

کیفیت ارائه‌ی خدمت در فیزیوتراپی از دیدگاه خدمت‌گیرندگان

جعفر صادق تبریزی¹، فرید غریبی^{2*}، میرعلی اعتراف اسکویی³، محمد اصغری جعفرآبادی⁴

چکیده

زمینه: کیفیت خدمت، معمولاً به جنبه‌های غیر فنی و غیر بالینی خدمات اشاره دارد که بر ارتباط بین مشتری و ارائه‌دهنده‌ی خدمت و نیز کیفیت محیط مراقبتی دلالت دارد. با توجه به اینکه این جنبه نقش انکارناپذیری در بهبود نتایج درمانی ایفا می‌کند، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی کیفیت خدمت در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده‌ی توان‌بخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز اجرا گردید.

روش: این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی با استفاده از پرسش‌نامه‌ی محقق-ساخته که روایی و پایایی آن مورد سنجش و تأیید قرار گرفته بود با مشارکت ۲۰۴ نفر از بیماران یا همراهان مراجعه‌کننده به کلینیک فیزیوتراپی انجام گرفت. در این مطالعه شرکت‌کنندگان، پاسخگوی سؤالاتی از وضعیت کیفیت خدمت در دو جنبه از آن بودند. کیفیت خدمت با استفاده از فرمول، کیفیت خدمت در دو جنبه اهمیت و عملکرد، محاسبه گردید. $10 = (\text{عملکرد} \times \text{اهمیت})$

نتایج: از جنبه‌های مورد بررسی، انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمت، ایمنی و پیش‌گیری به ترتیب دارای پایین‌ترین کیفیت خدمت، و توجه به موقع و فوری، اعتماد و کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه به ترتیب دارای بالاترین سطح کیفیت خدمت بودند. همچنین در تحلیل داده‌ها، ارتباط متغیر سن با استمرار خدمت و متغیر تحصیلات با داشتن اختیار و توجه به موقع و فوری معنادار نشان داده شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه، در ۶ جنبه از کیفیت خدمت یعنی انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمت، اختیار، احترام، ایمنی، پیش‌گیری و دسترسی، میزان کیفیت خدمت کلینیک به دلیل اخذ امتیاز کمتر از ۹، پایین‌تر از حد مطلوب ارزیابی شد که این امر نمایانگر وجود ضعف‌های قابل توجه در این زمینه‌ها و لزوم توجه مسئولان مرکز به این ابعاد می‌باشد.

واژگان کلیدی: کیفیت خدمت، فیزیوتراپی، کلینیک.

۱- مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC)، استادیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۴۴۰۸۵۴۲۰

E-mail: Tabrizijs@tbzmed.ac.ir

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت

خدمات بهداشتی و درمانی، گروه آموزشی

مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی،

دانشکده‌ی بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم

پزشکی تبریز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۸۱۳۳۲۹۳۵

farid_hc.manager@yahoo.com

۳- استادیار گروه آموزشی فیزیوتراپی،

دانشکده‌ی توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی

تبریز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۴۳۱۰۲۱۱۰

eterafoskouei@tbzmed.ac.ir

۴- استادیار مرکز تحقیقات آموزش علوم

پزشکی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

* نویسنده‌ی مسؤل:

فرید غریبی، ایران، تبریز، دانشگاه علوم

پزشکی تبریز، دانشکده‌ی بهداشت و تغذیه،

گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و

درمانی.

تلفن: ۰۹۱۸۱۳۳۲۹۳۵

Email: farid_hc.manager@

yahoo.com

تاریخ پذیرش: 91/7/5

تاریخ دریافت: 91/2/26

مقدمه

مشارکت مؤثر در فرایند خدمات سلامت و تصمیم گیری- های کلیدی و مداخلات صحیح و به موقع به آن نیازمند است (۵، ۶). کیفیت خدمت، به شرایط و چگونگی دریافت خدمت توسط خدمت‌گیرنده مربوط بوده و بازتابی است از روش ارائه‌ی خدمت و محیطی که خدمت در آن ارائه می‌شود که معمولاً به جنبه‌های غیربالینی مراقبت سلامت شامل: جنبه‌های فیزیکی، مدیریتی، سازمانی و ارتباط بیمار و ارائه‌دهنده‌ی خدمت اشاره دارد. از این‌رو کیفیت خدمت باید به طور مستقیم توسط استفاده‌کننده از خدمات سلامت و بر پایه‌ی تجربه‌ی او مورد ارزیابی و قضاوت قرار گیرد (۷-۹).

شواهد نشان می‌دهد که جنبه‌های غیر درمانی خدمات، تأثیر قابل توجهی در کیفیت خدمات درمانی و رضایت‌گیرندگان خدمت دارد، به عنوان مثال، اثربخشی درمان در بیماری که آموزش کافی درباره‌ی کنترل بیماری خود دریافت نماید و به طرز مؤثری در فرایند درمان خود مشارکت و ایفای نقش نماید به طور قابل توجهی بالا خواهد رفت. به‌علاوه بیماری که در مورد علائم هشداردهنده‌ی بیماری خود اطلاعات کافی دریافت نماید به محض مشاهده‌ی علائم به پزشک خود مراجعه کرده و از وقوع اثرات ناگوار جلوگیری می‌نماید (۱۰). نتایج مطالعه‌ها نشان می‌دهد که گوش‌دادن ارائه‌کننده‌ی خدمت به نگرانی‌های بیمار، اختصاص وقت کافی به بیمار برای پرسیدن سؤالاتش، دادن توضیحات روشن و شفاف به بیمار، مهارت ارتباطی ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، مشارکت دادن بیمار در تصمیمات درمانی، دادن اطلاعات کافی به بیمار، دادن فرصت انتخاب به بیمار برای انتخاب مرکز و شخص ارائه‌دهنده‌ی خدمت و نوع درمان، پاسخ-گویی به بیمار و همراهان او، توانمندسازی بیمار جهت مراقبت از خود، احترام به حریم و شخصیت بیمار، دادن اختیار به بیمار در قبول یا رد درمان، فراهم بودن خدمات سلامت، تداوم مراقبت، مدت زمان لازم برای پذیرش

بدون شک، حفظ و ارتقای سطح سلامت یک جامعه، نیازمند وجود یک نظام سلامت جامع، مناسب و پاسخ‌گو در برابر نیازهای مرتبط با سلامتی در هر سه سطح پیش-گیری، درمان و بازتوانی خواهد بود و در این میان، وجود یک سیستم بازتوانی مناسب، کارا و مبتنی بر نیاز جامعه، نقش انکارناپذیری در دستیابی نظام سلامت به اهدافش و پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات مشتریان دارد به‌طوری‌که توان‌بخشی را می‌توان به عنوان جزء جدایی‌ناپذیر خدمات بهداشتی و درمانی دانست. در میان خدمات بازتوانی، خدمات فیزیوتراپی به سبب تأثیرات مثبت فراوان بر درمان طیف وسیعی از بیماری‌ها، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بوده و به سبب نداشتن عوارض جانبی (همانند آنچه که در درمان دارویی وجود دارد) مورد توجه روزافزون می‌باشند. فیزیوتراپی به طور کلی به مجموعه‌ای از درمان‌های طبی گفته می‌شود که در آن از کلیه‌ی پدیده-های فیزیکی و مکانیکی شامل: گرما، سرما، امواج الکترومغناطیسی، جریانات الکتریکی، صوت و لیزر در قالب رویکردهای درمانی و فنون ویژه جهت بازتوانی استفاده می‌شود (۱).

کیفیت به طور کلی ممکن است به عنوان دستیابی به سطح بالایی از برتری، مهارت یا موفقیت تعریف گردد (۲). مدیریت کیفیت فراگیر که رویکرد غالب در زمینه‌ی کیفیت در سه دهه‌ی اخیر بوده است، چنین تعریف می-شود: "فرایندی است مشتری‌محور، کیفیت‌مدار، مبتنی بر حقایق و بر مبنای کار تیمی که با هدایت مدیران ارشد به منظور دستیابی سازمان‌ها به بهبود مستمر کیفیت صورت می‌گیرد" (۳). به طور کلی کیفیت مراقبت سلامت دارای سه بعد اصلی می‌باشند: کیفیت فنی، کیفیت مشتری و کیفیت خدمت. کیفیت فنی، به جنبه‌های بالینی مراقبت سلامت مانند مناسب بودن خدمات ارائه شده و مهارت ارائه‌کنندگان خدمت مربوط می‌شود (۴). کیفیت مشتری، مجموعه‌ی توانمندی‌هایی است که گیرنده‌ی خدمت برای

داده‌ها به وسیله‌ی پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته‌ای که روایی و پایایی آن توسط آزمون‌های آماری مورد تأیید قرار گرفته بود، جمع‌آوری گردید. به منظور تأیید روایی محتوایی، پرسش‌نامه‌ی مذکور با نظر ۱۰ نفر از صاحب‌نظران مورد بررسی قرار گرفت. در این راستا، تمامی سؤالات پرسش‌نامه از نظر صاحب‌نظران در ۴ جنبه‌ی: مرتبط بودن، شفافیت، سادگی و ضرورت، در یک مقیاس چهارگانه برای هر یک، بررسی شدند و برای تحلیل آنها، بر طبق قوانین آماری موجود، نقطه‌ی پذیرش ۷۵ درصد، تعیین گردید. بر طبق اصول آماری، ابتدا میانگین نمره‌ی ضرورت (CVR) (Content Validity Ratio) مورد بررسی قرار گرفته و در صورت تأیید سؤال در این شاخص، نمره‌ی سه عامل دیگر (CVI) (Content Validity Index) بررسی می‌گردد که در تمامی این موارد، نمره‌ی پذیرش ۷۵ درصد (در صورت نظر خواهی در ۱۰ نفر در پانل خبرگان) معتبر خواهد بود (۲۰، ۱۹).

در مطالعه‌ی حاضر، پرسش‌نامه‌ی طراحی‌شده موفق به کسب نمره‌ی ۸۶ درصد در شاخص ضرورت و نمره‌ی ۸۸ درصد در مجموع سه شاخص دیگر گردید و با قدرت مورد تأیید قرار گرفت. همچنین در طی انجام فرایند فوق، اصلاحاتی جزئی در پرسش‌نامه بنا به نظرات مکتوب صاحب‌نظران اعمال گردید. برای بررسی همسانی درونی پرسش‌نامه، بر اساس یک مطالعه‌ی مقدماتی (Pilot Study)، آلفای کرونباخ محاسبه گردید که عدد به دست آمده ۰/۸۱۵ برای این شاخص، پرسش‌نامه‌ی طراحی‌شده مذکور را تأیید نمود.

پرسش‌نامه‌ی نهایی شامل ۷ سؤال در مورد اطلاعات دموگرافیک و ۳۴ سؤال در مورد ۱۱ بعد از کیفیت خدمت شامل انتخاب ارائه‌دهنده‌ی خدمت (آزادی کامل بیمار در انتخاب مرکز و فرد ارائه‌کننده‌ی خدمت)، ارتباط و تعامل (داشتن ارتباط مثبت و سازنده بین بیمار و ارائه‌دهنده‌ی خدمت)، داشتن اختیار (مشارکت بیمار در فرایند درمان و آزادی او در قبول یا رد درمان)، استمرار خدمت (دریافت

بیمار، توجه و مراقبت فوری به‌عنوان ابعاد کیفیت خدمت، تأثیر قابل توجهی بر نتایج درمان دارند (۱، ۷، ۱۱-۱۶).

متخصصان توان‌بخشی از دیرباز به این نتیجه رسیده‌اند که یک تیم یا مرکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات توان‌بخشی باید طی یک فرایند مناسب، دستیابی به نتایج درمانی قابل قبول را تسهیل و تضمین نماید. بیماران و خانواده‌های آنان که پس از یک بیماری، جراحی یا صدمه‌ی ناتوان‌کننده، به مراکز پرستاری آموزش‌دیده جهت بازتوانی مراجعه می‌کنند با یک تصمیم مهم روبه‌رو بوده و نیازمند ابزاری برای ارزیابی نتایج توان‌بخشی به دست آمده از ارائه‌کنندگان این خدمات می‌باشند (۱۷). سنجش کیفیت و نتایج مراقبت توان‌بخشی جهت بهبود سطح سلامت افراد دارای ناتوانی باید مبنای هر تصمیم بالینی و سیاست‌گذاری قرار گیرد. بررسی‌های منظم دیدگاه‌ها و تجربیات بیماران و جامعه، مرحله‌ی آغازین طراحی شاخص‌های عملکردی مناسب برای پایش اثربخشی خدمات و سیاست‌های مراقبت سلامت می‌باشد (۱۸). از این‌رو، مطالعه‌ی حاضر به دنبال بررسی کیفیت خدمت در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده‌ی توان‌بخشی تبریز بر اساس دیدگاه گیرندگان خدمت می‌باشد.

روش

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی می‌باشد که با مشارکت ۲۰۴ نفر از بیماران و همراهان مراجعه‌کننده به کلینیک فیزیوتراپی دانشکده‌ی توان‌بخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت. معیارهای اصلی شرکت در مطالعه، تجربه‌ی حداقل ۲ جلسه از درمان توسط بیماران یا همراهان آنها و تمایل آنها برای شرکت در مطالعه بود. بر اساس تعداد نوبت‌های کاری و در نظر گرفتن یک دوره‌ی کامل کاری و تعداد ساعات ارائه‌ی خدمت در هر نوبت کاری، تعداد پرسش‌نامه‌هایی که می‌بایست در آن نوبت تکمیل گردد تعیین و سپس در ساعات مختلف روز و در طی ۳ هفته تکمیل گردید.

جنبه‌ی اهمیت هر بعد در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۱۰ درجه‌بندی شد (۰ = مهم نیست، ۳ = نسبتاً مهم، ۶ = مهم، ۱۰ = خیلی مهم). سطح عملکرد درک شده از مراقبت دریافت شده در هر بعد بر اساس یک مقیاس چهار نقطه‌ای از هرگز، گاهی، معمولاً و اغلب یا ضعیف، متوسط، خوب و عالی امتیازبندی شده بودند (۰ = معمولاً/همیشه یا خوب/عالی و ۱ = هرگز/گاهی یا ضعیف/متوسط). برای سؤالات منفی نمره‌ی عملکرد به صورت عکس محاسبه گردید. کیفیت خدمات هر بعد از مراقبت با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید: (عملکرد × اهمیت) - ۱۰ = کیفیت خدمات

کیفیت خدمات در دامنه‌ی ۰ به معنی حداقل یا بدترین تا ۱۰ به معنی بهترین یا بالاترین سطح کیفیت می‌باشد. امتیاز کیفیت خدمات برای تک تک سؤالات، دسته‌بندی‌ها و برای مجموع سؤالات محاسبه گردیده و میانگین نمره‌ی کیفیت کمتر از ۹ به عنوان کیفیت نامطلوب، ارزیابی گردید (۷).

نتایج

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، اکثریت شرکت‌کنندگان در مطالعه، از میان بیماران بوده (۶۵٪) و قسمت اعظم آنها را مردان (۵۹٪) تشکیل می‌دادند. یک سوم از شرکت‌کنندگان در رده‌ی سنی زیر ۳۲ سال و یک سوم نیز در رده‌ی سنی بالای ۴۸ سال قرار داشتند. غالب شرکت‌کنندگان دارای سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بوده و افراد دارای شغل آزاد و خانه‌دار، فراوانی بیشتری نسبت به سایر مشاغل داشتند. بیش از ۹۰ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه بومی بوده و در بین دلایل انتخاب مرکز، توصیه‌ی پزشک و آشنایان برای مراجعه و مداوا در این مرکز به ترتیب، بیشترین درصد را به خود اختصاص می‌داد. لازم به ذکر است که در سؤال مربوط به دلیل انتخاب مرکز، پاسخ‌دهندگان مجاز به انتخاب بیش از یک مورد بودند.

اطلاعات هماهنگی از ارائه‌کنندگان خدمات و ملاقات همیشه‌ی مسؤول درمان، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه (مناسب بودن فضا و امکانات محیط ارائه‌ی خدمات)، احترام (برخورد مناسب ارائه‌کنندگان خدمت با بیماران)، به موقع بودن و توجه فوری (ارائه‌ی خدمات در کمترین زمان ممکن و بدون معطلی)، ایمنی (عدم وارد شدن هرگونه آسیب جسمی و روحی به بیمار)، پیش‌گیری (آموزش مناسب به بیماران و همراهان آنها در خصوص خود مراقبتی و روش‌های پیش‌گیری از بدتر شدن وضعیت بیمار)، دسترسی (دسترسی فیزیکی، مالی، زمانی و فرهنگی مناسب به مرکز) و اعتماد (حفظ حریم خصوصی بیمار و محرمانه ماندن اطلاعات بالینی و غیربالینی ایشان) می‌باشد که وضعیت کیفیت خدمات در هر مورد از دو جنبه‌ی اهمیت و عملکرد، از گیرنده‌ی خدمت مورد پرسش قرار می‌گیرد.

حجم نمونه با توجه به تعداد سؤالات پرسش‌نامه و استفاده از قاعده‌ی ۱ به ۵ (عدد نمونه به ازای هر سؤال موجود در پرسش‌نامه)، و نیز رعایت وجود حداقل ۲۰۰ نمونه در مطالعات اکتشافی، ۲۰۴ تعیین گردید (۱ به ۶). برای ارزیابی پایایی (همسانی درونی) پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ محاسبه شد. برای محاسبه‌ی ابعاد مختلف SQ، به طور همزمان در گروه‌های تعریف شده توسط متغیرهای زمینه‌ای، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. ارتباط متغیرهای دموگرافیک یا زمینه‌ای با متغیرهای وابسته و یا اختلاف متغیرهای وابسته در گروه‌های مربوط به متغیرهای زمینه‌ای، متناسب با ماهیت متغیرهای زمینه‌ای با آزمون کای دو، ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن، T مستقل و یا ANOVA (تحلیل واریانس) ارزیابی گردید. برای معناداری آزمون‌ها، سطح ۰/۰۵ در نظر گرفته شده و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS 16 استفاده گردید.

برای هر بعد از کیفیت خدمات، دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه در مورد اهمیت و عملکرد واقعی اخذ گردید.

ابعاد مربوط به اعتماد، اختیار و انتخاب ارائه‌کننده‌ی معناداری را بین سه گروه سنی نشان داد ($P < 0.001$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که رده‌ی سنی زیر ۳۲ سال با کمترین مقدار میانگین با دو رده‌ی سنی دیگر اختلاف معناداری دارد ($P < 0.05$). نتایج تحلیل یک‌متغیره نشان داد که برای ابعاد اختیار ($P = 0.012$) و توجه به موقع و فوری ($P = 0.006$) تفاوت معناداری بین ۴ رده‌ی تحصیلی دارد، ولی برای سایر شاخص‌ها ارتباط معناداری مشاهده نشد ($P > 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در بعد داشتن اختیار و توجه به موقع و فوری، گروه بی‌سواد با کمترین مقدار میانگین با سه رده‌ی تحصیلی دیگر اختلاف داشت ($P < 0.05$).

در مورد دلایل انتخاب کلینیک توان‌بخشی، بین امتیاز کیفیت خدمت کل و دلایل انتخاب مرکز، ارتباط آماری معناداری مشاهده نگردید، ولی در ابعاد کیفیت خدمت، امتیاز کیفیت خدمت در بعد دسترسی در کسانی که این مرکز را به دلیل هزینه‌ی پایین آن انتخاب نموده‌اند، بالاتر بود ($P < 0.001$). امتیاز کیفیت خدمت در بعد ایمنی در کسانی که این مرکز را به دلیل معرفی پزشک انتخاب نموده‌اند، بالاتر است ($P = 0.02$). امتیاز کیفیت خدمت در بعد استمرار خدمت در افرادی که این مرکز را به دلیل کیفیت بالای آن انتخاب نموده‌اند، بالاتر است ($P = 0.001$) و امتیاز کیفیت خدمات در بعد ایمنی در کسانی که این مرکز را به دلیل کیفیت بالای خدمات آن انتخاب نموده‌اند، پایین‌تر است ($P = 0.044$). ارتباط دلایل دیگر انتخاب مرکز با ابعاد کیفیت خدمت معنادار نبود ($P > 0.05$).

چنانکه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ابعاد پیش‌گیری، ایمنی و ارتباط و تعامل دارای بیشترین اهمیت و خدمت دارای کمترین اهمیت از دیدگاه گیرنده‌ی خدمت می‌باشند. در مورد عملکرد، به ترتیب: به موقع بودن و توجه فوری، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه و اعتماد دارای بیشترین و ابعاد انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمت، ایمنی و پیش‌گیری دارای کمترین امتیاز عملکرد از دیدگاه گیرنده‌ی خدمت می‌باشند. به طور کلی، کیفیت خدمت ابعاد توجه به موقع و فوری، اعتماد و کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه به ترتیب دارای بیشترین و ابعاد انتخاب ارائه‌دهنده‌ی خدمت، ایمنی و پیش‌گیری به ترتیب دارای کمترین امتیاز بودند. در این مطالعه در ۶ بعد از کیفیت خدمت یعنی انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمت، اختیار، احترام، ایمنی، پیش‌گیری و دسترسی، امتیاز پایین‌تر از عدد ۹ محاسبه گردیده که نشان‌دهنده‌ی کیفیت نامطلوب از دیدگاه گیرندگان خدمت می‌باشد.

یافته‌های ناشی از تحلیل‌های آماری حاکی از آن است که هیچ‌گونه ارتباط معنادار آماری ($P > 0.05$)، بین امتیاز کیفیت خدمت و متغیرهای دموگرافیک وجود ندارد.

اما در تحلیل مربوط به ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با ابعاد مختلف کیفیت خدمت، ارتباط متغیر سن با استمرار خدمت و ارتباط بین متغیر تحصیلات با داشتن اختیار و توجه به موقع و فوری، معنادار شد ($P < 0.05$) به طوری که افراد با رده‌ی سنی زیر ۳۲ سال کمترین امتیاز کیفیت را در بعد خدمت استمرار خدمت داشته و افراد بی‌سواد دارای کمترین امتیاز کیفیت در بعد داشتن اختیار و توجه به موقع و فوری بودند (جدول ۴).

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۵ نشان داده شده است، در ارزیابی یک متغیره، مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی هر یک از ابعاد (۱۱ دسته‌بندی)، استمرار خدمت، تفاوت

جدول ۱: ویژگی‌های افراد شرکت کننده در مطالعه

ویژگی	دسته‌ها	تعداد	درصد
شرکت‌کنندگان	بیمار	۱۳۲	۶۴.۷
	همراه	۷۲	۳۵.۳
جنسیت	مذکر	۱۲۱	۵۹.۳
	مونث	۸۳	۴۰.۷
سن	پایین تر از ۳۲ سال	۶۸	۳۳.۳
	۳۲ تا ۴۷.۹ سال	۶۸	۳۳.۳
	بالتر از ۴۸ سال	۶۸	۳۳.۳
وضعیت تحصیلی	بی سواد	۶	۲.۹
	زیر دیپلم	۵۴	۲۶.۵
	دیپلم	۷۸	۳۸.۲
	تحصیلات دانشگاهی	۶۶	۳۲.۴
وضعیت شغلی	بیکار	۱۲	۵.۹
	کارمند	۲۳	۳۷.۶
	شغل آزاد	۶۶	۳۲.۴
	خانه دار	۵۲	۲۵.۵
	بازنشسته	۲۵	۱۲.۳
	سایر موارد	۲۶	۱۲.۸
بومی بودن		۱۸۹	۹۲.۶
دلیل انتخاب مرکز	نزدیکی مسافت	۵۲	۲۵.۷
	توصیه آشنایان	۷۶	۳۷.۶
	توصیه پزشک	۹۶	۴۷.۵
	کیفیت خدمات	۳۶	۱۷.۸
	سایر دلایل	۱۴	۷

جدول 2: امتیاز کیفیت خدمت در ابعاد

ابعاد کیفیت خدمت	اهمیت (انحراف معیار) امتیاز	عملکرد (انحراف معیار) امتیاز	کیفیت خدمت (انحراف معیار) امتیاز
انتخاب ارائه دهنده ی خدمت	۷.۸۸ (۲.۱۶)	۰.۵۰ (۰.۳۳۱)	۶.۴۰ (۲.۹۷)
ارتباط و تعامل	۹.۷۵ (۰.۹۰۸)	۰.۰۲ (۰.۱۰۵)	۹.۷۸ (۱.۰۵)
داشتن اختیار	۷.۸۵ (۲.۳۰)	۰.۲۰ (۰.۱۶۵)	۸.۳۲ (۳.۵۰)
استمرار خدمت	۹.۵۷ (۱.۲۸)	۰.۰۲ (۰.۱۰۸)	۹.۷۵ (۱.۰۸)
کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه	۹.۴۹ (۱.۲۳)	۰.۰۱ (۰.۰۸۷)	۹.۸۳ (۰.۸۶۷)
احترام	۹.۵۲ (۱.۲۰)	۰.۲۱ (۰.۲۰۳)	۷.۹۷ (۱.۹۹)
به موقع بودن و توجه فوری	۹.۶۴ (۰.۸۷۵)	۰.۰۱ (۰.۰۷۰)	۹.۸۵ (۰.۶۷۹)
ایمنی	۹.۸۵ (۰.۵۷۴)	۰.۳۱ (۰.۲۴۸)	۶.۸۹ (۲.۴۶)
پیشگیری	۹.۹۲ (۰.۴۳۱)	۰.۲۹ (۰.۲۴۵)	۷.۰۶ (۲.۴۶)
دسترسی	۹.۶۲ (۱.۰۰)	۰.۱۵ (۰.۲۲۵)	۸.۴۸ (۲.۲۳)
اعتماد	۵.۵۶ (۴.۲۴)	۰.۰۱ (۰.۱۲۲)	۹.۸۴ (۱.۲۲)
کل	۹.۲۲ (۰.۵۵۴)	۰.۱۶ (۰.۸۰)	۸.۵۴ (۰.۷۹۷)

جدول 3: ارتباط متغیرهای دموگرافیک با امتیاز کیفیت خدمت کل

متغیرها	دسته ها	میانگین (انحراف معیار)	P
شرکت کنندگان	بیماران	۸.۵۵ (۰/۸۲)	۰/۹۴
	همراهان	۸.۵۵ (۰/۷۷)	
جنسیت	مذکر	۸.۵۷ (۰/۷۹)	۰/۰۵
	مونث	۸.۵۱ (۰/۸۱)	
سن	پایین تر از ۳۲ سال	۸.۶۱ (۰/۷۸)	۰/۷۱
	۳۲ تا ۴۷.۹	۸.۵۰ (۰/۸۹)	
	بالتر از ۴۸ سال	۸.۵۳ (۰/۷۳)	
وضعیت تحصیلی	بی سواد	۸.۴۸ (۰/۵۳)	۰/۴۷
	زیر دیپلم	۸.۶۵ (۰/۷۶)	
	دیپلم	۸.۵۸ (۰/۸۷)	
	تحصیلات دانشگاهی	۸.۴۴ (۰/۷۵)	
وضعیت شغلی	بیکار	۸.۳۵ (۱.۱۸)	۰/۶۲
	کارمند	۸.۶۰ (۰/۸۲)	
	شغل آزاد	۸.۵۷ (۰/۷۸)	
	خانه دار	۸.۵۶ (۰/۸۰)	
	بازنشسته	۸.۶۱ (۰/۷۹)	
	سایر موارد	۸.۳۷ (۰/۶۲)	
	بومی بودن	بومی	
غیر بومی	۸.۸۴ (۰/۸۴)		

جدول 4: ارتباط امتیاز کیفیت خدمت با سن و تحصیلات گیرندگان خدمت

میانگین امتیاز کیفیت خدمت							ابعاد کیفیت خدمت
تحصیلات				سن			
دانشگاهی	دیپلم	زیر دیپلم	بی سواد	> 48	32-48	< 32	
۶۶	۷۸	۵۴	۶	۶۸	۶۸	۶۸	تعداد شرکت کنندگان
۶.۶۵	۶.۳۷	۶.۴۴	۵.۲۰	۶.۵۱	۶.۲۳	۶.۶۰	انتخاب ارائه کننده خدمت
۹.۸۴	۹.۶۹	۹.۸۷	۱۰.۰۰	۹.۶۶	۹.۹۴	۹.۷۹	ارتباط و تعامل
۷.۹۱	۸.۶۳	۸.۴۹	*۷.۲۰	۸.۳۱	۸.۵۱	۸.۱۵	داشتن اختیار
۹.۶۸	۹.۷۴	۹.۸۰	۱۰.۰۰	۹.۹۲	۱۰.۰۰	*۹.۳۰	استمرار خدمت
۹.۸۵	۹.۹۰	۹.۶۶	۱۰.۰۰	۹.۷۹	۹.۷۶	۹.۹۲	کیفیت تسهیلات و امکانات
۷.۸۱	۸.۱۸	۸.۱۳	۸.۰۲	۷.۹۷	۸.۲۳	۷.۹۵	احترام
۱۰.۰۰	۹.۸۵	۹.۷۳	*۹.۰۰	۹.۷۹	۷.۸۸	۹.۸۶	توجه به موقع و فوری
۶.۴۷	۷.۲۱	۷.۲۰	۶.۶۶	۶.۶۸	۷.۰۵	۷.۱۶	ایمنی
۷.۱۰	۶.۹۲	۷.۳۹	۸.۶۶	۷.۱۹	۶.۸۲	۷.۴۲	پیشگیری
۸.۶۴	۸.۳۰	۸.۶۸	۷.۳۳	۸.۳۴	۸.۳۲	۸.۸۰	دسترسی
۹.۶۸	۹.۸۷	۱۰.۰۰	۱۰.۰۰	۱۰.۰۰	۹.۶۸	۹.۸۴	اعتماد
۸.۴۴	۸.۵۸	۸.۶۵	۸.۳۸	۸.۵۳	۸.۵۰	۸.۶۱	امتیاز کل کیفیت خدمت

(*) رابطه آماری معنادار

بحث

آمده از این مطالعه با نتایج مطالعه‌ی حاضر منطبق می‌باشد. همچنین در این مطالعه مشخص شد که بیماران جوانتر، کمترین امتیاز و افراد با کنترل مناسب بیماری، بالاترین امتیاز را به خود اختصاص داده بودند (۷).

در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۲۰۱۰ با هدف بررسی میزان کیفیت خدمت در مراکز فیزیوتراپی دولتی و خصوصی شهر تبریز به انجام رسید، بالاترین نمره‌ی کیفیت خدمت به ترتیب به طرز برخورد کارکنان، رازداری و زمان انتظار مناسب، و کمترین میزان به اطلاع از نحوه‌ی درمان، مکان مناسب ارائه‌ی خدمت و بهای مناسب خدمات، اختصاص یافت. که این نتایج با نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر تطابق قابل توجهی دارد. همچنین میانگین نمرات به دست آمده و نیز میزان رضایت از مراکز دولتی به طرز معناداری از مراکز خصوصی بیشتر بود (۱).

یافته‌های به دست آمده حاکی از آن است که از ۱۱ بعد بررسی شده، ابعاد انتخاب ارائه کننده‌ی خدمت، داشتن اختیار، احترام، ایمنی، پیشگیری و دسترسی به دلیل کسب نمره‌ی کیفیت خدمت زیر ۹، دارای کیفیت نامطلوب بوده و سایر ابعاد از وضعیت مطلوبی برخوردار می‌باشند. پایین ترین نمره‌ی کیفیت خدمت مربوط به انتخاب ارائه کننده‌ی خدمت و بالاترین نمره، متعلق به توجه به موقع و فوری می‌باشد.

در مطالعه‌ی تبریزی و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف بررسی میزان کیفیت خدمت به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در استرالیا به انجام رسید، نشان داده شد که در اغلب جنبه‌های مربوط به کیفیت خدمت، امتیاز کسب شده کمتر از میزان قابل قبول بوده و بیشترین مشکلات به ترتیب در جنبه‌های استمرار خدمت، به موقع بوده و توجه فوری، احترام و دسترسی می‌باشد که تعدادی از نتایج به دست

نمودند که پزشکان به دقت به سخنان آنان گوش می‌دهند، به آنان فرصت کافی برای پرسیدن سؤال‌هایشان داده و پاسخ‌های واضحی به سؤالات آنان ارائه می‌دهند که در عرصه‌ی مورد مطالعه‌ی این تحقیق، این موضوع رعایت گردید و مشکلی در این زمینه مشاهده نشد. همچنین پاسخ‌دهندگان کشور سوئیس و انگلستان میزان بالایی از رضایت از مهارت‌های ارتباطی پزشکان را گزارش نمودند، در حالی که پاسخ‌دهندگان لهستانی رضایت کمی از این جنبه داشتند (۱۲).

از محدودیت موجود در این مطالعه می‌توان به فقدان شدید مطالعات جامع در خصوص ابعاد کیفیت خدمت برای مقایسه و بحث اشاره نمود. محدودیت دیگر مطالعه، پیچیدگی پرسش‌نامه بود، به طوری که پژوهشگران مجبور شدند که آنرا به صورت مصاحبه‌ای یعنی با پرسش از مراجعان و ثبت اطلاعات توسط خود تکمیل نمایند.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان‌دهنده‌ی این واقعیت است که از دیدگاه بیماران و همراهان آنها در تعدادی از ابعاد کیفیت خدمت، شکاف قابل توجهی بین وضعیت موجود و مطلوب وجود دارد. با توجه به لزوم تلاش‌های واحدهای ارائه‌کننده‌ی خدمت برای تأمین نیازها و انتظارات گیرندگان خدمت و نظر به اهمیت وافر تمامی جنبه‌های مورد بررسی در این مطالعه، کلینیک فیزیوتراپی دانشکده‌ی توان‌بخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز نیازمند ارتقای کیفیت خدمت در تمامی جنبه‌های دارای مشکل می‌باشد.

قدردانی

پژوهشگران وظیفه‌ی خود می‌دانند که از همکاری صمیمانه‌ی مسئولان و کارکنان کلینیک فیزیوتراپی دانشکده‌ی توان‌بخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، بیماران و همراهان مراجعه‌کننده به مرکز و همچنین مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC) که بودجه‌ی مورد نیاز جهت اجرای این پژوهش را تأمین نموده است، کمال تشکر و قدردانی را بنمایند.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ و به منظور بررسی دیدگاه بیماران درباره‌ی اهمیت استمرار خدمت و میزان رعایت آن صورت گرفت، نشان داده شد که علی‌رغم اینکه ۸۹ درصد بیماران برای این موضوع ارزش ویژه‌ای قائل هستند، اما اکثریت آنان معتقد بودند که در هر بار مراجعه برای دریافت خدمت، پزشکان مختلفی آنان را ویزیت می‌نمایند و بعد استمرار خدمت، در وضعیت مطلوبی به سر نمی‌برد، اما در مطالعه‌ی حاضر این موضوع به خوبی رعایت می‌شد (۱۵).

در بررسی دیگری که در سال ۲۰۰۵ در بخش اورژانس بیمارستانی در ایالات متحده به انجام رسید، نشان داده شد که عرصه‌ی یاد شده دارای مشکلات عدیده‌ای در زمینه‌ی شکایات فزاینده بیماران، اتلاف بیش از حد زمان جهت دریافت خدمت، ضعف آموزش‌های ارائه‌شده به بیماران و نیز نارضایتی گسترده آنان از خدمات دریافتی می‌باشد که این یافته‌ها تنها در جنبه‌ی ضعف آموزش‌ها با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. در ادامه‌ی مطالعه‌ی یاد شده، با طراحی مداخلات گسترده و اجرای مناسب آنها، مشکلات یاد شده مرتفع و کیفیت خدمات به سطح مطلوب ارتقاء یافت (۲۱).

در مطالعه‌ای مشابه که در سال ۲۰۱۰ در بیمارستان‌های استرالیا و با هدف بررسی میزان ابعادی از کیفیت خدمت صورت گرفت، نشان داده شد که در ابعاد دسترسی، تعداد پرسنل ارائه‌دهنده‌ی خدمت، وضعیت امکانات اولیه و فضای اتاق انتظار، ارائه‌ی آموزش‌های لازم به بیماران و مشارکت آنها در روند درمان، مشکلات عمده‌ای قابل مشاهده است که این یافته‌ها در دو مورد اخیر با مطالعه‌ی حاضر منطبق و در موارد دیگر با آن مغایرت دارد (۲۲).

در مطالعه دیگری که توسط کالتر در سال ۲۰۰۵ به منظور بررسی دیدگاه بیماران درباره‌ی میزان پاسخ‌گویی سیستم‌های سلامت و ارائه‌دهندگان خدمت صورت گرفت، تنها اندکی بیش از نیمی از پاسخ‌دهندگان بیان

References

- 1-Janati S. [Service Quality evaluation in Tabriz Physiotherapy Centers based on patients satisfaction]. Tehran: Oloume Behzisti va Tavanbakhshi University; 2010. [In Persian]
- 2-Stokes HC. Cardiac rehabilitation: the quest for quality. *Coronary Health Care* 1999;3(4):171-7.
- 3-Lameei A. [Total Quality Management; Principles, Application and Lessons from an experience]. Oroumیه: Moaseseie Farhangi Entesharatie Shahed va Isargaran; 2003. [In Persian]
- 4-Tabrizi JS. Quality of delivered care for people with Type 2 diabetes: a new patient-centered model. *J Res Health Sci* 2009;9(2):1-9.
- 5-Tabrizi JS, Wilson A, O'Rourke P. Customer quality in health care. *PEC* 2009;74(1):130-1
- 6-Tabrizi JS, Wilson AJ, O'Rourke PK. Customer quality and Type 2 diabetes from the patients' perspective: a cross-sectional study. *J Res Health Sci* 2010;10(2):69-76.
- 7-Tabrizi JS, O'Rourke PK, Wilson AJ, Coyne ET. Clinical care and delivery service quality for type 2 diabetes in australia: the patient perspective. *Diabetic Med* 2008;25:612-7.
- 8-Tabrizi JS. *Improving health Care Quality - Basics, Concepts. Germany and USA: Lambert Academic Publishing; 2010*
- 9-Auras S, Geraedts M. Patient experience data in practice accreditation—an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2010;22(2):132-9.
- 10-Mosadeq Raad AM. Relationship of patient awareness about their rights and their satisfaction from hospital services. *Teb va Tazkie* 2005;4:16-22. [In Persian]
- 11-Tabrizi JS. *Quality of Health Care: The Patients Perspective on Quality of Care for Type 2 Diabetes. Queensland: The University of Queensland; 2007.*
- 12-Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health* 2005;15(4):355-60.
- 13-Vinter-Repalust N, Petricek G, Katic M. Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. *Croat Med J* 2004;45(5):630-6.
- 14-Pooley CG, Gerrard C, Hollis S, Morton S, Astbury J. 'Oh it's a wonderful practice ... you can talk to them': a qualitative study of patients' and health professionals' views on the management of type 2 diabetes. *Health Soc Care Community* 2001;9(5):318-26.
- 15-Shernia HN, Teng CL, Yasin S. Continuity of care of diabetic patients in a family practice clinic: How important is it? *Asia Pac Family Med* 2003;3(1):10-5.
- 16-Tabrizi JS, Wilson AJ, Coyne ET, O'Rourke PK. Clients' perspective on service quality for type 2 diabetes in Australia. *Aust N Z J Public Health* 2007;31(6):511-5.
- 17-Silverstein B, Findly PA, Bode RK. Usefulness of the nursing home quality measures and quality indicators for assessing skilled nursing facility rehabilitation outcomes. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87(8):1021-5.
- 18-Duncan PW, Velozo CA. State-of-the-science on postacute rehabilitation: measurement and methodologies for assessing quality and establishing policy for postacute care. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;88(11):1482-7.
- 19-Hajizadeh E, Asghari M. [Statistical Methods and Analyses in Health Biosciences]. Tehran: Sazmane entesharate jahade daneshgahi; 2010. [In Persian]
- 20-Yaghmaie F. Content validity and its estimation. *J Emerge Med* 2003;3(1):25-8.
- 21-Welch SJ, Allen TL. Data-driven quality improvement in the Emergency Department at a level one trauma and tertiary care hospital. *J Emerg Med* 2006;30(3):269-76.
- 22-Hayman N. Strategies to improve indigenous access for urban and regional populations to health services. *Heart Lung Circ* 2010;19(5-6):367-71.

«Original Article»

Service Quality in physiotherapy from the services recipients' perspective

Jafar Sadegh Tabrizi^{1*}, Farid Gharibi², Mir Ali Eteraf Oskoee³,
 Mohammad Asghari Jafarabadi⁴

1-Tabriz Health Services Management Research Center (NPMC), Assistant Professor, Department of Health Services Management School of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Iran.

2-MSc Student of Health Services Department of Management, Health Services Management, School of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

3-Assistant professor of Department of Physiotherapy, School of Rehabilitation, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

4-Assistant Professor of Medical Education Center Research, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

*Corresponding Author:
 Farid Gharibi, Department of Health Services Management, School of Health and Nutrition, University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
 Tel:09181332935
 Email:farid_hc.manager@yahoo.com

Abstract

Background: Service Quality generally refers to the non-health and non-clinical aspects of the health services and mainly focuses on relationship between care provider and health customers, and the environment in which care services are delivered. Because of undeniable role of service quality on the improving health results, this study aims to assess Service Quality in Rehabilitation Faculty physiotherapy clinic of Tabriz University of Medical Sciences.

Methods: This cross-sectional study conducted with 204 participants (patients and coadjutors) using a valid and reliable questionnaire in physiotherapy clinic. Service Quality was assessed by the following formula {SQ=10-(Importance × Performance)} based on two main dimensions of Importance and Performance. Importance scores ranged from 1 to 10 and performance score varied from 0 to 1.

Results: Study finding showed that from the participants' perspective choice of care provider, safety and prevention and early detection achieved the lowest service quality score and aspects of timeliness, confidentiality and quality of basic amenities had the highest service quality score respectively.

Conclusion: For six aspects of service quality including choice of care provider, autonomy, dignity, safety, prevention and early detection and availability and access quality score was lower than acceptable score (9) and indicating good opportunity to improve quality of delivered care.

Key words: Service Quality, Physiotherapy, Clinic.

► Please cite this paper as:

Service Quality in physiotherapy from the services recipients' perspective. Tabrizi JS, Gharibi F, Eteraf Oskoee MA, Asghari Jafarabadi M. Jentashapir 2013;4(1):53-63

Received: 15.05.2012

Accepted: 26.09.2012

دو ماهنامه علمی - پژوهشی جنتاشاپیر، دوره ی چهارم، شماره ی ۱، سال ۱۳۹۲

<http://journals.ajums.ac.ir/jentashapir>

www.SID.ir