

## کیفیت خدمات بهداشت خانواده در پایگاه‌های بهداشت شهرهای منتخب استان آذربایجان غربی از واقعیت تا انتظارات دریافت کنندگان خدمات

دکتر بهرام نبی‌لو<sup>۱</sup>، جواد رسولی<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت 1391/11/14 تاریخ پذیرش 1392/01/22

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** مراقبت‌های اولیه بهداشتی بالاخص بهداشت خانواده به عنوان خدمات مورد ارائه در اولین سطح تماس نقش اساسی در تامین و حفظ سلامتی دارند. با وجود این کیفیت خدمات یکی از چالش‌های اصلی در نظام‌های سلامت است. در مدیریت کیفیت دریافت کنندگان خدمات نقش مهمی در شناخت نیازها و ترجیحات خود دارند. این مطالعه با هدف ارزیابی وضعیت موجود و انتظارات مراجعین از خدمات بهداشت خانواده در پایگاه‌های بهداشت شهرهای منتخب استان آذربایجان غربی طراحی و اجرا گردید.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۰ بصورت مقطعی بر روی ۳۹۰ نفر از زنان دریافت کننده خدمات بهداشت خانواده انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه سروکوال بود. تحلیل نتایج با آمار توصیفی و آزمون‌های X<sup>2</sup>، فریدمن و ویلکاکسون صورت گرفت.

**یافته‌ها:** از مجموع ۳۹۰ نفر نمونه دریافت کننده خدمات، ۵۱ درصد در ارومیه، ۲۸ درصد در خوی و ۲۱ درصد ساکن بوکان بودند نتایج نشان داد از نظر ۹۱/۱ درصد پاسخگویان انتظارات برآورده نمی‌شود. مقایسه ابعاد پنجگانه کیفیت نشان داد کمترین و بیشترین شکاف کیفیت خدمات بترتیب در بعد همدلی و بعد پاسخگویی بود. براساس آزمون X<sup>2</sup> شهر محل سکونت با شکاف کلی کیفیت ارتباط معنی‌دار (P < ۰/۰۰۱) داشت.

**نتیجه گیری:** وضعیت موجود خدمات بهداشت خانواده با انتظارات دریافت کنندگان خدمات فاصله داشته و لزوم بهبود کیفیت از جنبه‌های مختلف و بویژه بعد پاسخگویی ضروری بنظر می‌رسد.

**واژگان کلیدی:** بهداشت خانواده، ابعاد کیفیت، مراقبت‌های اولیه بهداشتی، پایگاه بهداشتی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره چهارم، ص ۲۸۵-۲۷۷، تیر ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: شیراز، بلوار رازی، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۷۸۴۹۴

Email: rsljvd@yahoo.com

### مقدمه

مرگ اثربخش تر بوده و در مقایسه با مراقبت‌های تخصصی و حاد با توزیع متعادل‌تری در جامعه همراه هستند. به همین دلیل نظام مراقبت اولیه، هسته نظام‌های بهداشتی درمانی موثر و کارآمد را تشکیل می‌دهد و توجه به بهبود کیفیت در این گروه از خدمات نظام سلامت از اهمیت زیادی برخوردار است (۴). خدمات بهداشت خانواده بخشی از مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌باشد که در پایگاه‌های بهداشت شهری ارائه می‌گردد و شامل واکسیناسیون، تنظیم خانواده، مراقبت‌های دوران بارداری و مراقبت‌های مربوط به کودکان است که بخش اعظم خدمات مراکز بهداشتی درمانی را تشکیل می‌دهند.

سلامت هسته مرکزی توسعه دراز مدت انسانی است و اختلال در سلامت، جوامع بشری و کشورها را ناپایدار و ضعیف می‌سازد (۱). اهداف توسعه هزاره که در بزرگ‌ترین نشست سران کشورها در طول تاریخ در سال ۲۰۰۰ به تصویب رسید به خوبی گویای این مطلب است که توسعه پایدار و همه جانبه برای همه جهان بدون تامین سلامت، ممکن نخواهد بود (۲). سلامت افراد عمدتاً به بخش مراقبت‌های اولیه نظام سلامت در یک کشور بستگی دارد (۳). مراقبت‌های اولیه بهداشتی در پیشگیری از بیماری و

<sup>۱</sup> استادیار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

دریافت کنندگان خدمات، یکی از علل اصلی عدم استقبال مردم از مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشورهای درحال توسعه است (۱۶). در ایران پژوهش‌های کمی در زمینه کیفیت خدمات بهداشتی با هدف تعیین انتظارات دریافت کنندگان از نظام ارائه خدمات انجام گرفته‌اند و بر اساس پژوهش‌های انجام شده انتظارات دریافت کنندگان خدمات فراتر از ادراک آن‌ها از وضعیت موجود بوده است (۲۱-۱۷).

شناخت انتظارات دریافت کنندگان خدمات از وضع موجود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و تعیین نیازها اولین گام برای بهبود کیفیت و عملکرد است. مقایسه ادراک و انتظار، شکاف و فاصله بین واقعیت و وضع مطلوب را روشن می‌کند و مقدمات لازم برای کاهش یا از بین بردن شکاف فوق را برآورده می‌سازد. این پژوهش نیز به منظور تعیین شکاف خدمات بهداشتی ارائه شده در پایگاه‌های بهداشت شهرهای منتخب استان آذربایجان غربی صورت گرفته است.

### مواد و روش کار

این بررسی یک مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بوده که حجم نمونه مورد نیاز با در نظر گرفتن حدود ۵۰ درصد اختلاف منفی کیفیت در خدمات بهداشتی اولیه و حدود اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۰۵، ۳۸۴ نفر برآورد گردیده است. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد، بدین ترتیب که بر اساس جمعیت کل هر یک از شهرها نمونه کلی بصورت متناسب بین سه شهر تخصیص داده شد. سپس در هر یک از شهرها نیز بر اساس جمعیت تحت پوشش مراکز سهمیه‌ای به آن اختصاص داده شده و پاسخگویان از بین جمعیت تحت پوشش که حداقل سابقه دوبار دریافت خدمت داشتند، انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه سروکوال<sup>۱</sup> بود که توسط پارسورامان (۸) ارائه گردیده است. این پرسشنامه دارای پنج بعد بوده و ابعاد مطرح شده عبارتند از: ۱. قابلیت اطمینان خدمت به معنای توانایی انجام خدمت به شکلی مطمئن و قابل اعتماد؛ ۲. پاسخگویی به معنی تمایل کارکنان به همکاری و کمک به دریافت کنندگان خدمات؛ ۳. ضمانت و تضمین که بیانگر شایستگی و توانایی کارکنان سازمان برای القای حس اعتماد و اطمینان به مشتری بوده و؛ ۴. همدلی یعنی این که با توجه به روحیات دریافت کنندگان خدمات با هر کدام از آن‌ها برخورد ویژه‌ای شود، به طوری که دریافت کنندگان خدمات قانع شوند سازمان آن‌ها را درک کرده است. ۵. بعد فیزیکی و ملموس که به معنای شرایط و فضای

کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی کانون توجه اکثریت تلاش‌ها جهت بهبود نظام‌های مراقبت بهداشتی درمانی بوده و سنجش کیفیت گام اول بهبود کیفیت و ایجاد ارزش در نظام سلامت است. نتیجه مراقبت بی‌کیفیت ضرر و زیان همه جانبه است: بیمار در زمینه بهبودی، سیاستگذار با نارسایی سیستم و ایجاد ارزش کم برای پول صرف شده، و ارائه کننده با عدم رضایتمندی و بی‌نتیجه بودن مراقبت متحمل زیان می‌شوند (۴). اساساً کیفیت، فرایند ارتباط مستمر و موثر ارائه کننده خدمات سلامتی یا مراقبت‌ها و دریافت کننده خدمات است. دریافت کنندگان یا مشتریان زیادی با نیازها و انتظارات خاص در نظام ارائه خدمات سلامتی وجود دارند و اگر ارائه خدمت با کیفیت هدف سیستم باشد، برآورده سازی نیازها و انتظارات دریافت کنندگان اولین قدم است (۵).

در مدیریت کیفیت نیز تمرکز به مشتری به عنوان یکی از اصول سه گانه آن و به مفهوم شناخت مشتریان و انتظارات و الزامات آن‌ها مطرح شده است (۶) و موفقیت یک برنامه بهبود کیفیت درگرو شناخت دقیق مشتریان، تشخیص نیازها و انتظارات آن‌ها و تعیین طرق نیل به آن‌هاست (۵). بر همین اساس مراقبت بیمار محور یکی از عناصر اصلی کیفیت در نظام سلامت شناخته شده است (۴).

تجربه ذهنی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی به عنوان یکی از دو وجه کیفیت چیزی است که بیماران مستقیماً آنرا درک می‌کنند و شامل استنباط آن‌ها از بیماری یا تندرستی و نحوه برخورد کارکنان یا موسسات با آن‌هاست (۷). مراقبت مشخصه‌های کیفی متعددی دارد که دسترسی، احترام به ارزش‌ها، علایق و نیازهای بیماران، هماهنگی و یکپارچگی خدمات، تسهیلات فیزیکی، حمایت روانی، پاسخگویی، شایستگی، اعتماد و درک مشتری از جمله آن‌هاست (۷،۳) و بطور کلی می‌توان آن‌ها را در ابعادی مثل بعد فیزیکی، اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدردی دسته بندی کرد (۸).

مشتریان نیازهای متفاوتی دارند و علاوه بر خدمات دریافتی، انتظاراتی دارند که ممکن است ارائه کنندگان از آن‌ها اطلاعی نداشته باشند (۹) و به همین دلیل است که بهبود ادراک و برداشت دریافت کننده از کیفیت خدمت درسالهای اخیر مورد توجه مدیران، سیاست گذاران و محققین حوزه سلامت بوده است (۱۰).

بررسی‌های به عمل آمده نشان داده است که در کشورهای درحال توسعه ادراک دریافت کنندگان از ابعاد مختلف کیفیت خدمات پایین بوده (۱۱-۱۵) و کیفیت پایین ادراک شده از طرف

<sup>۱</sup> SERVQUAL

دریافت کنندگان خدمات فوق مورد بررسی قرار گرفت. نتایج و یافته‌های بررسی به شرح زیر است.

از مجموع ۳۹۰ نفر دریافت کننده خدمت که پرسشنامه را پر کردند، ۲۰۰ نفر در ارومیه (۵۱٪)، ۱۱۰ نفر در خوی (۲۸٪) و ۸۰ نفر ساکن بوکان (۲۱٪) بودند. میانگین سن دریافت کنندگان خدمت ۲۹.۸ سال با انحراف معیار ۵/۱۵ بود (نمودار شماره ۱). از نظر سطح تحصیلات، ۲۷ نفر (۷٪) دارای تحصیلات دوره ابتدایی ۷۰ (۱۸٪) نفر دارای تحصیلات دوره راهنمایی، ۱۶۴ (۴۲٪) نفر دارای تحصیلات دوره متوسطه و ۱۲۹ (۳۳٪) نفر نیز دارای تحصیلات دانشگاهی و در کل همه افراد مورد مطالعه با سواد بودند. ۲۲۴ نفر از پاسخگویان (۶۰٪) شاغل بودند. همه پاسخگویان مونث بودند (جدول ۱).

از نظر شدت کمترین شکاف منفی در بین ۲۲ عبارت پرسشنامه در عبارت شماره ۱ (لوازم و تجهیزات جدید و پیشرفته در محل کار) با میزان ۰.۷۵- و عبارت شماره ۱۹ (توجه ویژه به هر یک از مراجعین) با میزان ۰.۹۳- بود. بیشترین شکاف منفی در بین ۲۲ عبارت شماره ۴ پرسشنامه (جذابیت امکانات و فضای فیزیکی (سالن انتظار، واحد واکسیناسیون، تنضیم خانواده و ...))، با میزان ۱.۲۲- و عبارت شماره ۱۱ (ارائه خدمت مورد نیاز بدون معطلی و با سرعت)، با میزان ۱.۳۲- بود.

بررسی شدت شکاف در بین ابعاد پنجگانه کیفیت خدمات نشان داد در تمام ابعاد کیفیت شکاف منفی وجود دارد. کمترین شکاف منفی در بعد همدلی با میزان  $0.72 \pm 0.10$ - و بیشترین شکاف منفی در بعد پاسخگویی با میزان  $1.17 \pm 0.22$ - وجود داشت. براساس نتایج آزمون ویلکاکسون ادراک و انتظار پاسخگویان در تمام ابعاد و همچنین ادراک و انتظار در کل دارای تفاوت معنی‌داری بود ( $P < 0.001$ ) (جدول ۲) (نمودار شماره ۲).

از نظر فراوانی و تعداد نیز کمترین شکاف منفی در بین ۲۲ عبارت پرسشنامه در عبارت شماره ۱ (لوازم و تجهیزات جدید و پیشرفته در محل کار) با میزان ۶۳/۸ درصد (۲۴۹ نفر) بود. بیشترین شکاف منفی در بین ۲۲ عبارت پرسشنامه عبارت شماره ۴ (جذابیت امکانات و فضای فیزیکی (سالن انتظار، واحد واکسیناسیون، تنضیم خانواده و ...))، با میزان ۸۰/۰۳ درصد (۳۲۱ نفر) بود. در همین زمینه در بین ابعاد کمترین شکاف منفی در بعد همدلی با میزان ۸۳/۲ درصد (۳۲۴ نفر) و بیشترین شکاف منفی در بعد ملموس با میزان ۹۰/۳ درصد (۳۵۲ نفر) بود. فراوانی شکاف منفی کلی ۹۱/۱ درصد (۳۵۵ نفر) بود و به عبارت دیگر در مورد ۶/۵ درصد (۲۵ نفر) از دریافت کنندگان خدمات، انتظارات در حد وضعیت موجود بود و ۲/۴٪ (۱۰ نفر) از دریافت کنندگان خدمات، وضعیت موجود ارائه خدمات را فراتر از انتظارات خود بیان نمودند

فیزیکی محیط ارائه خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات، کارکنان و مجراهای ارتباطی است. اعتبار و پایایی این ابزار قبلا در کشور مورد بررسی قرار گرفته است (۱۸).

پرسشنامه شامل دو بخش بود. در بخش اول سوالات مربوط به مشخصات فردی، تحصیلی و زمینه‌های دریافت کنندگان خدمات شامل سن، جنس، تحصیلات، محل سکونت و در بخش دوم ۲۲ سوال برای سنجش انتظارات و برداشت یا تلقی آن‌ها از خدمات بهداشت خانواده در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (با نمره از ۱ تا ۵) گنجانده شده بود، که این سوالات پنج بعد پیشگفت را پوشش می‌دادند.

این پرسشنامه در دو مرحله تکمیل گردید. در مرحله اول از استفاده کنندگان خدمات بهداشتی اولیه خواسته شد که بیان کنند کیفیت خدمات ارائه شده از دیدگاه آن‌ها در حال حاضر چگونه است (ادراک از وضع موجود). در این حالت پاسخگویان در خصوص هر یک از عبارات کیفیت یکی از عبارات کاملاً خوب، خوب، متوسط، بد و خیلی بد را به عنوان معیار قضاوت درباره وضع موجود کیفیت خدمات ارائه شده در نظر گرفتند. در مرحله دوم از آن‌ها سؤال شد که کیفیت خدمات ارائه شده از دیدگاه آن‌ها چگونه باید باشد (انتظارات در مورد وضع مطلوب). در این حالت نیز، پاسخگویان در خصوص هر یک از عبارات کیفیت یکی از عبارات کاملاً مهم، مهم، نسبتاً مهم، کم اهمیت و خیلی کم اهمیت را به عنوان معیار قضاوت خود درباره وضع مطلوب کیفیت خدمات ارائه شده انتخاب نمودند.

نمره هر سؤال بین ۱ تا ۵ متغیر بود. در هر بعد خدمت، نمره سوالات با هم جمع و مجموع آن‌ها بر تعداد سوالات آن بعد خدمت تقسیم شد که به این ترتیب نمره ادراک و انتظار در هر کدام از ابعاد خدمت نیز بین ۱ تا ۵ متغیر بود در رابطه با کیفیت کلی خدمات نیز نمره اختصاص یافته به همه سوالات با هم جمع شده و مجموع آن‌ها بر تعداد سوالات پرسشنامه (۲۲) تقسیم گردید که در این حالت نیز نمره کیفیت کلی بین ۱ تا ۵ متغیر بود. اختلاف کیفیت خدمات ارائه شده با تفاضل نمرات سطح ادراک و سطح مورد انتظار خدمات به دست آمد.

پس از جمع آوری و ورود اطلاعات به کامپیوتر، در محیط نرم افزار SPSS از روش‌های آماری توصیفی (درصد، نمودار، جداول، معیارهای پراکندگی و مرکزی) و آزمون‌های ناپارامتریک مثل فریدمن، ویلکاکسون و کای اسکور استفاده شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش کیفیت خدمات بهداشت خانواده مورد ارائه در پایگاه‌های بهداشت شهرهای ارومیه بوکان و خوی از دیدگاه

معنی‌دار وجود نداشت. بر این اساس و با توجه به میانگین نمره شکاف می‌توان از نظر کیفیت، دو بعد اطمینان و پاسخگویی را در گروه خوب و سه بعد همدلی، تضمین و ملموس را در گروه متوسط قرار داد (جدول شماره ۳).

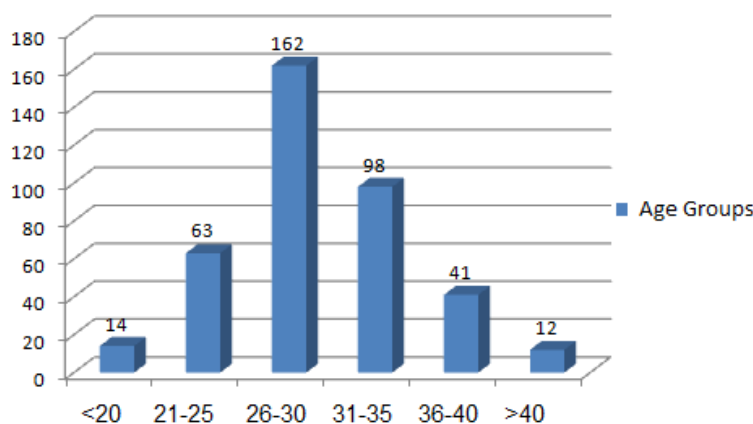
آزمون  $X^2$  نشان داد گروه‌های سنی با شکاف کلی کیفیت ارتباط معنی‌دار نداشتند ( $P=0/379$ ). براساس آزمون  $X^2$  سطح تحصیلات افراد با شکاف کلی کیفیت ارتباط معنی‌دار نداشت ( $P=0/483$ ). همچنین آزمون  $X^2$  نشان داد شهر محل سکونت با تمام ابعاد پنجگانه و شکاف کلی کیفیت ارتباط معنی‌دار تمام ابعاد پنجگانه و شکاف کلی کیفیت ارتباط معنی‌دار پاسخگویی و ملموس با بعد همدلی و بعد تضمین با بعد ملموس و بعد اطمینان با بعد همدلی و بعد ملموس با بعد اطمینان و بعد پاسخگویی و بعد ملموس با بعد همدلی نیز اختلاف

(جدول ۳). کمترین شکاف در ابعاد براساس شهر و سطح تحصیلات بترتیب در خوی و تحصیلات دانشگاهی مشاهده شد (جدول شماره ۴ و ۵).

انجام آزمون فریدمن وجود اختلاف معنی‌دار میان ابعاد را نشان داد ( $P<0/001$ ). بخاطر تفاوت مشاهده شده بین ابعاد پنجگانه، آزمون ویلکاکسون انجام شد و بین بعد پاسخگویی با سه بعد ملموس، تضمین و همدلی ( $P<0/001$ ) و همچنین بعد اطمینان با دو بعد همدلی و بعد تضمین ( $P<0/001$ ) اختلاف معنی‌دار را نشان داد. از طرفی بین بعد تضمین با بعد ملموس و بعد همدلی اختلاف معنی‌دار وجود نداشت. بین بعد اطمینان با بعد پاسخگویی و بین بعد ملموس با بعد همدلی نیز اختلاف

جدول شماره (۱): فراوانی نسبی و درصد پاسخگویان برحسب ویژگی‌های زمینه‌ای

مشخصات	گروه سنی	فراوانی	
		تعداد (نفر)	درصد
سن	کمتر از ۲۰ سال	۱۴	۳/۶
	۲۱-۲۵ سال	۶۳	۱۶/۱
	۲۶-۳۰ سال	۱۶۲	۴۱/۶
	۳۱-۳۵ سال	۹۸	۲۵/۱
	۳۶-۴۰ سال	۴۱	۱۰/۵
	>۴۱ سال	۱۲	۳/۱
تحصیلات	ابتدایی	۲۷	۷
	راهنمایی	۷۰	۱۸
	دبیرستان	۱۶۴	۴۲
	دانشگاهی	۱۲۹	۳۳
شغل	خانه دار	۲۳۴	۶۰
	شاغل	۱۵۶	۴۰
محل سکونت	ارومیه	۲۰۰	۵۱
	بوکان	۸۰	۲۱
	خوی	۱۱۰	۲۸

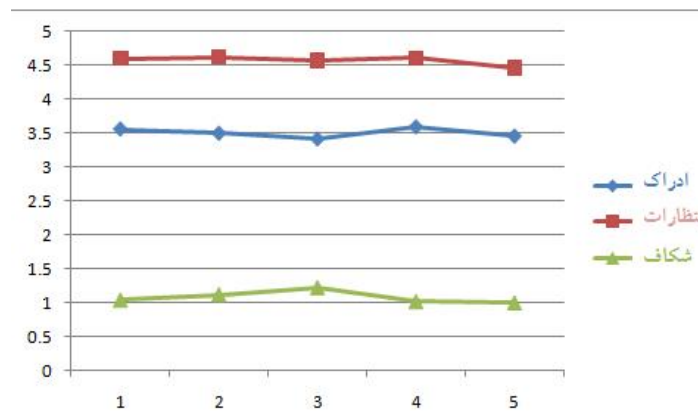


نمودار شماره (۱): فراوانی نسبی و درصد پاسخگویان برحسب گروه‌های سنی

**جدول شماره (۲):** میانگین نمرات انتظار، ادراک و شکاف کیفیت خدمات ارائه شده در ابعاد پنج گانه

ابعاد کیفیت	ادراک	انتظار	شکاف	Z
فیزیکی و ملموس	۳/۵۶ ± /۵۶	۴/۶۰ ± /۳۶	-۱/۰۴ ± /۴۲	-۱۵/۸۴
اطمینان	۳/۵۰ ± /۶۲	۴/۶۲ ± /۲۹	-۱/۱۲ ± /۵۳	-۱۵/۷۷
پاسخگویی	۳/۴۲ ± /۶۳	۴/۵۷ ± /۳۳	-۱/۱۵ ± /۵۳	-۱۵/۶۷
تضمین	۳/۵۹ ± /۶۲	۴/۶۱ ± /۳۲	-۱/۰۲ ± /۵۵	-۱۶/۵۶
همدلی	۳/۴۶ ± /۵۸	۴/۴۶ ± /۴۱	-۱/۰۰ ± /۴۱	-۱۵/۲۹
کل	۳/۵۰ ± /۵۳	۴/۵۷ ± /۲۳	-۱/۰۷ ± /۵۹	-۱۶/۰۲

p &lt; ۰/۰۰۱

**نمودار شماره (۲):** میانگین نمرات انتظار، ادراک و شکاف کیفیت خدمات ارائه شده براساس ابعاد پنج گانه**جدول شماره (۳):** توزیع فراوانی وضعیت شکاف کیفیت خدمات ارائه شده در ابعاد پنج گانه (براساس ابعاد)

ابعاد کیفیت	وضعیت شکاف	شکاف مثبت تعداد (%)	فقدان شکاف تعداد (%)	شکاف منفی تعداد (%)
فیزیکی و ملموس	۱۳ (۳۳/۳%)	۲۵ (۶۱/۵%)	۳۵۲ (۹۰/۲%)	
اطمینان	۲۵ (۶۱/۵%)	۲۰ (۵۱/۱%)	۳۴۵ (۸۸/۴%)	
پاسخگویی	۲۵ (۶۱/۵%)	۲۱ (۵۱/۴%)	۳۴۴ (۸۸/۱%)	
تضمین	۲۵ (۶۱/۵%)	۳۵ (۸۱/۹%)	۳۳۰ (۸۴/۶%)	
همدلی	۴۲ (۱۰۱/۸%)	۲۴ (۵۱/۹%)	۳۲۴ (۸۳/۳%)	
کل	۲۵ (۶۱/۴%)	۹ (۲۱/۴%)	۳۵۶ (۹۱/۲%)	

**جدول شماره (۴):** میانگین نمرات انتظار، ادراک و شکاف کیفیت خدمات براساس سطح تحصیلات

ابعاد کیفیت	انتظار	ادراک	شکاف
ابتدایی	۴/۶۵ ± /۰۴	۳/۳۱ ± /۶۱	-۱/۳۴ ± /۰۹
راهنمایی	۴/۶۰ ± /۰۳	۳/۴۰ ± /۰۷	-۱/۱۹ ± /۰۷
دبیرستان	۴/۵۵ ± /۰۲	۳/۵۳ ± /۰۴	-۱/۰۱ ± /۰۵
دانشگاهی	۴/۵۶ ± /۰۲	۳/۵۵ ± /۵۱	-۱/۰۰ ± /۰۵
کل	۴/۵۷ ± /۲۳	۳/۵۰ ± /۵۳	-۱/۰۷ ± /۵۹

**جدول شماره (۵): میانگین نمرات انتظار، ادراک و شکاف کیفیت خدمات براساس محل سکونت**

شکاف	ادراک	انتظار	
-۱,۳۴ ± ۰,۳۱	۳,۲۳ ± ۰,۲۷	۴,۵۷ ± ۰,۱۷	ارومیه
-۱,۳۳ ± ۰,۲۷	۳,۳۲ ± ۰,۱۹	۴,۶۵ ± ۰,۱۴	بوکان
-۰,۶۱ ± ۰,۵۶	۳,۸۶ ± ۰,۵۳	۴,۴۷ ± ۰,۳۷	خوی
-۱/۰۷ ± ۰/۵۹	۳/۵۰ ± ۰/۵۳	۴/۵۷ ± ۰/۲۳	کل

**بحث و نتیجه گیری**

بر اساس نتایج این مطالعه در بین تمام ابعاد پنجگانه کیفیت خدمات شکاف منفی وجود داشت. شکاف منفی بیانگر برآورده نشدن انتظارات دریافت کنندگان خدمات و وجود فرصت‌هایی برای بهبود کیفیت خدمات مورد ارائه می‌باشد.

کمترین شکاف منفی در بعد همدلی و بیشترین شکاف منفی در بعد پاسخگویی مشاهده شد که نشان می‌دهد از نظر دریافت کنندگان، نکات ایمنی در حین ارائه خدمات رعایت نمی‌شوند یا خدمات ایمن نیستند، کارکنان در ایجاد و القای حس اطمینان و اعتماد ضعیف هستند، از نظر دانش لازم توانمندی کافی ندارند و در برخورد با مراجعین محترمانه رفتار نمی‌کنند خدمات

در بررسی غلامی در سال ۱۳۸۸ در شهر ارومیه بیشترین و کمترین شکاف منفی به ترتیب در ابعاد اطمینان و همدلی مشاهده شد (۲۰) که در مورد همدلی به عنوان کم‌ترین شکاف منفی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه دیگری از غلامی در نیشابور نیز کمترین شکاف کیفیت در بعد همدلی به دست آمد (۲۱) که با مطالعه حاضر همسویی دارد. در بررسی شریفی راد در سال ۱۳۸۹ اصفهان کمترین شکاف کیفیت در بعد تضمین (۲۲) مشاهده شد که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت می‌باشد. در مطالعات کبریایی (۱۷)، آقامولایی (۱۸)، محمدی (۲۳) و دوردانا (۲۴) کمترین و بیشترین شکاف ابعاد متفاوت با مطالعه حاضر بود. براساس پژوهش ابراهیم در کویت بیشترین نارضایتی از تسهیلات و ساختمان‌ها بود که در این پژوهش در بعد ملموس قرار داشتند (۱۵). دیویس در مطالعه خود در آفریقای جنوبی در زمینه مراقبت‌های اولیه بهداشتی نیز بیشترین و کمترین شکاف کیفیت را به ترتیب در بعد پاسخگویی و همدلی گزارش کرده است (۱۴) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

تفاوت در ادراک دریافت کننده خدمت از جنبه‌های مختلف که در قالب ابعاد مطرح شد، می‌تواند باعث نتایج متفاوت در مطالعات مورد اشاره و بررسی حاضر باشد، و جمله "کیفیت را باید از نگاه دریافت کننده خدمت تعریف کرد" نیز مصداق همین نکته می‌باشد.

کمترین شکاف منفی در بین ۲۲ عبارت پرسشنامه در عبارت "لوازم و تجهیزات جدید و پیشرفته در محل کار" و عبارت "توجه ویژه به هر یک از مراجعین" بود. بیشترین شکاف منفی در بین ۲۲ عبارت، عبارت "جذابیت امکانات و فضای فیزیکی" و "ارائه خدمت مورد نیاز بدون معطلی و با سرعت" بود.

در بررسی غلامی در سال ۱۳۸۸ در شهر ارومیه بیشترین و کمترین شکاف منفی در عبارت "به ترتیب" علاقمندی کارکنان در انجام کارها و ارائه خدمات" و "درک نیازهای خاص مراجعه کنندگان توسط کارکنان" مشاهده شد (۲۰). در بررسی غلامی در نیشابور بیشترین شکاف منفی در عبارت "انجام سریع و بدون معطلی خدمات" مشاهده شد (۲۱) که با مطالعه حاضر همسویی دارد. در بررسی آقامولایی "لوازم و تجهیزات جدید و پیشرفته در محل کار" بیشترین شکاف منفی را داشت که با نتایج این مطالعه متفاوت می‌باشد (۱۸). نتایج مطالعه کبریایی (۱۷) و محمدی (۱۹) نیز در این زمینه با بررسی حاضر متفاوت می‌باشد.

شکاف کلی کیفیت براساس شهر معنی‌دار بود، برهمن اساس مقایسه میانگین نمرات شکاف نشان داد در شهر خوی شکاف کمتر از ارومیه و بوکان بود و کمتر بودن شکاف در خوی بیشتر بخاطر میانگین نمرات انتظار بود، از طرفی سطح تحصیلات و خانه دار بودن پاسخگویان براساس شهر محل سکونت نیز معنی‌دار بود و در شهر خوی میزان تحصیلات متوسطه و دانشگاهی و خانه دار بودن بیشتر از ارومیه و بوکان بود، که می‌تواند عامل اختلاف در میزان شکاف و کم بودن آن در خوی باشد. نکته قابل توجه پایین بودن میانگین نمرات انتظار در شهر خوی نسبت به ارومیه و بوکان بود که شکاف را تحت تأثیر قرار می‌داد.

در مطالعه کبریایی بین شغل و شکاف کیفیت ارتباط معنی‌دار وجود نداشت (۱۷). از بین مطالعات مورد اشاره در این بررسی در مطالعه غلامی در ارومیه بین سطح تحصیلات با شکاف کیفیت ارتباط معنی‌دار وجود نداشت (۲۰) ولی در مطالعه غلامی در نیشابور بین سطح تحصیلات با شکاف کیفیت ارتباط معنی‌دار وجود داشت (۲۱) و در مطالعه جعفری بین سطح تحصیلات و رضایتمندی از کارکنان ارتباط معنی‌دار وجود داشت (۲۵).

درست از خدمات و قابلیت‌ها و صلاحیت واحد بهداشتی درمانی و کارکنان ضرورت دارد.

در جمع‌بندی کلی مطالعات انجام شده در مورد ادراک و انتظار دریافت کنندگان خدمات می‌توان گفت مشتری مداری با جایگاه واقعی خود فاصله دارد و لزوم توجه به این اصل در موسسات بیش از پیش ضروری می‌باشد.

### تقدیر و تشکر

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که منابع مالی انجام این پژوهش را تامین کرد و از مسئولین مراکز بهداشتی درمانی از بابت هماهنگی‌های لازم تشکر می‌نماید.

### References:

1. Shadpour K, Pileroudi C. primary healthcare and health for all. Tehran, Tandis Publications; 2002. (Persian)
2. Hatami H, Seyednozadi M, Eftekhari A H, Razavi M, Majlesi F, Parizadeh M, et al. Text book of Public Health. Volume1. Teheran: Arjomand Publications; 2004. (Persian)
3. Bamidele A R, Hoque M E, Heever H V. Patient Satisfaction and Factor of Importance in Primary Health Care Services in Botswana. Afr J Biomed Res 2011; 14 (1): 1-7.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. Improving value in health care: Measuring quality. Paris: OECD; 2010.
5. Al-Assaf A F, Sheikh M. Quality improvement in primary health care: a practical guide. Cairo: WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series ; 2004. P. 26
6. Kelly DL. Applying quality management in healthcare: a systems approach. 2<sup>nd</sup> Ed. Washington: AUPHA Press; 2006.
7. Ransom SB, Joshi MS, Nash DB, Ransom SB. The healthcare quality book : vision, strategy, and tools. 2<sup>nd</sup> Ed. Chicago: Health Administration Press; 2004
8. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. J Marketing 1985; 49: 41-50.
9. Massoud R. A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality. QA Monograph Series. U.S. Agency for International Development; 2001.
10. Hansen P M, Peters D H, Viswanathan K, Rao K D, Mashkooor A, Burnham G. Client perceptions of the quality of primary care services in Afghanistan. Int J Qual Health Care 2008; 20(6): 384-91.
11. Biswas P, Lloyd-Sherlock P, Zaman S. Understanding elderly client satisfaction with primary health care in rural Bangladesh. AJGG. 2006; 1(3): 133-140.
12. Singh H, Haqq ED, Mustapha N. Patients' perception and satisfaction with health care professionals at primary care facilities in Trinidad and Tobago. Bull WHO 1999;77 (4): 356-60.
13. Rashmi, Vijaykumar B. Client Satisfaction in Rural India for Primary Health Care – A Tool for Quality Assessment. Al Ameen J Med Sci 2010; 3(2): 109-11.
14. Davies T A. Patient satisfaction levels: a pilot study to explore customer perceptions in respect

- of the delivery of services in the primary health care sectors in Kwa Zulu Natal. New Zealand: ANZMAC98 Conference Proceedings; 1998. P. 509-24.
15. Al-Eisa I S, Al-Mutar M S, Radwan Ma M, Al-Terkit A M. Patients' satisfaction with primary health care services at capital health region, Kuwait. *J Fam Med* 2005; 3(3): 10-16.
  16. Reernik I H, Sauerborn R. Quality of primary health care in developing countries: recent experiences and future directions. *Int J Qual Health Care* 1996; 8 (2): 131-9.
  17. Kebriaei A, Akbari F, Hosseini SM, Eftekhar A H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary healthcare in Kashan health centers. *J Qazvin Univ Med Sci* 2002; (8)31: 82-8. (Persian).
  18. Aghamollaie T, Zare SH, Kebriyaie A, Podat A. Quality of primary health care from the perspective of women referred to health centers in Bandar Abbas. *Payesh Health Monit* 2008 (7)2: 121-7. (Persian).
  19. Mohammadi A, Shoghli A R. Survey on Quality of Primary Health Care in Zanjan District Health Centers. *J Zanjan Univ Med Sci* 2008; 65: 89-100. (Persian)
  20. Gholami A, Salari L SH, Gharaaghaji Asl R, et al. Quality Gap in Primary Health Care in Urmia Health Centers, 2009. *Urmia Med J* 2010; 21: 347-353. (Persian)
  21. Gholami A, Nori A A, Khojaste Pour M, Askari M, Sajadi H. Quality gap in primary health care in Neyshabour health care centers. *Daneshvar Med* 2011; 18(92): 1-11. (Persian)
  22. Sharifirad G R, Shamsi M, Pirzadeh A, Daneshvar F P. Quality gap in primary health care services in Esfahan women's perspective. *J Health Syst Res* 2010; 6(1): 95-105. (Persian).
  23. Mohammadi A, Mahmoudi M, Poorreza A. Evaluation of service quality based on the patients expectations and perceptions in Zanjan hospitals. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2004; 2(2):71-84. (Persian)
  24. Dosen DO, Skare V. Measuring health care service quality by using servqual. *Rev Soc Polit God* 2010; 17(1): 27-44. (Croatian)
  25. Jaafari F, Johari Z, Zaieri F, Ramezankhani A, Sayah Z. Evaluation of satisfaction and effective factors on inpatient in health center. *Daneshvar Med* 2006; 4(66): 15-22. (Persian)



## QUALITY OF FAMILY HEALTH SERVICES IN SELECTED CITIES OF WEST AZERBAIJAN PROVINCE HEALTH POSTS FROM REALITY TO EXPECTATIONS OF SERVICE CONSUMERS

*Bahram Nabilou<sup>1</sup>, Javad Rasouli<sup>2\*</sup>*

Received: 4 Feb, 2013; Accepted: 11 Apr, 2013

### Abstract

**Background & Aims:** Primary Healthcare including family health, as one of the first contact services has basic role in health attainment. Quality of care remains one of the most significant challenges facing the health systems. In quality management, service users have critical roles in identifying their own needs and preferences. The objective of this study was assessing the consumers' perceptions and expectations of family health Services at selected cities in West Azerbaijan province health posts.

**Materials & Methods:** A sample of 390 regular female health care consumers participated in this cross sectional descriptive study which was done in 2011. A questionnaire based on the SERVQUAL instrument was used for data collection. For statistical analysis, descriptive statistics and X<sup>2</sup>, Friedman and Wilcoxon tests were applied.

**Results:** The findings of this study indicated that of 390 individuals receiving services, 51% in Urmia, 28% in Khoy, and 21% were living in Bukan. The findings showed that expectations of 91.1% respondents were not met. Comparison of Quintet dimensions showed the smallest gap was in Impathy dimension and the largest in responsiveness respectively. City of residence had significant correlation with quality gap (P<0.001).

**Conclusion:** Current status of the family health Services expectations were far from consumers expectations and thus quality improvement initiatives were required in all dimensions specially in responsiveness.

**Keywords:** Family health, Quality dimensions, Primary health care, Health post

**Address:** Department of Epidemiology, School of Public Health, Razi Ave, Shiraz, Iran

**Tel:**+989144478494

**Email:** rsljvd@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(4): 285 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Assistant Professor of Health Services Management, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> PhD Student of Epidemiology, School of Public Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (Corresponding Author)