف بالا بردن توانمندی های عملی بیمار برای مشارکت فعال در امر درمان و بالا بردن توانمندی های روان شناختی بیمار در جهت افزایش اعتماد به نفس و کاهش استرس در شرایط دشوار، همچنین استفاده از توانمندی های بیماران در ارتقای کیفیت خدمات و توجه به مراقبت های بیمار محور در این زمینه، می تواند موجب مشارکت حداکثری بیماران و به دنبال آن ارتقای کیفیت خدمات دریافتی گردد (۴۲ و ۴۳).

تقدیر و تشکر

پژوهشگران از همکاری تمامی بیماران شرکت کننده در مطالعه و پرسنل بخش های گوارش، آندوسکوپی و درمانگاه بیمارستان امام رضا (ع) و کلینیک گلگشت نهایت سپاسگزاری را دارند.

یک نفر (۱/۷٪) از بیماران تحت مطالعه نتوانسته بود به مرحله سوم خود مدیریتی یعنی مشارکت فعال در روند مراقبتی خود برسد، این فرد یا نمی توانست تغییراتی را که برای تامین سلامتی، در روش زندگی اش انجام داده بود، حفظ کند و یا اینکه قادر به پیشگیری و یا پیدا کردن راه حل جهت رفع مشکلات جدید سلامتی اش نبود و عملاً امکان مشارکت فعال در مراقبت از خود و یا همکاری با تیم سلامت را نداشت.

با توجه به نتایج مثبت توانمندسازی بیماران در کیفیت مراقبت های ارائه شده به بیماران، می توان از روش های مختلف برای مشارکت دادن بیشتر بیماران در روندهای مراقبتی و فرایند تصمیم گیری های مرتبط با سلامتی استفاده کرد. طبق مطالعه ای که کیت لوریک و همکاران درباره اثربخشی برنامه های توانمندسازی بیماران دارای بیماری های مزمن انجام دادند (۴۰)، مشخص شد که اجرای موفق این برنامه ها علاوه بر آنکه موجب بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت و وضعیت سلامتی بیمار می شوند، در کاهش موارد بستری و طول مدت اقامت بیماران نیز مؤثرند که آن هم به نوبه خود باعث کاهش هزینه های مراقبت های سلامتی می شود.

توانمندسازی بیماران دارای بیماری های مزمن، علاوه بر آنکه از نظر اخلاقی ضروری است، موجب خودمدیریتی و بالارفتن مهارت های مرتبط با بیماری فرد می شود (۴۱). بیماران که قادر به خودمدیریتی بیماری شان هستند، می توانند بیماران دیگر را تشویق کنند تا آن ها نیز بتوانند در تصمیمات مربوط به سلامتی شان نقش کلیدی داشته باشند.

References

1. Kelle E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper, OECD HEALTH WORKING PAPERS 2006,23.
2. Marquis BL, Huston CJ, editors. Leadership roles and management functions in nursing. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Co.; 2003: 14-35.
3. Foely ME, editor. Nurses: assuring quality care for all populations. 2nd edition. American Nurses Association, 2001: 25-41.
4. آصف زاده س، رضابورع. مدیریت بهداشت و درمان. قزوین: حدیث امروز؛ ۱۳۸۷: ۱۴۲ تا ۱۷۶.
5. Lohr KN, Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, D.C: National Academy Press; 1990.
6. Blumenthal D. Quality of health care, part 1: Quality of care what is it? N Engl J Med 1996;335:4-891.
7. مصدق رادع م. درسنامه سازمان و مدیریت تخصصی بیمارستان. جلد ۲. تهران: موسسه فرهنگی دیاگران؛ ۱۳۸۳: ۲۱۳ تا ۲۲۷.
8. Kwast B. Quality of care in reproductive health programs: concepts, assessment, barriers and improvement. Midwifery 1998; 13(1): 66-73.
9. Kenagy J, Berwick D, Shore M. Service quality in health care. The Journal of the American Medical Association 1999;281:5-661.
10. 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; 12/06/2007.
11. Tabrizi JS, Wilson AJ, O'Rourke PK. Customer Quality and Type 2 Diabetes from the Patients' Perspective: A Cross-Sectional Study, The Journal of Research in Health Sciences 2010; 10(2):69-76.

12. Eijk I, van der, Sixma H, Smeets T, Veloso FT, Odes S, Montague S, Fornaciari G, Moum B, Stockbrugger R, Russel M. Quality of health care in inflammatory bowel disease: development of a reliable questionnaire (QUOTE-IBD) and first results. *American Journal of Gastroenterology* 2001; 96(12):36-3329.
13. Loftus EV Jr, Silverstein MD, Sandborn WJ, Tremaine WJ, Harmsen WS, Zinsmeister AR. Crohn's disease in Olmsted county, Minnesota, 1940-1993: Incidence, prevalence and survival. *Gastroenterology* 1998; 114:8-1161.
14. Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R, Fear N, Price A, Carpenter L, et al. Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD). *Gut* 1996; 39(5): 7-690.
15. Mir-Madjlessi SH, Forouzandeh B, Ghadimi R. Ulcerative colitis in Iran: a review of 112 cases. *Am J Gastroenterol* 1985; 80:5-862.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Malekzadeh R. [Ulcerative colitis in south of Iran: A review of 64 cases]. *Iranian J Med* 1986; 13:54-9.
20. Malekzadeh R, Varshosaz J, Merat S, Yahedi H. [Crohn's disease: A Review of 140 cases from Iran]. *Iranian J Med Sci* 2000; 25:43-138.
۲۱. هاریسون، تنسلی راندولف؛ فاسی، آنتونی اس. اصول طب داخلی هاریسون. ج ۳: بیماری های دستگاه گوارش. ترجمه: خسرو سیحانیان، محسن ارجمند. تهران: ارجمند، ۱۳۸۷: ۸۶ - ۱۰۵.
۲۲. سسیل، راسل لافایت؛ آندرنولی، توماس؛ کارپتر، چارلز کالکوک ج. مبانی طب داخلی سسیل. ج ۳: بیماری های دستگاه گوارش، کبید و مجاری صفراوی. ترجمه: محسن ارجمند، سید محمود اسحق حسینی، تهران: ارجمند، ۱۳۸۵: ۳۱۶ تا ۳۵۴.
23. Trallori G, Palli D, Saieva C, Bardazzi G, Bonanomi AG, d'Albasio G, et al. A population-based study of inflammatory bowel disease in Florence over 15 years (1978- 92). *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 99-892.
24. Munkholm P, Langholz E, Nielsen OH, Kreiner S, Binder V. Incidence and prevalence of Crohn's disease in the county of Copenhagen, 1962-87: a six fold increase in incidence. *Scand J Gastroenterol* 1992; 27: 14-609.
25. Thomas GA, Millar-Jones D, Rhodes J, Roberts GM, Williams GT, Mayberry JF. Incidence of Crohn's disease in Cardiff over 60 years: 1986-1990 an update. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995; 7: 5-401.
26. Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, Wajda A. Epidemiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in a central Canadian province: a population-based study. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 24-916.
27. Langholz E, Munkholm P, Nielsen OH, Kreiner S, Binder V. Incidence and prevalence of ulcerative colitis in Copenhagen county from 1962 to 1987. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: 56-1247.
28. Oliva-Hemker M, Fiocchi C. Etiopathogenesis of inflammatory bowel disease: the importance of the pediatric perspective. *Inflamm Bowel Dis* 2002; 8:28-112.
۲۹. کریمی سعید، جوادی مرضیه، جعفرزاده فاطمه. بار اقتصادی و هزینه های سلامت ناشی از بیماری های مزمن در ایران و جهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۷): ۹۶-۹۸.
30. Lifetime Health with Self-care, IRNA (Islamic Republic News Agency), 09/04/2014, Code: 2672280 (0). Available at: http://www.irna.ir/en/News/2672280/Social/Lifetime_Health_with_Self-care
31. Tang TS, Funnell MM, Brown MB, Kurlander JE. Self-management support in "real-world" settings: An empowerment-based intervention. *Patient Educ Couns* (2009); 3498, doi:10.1016/j.pec.2009(09): 029.
32. Tabrizi JS: Improving health care quality: basics, concepts, dimensions. Saarbrüchen; Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing; 2010.
۳۳. علیزاده، لیلا. ۱۳۹۰، "بررسی کیفیت مشتری از دیدگاه بیماران دیابت نوع ۲ در مرکز آموزشی درمانی سینای تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز". پایاننامه کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳۴. بهرام، امیر حسین. ۱۳۹۰، اندازه گیری کیفیت مشتری از دیدگاه بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به کلینیک شیخ رئیس دانشگاه علوم پزشکی تبریز". پایاننامه کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
35. Tabrizi JS, Gholipoor K, Asghari jafarabadi M, Farahbakhsh M, Mohammadzede M. Customer quality and maternity care in Tabriz urban health centers and health posts. *J Clin Res Gov* 1(2012) 5-12.

۳۶. راثی، وحید. ۱۳۸۸، "اندازه گیری کیفیت مشتری در مادران زایمان کرده به روش طبیعی و سزارین در بیمارستان آموزشی الزهراء شهر تبریز". پایان نامه کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
37. Steven A. Mazzuca. Does Patient Education in Chronic Disease Have Therapeutic Value?. *J Chron Dis* 1982; 35:29-521.
38. Lager G, Pataky Z, Golay A, Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity, *Patient Education and Counseling* 2010; 79:86-283.
39. Cooper H, Booth K, Fear S, Gill G, Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses, *Patient Education and Counseling* 2001; 44:17-107.
40. Lorig K, Sobel D, Stewart A, Brown B, Bandura A, Ritter Ph, Gonzalez V, Laurent D, Holman H, Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization A Randomized Trial 1999; 37(1): 5-14.
41. Meyer C, Muhlfeld A, Drexhage C, Floege J, Goepel E, Schauerte P, Kelm M, Rassaf T, Clinical research for patient empowerment--a qualitative approach on the improvement of heart health promotion in chronic illness, *Med Sci Monit* 2008; Jul;14(7):65-358.
42. Tattersall R, The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century, *Clin Med JRCPL* 2002; 2:227-29.
43. Stevenson F, Barry Ch, Britten N, Barber N, Bradley C, Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making, *Social Science & Medicine* 2000; 50:40-829.