کیفیت خدمت (Service Quality)
در مراقبت های بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

جعفر صادق تبریزی[۱]، سعیده علیدوست[۲*]، امیر بهرامی[۳]، محمد اصغری جعفرآبادی[٤]

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۱/۵ تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۲۶

چکیده:

زمینه و هدف: *با توجه به اهمیت کیفیت در خدمات سلامت و تامین نیازهای بیماران، اندازه گیری کیفیت خدمات و شناسایی نقاط ضعف از دیدگاه بیماران امری مهم به نظر می رسد. لذا هدف از این مطالعه اندازه گیری کیفیت خدمت (Service Quality) مراقبت های بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می باشد.*

مواد و روش ها: *مطالعه ی حاضر از نوع توصیفی- مقطعی بوده که با شرکت ۱۸۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و به روش در دسترس از میان بیماران دارای پرونده ی پزشکی انجام گردید. کیفیت خدمت با استفاده از مدل CQMH و با فرمول Service Quality= 10 – (Importance × Performance) و با استفاده از پرسشنامه ای که روایی و پایایی آن تایید شده بود، محاسبه گردید. برای تجزیه و تحلیل داده های جمع اوری شده از نرم افزار SPSS ۱۳ استفاده شد.*

نتایج: *در این مطالعه اکثریت شرکت کنندگان(۶۷٪) زن بوده، ۶۵٪ در بازه ی سنی ۶۴-۴۵ سال قرار داشته و تنها ۴٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.از دیدگاه گیرندگان خدمت امتیاز کیفیت خدمت کل ۸.۱۷ بوده و بعد ارتباطات و پیشگیری بیشترین اهمیت و بعد احترام بهترین عملکرد را داشته است.همچنین ابعاد استمرار خدمت، احترام و اعتماد از کیفیت خدمت (SQ)بالایی برخوردار بودند.*

نتیجه گیری: *کیفیت خدمت کل از دیدگاه گیرندگان خدمت نسبتا پایین (۸.۱۷) بوده و فرصت مناسبی برای ارتقای ابعاد کیفیت خدمت فراهم می باشد.*

کلمات کلیدی: *دیابت نوع دو، کیفیت مراقبت های بهداشتی، کیفیت خدمت (SQ)*

[۱] دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

[۲] دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت و خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (* نویسنده مسئول) تلفن:۰۹۱۴۱۸۵۶۳۵۹ایمیل: alidoostsd@yahoo.com

[۳] فوق تخصص غدد، استاد گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

[٤] دکترای آمار زیستی، استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

مقدمه:

کیفیت به مجموعه ای از مشخصات و ویژگی های یک کالا یا خدمت اطلاق می شود به طوری که « خدمت درست، به شخص مناسب و نیازمند در مکان مناسب، توسط ارائه دهنده درست، با تجهیزات درست، به شیوه صحیح، در چارچوب زمانی درست و با قیمت مناسب ارائه شود و پیامد درست و مثبتی را به دنبال داشته باشد.با توجه به ماهیت حوزه بهداشت و درمان، کیفیت در این حیطه اهمیت بیشتری می یابد،چرا که عواقب ناشی از ارائه خدمات با کیفیت پایین ممکن است جبران ناپذیر بوده و یا سیستم را با هزینه های هنگفتی روبرو کند. لازمه تحقق این امر و اطمینان از انجام درست کار درست در همه حال، آشنایی مجموعه ی سیستم با سیاست های کیفیتی و هماهنگی این مجموعه و در نهایت پایش منظم فعالیت ها و فرآیندهای سیستم است.

انستیتو پزشکی آمریکاکیفیت مراقبت های بهداشتی را به این شکل تعریف می کند:درجاتی از خدمات بهداشتی ارائه شده به افراد و جوامع است که احتمال پیامدهای بهداشتی مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه ای روز باشد.همچنین کیفیت خدمات بهداشتی از دیدگاه بیمار به بهترین نوع خدمت اطلاق می شود که به موقع، ایمن و از نظر اقتصادی در دسترس بوده و سلامتی فرد را به بالاترین سطح ممکن برساند(۱).

با توجه به اهمیت کیفیت بالای خدمت در رضایت بیماران، اندازه گیری کیفیت و انجام مداخلات صحیح برای ارتقای کیفیت امری اجتناب پذیر است. برای اندازه گیری کیفیت از روش ها و مدل های مختلفی استفاده می شود که در جامع ترین مدل اندازه گیری کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، که توسط تبریزی و همکاران در سال ۲۰۰۷ تحت عنوان مدل CQMH(Comprehensive Quality Measurement In Health Care) برای سنجش جامع کیفیت ارائه شده است، کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در سه بعد کیفیت خدمت (Service Quality)، کیفیت فنی(Technical Quality) و کیفیت مشتری(Customer Quality) اندازه گیری می شود.کیفیت فنی عبارت است از چیزی که مشتری دریافت می کند در مقایسه با آنچه که بر اساس شواهد علمی به عنوان استاندارد خدمت معرفی شده است.کیفیت مشتری مجموعه ویژه گیها و توانمندیهائی 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(۲).

کیفیت خدمت نیز به شرایط و چگونگی دریافت خدمت توسط مشتری (گیرنده ی خدمت) مربوط بوده و اغلب نشان دهنده ی روش ارائه ی خدمت و 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(۳).

دیابت یکی از مسائل معمول پزشکی است که تاثیر منفی مهمی بر سلامت بیماران داشتهو بار اقتصادی زیادی به افراد و جامعه تحمیل می کند که بار اقتصادی آن شامل هزینه های مستقیم (هزینه دارو، مشاوره، هزینه درمان عوارض دیابت و هزینه های بیمارستانی) و هزینه های غیر مستقیم (مرگ زودرس، غیبت از کار و ناتوانی موقت و دایمی) می باشد(۴).الگوی کلی شیوع دیابت در جهان نشانگر این است که کشورهای در حال توسعه و گروه های پایین فرهنگی-اجتماعی در کشورهای توسعه یافته گرفتار میزان بالایی از بیماری دیابت شده اند، به طوری که طبق بررسی های صورت گرفته افزایش تعداد افراد دیابتی در سال ۲۰۲۵ نسبت به سال ۱۹۹۵، در کشورهای در حال پیشرفت و پیشرفته به ترتیب به ۱۷۰٪ و ۴۲٪ خواهد رسید و در سال ۲۰۲۵، ۷۵٪ کل جمعیت دیابتی به کشورهای در حال پیشرفت تعلق خواهد داشت. بر مبنای پیش بینی کارشناسان WHO میزان شیوع دیابت نوع دو در ایران در سال های ۱۹۹۵، ۲۰۰۰ و ۲۰۲۵ به ترتیب ۵/۵، ۵/۷ و ۶/۸ برآورد شده است که بر مبنای آن جمعیت افراد دیابتی در سال های ذکر شده به ترتیب ۱۶۹۲۰۰۰، ۱۹۷۷۰۰۰ و ۵۱۲۵۰۰۰ خواهد بود(۵).

مطالعات صورت گرفته بر روی کیفیت مراقبت های دیابت حاکی از ان است که بین اقدامات پزشکی توصیه شده و مراقبت های دریافت شده توسط بیماران مبتلا به دیابت شکاف وسیعی وجود دارد(۶).از طرف دیگر ناآگاهی سیستم های سلامت از دیدگاه و خواسته های بیماران و عدم توجه به جنبه های مختلف خدمات باعث نارضایتی بیماران و افت کیفیت خدمات می گردد. به طوریکه توجه به ابعاد مختلف خدمات و بهبود کیفیت مراقبت های ارائه شده به افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ علاوه بر بیماران، سیاست گذاران، مدیران و ارائه کنندگان خدمات را نیز تحت تاثیر قرار خواهد داد.

هدف از مطالعه ی حاضر اندازه گیری کیفیت خدمت مراقبت های افراد مبتلا به دیابت نوع ۲شامل 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. تعیین کیفیت ابعاد فوق و شناسایی نقاط ضعف، زمینه را برای ارتقای کیفیت خدمات فراهم کرده و در نهایت منجر به بهبود کیفیت و رضایتمندی بیماران می شود.

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

مواد و روش ها:

مطالعه ی حاضر از نوع توصیفی- مقطعی می باشد که با شرکت ۱۸۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که به روش در دسترس از میان بیماران دارای پرونده ی پزشکی کهاز یک سال پیش به طور منظم برای دریافت خدمت مراجعه می کرده اند، انجام گردید. کیفیت خدمت مراقبت های افراد مبتلا به دیابت نوع دو به وسیله ی مدل CQMH و با استفاده از فرمول Service Quality= 10 – (Importance × Performance) اندازه گیری و محاسبه گردید. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای متشکل از سه قسمت مشخصات فردی بیماران، وضعیت بیماری دیابت و ابعاد کیفیت خدمت می باشد که روایی و پایایی آن تایید شده و از طریق مصاحبه ی حضوری با بیماران مراجعه کننده به کلینیک دیابت تکمیل گردیدندبرای تجزیه و تحلیل داده های جمع اوری شده از نرم افزار SPSS۱۳ استفاده شد.

نتایج:

اکثریت شرکت کنندگان(۶۷٪) زن بوده و ۶۵٪ آنها در بازه‌ی سنی ۶۴-۴۵ سال قرار داشتند.تقریباً نیمی از افراد (۴۶٪) اضافه وزن داشته و تنها ۷.۲٪ از آن ها سابقه ی مصرف سیگار داشته اند.

اکثریت شرکت کنندگان (۶۲٪) خانه دار بوده، ۴۷٪ بیسواد و تنها ۴٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند و تقریباً همه ی شرکت کنندگان(۹۸٪) تحت پوشش یکی از بیمه های درمانی بوده‌اند.(جدول ۱)

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

		فراوانی	درصد
جنس	زن	۱۲۰	۶۶.۷
سن	≤۴۴	۲۰	۱۱.۱
	۴۵-۶۴	۱۱۷	۶۵
	۶۵-۷۴	۲۷	۱۵
	≥۷۵	۱۶	۸.۹
محل سکونت	تبریز(بومی)	۱۴۳	۷۹.۴
شاخص BMI	<۱۸.۵	۱	۰.۶
	۲۵-۱۸.۵ (وزن طبیعی)	۵۷	۳۱.۷
	۳۰-۲۵ (اضافه وزن)	۸۲	۴۵.۵
	>۳۰ (چاق)	۴۰	۲۲.۲
وضعیت سیگار	سیگاری	۷	۳.۹
	غیر سیگاری	۱۷۳	۹۶.۱
سابقه ی سیگار	دارد	۱۳	۷.۲
	ندارد	۱۶۷	۹۲.۸
شغل	شاغل	۲۸	۱۵.۶
	خانه دار	۱۱۲	۶۲.۲
	بازنشسته	۳۳	۱۸.۳
	بیکار و ازکارافتاده	۷	۳.۹
سطح تحصیلات	بیسواد	۸۵	۴۷.۲
	زیر دیپلم	۷۳	۴۰.۶
	دیپلم	۱۴	۷.۸
	تحصیلات دانشگاهی	۸	۴.۴
وضعیت بیمه	دارد	۱۷۶	۹۷.۸

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

محاسبه ی امتیاز ابعاد کیفیت خدمت نشان می دهد که امتیاز کیفیت خدمت کل ۸.۱۷ بودهو نسبت به معیار(۹) در سطح نسبتا پایینی قرار دارد. ابعاد استمرار خدمت (۹.۳)، احترام (۸.۹۳)و اعتماد(۸.۸) به ترتیب بیشترین امتیاز کیفیت را به خود اختصاص دادند. امتیاز کیفیت خدمت در ابعاد کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه(۸.۴۴)، ارتباط(۸.۲)، گروه های حمایتی(۸.۲)، دسترسی(۷.۹۵)، انتخاب ارائه کننده(۷.۹)، توجه فوری و به موقع(۷.۸۷) پایین بوده و پایین ترین سطح امتیاز کیفیت از دیدگاه گیرندگان خدمت به ابعاد اختیار(۷.۶۲)، پیشگیری(۷.۴۵) و ایمنی (۷.۳۴) تعلق گرفت(جدول۲).

جدول۲_ ابعاد کیفیت خدمت(SQ)از دیدگاه افراد مبتلا به دیابت نوع۲

ابعاد کیفیت خدمت	اهمیت	عملکرد	کیفیت خدمت	انحراف معیار
انتخاب ارائه کننده ی خدمت	۵.۴	۰.۴۹	۷.۹	۲.۶
ارتباط و تعامل	۷.۰۹	۰.۲۷	۸.۲	۲.۶۵
داشتن اختیار	۴.۳۸	۰.۶۴	۷.۶۲	۲.۳۸
گروه های حمایتی	۴.۲	۰.۶۴	۸.۲	۲.۱۸
استمرار خدمات	۴.۷۲	۰.۴۱	۹.۳	۲.۱۸
کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه	۶.۱۹	۰.۲۹	۸.۴۴	۲.۱۲
احترام	۶.۷۹	۰.۲۰	۸.۹۳	۱.۸۶
توجه فوری و به موقع	۵.۰۳	۰.۲۴	۷.۸۷	۱.۰۲
ایمنی	۶.۹۶	۰.۴	۷.۳۴	۲.۴۸
پیشگیری	۷.۰۳	۰.۳۷	۷.۴۵	۲.۸
دسترسی	۶.۷	۰.۲۷	۷.۹۵	۲.۴۳
اعتماد	۶.۱۷	۰.۳۲	۸.۸	۲.۵۷
کیفیت خدمت کل	۵.۸۷	۰.۳۷	۸.۱۷	۱.۰۹

بحث و نتیجه گیری:

در این مطالعه **کیفیت خدمت کل** برای مراقبت های افراد مبتلا به دیابت نوع دو که با استفاده از مدل CQMH اندازه گیری شده است، ۸.۱۷ می باشد که نسبت به عدد ملاک(۹) نسبتاً پایین می باشد. یافته های فوق با مطالعه ی تبریزی و همکاران که با هدف بررسی کیفیت خدمت مراقبت های افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در سال ۲۰۰۷ در استرالیا انجام شده است (SQ= ۸.۶۲)، همخوانی دارد(۷).

در مطالعه ی حاضر، ابعاد "استمرار خدمات، احترام و اعتماد" از کیفیت نسبتاً مطلوبی برخوردار بوده و کیفیت خدمت ابعاد "انتخاب ارائه ی کننده ی خدمت، ارتباط و تعامل، گروه های حمایتی، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه، توجه فوری و به موقع، ایمنی، پیشگیری، داشتن اختیار و دسترسی" پایین بوده است. به طوری که بعد استمرار خدمت با امتیاز ۹.۳ بیشترین امتیاز(کیفیت بالا) و بعد ایمنی با امتیاز ۷.۳۴ کمترین امتیاز (کیفیت پایین) را به خود اختصاص داده است.

منظور از"**استمرار خدمات**"ارائه ی خدمات جامع، یکپارچه و مستمر است که ضمن توسعه ی تعامل و کاهش اطلاعات غلط و تکراری، اطمینان و راحتی بیماران را افزایش داده و منجر به جلب اعتماد آن هامی شود.در مطالعه حاضر، استمرار خدمت بیشترین امتیاز کیفیت (۹.۳) را به خود اختصاص داده است.

در مطالعه ی هنبرجر (Hanberger)و همکاران نیز که در سال ۲۰۰۶ در سوئد با هدف بررسی کیفیت مراقبت های دیابت کودکان انجام گرفت، استمرار ارتباط پزشک و بیمار از دیدگاه بیماران و والدین آن ها کیفیت مطلوبی داشته است(۸). همچنین در مطالعه ی استنر(Stenner)و همکارانکه در سال ۲۰۱۱ در انگلستان با هدف بررسی دیدگاه های بیماران دیابتی درباره ی مشاوره های آن ها با پرستاران و تاثیر آن بر مدیریت دارویی انجام شد، اهمیت استمرار خدمات تقریبا توسط همه ی بیماران مورد تاکید قرار گرفته است(۹).برخلاف یافته های مطالعه ی حاضر، در مطالعه ی تبریزی(Tabrizi) و همکارانکه در سال ۲۰۰۷ با هدف ارزیابی کیفیت خدمت از دیدگاه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در استرالیا انجام شد، امتیاز استمرار

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

خدمات ۸.۰۹ بوده و نسبت به مطالعه حاضر از کیفیت نسبتاً پایینی برخوردار بود(۷).

نتایج مطالعه ی پارچمن (Parchman) و همکاران که در تگزاس انجام شد(۲۰۰۲)، نشان می دهد که استمرار مراقبت های دریافت شده توسط بیماران دیابتی با کیفیت کلی مراقبت ها رابطه یمستقیم دارد(۱۰). علاوه بر این، نتایج مطالعه ی گلیفرد(Gulliford) و همکاران نیز که در لندن انجام شده بود (۲۰۰۷)، نشان می دهد که استمرار مراقبت های دیابت نوع ۲ باعث افزایش رضایت بیماران شده ولی با پیامدهای سلامتی(HbA1c، فشار خون و BMI) ارتباط ندارد. در این مطالعه، استمرار رابطه ای، انعطاف پذیری و تیمی در رضایت بیماران تاثیر تقریباً مشابهی داشتند(۱۱).

بعد **"احترام"** 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 (۲۰۰۷)نیز 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(۱۲). در مطالعه حاضر بعد "احترام" با امتیاز ۸.۹۳ از کیفیت نسبتاً بالایی برخوردار بوده استکه بایافته های مطالعه ی تبریزی و همکاراندر استرالیا(۲۰۰۷)(۷) وهنبرجر (Hanberger)و همکاران در سوئد (۲۰۰۶)(۸)همخوانی دارد.در مطالعه ی وستاوی (Westaway) و همکاران نیز که در سال ۲۰۰۳ با هدف بررسی ابعاد موثر بر رضایت بیماران مبتلا به دیابت انجام شد، احترام به حریم خصوصی افراد مبتلا به دیابت وضعیت مطلوبی داشته و ۷۴٪ افراد ابراز رضایت کرده اند(۱۳). همچنین، در مطالعه ی استنر (Stenner)و همکاران (۲۰۱۱) که در انگلستان انجام شد، داشتن حریم خصوصی به دلیل اینکه بیماران در آن احساس حمایت و حفاظت می کردند، مهم بوده و شاخص مؤثری بر کیفیت خدمات بیماران بوده است(۹).

سومین بعد از نظر امتیاز کسب شدهبعد **"اعتماد"** است(SQ= ۸.۸) که به رازداری ارائه کنندگان خدمات و اطمینان از اطلاعات ارائه شده و ثبت شده در پرونده ی پزشکی اشاره دارد که در این مطالعه از کیفیت نسبتاً مناسبی برخوردار بوده و با یافته های مطالعه ی تبریزی و همکاران در استرالیا (۲۰۰۷) تقریبا همخوانی دارد (امتیاز بعد اعتماد در این مطالعه ۹.۵۷ بوده است)(۷).

بعد **"کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه"**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. یافته های مطالعه ی حاضر که با امتیاز ۸.۴۴ از کیفیت نسبتاً مطلوبی برخوردار بوده و با یافته های مطالعه ی تبریزی و همکاران در استرالیا(۲۰۰۷) ، همخوانی ندارد. به طوریکه در مطالعه فوق این بعد از کیفیت با امتیاز ۹.۷۱ از کیفیت بسیار بالایی برخوردار بود که این امر برای کشور توسعه یافته ی استرالیا چندان دور از ذهن نیست(۷). علاوه بر این در مطالعه ی وستاوی (Westaway)و همکاران (۲۰۰۳) که در افریقای جنوبی انجام گرفته، کیفیت امکانات اولیه و تمیزی محیط فیزیکی از دیدگاه بیماران نسبتاً مطلوب بوده و ۶۸٪ افراد دیابتی از آن رضایت داشته اند(۱۴).

بعد **"ارتباط و تعامل"** به برقراری ارتباط مناسب و صمیمی بین بیمار و ارائه کنندگان و ارائه ی واضح و قابل درک اطلاعات به بیماران اشاره می کند. در این مطالعه امتیاز کیفیت خدمت این بعد (SQ=۸.۲)در سطح پایینی می باشد. در مطالعه ی هنبرجر (Hanberger)و همکاران (۲۰۰۶) نیز، میزان اطلاعات داده شده به بیماران درباره ی نتایج آزمایشات پزشکی و درمان ها، از دیدگاه والدین و بیماران نوجوان کیفیت خدمت پایینی را داشته است(۸). در مطالعه ی متیوز (Matthews)و همکاران (۲۰۰۹)، ارتباط بیمار و ارائه کننده مهمترین فاکتور موثر در مدیریت دیابت از دیدگاه بیماران شناخته شده اما این بعد در عمل به دلیل عدم ارائه ی اطلاعات مکتوب به بیماران، گوش نکردن به نگرانی های بیماران و عدم امکان پرسیدن سوالات در طی ویزیتکیفیت بالایی نداشت(۱۵). نتایج مطالعه ی بوندسمن (Bundesmann)و همکاران (۲۰۱۱)در میشیگان، نیز نشان می دهد که ۷۴٪، ۵۷٪ و ۶۲٪ بیماران مبتلا به دیابت به ترتیب اطلاعاتی درباره ی پایش قند خون، ورزش و مراقبت از پا دریافت کرده اند که نشان دهنده ی تعامل نسبتاً پایین ارائه کنندگان و بیماران است به طوریکه درصد قابل توجهی از گیرندگان خدمات اطلاعات موردنیاز رادریافت نمی کردند(۱۶). علاوه بر این، برخی از شواهد نشان می دهد که ارائه کنندگان خدمات ارتباط و تعامل خوبی با بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم در هنگام ارائه خدمت داشته و بیماران از نحوه ی تعامل، شفافیت و کفایت اطلاعات داده شده و امکان پرسیدن سوالات رضایت داشته اند(۷, ۹, ۱۳).

بعد **"گروه های حمایتی"**که یکی از ابعاد بسیار مهم از دیدگاه بیماران می باشد، 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

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

می شود. در مطالعه ی حاضر برخورداری ازشرایط شرکت در گروه های حمایتی (SupportGroup) کیفیت پایینی را نشان می دهد (۸.۲) که با یافته های حاصل از مطالعه ی تبریزی(Tabrizi) و همکاران (۲۰۰۷)در استرالیا، همخوانی نداردبه طوریکه در این مطالعه،این بعد از خدمت از دیدگاه گیرندگان خدمات امتیاز بالایی(۹.۶۳) را به خود اختصاص داده است(۷).

بعد**"دسترسی"**که شامل دسترسی اقتصادی، جغرافیایی و فرهنگی است با کسب امتیاز ۷.۹۵ کیفیت خدمت پایینی را به خود اختصاص داده استکه با یافته های مطالعه ی تبریزی (Tabrizi) و همکاران (۲۰۰۷)در استرالیا(۷) و هنبرجر (Hanberger)و همکاران (۲۰۰۶) در سوئد(۸)همخوانی داشته ولی بایافته های مطالعه ی عبدالهادی (Abdulhadi)و همکاران (۲۰۰۷)، همخوانی ندارد(۱۲).

همچنین، نتایج مطالعه ی اسکینر(Skinner) و همکاران (۲۰۱۳) که با هدف بررسی تفاوت دسترسی به خدمات بهداشتی در بین افراد شهری و روستایی مبتلا به دیابت نوع۱و۲در استرالیا انجام شد، نشان می دهد که دسترسی افراد روستایی مبتلا به دیابت به متخصص غدد، تغذیهو سایر متخصصین مرتبط در سطح پایینی بوده و بیشترین محدودیت به ترتیب مربوط به هزینه (دسترسی اقتصادی) و فاصله (دسترسی جغرافیایی) بوده است(۱۷).

بعد **"انتخاب ارائه کننده"**به بررسی حق انتخاب شخص برای انتخاب واحد ارائه کننده، پزشک دلخواه و حق تغییر ارائه ی 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(۱۸).در مطالعه ی حاضر این بعد از کیفیت از امتیاز پایینی (۷.۹) برخوردار بوده که با یافته های مطالعه ی تبریزی و همکاران در استرالیا (۲۰۰۷)، همخوانی دارد(۷).

"توجه فوری و به موقع"یکی دیگر از ابعاد کیفیت خدمت می باشد که به دسترسی سریع به خدمات موردنیاز و ارائه ی خدمات در کوتاه ترین زمان ممکن می پردازد که در مطالعه حاضر امتیاز پایینی(۷.۸۷)کسب نمودهو با یافته های مطالعه ی تبریزی (Tabrizi) و همکاران (۲۰۰۷)(۷)و هنبرجر (Hanberger)و همکاران(۲۰۰۶)(۸) همخوانی دارد. یافته های مطالعه ی عبدالهادی و همکاران (۲۰۰۷) در عمان، نیزنشان از انتظار طولانی و بیش از حد استاندارد دارد که به طور متوسط بیماران انتظار ۴-۵ ساعتیرا تجربه کرده و این امر منجر به افزایش استرس در آن ها و ارائه کنندگان خدمات می گردد(۱۹).

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. در مطالعه ی حاضر، این بعد امتیاز پایینی (۷.۶۲)کسب کرده است.این بعد از موارد چالش برانگیز کیفیت خدمت است که از جامعه ای به جامعه ی دیگر و از فردی به فرد دیگر کاملاً متفاوت است به طوریکه در بعضی از جوامع گیرندگان خدمات تمایل چندانی به مشارکت در تصمیم گیری ها نداشته و اهمیت چندانی بدان قایل نیستند(۲۰).در حالیکه در برخی دیگر از جوامع بسیار مهم و حیاتی تلقی می گردد(۲۱, ۲۲). نتایج مطالعه ی حاضر با یافته های مطالعه ی متیوز (Matthews) (۲۰۰۹) در ایالت متحده همخوانی داشته(۱۵) و با یافته های مطالعه ی تبریزی (Tabrizi) و همکاران (۲۰۰۷)(۷)، هنبرجر (Hanberger)و همکاران (۲۰۰۶)(۸)و استنر (Stenner)و همکاران(۲۰۱۱) در انگلستان (۹) همخوانی ندارد.

بعد دیگری که در کیفیت خدمات نقش ویژه ای دارد بعد **"پیشگیری و تشخیص زودرس"** می باشد که در این مطالعه امتیاز خیلی پایینی (SQ=۷.۴۵)را کسب کرده استکه با یافته های مطالعات مشابه در استرالیا، سوئد، آمریکا و عمان همخوانی دارد(۷, ۸, ۱۶, ۱۹). در مطالعه ی استراین (Strine)و همکاران(۲۰۰۴)در ایالت متحده آمریکا،اهمیت آموزش خودمدیریتی دیابت در ارتقای رفتارهای پیشگیرانه ی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تایید شده و یافته ها نشان می دهد کهتنها ۵۲٪ افراد مبتلا به دیابت نوع۲، به طور عملی آموزش خودمدیریتی دریافت کرده اند(۲۳).

در این مطالعه پایین ترین امتیاز کیفیت خدمت (۷.۳۴ =SQ)مربوط به **بعد ایمنی** می باشد که به عنوان یک اصل اساسی در همه ی سیستم های بهداشتی مطرح است.به طوریکه از دیدگاه مشارکت کنندگان در مطالعه، ایمنی امری بسیار مهم در ارائه خدمت بوده، در حالیکه در عمل بهای چندانی به آن داده نمی شود. یافته های مطالعه ی حاضر با نتایج مطالعه ی عبدالهادی (Abdulhadi)و همکاران در عمان(۲۰۰۷) همخوانی داشته و در این مطالعه نیز بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم برداشت مطلوبی از ایمنی در خدمات نداشتند(۱۲). درحالیکه شرکت کنندگان در مطالعه ی تبریزی و همکاران در استرالیا (۲۰۰۷) برداشت متفاوتی داشته و کیفیت بعد ایمنی را مطلوب ارزیابی کرده اند(۷)

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از کلیه بیماران شرکت کننده در مطالعه و حمایت های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تشکر و قدردانی می نماییم.

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

References

.1 Joshi S. Quality management in hospitals. New Delhi; 2009.

.2 Tabrizi J. 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.

.3 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. Journal [serial on the Internet]. 2011 Date.

.4 Barcelo A, Aedo c, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in latin american and the caribbean. Bulletin of the world health organization. 2003;81(1):19-27.

.5 Larijani B, Zahedi F. epidemiology of type 2 diabetes mellitus in Iran. Jouranal of diabetes & lipid. 2001;1(1):1-8.

.6 Dan R, Berlowitz A, S, Ash MG, Robert, H, Friedman L, M, Pogach A, L. Developing a quality measure for clinical inertia in diabetes care. HSR: Health Services Research. 2005;40(6):1836-53.

.7 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;25:612-7.

.8 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.

.9 StennerK, 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.

.10 Parchman M, Burge S. Continuity and quality of care in type 2 diabetes. The journal of family practice. 2002;51(7):619-24.

.11 Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. Family Practice 2007.

.12 Abdulhadi N, Al Shafaee M, Freudenthal S ,Östenson C, Wahlström R. Patient-provider interaction from the perspectives of type 2 diabetes patients in Muscat, Oman: a qualitative study. BMC Health Services Research 2007;7:162.

.13 Westaway M. Interpersonal and organizational dimensions of patientsatisfaction: the moderaring effects of health status. International journal for quality in health care. 2003;15(4):337-44.

.14 Westaway M, Rheeder P, Vanzyl D, Seager J. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderaringeffects of health status. International journal for quality in health care. 2003;15(4):337-44.

.15 Matthews S, Peden A, Rowles G. Patient–provider communication: Understanding diabetes management among adult females. Patient Education and Counseling. 207.-76:31;09

.16 Bundesmann R, Kaplowitz S. Provider communication and patient participation in diabetes self-care. Patient Education and Counseling. 2011;85:143-7.

.17 Skinner T, Allen P, Peach E, Browne J, Pouwer F, Speight J, et al. Does the shortage ofdiabetes specialists in regional and rural Australia matter? Results from Diabetes MILES—Australia. Diabetes research and clinical practice. 2013;100:222-9.

.18 Tembon A. Health care provider choice: the north west province of cameroon. International journal of health planning and management. 1996;11:53-67.

.19 Abdulhadi N. Patient-provider interaction from the perspectives of type 2 diabetes patients in Muscat: a qualitative study. BMC Health Services Research. 2007;7:62.

.20 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.

.21 Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. European Journal of Public Health 2005;15(4):355-60.

.22 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 Across-national survey. Patient Education and Counseling. 2011;85:258-63.

.23 Strine T, Okoro C, Chapman D, Beckles G, Bualluz L, Mokdad A. The impact of formal diabetes education on the preventive health practices and behaviors of persons with type 2 diabetes. Preventive Medicine. 2005;41:79-84.

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

Service Quality (SQ) in Patients with Type 2 Diabetes

Tabrizi.J.S[1], Alidoost.S[2]*, Bahrami.A[3], Asgharijafarabadi.M[4]

Submitted: 2014.1.25 Accepted: 2014.4.15

Abstract

Background: Regarding the importance of quality in health care services and providingpatient's needs, measuring the quality of services and identifying the weaknesses from the patients' point of view seems to be of great importance. The purpose of this study is to assess the service quality of care given to patients with Type 2 Diabetes (T2D).

Materials & Methods: A cross-sectional study was carried out among 180 people with Type 2 diabetes in diabetes clinic using convenience sampling method in Tabriz, Iran in 2012. Service quality was calculated using: SQ=10 – (Importance ×Performance) and a verified questionnaire based on importance and performance of non-health aspects from the patients' perspective. Data were analyzed bySPSS13 software.

Results: in this study, the majority of the patients were women (67%), about 65% were in the 45-64 age range and only 4% had university degrees.overall service quality score was 8.17 from the patients` point of view while of the 12 aspects of service quality, communication and preventionhad the highest score for importance anddignity had the highest score for performance. Other aspects with high service quality scores were continuity of care dignity and confidentiality.

Conclusion: Overall service quality seems to be low (8.17)from the patient`s point of view and there is an opportunity to improve quality of care.

Key words: Type 2 Diabetes, Quality of Health Care, Service Quality

1. Associate Professor, Health Services Management Research Center, Schoolof Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran
2. M.ScStudent of Health Services Management, Department of Health Services Management, school of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran (*corresponding author) Email:alidoostsd@yahoo.com Tel:+989141856359
3. Professor, Department of Endocrinology, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran
4. Assistant Professor,Department of Statistics and Epidemiology,Faculty of Health, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]