

Original Article

بررسی تاثیر مداخله‌های بر ارتقای کیفیت خدمت در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی تبریز در سال‌های ۹۰-۸۹

جعفرصادق تبریزی^۱، فرید غریبی^{۱*}، میرعلی اعتراف اسکویی^۲، محمد اصغری جعفرآبادی^۲

۱- مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC)، گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۲- گروه آموزشی فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳- مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۰/۰۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۰۹

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت خدمت به جنبه‌های غیر بالینی مراقبت سلامت اشاره دارد که به سبب تاثیر به‌سزا بر بهبود نتایج درمانی و افزایش رضایت مشتریان، پژوهش حاضر به دنبال بررسی میزان کیفیت خدمت و متعاقباً انجام مداخله‌های مناسب در این رابطه در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی تبریز می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مداخله‌ای می‌باشد که در طی ۱۵ ماه انجام گرفت. داده‌ها به‌وسیله پرسشنامه محقق ساخته‌ای که روایی و پایایی آن تایید شده بود از ۳۲۴ نفر از بیماران و همراهان مراجعه کننده با روش مصاحبه در دو مرحله قبل و بعد از انجام مداخله جمع‌آوری شد. پرسشنامه شامل ۷ سوال در مورد اطلاعات دموگرافیک و ۳۸ سوال در مورد ۱۲ بعد کیفیت خدمت بود. داده‌ها با استفاده از SPSS 16 مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج برای متغیرهای کمی به‌صورت میانگین (انحراف معیار) و برای متغیرهای کیفی به‌صورت فراوانی (درصد) گزارش شدند.

نتایج: در تحلیل‌های صورت گرفته بر روی داده‌های حاصل از مرحله قبل از مداخله، در ۶ بعد از کیفیت خدمت یعنی انتخاب ارائه کننده خدمت، اختیار، احترام، ایمنی، پیشگیری و دسترسی و کیفیت خدمت نامطلوب ارزیابی شد که با اجرای مداخله‌های طراحی شده تمامی جنبه‌ها بهبود یافته و نمره کل کیفیت خدمت به طرز معنی‌داری از ۹/۸۳ به ۹/۸۳ ارتقاء یافت ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: نتایج به‌دست آمده گویای آن است که می‌توان با تحلیل درست مشکلات، اولویت بندی آن‌ها و ارائه راه‌کارهای کاربردی در جهت بهبود خدمات گام برداشت.

کلمات کلیدی: فیزیوتراپی، کیفیت خدمت، ارتقای کیفیت، مشتری.

مقدمه

تجربه نشان داده است که ابعاد مختلف کیفیت خدمت مانند نحوه برخورد کارکنان مراکز درمانی، زمان انتظار برای دریافت خدمت، ارائه آموزش مناسب به بیمار و خانواده‌اش، دسترسی به خدمات فراهم شده، رعایت شان و کرامت انسانی، برقراری ارتباط مناسب میان بیمار و ارائه دهنده خدمت، دارا بودن حق انتخاب برای دریافت کنندگان خدمت، استمرار خدمت تاثیر قابل توجهی بر روند درمان و بهبود نتایج درمانی و همچنین رضایت مشتریان دارد (۳، ۱۱-۹).

امروزه خدمات فیزیوتراپی در درمان طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها کاربرد رو به رشدی داشته و به سبب تاثیرات مثبت فراوان و عوارض درمانی ناچیز، مورد توجه ارائه دهنده‌گان خدمات سلامت و بیماران می‌باشند. فیزیوتراپی به‌طور کلی به مجموعه‌ای از درمان‌های طبی گفته می‌شود که در آن از کلیه پدیده‌های فیزیکی و مکانیکی شامل گرما، سرما، امواج الکترومغناطیسی، جریان‌های الکتریکی، صوت و لیزر در قالب رویکردهای درمانی و فنون پزشکی ویژه جهت بازتوانی

پیشگامان علم کیفیت، تعاریف گوناگونی برای آن ارائه داده‌اند؛ همینک، کیفیت را تأمین رضایت مشتریان و کاستن از تغییرات عملکرد فرایندها می‌داند. جوران، کیفیت را به صورت میزان برآورده کردن هدف مورد نظر تعریف نموده و کرازبی آن را سطح مطابقت یک محصول یا خدمت با الزامات از پیش تعریف شده می‌داند (۱).

مبحث کیفیت یکی از کارکردهای اصلی خدمات سلامت بوده و دارای سه جنبه اصلی می‌باشد. کیفیت فنی^۱؛ که به جنبه‌های بالینی مراقبت مربوط بوده و به مناسب بودن درمان‌های ارائه شده از نظر علمی اشاره دارد (۲، ۳). کیفیت مشتری^۲؛ که شامل مجموعه‌ی توانمندی‌هایی است که گیرنده‌ی خدمت برای مشارکت موثر در فرایند خدمات سلامت و تصمیم‌گیری‌های کلیدی و مداخله‌های صحیح و به موقع نیازمندند (۴، ۵) و کیفیت خدمت؛ که به جنبه‌های غیر بالینی مراقبت سلامت شامل جنبه‌های فیزیکی، مدیریتی و سازمانی و ارتباط بیمار و ارائه دهنده‌ی خدمت اشاره دارد و به‌طور مستقیم از طریق دیدگاه مشتریان مورد سنجش قرار می‌گیرد (۸-۶).

1- Technical (Clinical) Quality
2- Customer Quality

* نویسنده مسئول: فرید غریبی، گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
Email: farid_hc.manager@yahoo.com

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 سوالات منفی نمره‌ی عملکرد به صورت عکس محاسبه گردید. کیفیت خدمت هر بعد از مراقبت با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید:

$$\text{(عملکرد} \times \text{اهمیت)} - ۱۰ = \text{کیفیت خدمت}$$

کیفیت خدمت در دامنه‌ی ۰ به معنی حداقل یا بدترین تا ۱۰ به معنی بهترین یا بالاترین سطح کیفیت تعریف گردید. امتیاز کیفیت خدمت برای تک تک سوالات، دسته بندی‌ها و برای مجموع سوالات محاسبه گردیده و میانگین نمره‌ی کیفیت کمتر از ۹ به عنوان کیفیت نامطلوب، ارزیابی گردید (۳، ۷، ۸).

مداخله‌های صورت گرفته به منظور بهبود کیفیت خدمت:

مطابق مدل تغییر کرت لوین، اولین مرحله برای ایجاد تمامی تغییرات، تبیین و تشریح اهمیت مسئله و به چالش کشیدن وضعیت موجود با ارائه شواهد و مدارک کافی و مستدل می‌باشد. سپس وضعیت مطلوب جایگزین وضعیت قبلی شده و تغییر مورد نظر به وقوع می‌پیوندد و در مرحله پایانی، تغییر ایجاد شده با ایجاد فرهنگ سازمانی حامی تغییر اعمال شده تثبیت می‌شود (۱۴، ۱۵).

در جدول ۱ شرح مداخله‌های صورت گرفته به منظور ارتقای هر بعد از کیفیت خدمت به تفکیک آورده شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، نرم افزار SPSS 16 استفاده گردید. برای متغیرهای کمی و کیفی، داده‌ها به ترتیب با میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) گزارش شده و توزیع نرمال داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی گردید. برای مقایسه ابعاد مختلف SQ^۱ به طور هم‌زمان در گروه‌های تعریف شده توسط متغیرهای زمینه‌ای، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. به منظور بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با متغیرهای مورد بررسی و با اختلاف این متغیر در گروه‌های مختلف، متناسب با ماهیت متغیرها از آزمون کای دو، ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن، T مستقل و یا ANOVA (تحلیل واریانس) استفاده گردید و برای بررسی معنی‌داری اختلاف میان نمرات مربوط به کیفیت خدمت در پیش و پس از مداخله از آزمون T مستقل استفاده گردید. برای تمامی آزمون‌ها، $P < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول ۲، ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه در دو مرحله پیش و پس از انجام مداخله با یکدیگر مقایسه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌گردد در حدود دو سوم از مشارکت کنندگان را بیماران و مابقی را همراهان آن‌ها تشکیل می‌دادند و تعداد آن‌ها نیز به‌طور متناسب در سه رده سنی تعیین شده توزیع شده‌اند.

توزیع پاسخ دهندگان بر حسب جنسیت تقریباً متوازن بوده اما تعداد افراد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بیشتر از سایر رده‌های تحصیلی بودند. بیشترین مشاغل مربوط به مراجعین به ترتیب شامل شغل آزاد و خانه داری بوده و اکثریت قاطع آن‌ها را افراد بومی تشکیل

استفاده می‌شود (۱۲).

در این راستا مطالعه به دنبال بررسی میزان رعایت ابعاد مختلف کیفیت خدمت از دیدگاه مراجعه کنندگان به کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی تبریز بوده و درصدد است با انجام مداخله‌های دقیق و مبتنی بر شواهد، میزان کیفیت خدمت و متعاقباً نتایج درمانی و رضایت مشتری را بهبود بخشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مداخله‌ای می‌باشد که در مرحله پیش از مداخله با استناد به قانون ۱ به ۶ در تعیین حجم نمونه (۶ نمونه به ازای هر سوال پرسشنامه) با مشارکت ۲۰۴ نفر (۱۳) و در مرحله پس از مداخله با مشارکت ۱۲۰ نفر از بیماران و همراهان آن‌ها در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت. علت کمتر بودن تعداد نمونه‌ها در مرحله سنجش ثانویه این بود که پس از انجام مداخله، بر اساس یک مطالعه مقدماتی شامل ۳۰ نفر، برای متغیر کیفیت خدمت، اطلاعات اولیه شامل میانگین و انحراف معیار محاسبه شد، به‌علاوه با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، حجم نمونه ۱۲۰ مورد به دست آمد. معیارهای اصلی شرکت در مطالعه، تجربه‌ی حداقل ۲ جلسه از درمان توسط بیماران یا همراهان آن‌ها و تمایل آن‌ها برای شرکت در مطالعه بود. روش نمونه‌گیری مطالعه، نمونه‌گیری در دسترس بود که براساس تعداد نوبت‌های کاری و در نظر گرفتن یک دوره کامل کاری و تعداد ساعات ارائه 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 در هر یک از مراحل تکمیل گردید.

در این مطالعه پاسخ دهندگان در مرداد ماه سال ۸۹ طی سه هفته به تناوب و در روزهای مختلف هفته و در نوبت‌های متفاوت کاری مورد بررسی قرار گرفتند و پس از گذشت ۱ سال و انجام مداخله‌های بر مبنای نتایج پیش آزمون، در مرداد ماه سال ۹۰ و بر همان منوال، مجدداً مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ای که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته بود جمع آوری شد. پرسشنامه مطالعه شامل ۷ سوال در مورد اطلاعات دموگرافیک و ۳۸ سوال درباره ۱۲ بعد کیفیت خدمت شامل انتخاب ارائه دهنده خدمت (۲ سوال)، ارتباط و تعامل (۳ سوال)، داشتن اختیار (۴ سوال)، استمرار خدمت (۲ سوال)، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه (۴ سوال)، احترام (۵ سوال)، به‌موقع بودن و توجه فوری (۴ سوال)، ایمنی (۳ سوال)، پیشگیری (۳ سوال)، دسترسی (۳ سوال)، اعتماد (۲ سوال) و رسیدگی به شکایات (۳ سوال) بود که هر سوال از دو جنبه‌ی اهمیت و عملکرد، از دیدگاه گیرنده‌ی خدمت بررسی شد.

روایی محتوایی پرسشنامه بر اساس نظر پانل خبرگان^۳ که شامل ۱۰ نفر از متخصصین در زمینه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و فیزیوتراپی بود بررسی و پس از انجام اصلاحاتی تایید گردید. پایایی (همسانی درونی) پرسشنامه نیز به ازای ابعاد مختلف آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی و تایید گردید (در تمامی موارد $\alpha > 0.7$).

برای هر بعد از کیفیت خدمت، دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه در مورد اهمیت و عملکرد واقعی اخذ گردید. جنبه اهمیت هر بعد در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۱۰ درجه بندی شد (۰ = مهم نیست، ۳ = نسبتاً مهم، ۶ = مهم، ۱۰ = خیلی مهم). سطح عملکرد درک شده در هر بعد براساس یک

1- Service Quality
2- Pilot Study
3- Expert Panel
4- Evidence Based

جدول ۱- مداخله‌های طراحی و اجرا شده

مداخله اجرا شده	امتیاز کیفیت خدمت	ابعاد با کیفیت نامطلوب
آموزش پرسنل و بیماران به وسیله نشست‌ها، بسته‌ها، بروشورها و بنرهای آموزشی	۶/۴۰	انتخاب ارائه دهنده خدمت
آموزش به پرسنل جهت ارائه آموزش‌های مناسب به بیماران و همراهان، تهیه و توزیع بروشورهای آموزش دهنده در رابطه با بیماری‌های شایع در کلینیک	۶/۴۶	ایمنی
آموزش به پرسنل جهت ارائه آموزش‌های مناسب به بیماران و همراهان در رابطه با اقدامات پیشگیرانه	۷/۰۶	پیشگیری
آموزش به پرسنل مرکز در رابطه با عدم ممانعت از ورود همراهان به کابین ارائه خدمت و ارائه آموزش‌های مناسب به آنان، تشویق بیماران و همراهان به بیان مشکلات و سوالات خود از جانب ارائه دهنده خدمت و ایجاد محیطی سرشار از احترام و حفظ کرامت انسانی	۷/۹۷	احترام
آموزش پرسنل مرکز در رابطه با مشارکت دادن بیمار و همراهان در فرایند درمان و دادن حق انتخاب آزادانه و آگاهانه به آنان	۸/۳۲	داشتن اختیار
پذیرش تمامی بیمه‌ها، رعایت دقیق تعرفه‌های درمانی و رایگان بودن درمان برای کارکنان علوم پزشکی و خانواده‌های آنان جهت افزایش دسترسی مالی، احترام به فرهنگ مراجعه کنندگان به کلینیک جهت افزایش دسترسی فرهنگی، تثبیت ساعات کاری در تمامی طول روز جهت افزایش دسترسی زمانی	۸/۴۸	دسترسی
تشریح وضعیت و جستجوی دلایل با همکاری صاحبان فرایند، اولویت بندی مشکلات، طراحی و اجرای مداخله‌های کارا و اثربخش، تهیه مجموعه آموزشی و برگزاری نشست‌های آموزشی در خصوص اهمیت کیفیت خدمت و ابعاد آن به منظور آموزش به پرسنل و بیماران، تقویت ثبت‌ها و ایجاد سیستم مدارک پزشکی با طراحی کارت همراه و پرونده بیمار و سیستم بایگانی مدارک پزشکی، ایجاد سیستم علمی رسیدگی به شکایات	۸/۵۸	کیفیت خدمت کل

بحث

هدف پژوهش حاضر، شناسایی کاستی‌های موجود در زمینه کیفیت خدمت و طراحی و اجرای اقدامات مداخله‌ای کارا و اثربخش برای رفع آن‌ها بود. جدول ۳ گویای این حقیقت است که مداخله‌های صورت گرفته در تمامی موارد موثر واقع شده و امتیاز کیفیت خدمت در تمامی ابعاد به محدوده بهینه رسیده است و امتیاز کیفیت خدمت کل نیز به طور معنی‌داری از ۸/۵۸ به ۹/۸۲ افزایش یافته است. نکته دیگری که از این جدول بر می‌آید تغییر معنی دار غالب ابعاد یاد شده بر اثر مداخله‌های صورت گرفته می‌باشد. لازم به ذکر است که تمامی موارد زیر مجموعه این ابعاد نیز موفق به کسب امتیاز بالای ۹ شده‌اند و تنها مورد استثناء در این زمینه، «توضیح درباره عوارض جانبی روش‌های درمانی» است که نمره آن ۸/۹۰ بوده که در آستانه پذیرش و بهبود کامل قرار دارد (در جدول ۳، تغییرات معنی دار در امتیازات مربوط به کیفیت خدمت با علامت خط زیر مشخص شده‌اند).

بر اثر مداخله‌های صورت گرفته، گیرندگان خدمت برای انتخاب مرکز و فیزیوتراپیست، صاحب حق انتخاب شدند، برای قبول یا رد درمان‌های انتخابی مختار شده و مشارکت آن‌ها در فرایند درمانی ارتقاء یافت، با احترام بیشتر با آن‌ها برخورد گردید، آموزش‌های مناسب‌تری در جنبه‌های ایمنی و پیشگیری دریافت نمودند، دسترسی جغرافیایی، مالی و فرهنگی آن‌ها به مرکز بیشتر شد، دارای پرونده و ثبت‌های مناسب پزشکی شدند و به منظور ارتقای رضایت آن‌ها سیستم رسیدگی به شکایت با نظارت و پاسخگویی ریاست دانشکده راه اندازی شد.

در مطالعه 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 غالب جنبه‌های مربوط به کیفیت خدمت،

می‌دادند. از میان دلایل انتخاب مرکز، بیشترین دلیل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب متعلق به معرفی پزشک و کیفیت بالای خدمات مرکز بود که این روند حاکی از بالا رفتن حق انتخاب ارائه کننده خدمت از سوی گیرندگان خدمات و نیز کیفیت و مقبولیت رو به رشد خدمات کلینیک مورد مطالعه می‌باشد.

نتایج به دست آمده از مراحل قبل و بعد از مداخله و سطح معنی‌داری تغییرات حاصله، در جدول ۳ خلاصه شده است. در مرحله قبل از مداخله، ابعاد توجه به موقوع و فوری، اعتماد و کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه به ترتیب دارای بیشترین و ابعاد انتخاب ارائه دهنده خدمت، ایمنی و پیشگیری به ترتیب دارای کمترین امتیاز بودند. در این مطالعه در ۶ بعد از کیفیت خدمت یعنی انتخاب ارائه کننده خدمت، اختیار، احترام، ایمنی، پیشگیری و دسترسی، امتیاز به دست آمده پایین‌تر از عدد ۹ محاسبه گردید که نشان دهنده کیفیت نامطلوب از دیدگاه گیرندگان خدمت می‌باشد (که ابعاد دارای امتیازات نامطلوب با علامت خط زیر مشخص شده‌اند).

همچنین معنی‌داری اختلاف در دو بعد اختیار و احترام در گروه‌های سنی و تحصیلی متفاوت در مرحله پیش‌آزمون (که به علامت × مشخص شده است) در مرحله پس‌آزمون مرتفع گردید. این معنی‌داری حاکی از آن بودن که بیماران و مراجعین جوان‌تر در قیاس با موارد مس‌تر و نیز افراد با تحصیلات بالاتر در قیاس با مراجعین کم سوادتر در دو جنبه یاد شده دارای رضایت کمتری بودند و خواستار مشارکت بیشتر در فرایند درمان، دریافت آموزش‌های بیشتر از جانب ارائه کنندگان خدمات و نیز برخورد مناسب‌تر از سوی آنان بودند که این امر به دلیل منتقد تر بودن این افراد و آگاه تر بودن آنان به حقوق خود قابل پیش بینی بود.

احترام و دسترسی می‌باشد که تعدادی از نتایج به‌دست آمده از این مطالعه بخصوص در دو جنبه احترام و دسترسی با نتایج مطالعه حاضر منطبق می‌باشند. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که بیماران جوان‌تر، کمترین امتیاز و افراد با کنترل مناسب بیماری، بالاترین امتیاز را به خود اختصاص داده بودند که در مطالعه حاضر و در پیش از انجام مداخله نیز نتایج مشابه به‌دست آمد. نقاط ضعف یاد شده به عنوان فرصت‌های بهبودی یاد گردید که بایستی با انجام مداخله‌های مناسب به ارتقای کیفیت در آن‌ها پرداخت (۳).

در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۱۰ با هدف بررسی میزان کیفیت خدمت در مراکز فیزیوتراپی دولتی و خصوصی شهر تبریز به انجام رسید بالاترین نمره کیفیت خدمت به ترتیب به طرز برخورد کارکنان، رازداری و زمان انتظار مناسب و کمترین میزان به اطلاع از نحوه درمان، مکان مناسب ارائه خدمت و بهای مناسب خدمات، اختصاص یافت. که این نتایج با نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاضر تطابق قابل توجهی دارد به طوری که در این مطالعه نیز جنبه‌هایی مانند ارتباط و تعامل، به‌موقع بودن و توجه فوری و نیز اعتماد دارای نمرات قابل قبول و جنبه‌هایی مرتبط با آموزش مانند اختیار، پیشگیری و دسترسی دارای نمرات بسیار ضعیف و نامطلوبی بودند. همچنین میانگین نمرات به‌دست آمده و نیز میزان رضایت از مراکز دولتی به طرز معنی‌داری از مراکز خصوصی بیشتر بود. در این بررسی نیز پژوهشگران بر انجام مداخله‌های علمی به منظور ارتقای کیفیت خدمت و سطح رضایت تاکید نموده و بر لزوم توجه مسئولین و سیاست‌گذاران به این مهم تاکید نمودند (۱۲).

در یک بررسی مداخله‌ای در سال ۲۰۰۵ که با هدف نشان دادن چگونگی طراحی و اجرای سیستم بهبود مستمر کیفیت در بخش اورژانس یک بیمارستان در ایالات متحده به انجام رسید پژوهشگران اقدام به انجام مداخله‌هایی به منظور رفع مشکلات این بخش در زمینه شکایات فزاینده بیماران، ائتلاف بیش از حد زمان جهت دریافت خدمت و ناراضی‌گسترده آنان از خدمات دریافتی نمودند. پژوهشگران توانستند با تشکیل کمیته‌ای جهت بررسی و تحلیل مسائل، اصلاح فرایندها، استفاده از بنچ مارکینگ (الگو سازی)، اصلاح دستورالعمل‌های مراقبتی، ارائه آموزش‌ها به پرسنل و بیماران، استفاده از سیستم یک‌پارچه اطلاعات بیمارستانی و نیز به کار بردن ممیزی بالینی، مشکلات یاد شده را مرتفع نمایند. همچنین آنان بر لزوم انجام مداخله‌های مشابه و اثربخشی آن‌ها جهت ارتقای کیفیت خدمت تاکید نمودند. (۱۶)

در یک مطالعه مداخله‌ای دیگر در سال ۲۰۱۰ که به منظور افزایش دسترسی، بالا بردن میزان استفاده از خدمات و در نتیجه بهبود برون‌دادهای مربوط به سلامت در استرالیا صورت گرفت پژوهشگران توانستند با استفاده از به‌کارگیری بیشتر پرسنل بومی، بهتر نمودن امکانات مراکز و ایجاد اتاق انتظار مناسب برای بیماران، ارتقای آگاهی علمی و بهداشتی مردم با استفاده از آموزش‌های بهداشتی و مشارکت دادن آنان در فعالیت‌های بهداشتی و نیز بالا بردن مشارکت بین بخشی، به این مهم دست یابند. در این پژوهش همچنین بیان شد که بهبود مستمر کیفیت و انجام مداخله‌های مشابه در زمینه کیفیت، راه‌کاری اساسی برای ارتقای برون‌دادهای مربوط به سلامتی می‌باشد (۱۷) که مطالعه حاضر نیز توانست با طراحی مداخله‌های دقیق و مبتنی بر تحلیل ریشه‌ای مشکلات، وضعیت کیفیت را بخوبی بهبود بخشد.

جدول ۲- مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در در قبل و بعد از مداخله

ویژگی‌ها	دسته بندی‌ها	پیش از انجام مداخله		پس از انجام مداخله	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پاسخ دهندگان	بیمار	۱۳۲	۶۴/۶	۷۷	۶۴/۲
=	همراه	۷۲	۳۵/۴	۴۳	۳۵/۸
سن	کمتر از ۳۲ سال	۶۸	۳۳/۳	۲۷	۲۲/۵
=	۳۲ تا ۵۰ سال	۶۸	۳۳/۳	۳۷	۳۰/۸
=	بالاتر از ۵۰ سال	۶۸	۳۳/۳	۵۶	۴۶/۷
جنسیت	مذکر	۱۲۱	۵۹/۳	۶۰	۵۰
=	مونث	۸۳	۴۰/۷	۶۰	۵۰
وضعیت تحصیلی	بی‌سواد	۶	۲/۹	۷	۵/۸
=	زیر دیپلم	۵۴	۲۶/۵	۳۳	۲۷/۵
=	دیپلم	۷۸	۳۸/۲	۵۴	۴۵
=	تحصیلات دانشگاهی	۶۶	۳۲/۴	۲۶	۲۱/۷
وضعیت شغلی	بیکار	۱۲	۵/۹	۳	۲/۵
=	کارمند	۲۳	۱۱/۱	۱۷	۱۴/۲
=	شغل آزاد	۶۶	۳۲/۴	۱۲	۱۰
=	خانه دار	۵۲	۲۵/۵	۴۷	۳۹/۲
=	بازنشسته	۲۵	۱۲/۳	۳۱	۲۵/۸
=	سایر موارد	۲۶	۱۲/۸	۱۰	۸/۳
بومی بودن	بومی	۱۸۹	۹۲/۶	۱۱۰	۱۰۰
=	غیر بومی	۱۵	۷/۴	۰	۰
دلیل انتخاب * مرکز	نزدیکی به محل زندگی	۵۲	۲۵/۷	۵۰	۴۱/۷
=	توصیه آشنایان	۷۶	۳۷/۶	۴۷	۳۹/۲
=	رضایت از مراجعات قبلی	۵	۲/۴	۴۰	۳۳/۳
=	هزینه پایین	۱۰	۴/۹	۲۰	۱۶/۷
=	کیفیت مرکز	۳۶	۱۷/۸	۷۶	۶۳/۳
=	معرفی پزشک	۹۶	۴۷/۵	۱۲	۱۰
=	سایر دلایل	۴	۱/۹	۳	۲/۵

* در این گزینه، پاسخ دهندگان، مجاز به انتخاب بیش از یک مورد بودند.

امتیاز کسب شده کمتر از میزان قابل قبول بوده و بیشترین مشکلات به ترتیب در جنبه‌های استمرار خدمت، به‌موقع بودن و توجه فوری،

جدول ۳- امتیاز کیفیت خدمت در قبل و بعد از مداخله

P-value	مداخله				جنبه‌های کیفیت خدمت
	بعد		قبل		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰/۰۰۱	۱/۲۰	۹/۵۴	۲/۹۷	۶/۴۰	انتخاب ارائه دهنده‌ی خدمت
۰/۰۶۱	۰/۳۰	۹/۹۷	۱/۰۵	۹/۷۸	ارتباط و تعامل
<۰/۰۰۱	۰/۶۹	۹/۷۸	۱/۵۳	*۸/۳۲	داشتن اختیار
۰/۰۱۴	۰/۰۰	۱۰/۰۰	۱/۰۸	۹/۷۵	استمرار خدمت
۰/۰۳۶	۰/۰۰	۱۰/۰۰	۰/۸۶	۹/۸۳	کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه
<۰/۰۰۱	۰/۵۸	۹/۸۴	۱/۹۹	*۷/۹۷	احترام
۰/۰۱۷	۰/۰۰	۱۰/۰۰	۰/۶۷	۹/۸۵	به موقع بودن و توجه فوری
<۰/۰۰۱	۱/۵۳	۹/۴۶	۲/۴۶	۶/۴۶	ایمنی
<۰/۰۰۱	۰/۶۴	۹/۶۶	۲/۴۶	۷/۰۶	پیشگیری
<۰/۰۰۱	۰/۶۶	۹/۸۶	۲/۲۳	۸/۴۸	دسترسی
۰/۱۷۷	۰/۰۰	۱۰/۰۰	۱/۲۲	۹/۸۴	اعتماد
-	۱/۳۳	۹/۸۲	-	-	رسیدگی به شکایات
<۰/۰۰۱	۰/۲۵	۹/۸۳	۰/۷۹	۸/۵۸	کل

گرفته به طرز مناسبی موثر واقع شده و نواقص شناسایی شده مرتفع گردیده‌اند. مطالعه حاضر و سایر مطالعات صورت گرفته در زمینه کیفیت خدمت، اهمیت این موضوع را بیش از پیش روشن نموده و تاثیر مداخله‌های علمی، کارا و اثربخش را بر ما آشکار می‌سازد. با توجه به ضعف عمده‌ای که به نظر می‌رسد در عرصه نظام سلامت در این جنبه وجود داشته باشد پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که مسئولین و سیاست‌گذاران این عرصه، مطالعات مناسب و مداومی را به عمل آورده و در جهت مرتفع کردن مشکلات موجود در این راستا گام بردارند.

تقدیر و قدردانی

در پایان، تیم ارتقا بر خود لازم می‌داند از همکاری کم نظیر مدیریت و پرسنل کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی تبریز که با مشارکت فعال و صبر و حوصله مثال زدنی، پذیرای نظرات و مجری ایده‌ها و مداخله‌های بودند و نیز از مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC) که بودجه مورد نیاز این پژوهش را تامین نموده است تشکر و قدردانی ویژه نماید.

References

1. Lameei A. Total Quality Management; Principles, Application and Lessons from an experience. 1st ed. Uroumie: Uroumie University of Medical Sciences Publisher; 2003. P.145-147. [In Persian]
2. Tabrizi JS. Quality of delivered care for people with Type 2

از محدودیت موجود در این مطالعه می‌توان به کم بودن مطالعات مداخله‌ای در زمینه کیفیت خدمت اشاره نمود چرا که غالب مطالعات صورت گرفته در این عرصه از نوع توصیفی می‌باشند. همچنین باید بیان نمود که مطالعات صورت گرفته در زمینه کیفیت خدمت به صورت جامع صورت نگرفته و هر یک تنها به جنبه‌های محدودی از این عرصه پرداخته‌اند و این در حالی است که می‌توان به مانند مطالعه حاضر با انجام یک بررسی و نیز مداخله جامع به بهبود کیفیت خدمت همت گماشت. محدودیت دیگر مطالعه حاضر ماهیت مزمن بودن بیماری‌ها و در نتیجه صرف زمان بسیار برای گردآوری اطلاعات و نیز زمان یک ساله طراحی، اجرا و تثبیت مداخله بود. از نقاط قوت مطالعه می‌توان به این موضوع اشاره نمود که این مطالعه از جنبه بررسی تمامی ابعاد کیفیت خدمت، دومین مطالعه و از جنبه انجام مداخله در تمامی ابعاد و دستیابی به نتایج مطلوب، اولین مطالعه منتشر شدن در جهان می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده در مرحله بعد از مداخله و مقایسه آن‌ها با نتایج قبل از مداخله، گویای این واقعیت است که مداخله‌های صورت

- diabetes: a new patient-centered model. Journal of Research in Health Sciences. 2009;9(2):1-9.
3. Tabrizi JS, Wilson A, O'Rourke P. Original Article: Clinical Care and Delivery Service quality for Type 2 diabetes in Australia: the patient perspective. Diabetic Medicine.



2007;25(5):612-7.

4. Tabrizi JS, Wilson A, O'Rourke P. Customer quality in health care. *Patient Education and Counseling*. 2009;74(1):130-1.

5. Tabrizi JS, Wilson A, O'Rourke P. Customer quality and Type 2 diabetes from the patients' perspective: a cross-sectional study. *Journal of Research in Health Sciences*. 2010;10(2):69-76.

6. Tabrizi JS, Wilson A, O'Rourke P, Coyne ET. Clients' perspective on service quality for type 2 diabetes in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2007;31(6):511-5.

7. Tabrizi JS. *Quality of Health Care: The Patients Perspective on Quality of Care for Type 2* (dissertation). The University of Queensland, Faculty of Health & Management; 2007.

8. Tabrizi JS. *Improving health Care Quality - Basics, Concepts*. 1st ed. Germany and USA (New York): LAMBERT Academic Publishing; 2010. P.83-84.

9. 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.

10. Nik Shernia H, Lieng Teng C, Yasin S. Continuity of care of diabetic patients in a family practice clinic: How important is it? *Asia Pacific Family Medicine*. 2003;3:10-5.

11. Vinter-Repalust N, Petrièek G, Katiaè M. Obstacles which

Patients with Type 2 Diabetes Meet while Adhering to the Therapeutic Regimen in Everyday Life: Qualitative Study. *Croatian Medical Journal*. 2004;45(5):630-636.

12. Jannati S. *Service Quality evaluation in Tabriz Physiotherapy Centers based on patients satisfaction* (dissertation). The University of Welfare & Rehabilitation Science, Faculty of Rehabilitation; 2010.

13. Schumacker RE, Lomax RG. *A Biginner's Guide to Structural Equation Modeling*. 1nd ed. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004.P.112-13.

14. Robbins SP, De Cenzo DA. *Fundamentals of management; Essential Concepts and Applications*. 4th ed. Tehran: Cultural Research Bureau; 2005.P.381.

15. Irannejad Parizi M, Sasangohar P. *Organization and Management; Theory and Practice*. 9th ed. Tehran: Iran Banking Institute, Central Bank of the Islamic republic of Iran Publisher. 2006. P.548-9.

16. Welch SJ, Allen TL. *Data-Driven Quality Improvement in the Emergency Department at a Level one Trauma and Tertiary Care Hospital*. *The Journal of Emergency Medicine*. 2006;30(3):269-76.

17. Hayman N. *Strategies to Improve Indigenous Access for Urban and Regional Populations to Health Services*. *Heart, Lung and Circulation*. 2010;19(5-6):367-71.



Original Article

Investigating the effect of Interventions on improving the Service Quality of Physiotherapy Clinic in Rehabilitation Faculty of Tabriz in 2011-2012

Tabrizi JS¹, Gharibi F^{1*}, Eteraf Oskouei MA², Asghari Jafarabadi M³

1-Tabriz Health Services Management Research Center (NPMC), Department of Health Services Management, Faculty of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz- Iran.

2- Department of Physiotherapy, Faculty of Rehabilitation, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz- Iran.

3- Medical Education Research Center, Department of Epidemiology & Bio Statistics, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz- Iran.

Received: 29 Apr 2013

Accepted: 24 Jan 2013

Abstract

Background & Objective: Quality is the main indicator in assessing health system performance and service quality which refers to non-clinical aspect of health care. This study aims at surveying and improving service quality of delivered care in physiotherapy clinic of Tabriz rehabilitation faculty.

Materials & Methods: The present study is an interventional one which collects the data from 324 patients and their coadjutors through a structured interview using a researcher made questionnaire. The questionnaire includes 7 questions in demographic factor and 38 ones in eleven aspects of service quality. The data was analyzed then using SPSS 16 and the obtained results were reported based on the mean (standard deviation) for quantitative and frequency (percentages) for qualitative variables.

Results: In the pretest phase, the six aspects including choice of provider, safety, prevention and early detection, dignity, autonomy and availability had non-acceptable service quality scores but in the posttest phase, all the aspects improved significantly and the total service quality score improved from 8.58 to 9.83 ($P < 0.001$).

Conclusion: The obtained result indicated that the quality of delivered care could be improved through appropriate interventions. In addition, the acquired results could be used in the similar circumstances to create respectful environments for health care customers.

Keywords: Physiotherapy, service quality, quality improvement, customers.

* **Corresponding author:** Gharibi Farid, Tabriz Health Services Management Research Center (NPMC), Department of Health Services Management, Faculty of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz- Iran.
Tel: +98 9181332935
Email: farid_hc.manager@yahoo.com