



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^۴

تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۲/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۱/۵

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 ای حاضر از نوع توصیفی- مقطوعی بوده که با شرکت ۱۱۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و به روش در دسترس از میان بیماران دارای پرونده هی پزشکی انجام گردید. کیفیت خدمت با استفاده از مدل $CQMH$ و با فرمول $Service\ Quality = 10 - (Importance \times Performance)$ و با استفاده از پرسشنامه ای که روابی و پایابی 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 ۴۵-۶۴ سال قرار داشته و تنها ۴٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از دیدگاه گیرندهای خدمت امتیاز کیفیت خدمت کل ۱.۱۷ 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 (Q) بالایی برخوردار بودند.

نتیجه گیری: کیفیت خدمت کل از دیدگاه گیرندهای خدمت نسبتاً پایین (۱.۱۷) بوده و فرصت مناسبی برای ارتقای ابعاد کیفیت خدمت فراهم می باشد.

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

^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: ۰۹۱۴۱۸۵۶۳۵۹؛ ایمیل: alidoostsd@yahoo.com

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

^۴ دکترای آمار زیستی، استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

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 روپردازد. لازمه تحقیق این امر و اطمینان از انجام درست کار درست در همه حال، آشنایی مجموعه ای سیستم با سیاست های کیفیتی و هماهنگی این مجموعه و در نهایت پایش منظم فعالیت ها و فرآیندهای سیستم است.

انستیتو پزشکی آمریکا کیفیت 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، اینم 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)، 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 توانمندیهایی 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 ای خدمت) مربوط بوده و اغلب نشان دهنده ای 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 داشته باشد. اقتصادی زیادی به افراد و جامعه تحمیل می کند که با 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 دائمی) 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 ۱۷٪ و ۴۲٪ خواهد رسید و در سال ۲۰۲۵ 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٪، ۶/۸٪ و ۱۶/۲٪ می باشد.^(۵)

مطالعات صورت گرفته بر روی کیفیت مراقبت های دیابت حاکی از این 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 ناراضایتی 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 ای حاضر اندازه گیری کیفیت خدمت مراقبت های افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ شامل 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، اینمی، 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.

کننده به کلینیک دیابت تکمیل گردیدند برای تجزیه و تحلیل داده های جمع اوری شده از نرم افزار SPSS ۱۳ استفاده شد.

نتایج:

اکثریت شرکت کنندگان (۶۷٪) زن بوده و ۶۵٪ آنها در بازه‌ی سنی ۴۵-۶۴ سال قرار داشتند. تقریباً نیمی از افراد (۴۶٪) اضافه وزن داشته و تنها ۷٪ از آن‌ها سابقه‌ی مصرف سیگار داشته‌اند.

اکثریت شرکت کنندگان (۶۲٪) خانه دار بوده، ۴۷٪ بیسوساد و تنها ۴٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند و تقریباً همه‌ی شرکت کنندگان (۹۸٪) تحت پوشش یکی از بیمه‌های درمانی بوده‌اند. (جدول ۱)

مواد و روش‌ها:

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی- مقطوعی می‌باشد که با شرکت ۱۸۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که به روش در دسترس از میان بیماران دارای پرونده‌ی پزشکی که‌ای سال پیش به طور منظم برای دریافت خدمت مراجعه می‌کرده‌اند، انجام گردید. کیفیت خدمت مراقبت‌های افراد مبتلا به دیابت نوع دو به وسیله‌ی مدل CQMH و با استفاده از فرمول Service Quality = $10 - (Importance \times Performance)$ گیری و محاسبه گردید. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای متšکل از سه قسمت مشخصات فردی بیماران، وضعیت بیماری دیابت و ابعاد کیفیت خدمت می‌باشد که روایی و پایایی آن تایید شده و از طریق مصاحبه‌ی حضوری با بیماران مراجعه

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

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

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(جدول ۲).

محاسبه‌ی امتیاز ابعاد کیفیت خدمت نشان می‌دهد که امتیاز کیفیت خدمت کل ۸.۱۷ بوده و نسبت به معیار(۹) در سطح نسبتاً پایینی قرار دارد. ابعاد استمرار خدمت(۹.۲)، 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

جدول ۲_ ابعاد کیفیت خدمت(SQ) از دیدگاه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲

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

منظور از "استمرار خدمات" ارائه‌ی خدمات جامع، یکپارچه و مستمر است که ضمن توسعه‌ی 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(۹.۲) را به خود اختصاص داده است.

در مطالعه‌ی هنبرجر(Hanberger) و همکاران نیز که در سال ۲۰۰۶ در سوئد با هدف بررسی کیفیت مراقبت‌های دیابت کوبدکان انجام گرفت، استمرار ارتباط پزشک و بیمار از دیدگاه بیماران و والدین آن‌ها کیفیت مطلوبی داشته است(۸). همچنین در مطالعه‌ی استتر(Stenner) و همکارانکه در سال ۲۰۱۱ در انگلستان با هدف بررسی دیدگاه‌های بیماران دیابتی درباره‌ی مشاوره‌های آن‌ها با پرستاران و تاثیر آن بر مدیریت دارویی انجام شد، اهمیت استمرار خدمات تقریباً توسط همه‌ی بیماران مورد تأکید قرار گرفته است(۹). برخلاف یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، در مطالعه‌ی 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

بحث و نتیجه گیری:

در این مطالعه کیفیت خدمت کل برای مراقبت‌های افراد مبتلا به دیابت نوع دو که با استفاده از مدل CQMH اندازه‌گیری شده است، ۸.۱۷ می‌باشد که نسبت به عدد ملاک(۹) نسبتاً پایین می‌باشد. یافته‌های فوق با مطالعه‌ی تبریزی و همکاران که با هدف بررسی کیفیت خدمت مراقبت‌های افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در سال ۲۰۰۷ در استرالیا انجام شده است(SQ=۸.۶۲)، همخوانی دارد(۷).

در مطالعه‌ی حاضر، ابعاد "استمرار خدمات، احترام و اعتماد" از کیفیت نسبتاً مطلوبی برخوردار بوده و کیفیت خدمت ابعاد "انتخاب ارائه‌ی کننده‌ی خدمت، ارتباط و تعامل، گروه‌های 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.

بعد "کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه" به وضعیت ظاهری مرکز ارائه کننده و پرسنل، کافی بودن صندلی و فضای مورد نیاز بیماران، تهیه‌ی مناسب، پاکیزگی، سرویس‌های بهداشتی و فضای مرکز اشاره دارد. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر که با امتیاز ۸.۴۴ از کیفیت نسبتاً مطلوب برخوردار بوده و با یافته‌های مطالعه‌ی 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 یافته‌ی استرالیا چندان دور از ذهن نیست(۷). علاوه بر این در مطالعه‌ی 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 داشته‌اند(۱۴).

بعد "ارتباط و تعامل" به برقراری ارتباط مناسب و صمیمی بین بیمار و ارائه کنندگان و ارائه‌ی واضح و قابل درک اطلاعات به بیماران اشاره می‌کند. در این مطالعه امتیاز کیفیت خدمت این بعد ($SQ=8.2$) در سطح پایینی می‌باشد. در مطالعه‌ی هنبرجر (Hanberger) و همکاران (Hanberger) (۲۰۰۶) نیز، میزان اطلاعات داده شده به بیماران درباره‌ی نتایج آزمایشات پزشکی و درمان‌ها، از دیدگاه والدین و بیماران نوچوان کیفیت خدمت پایینی را داشته است(۸). در مطالعه‌ی 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 ارائه‌ی اطلاعات مکتوب به بیماران، گوش نکردن به نگرانی‌های بیماران و عدم امکان پرسیدن سوالات در طی ویزیت‌کیفیت بیماران نداشت(۱۵). نتایج مطالعه‌ی بوندسمان (Bundesmann) و همکاران (۲۰۱۱) در میشیگان، نیز نشان می‌دهد که ۷۴٪ و ۵۷٪ و ۶۲٪ بیماران مبتلا به دیابت به ترتیب اطلاعاتی درباره‌ی پایش قند خون، وزش و مراقبت از پا دریافت کرده اند که نشان دهنده‌ی تعامل نسبتاً پایین ارائه کنندگان و بیماران است به طوریکه درصد قابل توجهی از گیرندگان خدمات اطلاعات موردنیاز را دریافت نمی‌کردند(۱۶). علاوه بر این، برخی از شواهد نشان می‌دهد که ارائه کنندگان خدمات ارتباط و تعامل خوبی با بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم در هنگام ارائه خدمت داشته و بیماران از نحوه‌ی تعامل، شفافیت و کفایت اطلاعات داده شده و امکان پرسیدن سوالات رضایت داشته‌اند(۷،۹،۱۳).

بعد "گروه‌های حمایتی" که یکی از ابعاد بسیار مهم از دیدگاه بیماران می‌باشد، به امکان دسترسی بیماران و همراهان آن‌ها به شبکه‌های حمایتی و تیم‌های آموزشی با حضور متخصصین مربوطه و سایر افراد با شرایط مشابه اطلاق

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

نتایج مطالعه‌ی پارچمن (Parchman) و همکاران که در تگزاس انجام شد (۲۰۰۲)، نشان می‌دهد که استمرار مراقبت‌های دریافت شده توسط بیماران دیابتی با کیفیت کلی مراقبت‌ها رابطه‌ی مستقیم دارد(۱۰). علاوه بر این، نتایج مطالعه‌ی گلیفورد (Gulliford) و همکاران نیز که در لندن انجام شده بود (۲۰۰۷)، نشان می‌دهد که استمرار مراقبت‌های دیابت نوع سلامتی (HbA1c)، فشار خون و (BMI) ارتباط ندارد. در این مطالعه، استمرار رابطه‌ای، انعطاف‌پذیری و تیمی در رضایت بیماران تاثیر تقریباً مشابهی داشتند(۱۱).

بعد "احترام" به ارائه‌ی خدمات در یک محیط غیر تبعیض‌آمیز و همراه با احترام به نیازها، انتظارات و تفاوت‌های فردی و انجام تعهدات و همچنین احترام به حریم خصوصی اشاره داشته و یکی از مولفه‌های بسیار مهم از نگاه مشتری‌ها در حوزه کیفیت خدمات است. در مطالعه‌ی عبدالهادی (Abdulhadi) و همکاران (۲۰۰۷) نیز که در عمان انجام شد، یکی از مولفه‌های موثر بر کیفیت خدمات "احترام به حریم خصوصی" بوده که به دلیل ورود سایر بیماران و همچنین همکاران پزشک خدشه دار شده و نتیجه‌ی 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 بیافته‌های مطالعه‌ی تبریزی و همکاران در استرالیا (Westaway) (۲۰۰۷) و هنبرجر (Hanberger) و همکاران در سوئد (Westaway) (۲۰۰۶) همخوانی دارد. در مطالعه‌ی وستاوی (Westaway) (۲۰۰۶) 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 کرده‌اند(۱۳). همچنین، در مطالعه‌ی استرنر (Stenner) و همکاران (۲۰۱۱) که در انگلستان انجام شد، داشتن حریم خصوصی به دلیل اینکه بیماران در آن احساس حمایت و حفاظت می‌کردن، مهم بوده و شاخص مؤثری بر کیفیت خدمات بیماران بوده است(۹).

سومین بعد از نظر امتیاز کسب شده بعد "اعتماد" است ($SQ=8.8$) که به رازداری ارائه کنندگان خدمات و اطمینان از اطلاعات ارائه شده و ثبت شده در پرونده‌ی پزشکی اشاره دارد که در این مطالعه از کیفیت نسبتاً مناسبی برخوردار بوده و با یافته‌های مطالعه‌ی تبریزی و همکاران در استرالیا (۲۰۰۷) تقریباً همخوانی دارد (امتیاز بعد اعتماد در این مطالعه ۹.۵۷ بوده است)(۷).

درمان و اخذ رضایت اشاره داشته و منجر به حمایت از بیماران در برابر مداخلات ناخواسته می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر، این بعد امتیاز پایینی (۷۶٪) کسب کرده است. این بعد از موارد چالش برانگیز کیفیت خدمت است که از جامعه‌ای به جامعه‌ی دیگر و از فردی به فرد دیگر کاملاً متفاوت است به طوریکه در بعضی از جوامع گیرندگان خدمات تمایل‌جنداشی به مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها نداشته و اهمیت چندانی بدان قابل نیستند (۲۰٪). در حالیکه در برخی از جوامع بسیار مهم و حیاتی تلقی می‌گردد (۲۱٪، ۲۲٪). نتایج مطالعه‌ی حاضر با یافته‌های مطالعه‌ی متیوز (Matthews) (۲۰۰۹) در ایالت متحده همخوانی داشته (۱۵٪) و با یافته‌های مطالعه‌ی تبریزی (Tabrizi) و همکاران (۲۰۰۷) (۷٪)، هنبرجر (Hanberger) و همکاران (Tabrizeri) (۲۰۰۶) (۷٪)، همکاران (Stenner) (۲۰۰۶) (۸٪) و همکاران (Abdulhadi) (۲۰۱۱) در انگلستان (۹٪) همخوانی ندارد.

بعد دیگری که در کیفیت خدمات نقش ویره‌ای دارد بعد "پیشگیری و تشخیص زودرس" می‌باشد که در این مطالعه امتیاز خیلی پایینی (SQ=۷.۴۵) را کسب کرده است. که با یافته‌های مطالعات مشابه در استرالیا، سوئد، آمریکا و عمان همخوانی دارد (۱۶٪، ۱۶٪، ۸٪، ۷٪). در مطالعه‌ی استرالیا (Strine) و همکاران (۲۰۰۴) در ایالت متحده آمریکا، اهمیت آموزش خودمدیریتی دیابت در ارتقای رفتارهای پیشگیرانه‌ی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تأثیرگذار شده و یافته‌ها نشان می‌دهد که تنها ۵۲٪ افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، به طور عملی آموزش خودمدیریتی دریافت کرده‌اند (۲۳٪).

در این مطالعه پایین ترین امتیاز کیفیت خدمت (۷.۳۴) مربوط به بعد اینمی می‌باشد که به عنوان یک اصل اساسی در همه‌ی سیستم‌های بهداشتی مطرح است. به طوریکه از دیدگاه مشارکت کنندگان در مطالعه، اینمی امری بسیار مهم در ارائه خدمت بوده، در حالیکه در عمل بهای چندانی به آن داده نمی‌شود. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با نتایج مطالعه‌ی عبدالهادی (Abdulhadi) و همکاران در عمان (۲۰۰۷) همخوانی داشته و در این مطالعه نیز بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم برداشت مطلوبی از اینمی در خدمات نداشته‌اند (۱۲٪). در حالیکه شرکت کنندگان در مطالعه‌ی تبریزی و همکاران در استرالیا (۲۰۰۷) برداشت متفاوتی داشته و کیفیت بعد اینمی را مطلوب ارزیابی کرده‌اند (۷٪).

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از کلیه بیماران شرکت کننده در مطالعه و حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تشکر و قدردانی می‌نماییم.

می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر برخورداری از شرکت در گروه‌های حمایتی (SupportGroup) کیفیت پایینی را نشان می‌دهد (۸.۲٪) که با یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی تبریزی (Tabrizi) و همکاران (۲۰۰۷) در استرالیا، همخوانی ندارد به طوریکه در این مطالعه، این بعد از خدمت از دیدگاه گیرندگان خدمات امتیاز بالای (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 است. که با یافته‌های مطالعه‌ی تبریزی (Tabrizi) و همکاران (۲۰۰۷) در استرالیا (۷٪) و هنبرجر (Hanberger) او همکاران (۲۰۰۶) در سوئد (۸٪) همخوانی داشته ولی با یافته‌های مطالعه‌ی عبدالهادی (Abdulhadi) و همکاران (۲۰۰۷)، همخوانی ندارد (۱۲٪).

همچنین، نتایج مطالعه‌ی اسکینر (Skinner) و همکاران (۲۰۱۳) که با هدف بررسی تفاوت دسترسی به خدمات بهداشتی در بین افراد شهری و روستایی مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ در استرالیا انجام شد، نشان می‌دهد که دسترسی افراد روستایی مبتلا به دیابت به متخصص غدد، تغذیه و 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، پژشک دلخواه و حق تغییر ارائه‌ی کننده‌ی قبلی پرداخته و عواملی چون قیمت خدمات ارائه شده، فاصله تا مرکز ارائه کننده، شیوه‌ی درمان و نوع مرکز ارائه کننده‌ی خدمت در آن دخیل می‌باشند (۱۸٪). در مطالعه‌ی حاضر این بعد از کیفیت از امتیاز پایینی (۷.۹٪) برخوردار بوده که با یافته‌های مطالعه‌ی تبریزی و همکاران در استرالیا (۲۰۰۷)، همخوانی دارد (۷٪).

"توجه فوری و به موقع" یکی دیگر از ابعاد کیفیت خدمت می‌باشد که به دسترسی سریع به خدمات موردنیاز و ارائه‌ی خدمات در کوتاه‌ترین زمان ممکن می‌پردازد که در مطالعه حاضر امتیاز پایینی (۷.۸۷٪) کسب نموده‌و با یافته‌های مطالعه‌ی تبریزی (Tabrizi) و همکاران (۲۰۰۷) (۷٪) و هنبرجر (Hanberger) و همکاران (۲۰۰۶) (۸٪) همخوانی دارد. یافته‌های مطالعه‌ی عبدالهادی و همکاران (۲۰۰۷) در عمان، نیز نشان 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 آن‌ها و ارائه کنندگان خدمات می‌گردد (۱۹٪).

بعد "اختیار" به دخیل کردن بیماران در جریان درمان و مشارکت دادن آنها در تصمیم‌گیری‌های مربوطه، رد یا قبول

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. Journalal 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 Shafae 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.

Service Quality (SQ) in Patients with Type 2 Diabetes

Tabrizi.J.S¹, Alidoost.S^{2*}, Bahrami.A³, Asgharijafarabadi.M⁴

Submitted: 2014.1.25

Accepted: 2014.4.15

Abstract

Background: Regarding the importance of quality in health care services and providing patient'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: $SQ=10 - (Importance \times Performance)$ and a verified questionnaire based on importance and performance of non-health aspects from the patients' perspective. Data were analyzed by SPSS13 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 prevention had the highest score for importance and dignity 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

-
- Associate Professor, Health Services Management Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran
 - M.Sc Student 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
 - Professor, Department of Endocrinology, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran
 - Assistant Professor, Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran