

تعیین کیفیت خدمات تیم پزشکی خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمت در شهرستان عجب شیر: ۱۳۸۸

رقیه علی بابایی^۱، احمد صادقی^{۲*}، رضاقلی وحیدی^۳، سید آرش اکابری^۴

۱. کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، بیمارستان امام خمینی عجب شیر، تبریز، ایران ۲. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران ۳. دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، عضو هیئت علمی مرکز مدیریت سلامت کشوری ۴. کارشناس ارشد آمار زیستی، عضو هیئت علمی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۷۱۱۲۳۴۰۷۷۴ فاکس: ۰۷۱۱۲۳۴۰۰۳۹ ایمیل: sadeghi_ah@sums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: از آنجا که بحث کیفیت چالش اصلی اغلب جوامع در حوزه سلامت است، اهمیت مطالعه کیفیت هر چه بیشتر نمود پیدا می‌کند؛ در این راستا رضایت مشتریان خدمت، بخش مهمی را به خود اختصاص داده و وسیله ای برای اندازه گیری کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت خدمات تیم پزشکی خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمت انجام گرفته است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی می‌باشد که در پاییز ۱۳۸۸ در شهرستان عجب شیر انجام شده است. جامعه پژوهش کلیه مشتریان خدمات (گیرندگان خدمت) پزشک خانواده و نمونه پژوهش ۱۴۰ نفر از این تعداد بود که با روش تصادفی طبقه ای انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته ای بود که ۹ بعد کیفیت را مورد سنجش قرار می داد. داده‌های جمع‌آوری شده توسط آزمون های آماری در نرم افزار SPSS-15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین شاخص کیفیت خدمات پزشک خانواده در این مطالعه $45/17 \pm 11/16$ و میزان رضایت مندی از کیفیت این خدمات ۱۰ درصد به دست آمد. ۳۵/۷ درصد افراد از کیفیت این خدمات ناراضی بودند. از بین شاخص‌های مورد بررسی، کارایی بیشترین نمره را با میانگین $64/3 \pm 13/4$ و نیز بیشترین میزان رضایت مندی (۷۰/۷٪) را به خود اختصاص داد و از سوی دیگر کمترین نمره میانگین $28/4 \pm 12/3$ و میزان رضایت مندی (صفر) مربوط به شاخص فراهم بودن بود.

نتیجه گیری: برخی خدمات پزشک خانواده عملکرد ضعیفی داشته و کیفیت خدمات از سطح مطلوبی برخوردار نبود. توجه و برنامه‌ریزی از سوی مدیران و مسئولین جهت تامین برخی شاخص‌ها از قبیل «فراهم بودن» و «مناسب بودن امکانات و تسهیلات» می‌تواند در بهبود کیفیت خدمات پزشک خانواده و همچنین میزان رضایت مندی مشتریان خدمت مثرم‌تر باشد.

واژه های کلیدی: کیفیت، پزشک خانواده، گیرندگان خدمت، رضایت‌مندی

پذیرش: ۹۱/۱۱/۸

دریافت: ۹۱/۳/۱۶

مقدمه

بیمارستان مربوط نیست؛ سلامت به عدالت اجتماعی مربوط می‌شود (۱). نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه به گونه‌ای طراحی شده و اجرا می‌شود

سلامتی جزء مسوولیت‌های فردی، دولتی و بین‌المللی است که تنها به پزشکان، خدمات اجتماعی و

که متأسفانه نمی‌تواند عدالت در دسترس را ایجاد نماید، یکی از مهم‌ترین روش‌های افزایش دسترسی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت، برنامه پزشک خانواده است (۲). پزشکان خانواده، پزشکان عمومی هستند که در زمینه مراقبت از بیماران در تمام سنین آموزش دیده‌اند. به علت توانایی آنها برای تامین مراقبت‌های جامع برای تمام بیماران که از لحاظ هزینه- اثربخشی و مداخلات و مراقبت‌های پیشگیری و درمانی نیز مورد اهمیت فراوان است، پزشک خانواده گزینه‌ای مناسب برای برآوردن نیازهای مراقبت سلامت اولیه و جامع مردم در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. نیاز جهانی برای پزشکان خانواده به منظور استفاده از سیستم‌های جامع مراقبت‌های سلامت اولیه وجود دارد. به منظور برطرف کردن این نیاز برای هر کشوری ضروری است تا پزشکان مورد نیاز را با تمرکز بر مشکلات بهداشتی و درمانی مردم فراهم کند (۳). امروزه تمام سازمان‌های خصوصی و دولتی در سراسر جهان بر روی افزایش ترویج آموزش‌های پزشکی و عملکردهای بهداشتی و درمانی در حال فعالیت هستند. تمرکز و توجه سیاست‌گزاران در بخش‌های بهداشتی و درمانی بر روی آموزش مراقبت‌های اولیه و خدمات پیشگیری می‌باشد. در این بین پزشکان به سوی ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمانی با کیفیت بالا و قابل دسترسی از لحاظ هزینه اثربخشی در حال ارتقاء آموزش می‌باشند (۴). پیشنهاد شده است که پزشک خانواده باید نقش بیشتری در سیستم‌های مراقبت سلامت داشته باشد. بنابراین بسیاری از کشورها در حال طرح‌ریزی برای معرفی برنامه‌های ثبت نامی پزشکان خانواده و سرانه‌ها هستند (۵). هزینه مراقبت سلامت یک نگرانی اصلی در تمام دنیا است. کشورهایی که سیستم مراقبت‌های سلامت آنها به سمت مراقبت‌های اولیه پیش می‌رود، اینگونه به نظر می‌رسد که نتیجه بهتری در زمینه کمترین هزینه‌ها

داشتند و اینگونه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه نظیر تایلند، مراکش، ویتنام، مصر و تانزانیا نیز اصلاحات در سیستم بهداشت و درمان با تکیه بر موضوع پزشک خانواده به منظور بهبود و تقویت ارائه خدمات مراقبت سلامت انجام می‌شود. شبکه‌های پزشک خانواده در شرق و جنوب آفریقا نیز مشغول کار و ارائه خدمات هستند (۶).

در ایران، در راستای تلاش پیگیر مجلس شورای اسلامی، به ویژه کمیسیون بهداشت و درمان و با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده فراهم آورد (۷). از دستاوردهای مستقیم و غیرمستقیم این برنامه می‌توان به تقویت امکانات شبکه‌های بهداشتی- درمانی پس از سالیان متمادی با بهبود انگیزه حضور پزشکان در مناطق روستایی و افزایش حق‌الزحمه آنان و به تبع آن تأثیر مثبت بر خواسته‌ها و توقعات پزشکان شاغل در سایر بخش‌های سلامت، انتقال بخشی از اعتبارات سلامت از سطح ۳ و ۲ به سطح ۱ خدمات اشاره کرد و از اهداف اصلی این برنامه می‌توان به ایجاد نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخگویی در نظام سلامت، افزایش دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات سلامت اشاره کرد (۸). برای رسیدن به این اهداف باید خدمات پزشک خانواده با کیفیت بالا و متناسب با مشتریان خدمات ارائه شود. تضمین کیفیت و بهبود آن در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یک مسئله در حال رشد در سیستم بهداشتی همه کشورهاست، این فرایند سیستماتیک باید به‌صورت مداوم و مؤثر توسط همه اعضای سیستم بهداشت و درمان، هر روز اجرا گردد (۹). با توجه به اینکه بحث کیفیت در برگیرنده شاخص‌های مهمی نظیر: کارایی، اثربخشی،

تناسب، تداوم، ایمنی، توانمندی، پاسخگویی، عدالت و ظرفیت می‌باشد؛ که چالش اصلی اغلب جوامع در حوزه سلامت است؛ اهمیت مطالعه کیفیت هر چه بیشتر نمود پیدا می‌کند (۱۰). با اجرای صحیح این برنامه و افزایش کیفیت و کارایی آن زمان کمتری برای تشخیص بیماری توسط پزشک به دلیل شناخت از بیماری و خانواده وی و سابقه بیماری وی صرف شده، مشکلات در خصوص کمبود پزشک در کشور نیز حل می‌گردد و جلوگیری از افزایش تجمع تعداد زیادی از پزشکان در یک منطقه خاص و بهبود دسترسی مردم به خدمات باعث افزایش رضایتمندی مردم می‌گردد (۲).

تعیین میزان رضایت مشتریان خدمت وسیله‌ای مؤثر برای اندازه‌گیری کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است. مشتریان خدمت با مشارکت خود می‌توانند بر کیفیت خدمات پزشک خانواده تاثیر بگذارند، زیرا با همکاری آنها مشخص می‌شود که کدام جنبه‌ها برای آنان مهم است و با این اطلاعات می‌توان اولویت‌های بهداشتی را که بر اساس نیازها و خواسته‌های گیرنده خدمت است، تنظیم کرد؛ در این پژوهش سعی بر این است که کیفیت خدمات پزشک خانواده در شهرستان عجب شیر از دیدگاه مشتریان خدمت مورد بررسی قرار بگیرد تا شاید با ارزیابی این برنامه نقاط قوت و ضعف، کیفیت و میزان رضایتمندی از این برنامه استخراج گردیده و با ارائه نتایج به مسئولین مربوطه، بتوان در تقویت نقاط قوت و در کاهش نقاط ضعف این برنامه مؤثر واقع شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی از نوع اکتشافی می‌باشد، که در پائیز ۱۳۸۸ در شهرستان عجب شیر انجام شد و در آن کیفیت خدمات تیم پزشک خانواده از دیدگاه مشتریان خدمت مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه

مشتریان خدمات (گیرندگان خدمت) پزشک خانواده بود که از مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت این شهرستان خدماتی دریافت می‌کردند.

حجم نمونه لازم برای این مطالعه بر اساس وضعیت رضایت کلی با استفاده از افکت سایز مربوط به برآورد حجم نمونه مجذور کای برابر ۶۰ نفر با اطمینان ۹۵ درصدی و توان آزمون ۸۰ درصدی، همین‌طور بر اساس انحراف معیار رضایت به‌دست آمده با اطمینان ۹۵ درصدی برای برآورد میانگین، نمره کلی رضایت با انحراف معیار ۱۱ و دقت برآورد ۲، حجم نمونه لازم ۱۱۹ نفر به‌دست آمد که با احتساب ۱۰ درصد احتمال پرنکردن و یا ناقص پرنکردن پرسشنامه‌ها، ۱۴۰ نفر در نظر گرفته شد که این تعداد با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب (تصادفی) انتخاب و اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته‌ای بود که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. پرسشنامه در دو قسمت طراحی شده است: قسمت اول سولاتی در رابطه با مشخصات فردی افراد مورد مطالعه بوده و قسمت دوم شامل ۴۹ سوال در رابطه با کیفیت خدمات پزشک خانواده بوده که رضایتمندی گیرندگان خدمت را نسبت به ۹ شاخص مربوط به کیفیت خدمات پزشک خانواده مورد بررسی قرار می‌دهد. این ۹ شاخص عبارتند از: متناسب بودن، کارایی، اثربخشی، در دسترس بودن، احترام به حقوق مشتری، به موقع بودن، فراهم بودن، تداوم داشتن و امکانات و تسهیلات رفاهی. سولات این بخش بر اساس طبقه‌بندی لیکرت با گزینه‌های ۵ گانه (از رضایت بسیار کم تا رضایت بسیار زیاد) است. این پرسشنامه از طریق مصاحبه حضوری در مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت تکمیل شده و داده‌ها در مدت ۳ ماه جمع‌آوری گردیدند. از لحاظ اعتبار، پرسشنامه توسط ۱۲ نفر از متخصصین امر مورد سنجش قرار گرفت و تغییرات پیشنهادی لازم

خدمات ناراضی بودند. از بین شاخص‌های مورد بررسی، کارایی بیشترین نمره را با میانگین $64/3 \pm 13/4$ و نیز بیشترین میزان رضایتمندی ($70/7\%$) را به خود اختصاص داد و از سوی دیگر کمترین نمره میانگین ($28/4 \pm 12/3$) و میزان رضایتمندی (صفر) مربوط به شاخص فراهم‌بودن بود (جدول ۱).

در بررسی سوالات مربوط به هر شاخص مشخص گردید که گیرندگان خدمات پزشکی خانواده از مواردی مانند بهداشت مادر و کودک، بهداشت مدارس، مراقبت‌های دوران بارداری، بهبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم و سرویس بهداشتی، تعهد تیم پزشکی خانواده در حفظ اسرار مشتری و ویزیت مراجعات مکرر توسط پزشک خانواده رضایت نسبتاً بالایی داشته و در مقابل از مواردی مانند تاثیر تیم پزشکی خانواده در کاهش میزان سوانح و حوادث، خودکشی و اعتیاد به مواد مخدر، به موقع در اختیار قرارگرفتن خدمات تشخیصی- آزمایشگاهی، دسترسی به تلفن عمومی در مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت و نیز ارائه خدمات پزشکی خانواده در ساعات ۲ بعدازظهر تا ۸ صبح، کمترین میزان رضایت را داشتند. لازم به ذکر است که تمامی موارد مربوط به شاخص مناسب‌بودن امکانات و تسهیلات (سیستم‌های تهویه، گرمایشی، سرمایشی، وجود صندلی و تلفن عمومی) از لحاظ کیفیت و میزان رضایتمندی در وضعیت نامناسبی قرار داشتند. جدول ۲ کمترین و بیشترین میزان رضایتمندی از موارد مربوط به هر شاخص کیفیت را نشان می‌دهد.

بر روی پرسشنامه‌ها اعمال شد و مراحل اجرایی مطالعه اصلی آغاز شد. برای محاسبه مقدار پایایی پرسشنامه نیز ابتدا یک مطالعه موردی صورت گرفت و پرسشنامه به ۲۰ نفر از مشتریان خدمت که جزء نمونه‌های مطالعه نبودند، ارائه شد و بعد از جمع‌آوری اطلاعات این مقدار از آزمودنی‌ها، از طریق آزمون آلفای کرونباخ مقدار پایایی $0/938$ به دست آمد.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه از مشتریان خدمت، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS-15 شده و برای تحلیل آنها از آزمون‌های آنالیز کوواریانس برای مقایسه میانگین‌ها در سطوح مورد بررسی و در صورت شناسایی اختلاف با آزمون آنالیز واریانس جهت مقایسه دو به دوی گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه^۱ استفاده شد. همچنین آزمون‌های مجذور کای و دقیق فیشر (آزمون دقیق فیشر در مواردی که پیش فرض آزمون مجذور کای برقرار نبود مورد استفاده قرار گرفت)، جهت بررسی ارتباط متغیرهای کیفی استفاده گردید. سطح معناداری در این مطالعه $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۴۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۱۰۰ نفر ($71/4\%$) مرد بودند. میانگین سنی افراد مورد بررسی $32/1 \pm 12/5$ سال بود. $81/4\%$ درصد از افراد مورد بررسی متأهل بودند. از لحاظ میزان تحصیلات، $31/4\%$ درصد افراد مورد بررسی بی سواد، 25% درصد دارای تحصیلات ابتدایی، $37/9\%$ درصد تحصیلات راهنمایی و $5/7\%$ درصد دیپلم یا فوق دیپلم داشتند.

یافته‌ها نشان داد میانگین شاخص کیفیت خدمات پزشکی خانواده در این مطالعه $45/17 \pm 11/16$ می‌باشد و میزان رضایتمندی از کیفیت این خدمات 10% درصد بوده و $35/7\%$ درصد افراد از کیفیت این

¹ Post Hoc

جدول ۱. توزیع فراوانی و توزیع میانگین میزان رضایتمندی شاخص‌های کیفیت خدمات تیم پزشک خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمت

شاخص‌های کیفیت	وضعیت رضایت						میانگین و انحراف معیار
	راضی		نه راضی- نه ناراضی		ناراضی		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تناسب	۲۷	۱۹/۳	۴۱	۲۹/۳	۷۲	۵۱/۴	۴۰/۴۹±۲۱/۵۷
کارایی	۹۹	۷۰/۷	۳۹	۲۷/۹	۲	۱/۴	۶۴/۳۲±۱۳/۴۳
اثربخشی	۲۷	۱۹/۳	۷۵	۵۳/۶	۳۸	۲۷/۱	۴۷/۵۷±۱۳/۵۸
در دسترس بودن	۵۶	۴۰	۵۲	۳۷/۲	۳۲	۲۲/۸	۵۴/۳۳±۱۵/۸۰
احترام به حقوق مشتری	۵۸	۴۱/۴	۵۶	۴۰	۲۶	۱۸/۶	۵۶/۷۰±۱۹/۹۹
به موقع بودن	۴۴	۳۱/۴	۸۱	۵۷/۹	۱۵	۱۰/۷	۵۱/۶۱±۱۱/۴۹
فراهم بودن	۰	۰	۲۰	۱۴/۳	۱۲۰	۸۵/۷	۲۳/۳۳±۱۱/۴۱
تداوم داشتن	۱۹	۱۳/۶	۵۴	۳۸/۶	۶۷	۴۷/۸	۳۹/۷۹±۱۵/۹۲
مناسب بودن امکانات و تسهیلات	۳	۲/۱	۱۷	۱۲/۱	۱۲۰	۸۵/۷	۲۸/۴۳±۱۱/۱۶
وضعیت کلی کیفیت	۱۴	۱۰	۷۶	۵۴/۳	۵۰	۳۵/۷	۴۵/۱۷±۱۱/۱۶

جدول ۲. توزیع فراوانی بیشینه و کمینه میزان رضایت مندی از آیتم‌های مربوط به شاخص‌های کیفیت خدمات تیم پزشک خانواده

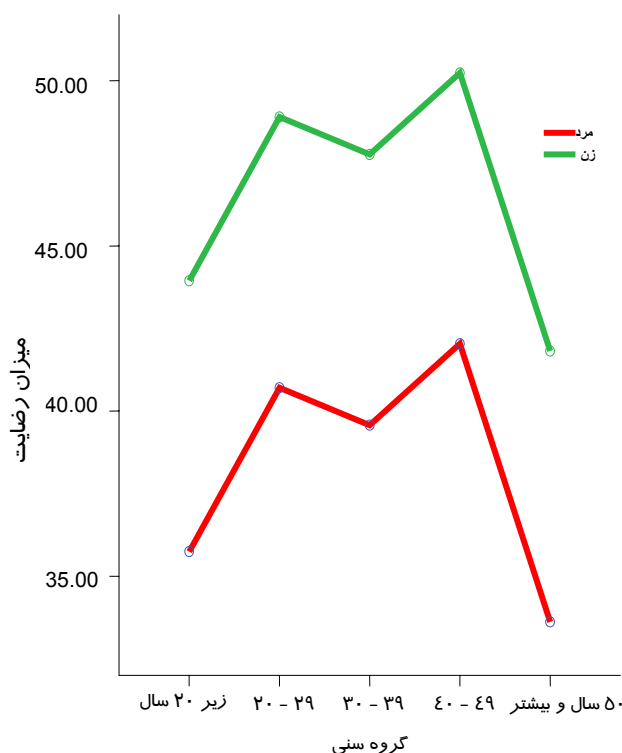
شاخص‌های کیفیت		میزان رضایت مندی از آیتم‌های مربوط به هر شاخص	
خدمات تیم پزشک خانواده			
بیشترین میزان رضایت مندی	درصد	کمترین میزان رضایت مندی	درصد
ویزیت های سرپایی	۳۷/۱٪	آموزش بهداشت توسط پزشک خانواده	۱۲/۹٪
بهداشت مادر و کودک	۶۵/۷٪	تاثیر پزشک خانواده در بهبود نظام ارجاع	۱۷/۱٪
بهداشت مدارس	۶۴/۳٪		
مراقبت‌های دوران بارداری	۶۳/۶٪		
بهبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم و سرویس های بهداشتی	۶۱/۵٪	تاثیر تیم پزشک خانواده در کاهش میزان سوانح و حوادث، خودکشی و اعتیاد به مواد مخدر	کمتر از یک درصد
تطابق خدمات تیم پزشک خانواده با آداب و سنن جامعه	۵۵٪	امکان دسترسی با پای پیاده به خدمات پزشک خانواده	۳۶/۴٪
تعهد تیم پزشک خانواده در حفظ اسرار مشتری	۷۳٪	ارائه اطلاعات کافی در خصوص مشکلات مشتریان	۲۸/۶٪
مدت زمان انتظار برای دریافت دارو	۳۸/۶٪	به موقع در اختیار قرار گرفتن خدمات تشخیصی (آزمایشگاهی و رادیولوژی)	صفر
حضور پزشک خانواده از ساعت ۸ صبح تا ۲ بعدازظهر	۴۴/۳٪	ارائه خدمات پزشک خانواده برای بیماران اورژانسی از ساعت ۲ بعدازظهر تا ۸ صبح صفر	صفر
ویزیت مراجعات مکرر توسط پزشک خانواده	۶۱/۴٪	پیگیری هنگام ارجاع	۴/۳٪
وجود صندلی کافی در مراکز بهداشتی و خانه بهداشت	۵٪	دسترسی به تلفن عمومی	صفر

خانواده ناراضی بودند.

در بررسی میانگین نمرات رضایتمندی در طبقه‌های مختلف سنی به تفکیک جنسیت توسط آزمون آنالیز واریانس مشاهده شد که در اکثر شاخص‌های مورد بررسی و نیز رضایت کلی، بیشترین میزان رضایت مربوط به رده سنی ۴۹-۴۰ سال بوده و در رتبه بعدی بیشترین رضایت در رده سنی ۲۹-۲۰ مشاهده شد، کمترین رضایت نیز مربوط به رده سنی بالای ۵۰ سال بود. با توجه به اختلاف معنی‌دار رضایت در زنان و مردان ($p < 0.001$) این روند در رده‌های سنی همچنان برقرار است (نمودار ۱). در مورد میزان رضایت کلی از کیفیت، اختلاف رضایت بین دو رده سنی ۴۹-۴۰ سال و بالای ۵۰ سال با آزمون تعقیبی شفه معنی‌دار بود ($p = 0.04$) و سایر اختلاف‌های دوتایی معنی‌دار نبود. علاوه بر وضعیت کلی کیفیت، در شاخص‌های در دسترس بودن، احترام به حقوق مشتری و به‌موقع بودن، بین سطوح مختلف

سنی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. ۲۸ درصد افراد ۴۹-۴۰ از کیفیت خدمات پزشکی خانواده رضایت داشتند، این در حالی است که هیچ یک از افراد بالای ۵۰ سال و زیر ۲۰ سال از کیفیت خدمات رضایت نداشتند و بیشترین نسبت ناراضی‌ها به ترتیب در رده سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۵۰ سال مشاهده شد.

بیشترین اختلاف بین رضایت افراد متاهل با میانگین $17/1 \pm 8/6$ و مجرد با میانگین $2/2 \pm 8/6$ مربوط به شاخص احترام به حقوق مشتری بود. به‌جز در شاخص متناسب بودن، در تمامی شاخص‌ها و حتی وضعیت کلی کیفیت، میزان رضایت افراد مجرد بیشتر از رضایت افراد متاهل بوده و این اختلاف‌ها در شاخص‌های احترام به حقوق مشتری و به‌موقع بودن از نظر آماری معنی‌دار بود و در مورد سایر شاخص‌ها این اختلاف معنی‌دار نبود. بین میزان رضایت و سطح تحصیلات در تمامی شاخص‌ها از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.



نمودار ۱. رابطه بین سن پاسخ دهندگان و میزان رضایت آنها از کیفیت خدمات پزشکی خانواده

بحث

هدف کلی این مطالعه تعیین کیفیت خدمات تیم پزشکی خانواده از دیدگاه مشتریان خدمت در شهرستان عجب شیر با استفاده از ۹ بعد کیفیت بود که هر یک از ابعاد نه گانه کیفیت به صورت جداگانه با توجه به نظرات مشتریان خدمات تیم پزشکی خانواده مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که تعداد کمی (۱۴ نفر) از افراد مورد مطالعه در این پژوهش از کیفیت خدمات تیم پزشکی خانواده رضایت کامل داشتند.

در این پژوهش اگرچه میانگین کسب شده در بعد متناسب بودن خدمت از میانگین شاخص بیشتر بوده و سطح نسبتاً خوبی دارد، ولی در شاخص آموزش و ارتقای بهداشت نتوانسته موفق عمل کند. از طرفی آموزش و ارتقاء سلامت از جمله خدماتی هستند که در تعهد واحد پزشکی خانواده قرار دارد. ذوالفقاری و همکاران ارتقای وضعیت آموزشی و اطلاع رسانی به مشتریان خدمت را از سیاست‌هایی می‌دانند که می‌تواند منجر به بهبود وضعیت حقوق بیماران و مشتریان خدمت و ارتقای کیفیت خدمات گردد (۱۱). مطالعه‌ای که توسط کاتیک و همکاران انجام گرفت حاکی از آن بود که تناسب خدمات در استرالیا در سطح بالایی قرار دارد، این محققان بیان کردند که برای بالا بردن سطح تناسب خدمات ارائه شده با نیازهای مشتریان خدمات پزشکی خانواده باید همکاری و مشارکت عمیقی بین ارائه‌دهندگان و مشتریان خدمات ایجاد شود و این مشارکت توأم با آموزش به مشتریان خدمت باشد تا خوداتکایی افراد و جامعه تحریک شود و با ایجاد فرصت‌هایی برای آموزش به آنها، افراد جامعه بتوانند خود مسائل و مشکلات مربوط به سلامتشان را تحلیل کنند و از طرف دیگر خودشان اهداف و اولویت‌هایشان را تنظیم کنند و بدین صورت با همکاری و آموزش آنها مشخص می‌شود که کدام جنبه‌ها برای آنان مهم است و در نتیجه سیاست‌گذاران و مسئولان با توجه

به این اطلاعات می‌توانند اولویت‌های بهداشتی را که بر اساس نیازها و خواسته‌های گیرنده خدمت است، تنظیم کنند (۱۲). بنابراین نتایج این مطالعه تا حدودی نتایج مطالعه‌ای را که در استرالیا صورت گرفته، تایید می‌کند، ولی در شاخص آموزش بهداشت در تناقض با آن مطالعه است و مسئولین باید راهکاری اساسی در این مورد بیندیشند.

بعد کارآیی شاخص مهمی در ارزیابی برنامه‌های سلامت می‌باشد و مطالعه‌ای که در همین زمینه در مکزیک انجام شده، به رابطه نزدیک رضایت شغلی پزشکان خانواده و کیفیت و کارآیی خدمت ارائه شده اشاره می‌کند (۱۳). در مطالعه‌ای که توسط وان دورمل^۱ و همکاران در بریتانیا صورت گرفت، مشخص گردید که رضایت مشتریان خدمت با عواملی نظیر دسترسی، کارا بودن خدمات، اثربخش بودن، مداوم بودن مراقبت، زمان‌های صرف شده برای مشاوره، به موقع بودن خدمت و روابط بین پزشک و بیمار مرتبط است (۱۴). در این بررسی میانگین نمونه در بعد کارایی خدمت از میانگین کل کیفیت بیشتر است و در نتیجه کارایی خدمات پزشکی خانواده در این شهرستان نسبتاً بالاست، ولی در شاخص بهبود رعایت نظام ارجاع ضعیف عمل کرده و نتوانسته رضایت مشتریان را جلب کند؛ از طرفی مهمترین اهداف اصلی برنامه پزشکی خانواده، ایجاد نظام ارجاع صحیح می‌باشد و در ایران مناسب‌ترین استراتژی اجرایی برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، پزشکی خانواده است.

در مطالعه‌ای که توسط مورفی^۲ و همکاران در زمینه پزشکی خانواده در آمریکا صورت گرفته، اثربخشی خدمت و تداوم آن در سطح بسیار بالایی گزارش شده است (۱۵)؛ در این مطالعه میانگین نمونه در بعد اثربخشی خدمت از میانگین شاخص بیشتر است و در نتیجه اثربخشی خدمات پزشکی خانواده در این

^۱ VanDormael

^۲ Morphy

شهرستان نسبتاً بالاست، ولی در شاخص‌های کاهش سوانح و حوادث، کاهش میزان خودکشی و کاهش میزان اعتیاد به مواد مخدر در جمعیت تحت پوشش کاملاً ضعیف عمل کرده است و این نشان می‌دهد که برنامه پزشکی خانواده در این شهرستان از نظر نشانگرهای بهداشت روانی و اجتماعی نتوانسته موفق عمل کند.

مطالعه‌ای که در اسرائیل در زمینه رضایت از پزشکی خانواده انجام گرفت، حاکی از آن است که در سراسر کشور مورد مطالعه سیستم جامع و پیشرفته‌ای به‌منظور تأمین مراقبت سلامت برای تمام جمعیت فراهم شده است. در جهت اجرای نقش پزشکی خانواده به‌طور مؤثر، پزشکان خانواده مسئول فراهم‌آوردن مراقبت‌های کامل برای بیمار و حتی سایر اعضای خانواده هستند (۱۶).

در این مطالعه میانگین نمونه در بعد در دسترس بودن خدمت از میانگین شاخص بیشتر است و در نتیجه دسترسی به خدمات پزشکی خانواده در این شهرستان نسبتاً بالاست، اگرچه دسترسی فرهنگی در این مطالعه بسیار بالاست ولی در دسترسی جغرافیایی و اقتصادی ضعیف عمل کرده است. بنابراین نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه‌ای که در اسرائیل صورت گرفته در تناقض است.

مطالعه‌ای که توسط جانیو^۱ و همکاران در زمینه عملکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام گرفته نشان می‌دهد که رابطه موفق پزشکی و مشتری خدمت یکی از ویژگی‌های پایه‌ای در زمینه فعالیت‌های پزشکی و کار با خانواده است. پرثمرترین رابطه بین پزشکی و مشتری خدمت زمانی به دست می‌آید که پزشک به‌طور کامل علت نارضایتی و شکایت بیمار و تشخیص آن را به درستی درک کند (۱۷).

در این مطالعه میانگین کسب شده در بعد احترام به حقوق مشتریان خدمت از میانگین شاخص بیشتر است و در نتیجه سطح احترام به حقوق مشتریان خدمات

پزشک خانواده در این شهرستان نسبتاً بالا بوده ولی با وجود تاکید زیادی که در مطالعه مشابه (۱۷) به شاخص مشارکت‌دادن مشتریان در انتخاب نوع روش‌های پیشگیری و درمانی شده است، نتوانسته در این حیطه موفق عمل کند.

در اقتصاد بهداشت و درمان از متوسط مدت زمانی که مشتریان خدمات بهداشتی جهت دریافت خدمات صرف می‌نمایند، تحت عنوان عامل غیرمستقیم اثرگذار بر تقاضا تعبیر می‌شود؛ لذا فاصله زمانی خدمت‌دهی و تعداد نیروی انسانی ارائه‌دهنده خدمات باید متناسب با نیاز مردم باشد. در سیستم شبکه بهداشتی درمانی، فرد بعد از مراجعه به محل خدمت حداکثر در عرض یک ساعت باید خدمت را دریافت نماید (۱۸). تحقیقی که توسط محمدی و شغلی صورت گرفته حاکی از این است که بعد اطمینان خدمت (توانایی ارائه در دست و به‌موقع خدمت) مهم‌ترین مساله پیش روی مراکز بهداشتی شهرستان زنجان بوده است (۱۹).

در این مطالعه میانگین نمونه در بعد به موقع بودن خدمت از میانگین شاخص بیشتر است و در نتیجه سطح به موقع بودن خدمات پزشکی خانواده در این شهرستان نسبتاً بالاست و نتایج این مطالعه نتایج مطالعه‌ای را که در زنجان صورت گرفته، تایید می‌کند. ولی در شاخص میزان رضایت از مدت زمان انتظار در خانه بهداشت برای دریافت خدمت، نتوانسته موفق عمل کند.

فراهم بودن خدمت یکی از ابعاد ضروری کیفیت و به‌ویژه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی است. فراهم بودن خدمت با میزان استفاده از خدمت رابطه نزدیکی دارد و از طرفی این بعد منعکس‌کننده عدالت در توزیع منابع بهداشتی در نقاط مختلف کشور و تدارک مراقبت‌های بهداشتی است (۲۰). نتایج تحقیقی که توسط شعبانی و همکاران در زمینه بررسی ابعاد کیفیت، رضایتمندی مشتریان و فرآیندهای کلیدی مرتبط با آن در سطح خانه‌های

^۱ Geneaue

بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی استان اردبیل در سال ۸۲ صورت گرفته، نشان می‌دهد رضایتمندی از ابعاد مختلف کیفیت از جمله دسترسی، تداوم مراقبت، فراهم‌بودن خدمت، اثربخشی، کارآمدی، و به‌هنگام‌بودن آنها از سطح بالایی مطابق نیاز و انتظارات مشتری برخوردار بوده است (۲۱)؛ در این مطالعه میانگین نمونه در بعد فراهم‌بودن خدمت از میانگین شاخص کمتر است و در نتیجه سطح فراهم‌بودن خدمات پزشک خانواده در این شهرستان بسیار پایین است و نتایج این مطالعه در تناقض با نتایج مطالعه‌ای است که در اردبیل صورت گرفته است.

تداوم خدمت یکی از مهمترین ابعاد در اندازه‌گیری کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است، این بعد مستلزم آن است که هماهنگی لازم بین عرضه کنندگان خدمات و بخش‌های دیگر برای ارائه خدمات به عمل آید و ارائه این خدمات در طول زمان مستمر و پایدار باشد. مطالعه مشابهی که در سال ۲۰۰۷ در بریتانیا صورت گرفته است حاکی از آن است که رضایت مشتریان خدمت با عواملی نظیر دسترسی، کارا بودن خدمات، اثربخش بودن، مداوم بودن مراقبت، زمان‌های صرف شده برای مشاوره، به موقع بودن خدمت و روابط بین پزشک و بیمار مرتبط است (۱۴). در مطالعه ای هم که در زمینه پزشک خانواده در آمریکا صورت گرفته، اثربخشی خدمت و تداوم آن در سطح بسیار بالایی گزارش شده است (۱۵). در این مطالعه میانگین نمونه در بعد مداوم‌بودن خدمت از میانگین شاخص بیشتر است و در نتیجه سطح تداوم خدمات پزشک خانواده در این شهرستان نسبتاً بالاست و نتایج این مطالعه، نتایج مطالعه شعبانی در اردبیل (۲۱) مورفی و همکاران (۱۵) در آمریکا را تایید می‌کند. لازم به ذکر است که اگرچه سطح تداوم خدمات در این شهرستان نسبتاً بالاست، ولی در شاخص «پیگیری لازم از طرف تیم پزشک خانواده به هنگام ارجاع مشتریان خدمت به سطوح بالاتر» بسیار ضعیف عمل کرده است.

در رابطه با شاخص وضعیت امکانات و تسهیلات رفاهی، نتایج مطالعه نشان می‌دهد که بین میانگین میزان مناسب‌بودن امکانات و تسهیلات رفاهی در محل ارائه خدمات پزشک خانواده در سطح نمونه انتخابی با میانگین کل شاخص از نظر آماری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد؛ بنابراین می‌توان گفت که میزان امکانات رفاهی و تسهیلات در محل ارائه خدمات پزشک خانواده با سطح شاخص در نظر گرفته‌شده یکسان می‌باشد و تفاوتی در این مورد وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

اگرچه برنامه پزشک خانواده در ابعاد متناسب‌بودن خدمت، کارآیی، اثربخشی خدمت، در دسترس بودن خدمت، احترام به حق انتخاب فرد، به موقع‌بودن خدمت و مداوم‌بودن خدمت توانسته نسبتاً موفق عمل کند و رضایت گیرندگان خدمت را جلب کند، اما در ابعاد فراهم‌بودن خدمت و مناسب‌بودن امکانات و تسهیلات رفاهی در محل ارائه خدمت موفق نبوده و از نظر گیرندگان خدمت سطح رضایت پایینی را کسب نموده‌اند. با اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرستان عجب شیر، شاخص‌هایی مانند بهداشت مادر و کودک، بهداشت مواد غذایی در مغازه‌های محل زندگی جامعه تحت پوشش، رشد چشمگیری داشتند که دستاورد مهمی است، ولی در شاخص‌هایی مانند بهبود رعایت نظام ارجاع و پیگیری لازم از طرف تیم پزشک خانواده به هنگام ارجاع مشتریان خدمت به سطوح بالاتر عملکرد ضعیفی داشتند. در این بررسی مشخص شد که مشتریان خدمت در انتخاب نوع روش‌های پیشگیری و درمانی خود کمتر مشارکت داده می‌شوند، همچنین نتایج این مطالعه در زمینه دسترسی حاکمی از آن است که مشتریان خدمت دسترسی جغرافیایی کمی به خدمات تیم پزشک خانواده دارند.

پیشنهادهای

با توجه به اینکه تیم پزشکی خانواده در برنامه آموزش بهداشت در مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت شهرستان عجب شیر ضعیف عمل کرده و از طرفی آموزش و ارتقا سلامت جز آن خدماتی است که در تعهد واحد پزشکی خانواده است، پیشنهاد می‌شود مسئولین و سیاست‌گذاران با اعمال روش‌های انگیزشی و مفید تیم پزشکی خانواده را بر آن دارند که به آموزش جامعه تحت پوشش خود بپردازند و اقدامات اصلاحی را انجام دهند.

این مطالعه نشان داد که امکان دسترسی با پای پیاده برای مشتریان خدمت کم است، بنابراین پیشنهاد می‌شود محل استقرار خانه‌ها و مراکز بهداشتی تا حد امکان در مسیر طبیعی حرکت مردم انتخاب شود و همچنین بهتر است واحدهای ارائه‌دهنده خدمت در محل‌هایی استقرار یابند که جمعیت بیشتری به خدمات دسترسی داشته باشند.

با توجه به اینکه سطح فراهم‌بودن خدمت در این مراکز و خانه‌های بهداشتی خیلی پایین بیان شده است، پیشنهاد می‌شود با انجام مطالعات دقیق دلایل اصلی و ریشه‌ای آن شناسایی شود و سیاست‌گذاران و مسئولین با انجام مداخلات مفید و سازنده نسبت به رفع و کاهش عوامل دخیل در آن اقدام کنند.

همچنین بر اساس یافته‌های این مطالعه نشان داده شد که مشتریان خدمت در انتخاب نوع روش‌های درمانی و پیشگیری خود مشارکت داده نمی‌شوند، از آنجا که مشتریان خدمت به‌عنوان یک مشارکت‌کننده سهم عمده‌ای در بهبود سیستم بهداشت و درمان دارند و می‌توانند در کیفیت مراقبت تاثیر به‌سزایی بگذارند، پیشنهاد می‌شود مدیران و برنامه‌ریزان با آموزش، نظارت و تشویق ارائه‌دهندگان در خصوص مشارکت‌دادن مشتریان خدمت سطح این بعد از کیفیت را نیز ارتقا بخشند.

References

- 1- Naghavi M, Jamshidi HR. Benefit from health services in Islamic Republic of Iran at year 2002. Department of Health, Secretariat of Applied Research, Tehran, Tandis; 2006: 44-64.
- 2- Karimi I, Salarian A, Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2010; 12(4): 92-104.
- 3- State department of health sector reform in Ministry of health. Regulations and General Physician referral system. Andishmand Press. Tehran. 2005: 20-45.
- 4- Park K. preventive medicine and community medicine. Translated by: Rafayi shirpak KH and Eftekhari Ardabili H, Illia publications, Volume II. Tehran. 2007.
- 5- Shariati M, Moghimi D, Rahbar MR, Kazemini H, Mirmohamad khani H, Emamian H. Family physician in map health system of Iran. National Institute for Health Research, Tehran. 2009: 1-5.
- 6- Asefzadeh S, Rezapour A. Health administration. Hadis Emroz publications. Ghazvin. 2005: 104-118.
- 7- The college of family physician of Canada. The role of family doctors in public health and December 2005. Available from: URL: http://www.cfpc.ca/local/files/communications/role_family_doc_de c05.pdf.
- 8- Grof R, Baker R, Wensing M. Quality assurance in general practice: the state of the art in Europe. The International Journal for Research in Primary Care; 1994; 11(4): 460-467.
- 9- Raeisi P, Ebadi fard azar F, Roudbari M, Shabani kia HR. The impact of family physician program on mother and child health indices in rural population auspices of Mashhad University of medical sciences and health care services. Journal of Health Administration. 2011; 13 (43): 27-36.
- 10- Nikkho Z. The assessment of family physician in the city of Ramsar [M.Sc. Thesis]. Tabriz: Tabriz University of medical sciences, School of Health and Nutrition. 2007.
- 11- Cynthia H, William V, Vincent H, Dennis M. Family practice development around the world. Family practice. 1996; 13(4):351-356.

- 12- Hogne S, Hong J. Attitudes to family practice registration programs. Survey of Korean and Norwegian family physician. *Family Practice*. 2002; 19:72-76.
- 13 -Zulfikar F, Ulusoy MF. Are patient aware of their rights? A Turkish study: *Nurse Ethics*. 2001 Nov; 8(6): 487-98.
- 14- Conceicao C, Conclaves A, Leberghe W, ferinho P. Managing the performance of family physicians in Portuguese national health system. *Human Resources for health development Journal*. 2000; 4: 12-25.
- 15- Pena G, Fausto R. Family physician job satisfaction different medical care organization models. *Family practice*. 2000; 17: 309-313.
- 16 -Van Dermal M, Dugas S, Diarra S. North- South exchange and professional development: experience from Mali and France, *family practice* 2007;24:102-107.
- 17- Murphy J, Chang H, Montgomery JE, Rogers WH. Future of family medicine project leadership committee: A collaborative project of family medicine family community. *Ann Fam Med*. 2004; 2:3-32.
- 18- Shmueli A, Shuva J. Satisfaction with family physicians and specialists and the use of complementary and alternative medicine in Israel. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2006; 3(2):273-278.
- 19 -Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Paul A. Primary care practice a la carte among GPs: using organizational diversity to increase job satisfaction. Published by oxford university Press. 2007; 24(2):138-144.
- 20- Davoodi S. family physician: Inconsistency 2009. Available from: www.khabaronline.ir/news-8734.
- 21- Mohammadi A, Shoghli AR. Quality of primary health care in health centers and homes in the city of Zanjan. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences* 2008; 26(65):25-34.
- 22- Jam-e- jam news. Family physician and referral system. Number of news: 100947159963, Social section. june 2009: 4-5.
- 23- Shabani M, Arshi SH. A study on Dimensions of quality, customer satisfaction and the key processes associated with the level of home health and medical databases in Ardebil province. Research report, Ardabil University of Medical Sciences, Research and Information Management, The project unit. 2003.

Determination of Quality of Services Provided by Family Physician Team from Recipients' Perspective in Ajabshir City

Alibabaei R¹, Sadeghi A^{2*}, Vahidi R GH³, Akaberi A⁴

1. B.S of Health Services Management, Imam Khomeini hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Ajabshir, Iran

2. M. Sc of Health Services Management, Faculty member of North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

3. Associated Professor of Health Services Management, Faculty member of Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4. M. Sc of Biostatistics, faculty member of North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

* **Corresponding Author.** Tel: +987112340774 Fax: +987112340039 E-mail: sadeghi_ah@sums.ac.ir

Received: 5 Jun 2012

Accepted: 27 Jan 2013

ABSTRACT

Background & Objectives: Quality study is very important given that the issue of quality is a great health challenge in most communities. Satisfaction of service's recipients accounts for a main part in this regard and it is an important tool to measure quality of health and medical services. This study aimed at measuring the quality of the services provided by family physician team from recipients' perspective.

Methods: Present descriptive and cross-sectional study was conducted in autumn 2009 in Ajabshir city. Study population included all the service recipients of family physician and the sample comprised of 140 individuals selected by random classification method. Data collection instruments were researcher designed questionnaires that measured 9 aspects of quality. Collected data were analyzed using statistical tests by SPSS 15.

Results: Mean score for quality of services provided by family physicians was 45.17 ± 11.16 and satisfaction rate from quality of these services was 10 percent. 35.7% of the subjects were dissatisfied with the services. Among the studied indices, efficiency had the highest mean score of 64.3 ± 13.4 and the highest satisfaction rate (70.7%). On the other hand, the lowest mean score (28.4 ± 12.3) and satisfaction rate (0%) was related to availability.

Conclusion: Performance of some services provided by family physician was found to be poor and level of quality was not desirable. Planning to improve some indices such as "availability" and "amenities" by authorities can improve quality of services provided by family physicians and satisfaction among services' recipients.

Keywords: Quality; Family Physician; Service Recipients; Satisfaction