Journal of North Khorasan
University of Medical Sciences
No 39, Volume 10, Issue 4

Research Article

# Assessment the Quality of Delivered Care for People with Atherosclerosis by Comprehensive Quality Measurement in Healthcare (CQMH) Model in Imam Reza Hospital Affiliated To Mashhad University of Medical Sciences In 2017

Ali Vafaee Najar [1], Elaheh Hooshmand [2], Hossein Ebrahimipour [1], Davood Asiabi [3,*]

[1] Professor, Social Determinates of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[2] Assistant professor, Social Determinates of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[3] MSc, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
*** Corresponding author:** Davood Asiabi, MSc, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: asiabid2@mums.ac.ir

**DOI: 10.21859/nkjmd-100410**

**How to Cite this Article:**
Vafaee Najar A, Hooshmand E, Ebrahimipour H, Asiabi D. Assessment the Quality of Delivered Care for People with Atherosclerosis by Comprehensive Quality Measurement in Healthcare (CQMH) Model in Imam Reza Hospital Affiliated To Mashhad University of Medical Sciences In 2017. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2019; **10**(4):68-76. DOI: 10.21859/nkjmd-100410

**Received:** 28 Sep 2017
**Accepted:** 25 Jul 2018

**Keywords:**
Atherosclerosis
Quality of Service
Customer Quality
Technical Quality
Comprehensive Quality
Assessment Model

**Abstract**

**Introduction:** Patient care quality is increasingly assessed as one of the important components of comprehensive management of chronic diseases and a tool for quality evaluation. The aim of this study was to evaluate the quality of care provided to patients with atherosclerosis through a comprehensive quality measurement model in health care.

**Methods:** This cross-sectional study was performed on 165 patients with atherosclerosis who had received care in Imam Reza Hospital in Mashhad in 1395. The data gathering tool was a CQMH questionnaire, which included 3 parts of service quality, technical quality and customer quality, and validity and reliability of all three sections were confirmed. Eventually, each quality dimension was graded from 100, with higher value indicating better quality. Data analysis was performed using independent t-test and ANOVA with SPSS software and at a significant level of 0.05.

**Results:** According to the results of Table 1, the quality of service, customer, technical and total quality index from the viewpoint of service recipients were 76.83 (± 6.40), 66.21 (± 8.66), 45.44 (± 7.43), and 67.68 (± 4.89) out of 100 respectively. The quality indicator is relatively low. Regarding technical quality, there was a significant gap between received care and recommended standards.

**Conclusions:** Based on the present study, the quality of care score was low from the viewpoint of patients and attention should be paid to all aspects of quality. Therefore, more attention should be paid to the participation of patients and their empowerment to manage their situation, as well as the need to promote the observance of care standards of patients and the formation of associations of cardiac patients.

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
دوره ۱۰، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۷

مقاله پژوهشی

# بررسی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران آترواسکلروز براساس مدل ارزیابی کیفیت جامع در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در سال ۱۳۹۵

علی وفایی‌نجار [۱]، الهه هوشمند [۲]، حسین ابراهیمی‌پور [۱]، داود آسیابی [۳،*]

[۱] استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[۲] استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[۳] کارشناس ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[*] **نویسنده مسئول:** داود آسیابی، کارشناس ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: asiabid2@mums.ac.ir

**DOI:** 10.21859/nkjms-100410

**تاریخ دریافت:** ۱۳۹۶/۰۷/۰۶
**تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۷/۰۵/۰۳

**واژگان کلیدی:**
آترواسکلروزیس
کیفیت خدمت
کیفیت مشتری
کیفیت فنی
مدل ارزیابی کیفیت جامع

**چکیده**

**مقدمه:** کیفیت مراقبت از دیدگاه بیماران به طور روز افزونی به عنوان یکی از بخش‌های مهم مدیریت جامع بیماری‌های مزمن و وسیله‌ای برای ارزیابی کیفیت سنجیده می‌شود. این مطالعه با هدف ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران آترواسکلروز از طریق مدل جامع اندازه‌گیری کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی بود که در میان ۱۶۵ فرد مبتلا به آترواسکلروز که در سال ۱۳۹۵ از بیمارستان امام رضا (ع) مشهد مراقبت دریافت کرده بودند، انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه CQMH بود که شامل ۳ قسمت کیفیت خدمت، کیفیت فنی و کیفیت مشتری می‌باشد که روایی و پایایی هر سه قسمت نیز مورد تأیید قرار گرفته است. درنهایت هریک از ابعاد کیفیت به درجه بندی از ۱۰۰ تبدیل شدند که ارزش بالاتر نشان دهنده کیفیت بهتر بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های t مستقل و ANOVA و با نرم افزار SPSS و در سطح معنی داری ۰/۰۵ صورت گرفت.

**یافته‌ها:** مطابق یافته‌ها، کیفیت خدمت، مشتری، فنی و شاخص کیفیت کل از دید گیرندگان خدمت به ترتیب ۷۶/۸۳ (± ۶/۴۰)، ۶۶/۲۱ (± ۸/۶۶)، ۴۵/۴۴ (± ۷/۴۳)، و ۶۷/۶۸ (± ۴/۸۹) از ۱۰۰ می‌باشد که نشانگر کیفیت نسبتاً پایینی است. درمورد کیفیت فنی، شکاف قابل توجهی بین مراقبت دریافت شده و استانداردهای توصیه شده وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** براساس مطالعه حاضر نمره کیفیت مراقبت از دیدگاه بیماران پایین بود و نیاز به توجه به تمام ابعاد کیفیت است بنابراین باید توجه بیشتری به مشارکت بیماران و توانمندسازی آنان برای مدیریت وضعیت خود داشت و همچنین نیاز به ترویج رعایت استانداردهای مراقبتی از بیماران و تشکیل انجمن‌های بیماران قلبی-عروقی است.

## مقدمه

کیفیت مراقبت‌های سلامت از مباحث مهم و قابل توجه در تمامی نظام‌های سلامت بوده و افزایش دانش و تجربه در این زمینه، در جهت ارائه خدماتی متناسب با استانداردهای روز و استفاده بهینه از منابع و افزایش پوشش دهی خدمات، امری مهم به نظر می‌رسد. کیفیت به مجموعه‌ای از مشخصات و ویژگی‌های یک کالا یا خدمت اطلاق می‌شود 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. در زمینه کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی تعاریف زیادی از دیدگاه‌های مختلف ارائه شده است. آژانس پژوهش و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی (Agency for Healthcare Research and Quality)، کیفیت مراقبت‌های سلامت را با عنوان "انجام کار درست برای بیمار مناسب، در زمان مناسب و با روش مناسب جهت دستیابی به بهترین نتایج ممکن" تعریف می‌کند [۱]. یکی از جامع‌ترین تعاریف از سوی انجمن پزشکی آمریکا (۱۹۹۰) ارائه شده، که کیفیت را سطحی از خدمات سلامت ارائه شده برای افراد و جوامع که احتمال نتایج بهداشتی مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه‌ای روز باشد، در نظر می‌گیرد [۲]. ارزیابی کیفیت مراقبت در ابتدا توسط متخصصین انجام می‌گرفت. درحالی که دیدگاه بیماران درباره کیفیت مراقبت‌ها با متخصصین و سیاستگزاران سلامت متفاوت بود. امروزه کیفیت خدمات از دید بیماران به طور روزافزونی به عنوان یکی از بخش‌های مهم مدیریت جامع بیماری‌های مزمن و ابزاری برای ارزیابی کیفیت استفاده می‌شود. برای اندازه گیری کیفیت از روش‌ها و مدل‌های مختلفی استفاده می‌شود که در جامع‌ترین مدل اندازه گیری کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، که توسط تبریزی و همکاران در سال ۲۰۰۷ میلادی با عنوان مدل ارزیابی کیفیت جامع مراقبت (Comprehensive Quality Measurement In Health care) برای سنجش کیفیت ارائه شده است، کیفیت خدمات بهداشتی و

درمانی در سه بعد کیفیت فنی (Technical Quality)، کیفیت مشتری (Customer Quality) و کیفیت خدمت (Service Quality) اندازه گیری می‌شود. کیفیت فنی به میزان انطباق خدمات ارائه شده به بیماران با آنچه که براساس شواهد علمی به عنوان استاندارد خدمت معرفی شده است اشاره دارد. کیفیت مشتری مجموعه ویژگیها و توانمندی‌هایی است که گیرنده خدمت برای مشارکت مؤثر در فرآیند خدمات بهداشتی درمانی، تصمیم گیری‌های کلیدی و مداخلات صحیح و به موقع به آن‌ها نیازمند است [۳]. کیفیت خدمت نیز به شرایط و چگونگی دریافت خدمت توسط مشتری (گیرنده خدمت) مربوط بوده و اغلب نشان دهنده چگونگی ارائه خدمت، نحوه تعامل ارائه دهندگان خدمات با بیماران و نیز کیفیت محیطی است که خدمت یاد شده در آن ارائه می‌شود. به بیان دیگر می‌توان گفت، کیفیت خدمت تفاوت بین انتظارات مشتری از خدمات ارائه شده قبل از دریافت آن و ادراک مشتری از خدمات ارائه شده (بعدازدریافت آن) را بیان می‌کند [۳, ۴].

امروزه مفهوم کیفیت خدمت در طیف وسیعی از خدمات و بیماری‌ها، به ویژه ارائه خدمات به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، مورد توجه روزافزون است. در طی دو قرن گذشته شیوع بیماری‌های قلبی عروقی رو به افزایش بوده است به طوری که در حال حاضر این بیماری به عنوان علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در جهان شناخته می‌شود و عامل ۵۰٪ مرگ و میر در کشورهای پیشرفته و ۲۵٪ مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. بیماری‌های قلبی عروقی یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر در سنین بالا بوده به طوری که ۸۰٪ علت مرگ ومیر در سنین بالای ۶۵ سال را به خود اختصاص می‌دهد [۵]. یکی از این شایع‌ترین بیماری‌های قلبی بیماری آترواسکلروز است. آترواسکلروزیس یک بیماری مزمن تصلب شریانی است که در اثر تجمع رسوب‌های چربی و سایر مواد در سرخرگ‌های بدن به وجود می‌آید که موجب تنگی آن‌ها می‌شود و عبور جریان خون را سخت می‌کند. این بیماری بدون علامت و درد تا دهه‌ها رشد می‌کند تا اینکه تنگی و تغییر شکل عروق ایجاد شود. در مطالعه سلامت قلب و عروق در امریکا که بر روی بیش از ۵۰۰۰ نفر از افراد بالای ۶۵ سال انجام شد، شیوع این بیماری در مردان ۳۸٪ و در زنان ۳۶٪ برآورد شد [۶]. همچنین در ایران و در مطالعه طبابایی یزدی و همکارانش، شیوع آترواسکلوزر در مردان ایرانی ۷۳/۱ ٪ و در زنان ۶۱/۵ ٪ در عروق کرونر گزارش گردیده است [۷].

با توجه به اهمیت بیماری آترواسکلروزیس که دارای آمار قابل توجهی نیز است ، توجه به نیازها و انتظارات این بیماران و تلاش جهت بهبود کیفیت و افزایش رضایت مندی آنان امری ضروری به نظر می‌رسد که لازمه این امر اندازه گیری دقیق کیفیت خدمات در این عرصه و ریشه یابی مشکلات احتمالی می‌باشدمدل ارزیابی کیفیت جامع مراقبت مدل جامعی برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های سلامت بوده و کیفیت را از ابعاد مختلف و به صورت کلی (ازطریق محاسبه شاخص کیفیت) قرار داده و ابزار سودمندی برای مقایسه کیفیت سیستم‌های سلامت می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف اندازه‌گیری کیفیت خدمت، فنی و مشتری از دیدگاه بیماران مبتلا به آترواسکلروزیس طراحی شده است ، تا از آن طریق بتوان نسبت به تقویت نقاط قوت و حل نقاط ضعف خدمات ارائه شده ببه این بیماران اقدام مدیریتی لازم را به عمل آورد .

## روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که با شرکت ۱۶۴ نفر از بیماران مبتلا به بیماری آترواسکلروزیس مراجعه کننده به بخش آنژیوگرافی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. باتوجه به مطالعه مشابه انجام شده در شهر تبریز که در سال ۱۳۹۳ توسط قلی‌پور بر روی بیماران مبتلا به سکته قلبی انجام شد، حجم نمونه مطالعه حاضر با اطمینان ۹۵٪ و توان ۹۵٪ بر اساس مقادیر (SQ =٪۵۸/۵)، (TQ =٪۸۶/۳)، (CQ=٪۶۴/۵) و با حد اکثر خطای ۰,۱ به تعداد ۱۶۴ نفر محاسبه گردید. نمونه به صورت تصادفی از میان بیماران مبتلا به آترواسکلروزیس دارای پرونده پزشکی در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد انتخاب شدند. روش نمونه گیری از نوع دردسترس بود و بیماران واجد شرایط وارد مطالعه شدند. برای اندازه گیری کیفیت مراقبت ارائه شده از پرسشنامه مطابقت داده شده "ارزیابی کیفیت جامع مراقبت‌های سلامت" استفاده شد که در سه بخش کیفیت خدمت، کیفیت فنی و کیفیت مشتری، کیفیت خدمات ارائه شده را اندازه گیری می‌نماید. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای متشکل از چهار قسمت بود:

قسمت اول: پرسشنامه اندازه گیری کیفیت خدمت و شامل (۵۱ سؤال) که بر این اساس کیفیت خدمت از ۱۴ بعد (انتخاب ارائه کننده خدمت (۶ سؤال)، ارتباط و تعامل (۶ سؤال)، داشتن اختیار (۴ سؤال)، گروه‌های حمایتی (۳ سؤال)، استمرار خدمات (۳ سؤال)، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه (۴ سؤال)، احترام (۴ سؤال)، توجه فوری و به موقع (۵ سؤال)، ایمنی (۳ سؤال)، پیشگیری (۳ سؤال)، دسترسی (۲ سؤال)، اعتماد (۲ سؤال)، هزینه خدمات (۳ سؤال) و رژیم غذایی (۳ سؤال)) تشکیل شده است.

قسمت دوم: پرسشنامه اندازه گیری کیفیت فنی و شامل (۲۵ سؤال)

قسمت سوم: پرسشنامه اندازه گیری کیفیت مشتری و شامل (۱۹ سؤال)

قسمت چهارم: اطلاعات فردی بیماران (شامل ۹ سؤال در مورد مشخصات فردی شامل سن، جنس، محل اقامت، شغل، وضعیت بیمه، سطح تحصیلات، ۱۰ سؤال درمورد وضعیت بیماری قلبی و ۶ سؤال در مورد بررسی استعمال سیگار و قلیان)

برای اندازه گیری هر بعد از کیفیت از پرسشنامه مربوطه استفاده گردید.

برای اندازه گیری کیفیت خدمت از پرسشنامه (CQMH-SQ: Comprehensive Quality Measurement in Health care-Service Quality) استفاده گردید [۸].

برای هر بعد از کیفیت خدمت، از پاسخ دهنده در رابطه با اهمیت بعد و کیفیت مراقبتی که آن‌ها در رابطه با آن بعد (عملکرد) دریافت کرده‌اند، سؤال پرسیده شد. اهمیت هر یک از ابعاد در قالب طیف لیکرت ۱۰-۰ (۰ = مهم نیست، ۳ = نسبتاً مهم، ۶ = مهم، ۱۰ = خیلی مهم) و عملکرد ابعاد در قالب طیف لیکرت ۱-۰ (معمولاً/همیشه یا خوب / عالی=۰ و هرگز/ گاهی یا ضعیف/ متوسط = ۱) مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از اینکه اهمیت (I) و عملکرد (P) برای هر یک از ابعاد پرسشنامه به دست آمد، کیفیت خدمت (SQ) در آن بعد با استفاده از فرمول "(عملکرد× اهمیت)-۱۰=کیفیت خدمت" – [Service Quality= 10 (Importance × Performance)] محاسبه گردید و ابعاد با توجه

به نمره کسب شده رتبه بندی شدند. دامنه کیفیت خدمت (SQ) نیز بین صفر (پایین‌ترین سطح کیفیت خدمت) تا ۱۰ (بالاترین سطح کیفیت خدمت) بود که بعد از محاسبه به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ تبدیل گردید[۹]. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است. از جمله در مطالعه کریمی و همکاران، روایی این پرسشنامه از طریق مصاحبه با ۱۰ متخصص در دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز و اصفهان اثبات رسیده است و پایایی آن نیز با آلفای کرونباخ ۰/۸ تأیید شده است [۸]. در مطالعه علیدوست و همکاران نیز پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ مورد تأیید قرار گرفت [۱۰].

برای اندازه گیری کیفیت فنی مراقبت‌ها، از پرسشنامه (CQMH-TQ: Comprehensive Quality Measurement in Health care- Technical Quality) استفاده گردید که شامل ۹ دسته مراقبت قلبی، مصرف سیگار، کنترل فشار خون، کنترل لیپید، فعالیت بدنی و کنترل وزن، کنترل دیابت، وضعیت روانی، داروها، و خدمات پاراکلینیکی می‌باشند. روایی محتوایی و پایایی پرسشنامه کیفیت فنی در مطالعه تبریزی و همکاران سنجیده شده بود؛ روایی آن با نظرات متخصصین قلب و عروق و پایایی آن نیز با استفاده از همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ تأیید شده است [۱۱].

برای اندازه گیری کیفیت مشتری از پرسشنامه (CQMH-CQ: Comprehensive Quality Measurement in Health care-Customer Quality) استفاده شد [۱۲] که بیماران را براساس توانمندی آنان در خودمدیریتی در ۴ مرحله دسته بندی نموده است؛ ۱) اعتماد به اهمیت نقش بیمار در روند درمان، ۲) داشتن اعتماد به نفس و دانش کافی برای انجام اقدامات لازم، ۳) مشارکت و اقدام فعال، ۴) تداوم روند مراقبت در شرایط بحرانی و استرس. نمره نهایی کیفیت مشتری برای مراحل خودمدیریتی با نمره دهی به پاسخ‌های شرکت کنندگان براساس طیف لیکرت پنج تایی کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، موافقم (۳)، کاملاً موافقم (۴) و نظری ندارم (۵) که بعد از نمره دهی اولیه گزینه‌های نظری ندارم (۵) و بدون پاسخ براساس میانگین سایر نمره‌ها نمره گذاری گردید و درنهایت افرادی که به بیش از سه سؤال پاسخ نظری ندارم را داده بودند از مطالعه حذف شدند. برای محاسبه نمره کیفیت مشتری، نمرات خام بدست آمده به درجه بندی از ۱۰۰ تبدیل شد و نمره فعال کیفیت مشتری محاسبه گردید. روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت مشتری نیز در مطالعه قلی پور و همکاران تأیید شده بود؛ روایی آن با نظرات ۱۰ نفر از متخصصان تأیید گردید و پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بررسی و تأیید گردید [۱۳]. در نهایت شاخص کیفیت نیز بر اساس ترکیبی از نمرات سه بعد کیفیت محاسبه شد.

بخش نهایی پرسشنامه نیز جهت اندازه گیری اطلاعات فردی بیمار شامل مشخصات فردی، وضعیت بیماری قلبی، بررسی استعمال سیگار و بررسی استعمال قلیان بود. درنهایت، نمرات هر سه بعد به ۱۰۰ تبدیل گردید و با استفاده از تحلیل آماری مؤلفه‌های اصلی، شاخص کیفیت به عنوان کیفیت کل محاسبه گردید. معیار ورود به این مطالعه تمامی افراد مبتلا به بیماری آترواسکلروز بودند که در بخش آنژیوگرافی بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد بستری شده و حداقل ۱ سال از تشخیص بیماری آنان سپری شده بود و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند و معیار خروج از مطالعهپرسشنامه‌هایی بود که ناقص پر شده بودند. پس از اخذ مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه و مسئولین بیمارستان، با مراجعه به واحد آنژیوگرافی بیمارستان، تکمیل پرسشنامه پژوهش تا زمان جمع آوری کامل حجم نمونه مورد نظر انجام گردید.

به منظور تحلیل داده‌ها ابتدا با استفاده از آزمون کلموگروف – اسمیرونوف، نرمال یا غیرنرمال بودن داده‌ها سنجیده شد. به ازاء هر یک از آیتم‌های پرسشنامه، فراوانی و درصد و برای نمرات مربوط به ابعاد کیفیت خدمات از میانگین و انحراف معیار (و در صورت غیر نرمال بودن از میانه و IQR) گزارش گردید. برای بررسی ارتباط بین ابعاد کیفیت خدمات و فاکتورهای دموگرافیک نسبتی از آزمون همبستگی پیرسون (در صورت غیر نرمال بودن از آزمون همبستگی اسپیرمن)، برای فاکتورهای اسمی دو حالتی از آزمون T (در صورت غیر نرمال بودن Mann-Whitney)؛ و برای فاکتورهای اسمی چند حالتی از آزمون ANOVA و همچنین برای بررسی ارتباط شاخص‌های کیفیت با متغیرهای رتبه‌ای از آزمون همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن استفاده گردید. سطح معنی داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS-20 استفاده گردید.

در راستای توجه به اصول اخلاقی در پژوهش تلاش گردید اصول ذیل مدنظر قرار گیرد:

معرفی نامه از سوی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد ارائه گردید.

مجوز رسمی از سوی رئیس مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد و مدیریت خدمات پرستاری جهت انجام پژوهش در محیط بیمارستان اخذ گردید.

اطلاع رسانی اولیه در زمینه اهداف پژوهش و مراحل انجام پژوهش به پرسنل درگیر در پژوهش و مدیریت خدمات پرستاری انجام شد.

محتوای پرسشنامه‌ها کاملاً محرمانه نگه داشته شد.

## یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد ۴۵ درصد از افراد مورد مطالعه زن بوده‌اند. همچنین بیشترین فراوانی به ترتیب در گروه سنی کمتر از ۵۰ سال (۵۱ درصد) و کمترین در گروه سنی ۶۰ -۵۰ سال (۳۰ درصد) قرار داشتند. ۶۰ درصد از واحدهای پژوهش غیر بومی و ساکن شهرستان بوده‌اند. از نظر توزیع شغلی، حدود ۳۸ درصد آنان خانه دار و ۱۶ درصد بیکار بودند.. همچنین، ۳۵ درصد از بیماران فقط به متخصص قلب و عروق و ۶۱ درصد آنان هم به پزشک عمومی و هم به متخصص قلب و عروق برای دریافت خدمت مراجعه کرده بودند. بیشتر بیماران (۸۳ درصد) به بخش دولتی برای دریافت خدمت مراجعه کرده بودند. همچنین ۴۸،۵ درصد از افراد بررسی شده بیمه تأمین اجتماعی، ۳۰ درصد بیمه خدمات درمانی و فقط ۰،۶ درصد آنان بدون هیچ نوع پوشش بیمه‌ای بوده‌اند. از نظر تحصیلات، ۲۳ درصد از افراد مورد مطالعه بیسواد، ۵۰ درصد زیر دیپلم، و فقط ۱۰ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۲۲ درصد آنان سیگار و ۵ درصد قلیان استعمال می‌کردند. همچنین حدود ۳۰ درصد از افراد مورد بررسی دارای اضافه وزن و چاقی بودند. جدول ۱ ابعاد کیفیت را از دیدگاه بیماران به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای نشان می‌دهد.

مطابق یافته‌های جدول ۱، کیفیت خدمت، مشتری، فنی و شاخص کیفیت کل از دید گیرندگان خدمت به ترتیب ۷۶/۸۳ (± ۶/۴۰)، ۶۶/۲۱ (± ۸/۶۶)، ۴۵/۴۴ (± ۷/۴۳)، و ۶۷/۶۸ (± ۴/۸۹) از ۱۰۰ می‌باشد که نشانگر کیفیت نسبتاً پایینی است. در زمینه کیفیت خدمت، زنان (۷۷/۳۶) کیفیت خدمت را با نمره بالاتری نسبت به مردان (۷۶/۴۰) ارزیابی کردند.

**جدول ۱:** کیفیت خدمت، کیفیت مشتری، کیفیت فنی و شاخص کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به آترواسکلروزیس

| متغیر زمینه‌ای | کیفیت خدمت (انحراف معیار) | کیفیت مشتری (انحراف معیار) | کیفیت فنی (انحراف معیار) | شاخص کیفیت (انحراف معیار) |
|---|---|---|---|---|
| **کل** | ۷۶/۸۳(۶/۴۰) | ۶۶/۲۱(۸/۶۶) | ۴۵/۴۴(۷/۴۳) | ۶۷/۶۸(۴/۸۹) |
| **جنسیت** | | | | |
| زن | ۷۷/۳۶(۵/۷۱) | ۶۴/۲۹(۹/۶۹) | ۴۴/۲۷(۶/۶۵) | ۶۷/۷۴(۴/۹۱) |
| مرد | ۷۶/۴۰(۶/۹۲) | ۶۴/۲۹(۹/۶۹) | ۴۶/۳۹(۷/۹۲) | ۶۷/۶۴(۴/۹۰) |
| **سن** | | | | |
| ≤۵۰ | ۷۶/۸۹(۶/۴۳) | ۶۷/۷۷(۷/۴۲) | ۴۵/۵۸(۷/۲۶) | ۶۸/۰۹(۵/۴۲) |
| ۵۱-۶۰ | ۷۸/۱۵(۵/۹۴) | ۶۶/۵۶(۸/۸۳) | ۴۷/۳۸(۷/۰۳) | ۶۶/۹۳(۴/۱۷) |
| ۶۱-۷۰ | ۷۵/۶۹(۶/۳۷) | ۶۶/۸۸(۱۰/۱۰) | ۴۲/۴۵(۸/۰۶) | ۶۷/۸۳(۴/۸۶) |
| >۷۰ | ۶۹/۵۲(۵/۵۴) | ۶۷/۷۱(۳/۹۷) | ۳۹/۱۶(۳/۷۱) | ۶۷/۶۵(۲/۱۰) |
| **محل اقامت** | | | | |
| مشهد (بومی) | ۷۷/۱۶(۶/۹۹) | ۶۶/۹۱(۸/۹۳) | ۴۷/۱۳(۷/۷۳) | ۶۷/۴۴(۵/۴۶) |
| غیربومی | ۷۶/۷۰(۶/۰۰) | ۶۵/۶۹(۸/۵۱) | ۴۷/۱۳(۷/۰۶) | ۶۷/۸۹(۴/۵۱) |
| **شغل** | | | | |
| کارمند تمام وقت | ۷۸/۵۷(۶/۶۹) | ۶۸/۵۴(۶/۲۱) | ۴۶/۸۴(۷/۲۲) | ۶۹/۴۵(۴/۹۵) |
| خانه دار | ۷۷/۵۴(۵/۳۲) | ۶۶/۳۷(۹/۴۴) | ۴۴/۳۱(۶/۷۸) | ۶۷/۸۷(۴/۶۰) |
| آزاد | ۷۵/۱۵(۷/۹۴) | ۶۶/۷۳(۸/۶۸) | ۴۶/۸۳(۷/۵۶) | ۶۶/۵۶(۵/۴۹) |
| استخدام موقت | ۷۵/۷۷(۰) | ۷۱/۵۷(۰) | ۳۷(۰) | ۶۵/۴۶(۰) |
| بیکار | ۷۵/۱۷(۵/۸۲) | ۶۷/۶۸(۸/۷۳) | ۴۵/۰۷(۸/۷۰) | ۶۷/۵۱(۴/۳۷) |
| سایر | ۷۳/۰۲(۳/۳۸) | ۶۳/۶۸(۵/۵۳) | ۴۴(۷/۷۸) | ۶۶/۹۹(۴/۹۶) |
| **وضعیت بیماری قلبی** | | | | |
| خوب | ۷۶/۶۰(۶/۳۶) | ۶۶/۹۰(۸/۹۴) | ۴۵/۵۶(۷/۹۶) | ۶۸/۲۵(۴/۷۴) |
| متوسط | ۷۷/۵۶(۵/۶۰) | ۶۴/۸۳(۷/۹۴) | ۴۱/۶۳(۷/۱۰) | ۶۸/۰۵(۴/۷۱) |
| بد | ۷۶/۷۰(۶/۹۶) | ۶۵/۸۹(۸/۶۱) | ۴۶/۷۱(۶/۲۴) | ۶۶/۸۱(۵/۲۰) |
| **زبان** | | | | |
| فارسی | ۷۶/۹۰(۶/۴۵) | ۶۶/۱۶(۸/۶۶) | ۴۵/۳۶(۷/۴۱) | ۶۷/۷۸(۴/۹۳) |
| ترکمن | ۷۸/۱۰(۰/۱۷) | ۶۲/۱۰(۸/۹۳) | ۵۳(۱۲/۷۲) | ۶۴/۹۰(۱/۵۱) |
| ترکی | ۷۴/۴۷(۴/۶۲) | ۷۱/۵۷(۸/۶۷) | ۴۱(۰/۷۰) | ۶۴/۸۸(۲/۵۱) |
| **ارائه دهنده خدمت (برحسب تخصص)** | | | | |
| پزشک عمومی | ۷۸/۵۳(۹/۸۸) | ۶۲/۱۰(۹/۹۱) | ۳۹/۷۵(۶/۲۹) | ۷۱/۳۵(۳/۱۱) |
| متخصص دیگر | ۷۱/۲۶(۷/۹۷) | ۷۰(۵/۲۱) | ۳۸(۷/۰۷) | ۶۸/۴۵(۳/۹۵) |
| متخصص قلب و عروق | ۷۶/۲۸(۷/۱۴) | ۶۷/۰۹(۸/۹۹) | ۴۴/۵۸(۷/۵۹) | ۶۸/۵۱(۴/۷۹) |
| پزشک عمومی و متخصص قلب و عروق | ۷۷/۱۹(۵/۸۴) | ۶۵/۷۹(۸/۴۹) | ۴۶/۳۰(۷/۲۴) | ۶۷/۰۵(۴/۹۴) |
| **ارائه دهنده خدمت (برحسب دولتی یا خصوصی)** | | | | |
| دولتی | ۷۶/۹۳(۶/۴۰) | ۶۵/۸۱(۸/۸۹) | ۴۵/۴۴(۷/۴۰) | ۶۷/۳۸(۴/۹۰) |
| خصوصی | ۷۵/۳۷(۶/۴۰) | ۶۷/۷۸(۶/۹۶) | ۴۴/۸۸(۷/۶۹) | ۶۹/۱۶(۴/۷۸) |
| هر دو (دولتی و خصوصی) | ۸۳/۵۸(۱/۵۸) | ۷۴/۲۱(۹/۶۷) | ۵۲/۵۰(۲/۱۲) | ۷۰/۲۸(۲/۹۴) |
| **بیمه** | | | | |
| روستایی | ۸۱/۸۵(۷/۴۴) | ۶۳/۵۰(۱۰/۳۸) | ۴۵/۷۵(۷/۸۰) | ۶۷/۹۷(۴/۸۸) |
| نیروهای مسلح | ۷۸/۶۲(۵/۳۸) | ۶۴/۰۴(۷/۴۶) | ۴۱/۱۵(۸/۲۴) | ۶۶/۳۷(۳/۷۹) |
| خدمات درمانی | ۷۶/۵۵(۶/۱۸) | ۶۶/۱۰(۸/۳۱) | ۴۵/۱۶(۶/۱۹) | ۶۷/۵۲(۴/۶۰) |
| تأمین اجتماعی | ۷۶/۲۵(۶/۴۳) | ۶۶/۶۳(۸/۱۳) | ۴۶/۱۶(۷/۸۴) | ۶۸/۵۹۱۳/۲۹) |
| کمیته امداد | ۷۴/۹۲(۴/۷۸) | ۷۰/۱۷(۱۳/۸۱) | ۴۶/۲۲(۸/۲۱) | ۶۶/۴۹(۴/۷۶) |
| بدون بیمه | ۷۰/۸۵(۰) | ۶۳/۱۵(۰) | ۴۷(۰) | ۶۴/۷۶(۰) |
| **تحصیلات** | | | | |
| بیسواد | ۷۷/۵۹(۶/۷۶) | ۶۴/۰۱(۹/۸۶) | ۴۵/۱۶(۶/۱۹) | ۶۸/۰۳(۴/۶۹) |
| ابتدایی | ۷۶/۶۳(۶/۹۰) | ۶۴/۰۱(۹/۵۸) | ۴۵/۰۳(۶/۵۹) | ۶۶/۳۸(۴/۸۵) |
| راهنمایی | ۷۴/۷۱(۴/۹۲) | ۶۵/۷۵(۶/۵۵) | ۴۳/۹۴(۷/۱۸) | ۶۷/۲۲(۴/۳۹) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| دبیرستان | ۷۵/۶۱(۵/۷۷) | ۶۶/۰۷(۸/۹۶) | ۴۷/۲۲(۶/۸۸) | ۶۸/۳۰(۴/۰۵۹ |
| دیپلم | ۷۸ (۶/۶۷) | ۶۹/۳۵(۶/۴۰) | ۴۴/۱۹(۶/۱۷) | ۶۷/۹۰(۵/۷۹) |
| فوق دیپلم | ۷۵/۳۶(۶/۷۰) | ۶۷/۳۶(۹/۲۷) | ۵۰/۵۰(۹/۶۴) | ۶۷/۲۴(۳/۰۹۸ |
| لیسانس | ۷۹/۸۹(۶/۲۷) | ۶۸/۸۰(۶/۷۰) | ۴۹/۲۷(۸/۷۳) | ۶۸/۷۹ (۵/۹۰) |
| **وضعیت فعلی استعمال سیگار** | | | | |
| غیر سیگاری | ۷۷/۳۸(۶/۶۲) | ۶۵/۹۹(۸/۸۳) | ۴۳/۹۲(۶/۸۶) | ۶۷/۴۳(۴/۵۶) |
| سیگاری | ۷۴/۹۳(۵/۲۱) | ۶۵/۳۸(۶/۶۴) | ۵۰/۷۰(۶/۹۹) | ۶۸/۵۸(۵/۸۹) |
| **وضعیت فعلی استعمال قلیان** | | | | |
| بلی | ۷۷/۰۷(۵/۰۸) | ۶۵/۳۸(۶/۶۴) | ۵۳/۲۲(۷/۶۴) | ۷۰/۲۳(۶/۳۸) |
| خیر | ۷۶/۸۲(۶/۴۸) | ۶۶/۲۶(۸/۷۷) | ۴۴/۹۹(۷/۱۹) | ۶۷/۵۴(۴/۷۸) |
| **BMI** | | | | |
| لاغر | ۷۵/۱۴(۰) | ۸۸/۴۲(۰) | ۴۱(۰) | ۵۹/۲۶(۰) |
| وزن طبیعی | ۷۶/۸۰(۶/۲۲) | ۶۶/۱۴(۹/۰۴) | ۴۴/۸۶(۷/۴۳) | ۶۷/۶۶(۴/۸۳) |
| اضافه وزن (چاقی کم تا متوسط) | ۷۶/۶۵(۶/۹۹) | ۶۶/۳۸(۹/۰۴) | ۴۷/۰۴(۷/۴۶) | ۶۷/۶۶(۵/۰۲) |
| چاقی مفرط | ۸۱/۴۵(۴/۷۴) | ۵۸/۹۴(۲/۷۸) | ۴۴/۶۶(۶/۳۵) | ۶۴/۰۲ (۲/۲۸) |

افراد بین ۵۱ تا ۶۰ سال (۷۸/۱۵) نیز نمره بیشتری در مقایسه با سایر گروه‌های سنی به کیفیت خدمت داده بودند. همچنین افراد دارای تحصیلات لیسانس (۷۹/۸۹)، بیمه روستایی (۸۱/۸۵)، کارمندان تمام وقت (۷۸/۵۷)، دارای وضعیت بیماری قلبی متوسط (۷۷/۵۶)، افراد مراجعه کننده به پزشک عمومی (۷۸/۵۳) و هر دو بخش دولتی و خصوصی (۸۳/۵۸)، افراد غیرسیگاری (۷۷/۳۸) و افراد دارای چاقی مفرط (۸۱/۴۵) بیشترین نمره را نسبت به سایر گروه‌ها به کیفیت خدمت داده بودند. در زمینه کیفیت مشتری برخلاف کیفیت خدمت، مردان (۶۷/۷۷) نمره بیشتری نسبت به زنان (۶۴/۲۹) به کیفیت مشتری داده بودند. همچنین افراد بالای ۷۰ سال (۶۷/۷۱)، افراد بومی (۶۶/۹۱)، استخدام موقت (۷۱/۵۷)، دارای وضعیت بیماری قلبی خوب (۶۶/۹۰)، افراد مراجعه کننده به متخصصین دیگر (۷۰) و هر دو بخش دولتی و خصوصی (۷۴/۲۱)، دارای بیمه کمیته امداد (۷۰/۱۷)، دارای تحصیلات دیپلم (۶۹/۳۵)، غیرسیگاری (۶۵/۹۹) و لاغر (۸۸/۴۲) کیفیت مشتری را با نمره بالاتری نسبت به سایر گروه‌ها ارزیابی کردند. در زمینه کیفیت فنی، مردان (۴۶/۳۹)، افراد ۵۱ تا ۶۰ سال (۴۷/۳۸)، بومی (۴۷/۱۳)، کارمند تمام وقت (۴۶/۸۴)، دارای وضعیت بیماری قلبی بد (۴۶/۷۱)، افراد مراجعه کننده به پزشک عمومی و متخصص قلب و عروق (۴۶/۳۰) و هر دو بخش دولتی و خصوصی (۵۲/۵)، دارای بیمه تأمین اجتماعی (۶۸/۱۳)، دارای تحصیلات فوق دیپلم (۵۰/۵۰)، سیگاری (۵۰/۷۰)، و دارای اضافه وزن (۴۷/۰۴) بیشترین نمره را به کیفیت فنی داده بودند. همچنین، در زمینه شاخص کیفیت کل، نمره زنان (۶۷/۷۴)، افراد کمتر از ۵۰ سال (۶۸/۰۹)، غیربومی (۶۷/۸۹)، کارمند تمام وقت (۶۹/۴۵)، دارای وضعیت بیماری قلبی خوب (۶۸/۲۵)، افراد مراجعه کننده به پزشک عمومی (۷۱/۳۵) و هر دو بخش دولتی و خصوصی (۷۰/۲۸)، بدون پوشش بیمه‌ای (۴۷)، دارای تحصیلات لیسانس (۶۸/۷۹)، سیگاری (۶۸/۵۸)، و دارای اضافه وزن (۶۸/۱۷) بیشتر از سایر گروه‌ها بود. جدول ۲ رابطه آماری میان متغیرهای دموگرافیک و کیفیت خدمت، کیفیت مشتری، کیفیت فنی و شاخص کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به آترواسکلروزیس را نشان می‌دهد.

مطابق یافته‌های جدول ۲، بین جنسیت با کیفیت مشتری (P = ۰/۰۰۲) و شاخص کیفیت (P = ۰/۰۴) رابطه آماری مثبت و معناداری وجود دارد هرچند که این رابطه ضعیف است (ضریب همبستگی کمتر از ۰/۳). شرکت کنندگان با سطح تحصیلات بالاتر، از نمره کیفیت مشتری (P = ۰/۰۰۴) و شاخص کیفیت (P = ۰/۰۰۳) بالاتری برخوردار بودند. همچنین بین محل اقامت با کیفیت فنی (P = ۰/۰۲) و شاخص کیفیت (P = ۰/۰۳) رابطه‌ای معنادار وجود داشت. رابطه میان شغل با کیفیت مشتری (P = ۰/۰۰۸) و شاخص کیفیت (P = ۰/۰۴) نیز از نظر آماری معنادار بود. همچنین رابطه آماری معنادار بین مصرف سیگار (P = ۰/۰۰) و مصرف قلیان (P = ۰/۰۰) با کیفیت فنی وجود داشت. میان کیفیت فنی و کیفیت ارائه دهنده (برحسب تخصص) (P = ۰/۰۳) نیز رابطه آماری معنادار و مستقیم وجود داشت، یعنی بیمارانی که از متخصص قلب و عروق خدمت دریافت کرده‌اند کیفیت فنی را با نمره بالاتری ارزیابی نموده‌اند. همچنین بین کیفیت خدمت با هیچ کدام از متغیرهای دموگرافیک رابطه معنادار مشاهده نشد. همبستگی بین همه موارد فوق، ضعیف بود (پایین‌تر از ۰/۳).

## بحث

در این مطالعه، نمره کیفیت خدمت (۸۳/۷۶) و کیفیت مشتری (۲۱/۶۶) در سطح نسبتاً پایین و نمره کیفیت فنی (۴۴/۴۵) در سطح بسیار پایینی قرار داشت. همچنین، یافته‌های مطالعه نشان داد که شاخص کیفیت براساس ترکیب نمرات سه بعد اصلی کیفیت در مطالعه حاضر ۶۸/۶۷ بود که نشانگر کیفیت نسبتاً پایین مراقبت‌ها از بیماران آترواسکلروزیس در بیمارستان امام رضا (ع) می‌باشد. در مطالعه حاضر نمره کیفیت خدمت از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات، (۴۰/۶±) ۸۳/۷۶ بود. در این مطالعه ابعاد کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه (۸۹/۹)، اعتماد (۶۲/۹)، و احترام (۴۵/۹) تنها ابعادی بودند که با کسب نمره بالاتر از ۹، از کیفیت بسیار مطلوبی برخوردار بودند. در مطالعه تبریزی و همکاران [۱۴] نیز که با هدف بررسی کیفیت خدمت مراقبت‌های افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در استرالیا انجام شد، به ترتیب ابعاد کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه، گروه‌های حمایتی، اعتماد و احترام نمره بالاتر از ۹ کسب کردند. بعد "کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه" که به وضعیت ظاهری مرکز ارائه کننده و پرسنل، کافی بودن صندلی و فضای موردنیاز بیماران، تهویه مناسب، پاکیزگی سرویس‌های بهداشتی و فضای مرکز ارائه خدمت اشاره دارد، با کسب نمره ۸۹/۹ از کیفیت بسیار بالایی برخوردار بود. بعد دیگری از کیفیت خدمات که در این مطالعه نمره مطلوبی را کسب کرده است، بعد "اعتماد" می‌باشد.

این بعد از کیفیت خدمات به رازداری ارائه کنندگان خدمات و اطمینان از اطلاعات ارائه شده و ثبت شده در پرونده پزشکی اشاره دارد. در این مطالعه، بعد "احترام" با امتیاز ۹/۴۵ از کیفیت بالایی برخوردار بود. این بعد به ارائه خدمات در یک محیط غیرتبعیض آمیز و همراه با احترام به نیازها، انتظارات و تفاوت‌های فردی و انجام تعهدات و همچنین احترام به حریم خصوصی اشاره داشته و یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم از نگاه مشتری‌ها در حوزه کیفیت خدمات است.

**جدول ۲:** رابطه آماری میان متغیرهای دموگرافیک و کیفیت خدمت، کیفیت مشتری، کیفیت فنی و شاخص کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به آترواسکلروزیس

| متغیر زمینه‌ای | سطح معناداری کیفیت خدمت | ضریب همبستگی کیفیت خدمت | سطح معناداری کیفیت مشتری | ضریب همبستگی کیفیت مشتری | سطح معناداری کیفیت فنی | ضریب همبستگی کیفیت فنی | سطح معناداری شاخص کیفیت | ضریب همبستگی شاخص کیفیت |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | P < ۰/۰۵ | | P < ۰/۰۵ | | P < ۰/۰۵ | | P < ۰/۰۵ | |
| جنسیت | ۰/۱۱ | -۰/۲ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳ | ۰/۱ | ۰/۲ | ۰/۰۴ | ۰/۲۳ |
| سن | ۰/۵۲ | -۰/۱۳ | ۰/۶۴ | ۰/۱۲ | ۰/۲۶ | -۰/۱۶ | ۰/۳۷ | -۰/۱۵ |
| محل اقامت | ۰/۹۲ | ۰/۱۷ | ۰/۱۵ | ۰/۱۹ | ۰/۰۲ | ۰/۲۴ | ۰/۰۳ | ۰/۲۳ |
| شغل | ۰/۳۸ | ۰/۱۵ | ۰/۰۰۸ | -۰/۲۵ | ۰/۲۲ | -۰/۱۷ | ۰/۰۴ | -۰/۲۱ |
| وضعیت بیماری قلبی | ۰/۵۶ | ۰/۱۳ | ۰/۳۸ | -۰/۱۵ | ۰/۶۸ | ۰/۱۲ | ۰/۹۲ | -۰/۱۶ |
| زبان | ۰/۹ | -۰/۱۸ | ۰/۹۹ | ۰/۱۱ | ۰/۸۳ | ۰/۱۱ | ۰/۸۹ | ۰/۱۸ |
| ارائه دهنده خدمت (برحسب تخصص) | ۰/۲۳ | ۰/۱۷ | ۰/۵۲ | -۰/۱۴ | ۰/۰۳ | ۰/۲۳ | ۰/۲۳ | ۰/۱۷ |
| ارائه دهنده خدمت (برحسب دولتی یا خصوصی) | ۰/۹۴ | ۰/۱۵ | ۰/۱ | ۰/۲ | ۰/۹۴ | -۰/۱۴ | ۰/۶ | ۰/۱۳ |
| بیمه | ۰/۳۱ | ۰/۱۵ | ۰/۷۴ | -۰/۱۲ | ۰/۹۲ | -۰/۱۶ | ۰/۷۱ | ۰/۱۲ |
| تحصیلات | ۰/۹۸ | -۰/۱۱ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۶ | ۰/۰۸ | ۰/۱۹ | ۰/۰۰۳ | ۰/۲۶ |
| مصرف سیگار | ۰/۰۵ | -۰/۱۲ | ۰/۱۹ | ۰/۱۸ | ۰/۰۰ | ۰/۳۹ | ۰/۰۲ | ۰/۲۴ |
| مصرف قلیان | ۰/۵۹ | ۰/۲۳ | ۰/۸۲ | -۰/۱۱ | ۰/۰۰۶ | ۰/۲۷ | ۰/۱ | ۰/۲ |
| BMI | ۰/۷۴ | ۰/۱۴ | ۰/۵۲ | ۰/۲۳ | ۰/۹۳ | ۰/۲۴ | ۰/۵۶ | ۰/۱۳ |

در مطالعه حاضر، ابعاد "هزینه خدمات، پیشگیری، ایمنی، گروه‌های حمایتی و رژیم غذایی" با کسب نمره کمتر از ۷، در سطح بسیار نامطلوبی قرار گرفتند؛ در مطالعه علیدوست بر روی بیماران مبتلا به التهاب روده [۱۰] نیز ابعاد پیشگیری، گروه‌های حمایتی، ایمنی و در مطالعه تبریزی بعد ایمنی نمره کمتر از ۷ کسب کردند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در حالی که در مطالعات تبریزی در استرالیا [۱۴]، و تبریزی در تبریز روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ [۱۵]، هیچ بعدی نمره پایین‌تر از ۷ را کسب نکرده بود. یکی از ابعاد بسیار مهم که در همه سیستم‌های بهداشتی مطرح است، بعد "ایمنی" می‌باشد که به مواردی مانند توضیح درباره هدف از تجویز داروها، انجام آزمایشات یا درمان‌ها (قابل فهم برای بیمار) و نیز ارائه خدمات تشخیصی و درمانی بدون خطر و آسیب اشاره می‌کند که در این مطالعه، این بعد از کیفیت با وجود اینکه از اهمیت بالایی برخوردار است، ولی در عمل کیفیت بسیار پایینی (۵,۹۵) را نشان داد.

نمره کل کیفیت مشتری در میان بیماران مورد مطالعه، (۸/۶۶ ± ۶۶/۲۱) به دست آمد که تقریباً مشابه و یا کمتر از دیگر مطالعات انجام شده می‌باشد. به عنوان مثال در مطالعه مشابهی که توسط تبریزی و همکاران در استرالیا انجام شد [۱۴]، نمره کیفیت مشتری بیماران دیابتی ۶۴/۵؛ در مطالعه حسن زاده [۱۶] نمره کیفیت مشتری بیماران مبتلا به التهاب روده برابر با ۷۰/۶۳؛ در مطالعه کریمی [۱۷] نمره کیفیت مشتری بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید برابر با ۷۰/۲۵؛ در مطالعه تبریزی [۱۸] برابر با ۷۶/۶۲؛ در مطالعه قلی پور [۱۳] نمره کیفیت مشتری مادران باردار برابر با ۶۷/۷۹ محاسبه شد. در بعد کیفیت مشتری، مشخص گردید که تمامی شرکت کنندگان در مطالعه باور داشتند که نقش منحصر به فرد و مهمی در مراقبت‌های سلامتی خود دارند، ولی اغلب بیماران (۹۶/۴٪) در مرحله سوم (داشتن اعتماد به نفس، مشارکت و اقدام فعال) بوده و در نهایت تعداد بسیار اندکی از آنان (۲/۴٪) بالاترین امتیازات کیفیت مشتری را به دست آورده و به مرحله انتهایی خودمدیریتی یعنی استمرار مراقبت در شرایط سخت روحی و جسمی رسیده‌اند. به عبارت دیگر حدود ۹۷٪ بیماران قادر نبودند مراقبت‌های خود را در شرایط سخت همچون استرس و اضطراب و محدودیت‌های مالی ادامه دهند. با توجه به هزینه‌های بالای برخی مراقبت‌ها و داروهای بیماران مبتلا به آترواسکلروزیس، تحت پوشش قرار دادن داروها و مراقبت‌های این بیماران توسط شرکت‌های بیمه با توجه به افزایش روزافزون موارد بیماری و درجهت کاهش هزینه‌های تحمیلی به بیمار می‌تواند منجر به تداوم مراقبت‌های این بیماران، حتی درصورت وجود محدودیت‌های مالی شده و از این طریق کیفیت مشتری را بالا ببرد.

در مطالعه حاضر، علیرغم اینکه نمره کیفیت فنی نسبتاً پایین بود، اما مؤلفه‌های اصلی کنترل بیماری آترواسکلروزیس طبق استانداردهای

بین المللی از استاندارد قابل قبولی برخوردار بود. طبق یافته‌های مطالعه، در بیش از ۷۰ درصد بیماران اندازه گیری و کنترل فشار خون (۷۷/۴٪)، چربی خون (۸۲٪)، وزن (۷۷/۲٪)، وضعیت روانی (۷۳٪) داروها (۷۶/۶٪) و خدمات پاراکلینیک و بازتوانی شامل نوار قلب و اکوکاردیوگرافی (۸۴/۵٪) طبق استانداردهای مراقبت انجام گرفته بود، که نتایج مطالعه حاضر با مطالعه پرتوی و همکاران[۱۹] که برای بیش از ۸۰ درصد بیماران اندازه گیری فشار خون و چربی خون مطابق استانداردها انجام شده بود هم خوانی نسبی دارد. اما کنترل دیابت فقط در ۴۰٪ از بیماران انجام گرفته بود که پایین‌تر از استانداردهای مورد نظر است. درمجموع، ۵۲٪ از بیماران مراقبت از بیماری خود را خوب و ۳۳٪ بسیار خوب و درمجموع ۹۲٪ از بیماران مراقبت از بیماری خود در طول یک سال گذشته را مطلوب ارزیابی کردند. همچنین بین نمره کیفیت فنی و محل اقامت، تخصص ارائه دهنده خدمت، مصرف سیگار و قلیان رابطه آماری معنادار و مثبت، اما ضعیفی وجود داشت. یعنی افراد بومی (ساکن مشهد) و همچنین بیمارانی که هم توسط پزشک عمومی و هم متخصص قلب و عروق خدمت دریافت کرده بودند، کیفیت فنی بالاتری را گزارش نمودند. افرادی که سیگار و قلیان مصرف می‌کردند نیز نمره کیفیت فنی را بالاتر گزارش کرده بودند.

امتیاز شاخص کیفیت در این مطالعه، ۶۷/۶۸ (از ۱۰۰) بود که نشان دهنده کیفیت پایین مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به آترواسکلروزیس می‌باشد. در مطالعات مشابه همچون مطالعه تبریزی و همکاران [۱۸] در تبریز نمره شاخص کیفیت ۶۵،۱۳، تبریزی و همکاران در استرالیا [۱۴] نمره ۷۰، کریمی و همکاران [۱۷] نمره ۷۲/۷۰، و تبریزی [۱۳] نمره ۵۸/۵۹ به دست آمده است که تفاوت قابل توجهی با مطالعه حاضر ندارد. شاخص کیفیت با توجه به اینکه، ترکیبی از ابعاد کیفیت فنی، کیفیت خدمت و کیفیت مشتری است، ابزار مفیدی برای مقایسه کیفیت سیستم‌های سلامت بوده و به پزشکان، مدیران و سیاست‌گزاران راهنمای جامعی برای بهبود کیفیت خدمات سلامت ارائه می‌دهد. همچنین، بین شاخص کیفیت با جنس، محل اقامت، شغل، تحصیلات و مصرف سیگار رابطه معناداری وجود داشت، هر چند که این رابطه همبستگی ضعیفی (کمتر از ۰/۳) را نشان می‌داد. در این مطالعه افراد با سطح تحصیلات بالاتر، از شاخص کیفیت بهتری برخوردار بودند که این نتیجه مشابه مطالعات کریمی [۱۷] بود. همچنین، زنان و افراد غیربومی شاخص کیفیت بهتری نسبت به مردان و افراد بومی داشتند.

## نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، نمره کیفیت ارائه خدمات برای بیماران مبتلا به آترواسکلروزیس از دیدگاه گیرندگان خدمت در بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد؛ به عنوان بیمارستانی دولتی و بزرگ که طیف گسترده‌ای از اقشار جامعه بخصوص اقشار با درآمد کم و متوسط و از شهرهای مجاور به آن مراجعه می‌نمایند؛ نسبتاً پایین بود، لذا در رابطه با کیفیت خدمات از دیدگاه گیرندگان خدمت نگرانی وجود دارد. بنابراین باید هدف نظام سلامت؛ به عنوان سیستمی که لازم است هم بهداشت محور و هم درمان محور باشد؛ تضمین مراقبت‌های آترواسکلروزیس با نگرش به این که "بهتر کردن مشارکت چشمگیر بیماران و همراهان آنان و توانمندسازی آن‌ها برای مدیریت وضعیت خود و همچنین تصمیم گیری در رابطه با هر جنبه از مراقبت خود" بعنوان وسیله‌ای جهت تأمین مراقبت و نتایج بهتر باشد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان دهنده 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 ارائه کننده خدمت برای تأمین نیازها و انتظارات گیرندگان خدمت و نظر به اهمیت وافر تمامی جنبه‌های مورد بررسی در این مطالعه، دپارتمان قلب و عروق بیمارستان امام رضا (ع) مشهد نیاز به ارتقای کیفیت خدمت در تمامی جنبه‌های دارای مشکل دارد. با توجه به کیفیت پایین مراقبت‌ها به ویژه در ابعاد کیفیت فنی و کیفیت مشتری، طراحی و اجرای مداخلاتی جهت بهبود کیفیت امری ضروری به نظر می‌رسد. به طوری که، به دلیل نقش قابل توجه دریافت کنندگان مراقبت در فرآیند ارائه خدمات، افزایش دانش و آگاهی بیماران، زمینه را برای مشارکت هر چه بیشتر بیماران و همچنین افزایش مطالبه خدمات مطابق استاندارد از طرف بیماران فراهم می‌کند.

## سپاسگزاری

این طرح قسمتی از پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با عنوان " ارزیابی کیفیت مراقبت های ارایه شده به بیماران آترواسکلروز براساس مدل ارزیابی کیفیت جامع (CQMH) در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در سال ۱۳۹۵ "می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد مصوب 950341 اجرا و به پایان رسیده است.

## References

1. Zaman L. Human resource management (hrm) in hospitals: A research on the recruitment process of abangladeshi hospital. Asia Pacific J Res Busin Manag. 2011;2(9).
2. Eren S, Eren M, Ayas N, Hacioglu G. The effect of service orientation on financial performance: The mediating role of job satisfaction and customer satisfaction. 9th International Strategic Management Conference2013.
3. Tabrizi JS. Quality of delivered care for people with type 2 diabetes: a new patient-centred model. J Res Health Sci. 2009;9(2):1-9. pmid: 23344165
4. Schlechter A, Thompson N, Bussin M. Attractiveness of non-financial rewards for prospective knowledge workers An experimental investigation. Employee Relat. 2015;37(3):274-95.
5. Schlechter A, Hung A, Bussin M. Understanding talent attraction: the influence of financial rewards elements on perceived job attractiveness: original research. SA J Hum Resour Manag. 2014;12(1):1-13.
6. Kuller L, Borhani N, Furberg C, Gardin J, Manolio T, O'Leary D, et al. Prevalence of subclinical atherosclerosis and cardiovascular disease and association with risk factors in the Cardiovascular Health Study. Am J Epidemiol. 1994;139(12):1164-79. pmid: 8209875
7. Tabatabaei Yazdi S, Rezaei A, Bordbar Azadi J, Hejazi A, Shakeri M, Karimi Shahri M. Prevalance of atherosclerosis plaque in autopsy cases with noncardiac death. Iran J Pathol. 2009;3:101-4.
8. Karimi S, Mottaghi P, Shokri A, Yarmohammadian M, Tabrizi J, Gholipour K. Services Quality for people with rheumatoid arthritis: Iranian Patients' Perspective. Int J Health Syst Disaster Manage. 2013;1:243-7.

9. s J. Human resource management. Tehran Tehran university of medical sciences press; 2015.
10. Alidoost S, Tabrizi J, Mohamadi F, Somi M, Asghari-Jafarabadi M. Assessment of Delivered Care Service Quality in Inflammatory Bowel Disease from the Patients' Perspective. Depict Health. 2013;4(4):6-14.
11. WHO. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Oraganization, 2010.
12. Tabrizi J, Wilson A, O'Rourke P. Customer Quality and Type 2 Diabetes from the Patients' Perspective: A Cross-Sectional Study. J Res Health Sci. 2010;10(2):69-76.
13. Tabrizi J, Asghari M, Iezadi S, Gholipour K. A Comprehensive Quality Measurement of Delivered Care for pregnant women in Tabriz, Iran. Depict Health. 2011;2(4):16-22.
14. Tabrizi JS, O'Rourke PK, Wilson AJ, Coyne ET. Service quality for Type 2 diabetes in Australia: the patient perspective. Diabet Med. 2008;25(5):612-7. doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02420.x pmid: 18445176
15. Tabrizi J, Alidoost S, Bahrami A, Asgharijafarabadi M. Service Quality (SQ) in Patients with Type 2 Diabetes. Hospital. 2014;13(4):23-30.
16. Hasanzadeh R, Tabrizi J, Somi M, Asghari-Jafarabadi M. Customer Quality of Patients with Inflammatory Bowel Disease In Tabriz, 2012. Depict Health. 2014;5(1):22-30.
17. Karimi S, Gholipour K, Mottaghi P, Yarmohammadian M, Shokri A. Assessment of Quality of Delivered Care to Patients with Rheumatoid Arthritis Based On a Model of Comprehensive Quality Measurement. Health Inf Manag. 2015;12(3):356-66.
18. Tabrizi J, Partovi Y, Alidoost S, Alizadeh O, Zariei Gavgani F. Assessment The Quality Of Delivered Care For People With Type 2 Diabetes By Comprehensive Quality Measurement In Healthcare (CQMH) Model. Iran J Diabetes Metab. 2015;14(6):431-40.
19. Tabrizi J, partovi Y, Bahrami A, Asghari A. Technical Quality of Patients with Type 2 Diabetes. Hospital. 2015;14(4):59-65.