

## ارزیابی مراجعه کنندگان پایگاه‌های بهداشت شهری ارومیه از کیفیت خدمات بهداشت خانواده

بهرام نبی‌لو<sup>۱</sup>، حمیدرضا فرخ اسلاملو<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت 1392/02/11 تاریخ پذیرش 1392/04/11

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** سلامت جامعه عمدتاً به بخش مراقبت‌های اولیه نظام سلامت در یک کشور بستگی دارد و مراقبت‌های اولیه بهداشتی شامل بهداشت خانواده به عنوان خدمات مورد ارائه در اولین سطح تماس نقش اساسی در تأمین 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 کیفیت خدمات بهداشت خانواده از دیدگاه مراجعین پایگاه‌های بهداشت شهری ارومیه طراحی و اجرا گردید.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۰ به صورت مقطعی بر روی ۲۰۰ نفر از زنان دریافت کننده خدمات بهداشت خانواده در پایگاه‌های بهداشت شهری ارومیه انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه SERVQUAL شامل پنج بعد کیفیت خدمات بهداشت خانواده بود. تحلیل نتایج با آمار توصیفی و آزمون‌های  $X^2$ ، فریدمن و ویلکاکسون صورت گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد ۸۲٫۲ درصد پاسخگویان کیفیت کلی خدمات را متوسط و ۱۷٫۸ درصد آن‌ها کیفیت کلی خدمات را بد توصیف کردند. مقایسه ابعاد پنج‌گانه کیفیت نشان داد تفاوت مشاهده شده بین آن‌ها معنی‌دار است و وضعیت موجود کیفیت خدمات در بعد ملموس و فیزیکی قابل قبول و در بعد پاسخگویی ضعیف بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** کیفیت خدمات بهداشت خانواده از نظر دریافت کنندگان خدمات کیفیت قابل قبولی نداشتند و لزوم بهبود کیفیت از جنبه‌های مختلف و به ویژه پاسخگویی ضروری به نظر می‌رسد.

**کلید واژه‌ها:** بهداشت خانواده، ابعاد کیفیت، مراقبت‌های اولیه بهداشتی، پایگاه‌های بهداشتی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره پنجم، پی در پی 46، مرداد 1392، ص 350-343

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۱-۳۴۴۵۱۳۸

Email: hamidfarrokh@gmail.com

### مقدمه

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 تأمین سلامت، ممکن نخواهد بود و خدمات بهداشتی درمانی یکی از عوامل موثر بر سلامت و یکی از تعیین کننده‌های آن است (۱) و در همین راستا سلامت افراد عمدتاً به بخش مراقبت‌های اولیه نظام سلامت در یک کشور بستگی دارد (۲).

معرفی مراقبت‌های اولیه بهداشتی به عنوان روش دستیابی به سلامت برای همه نیز در کنفرانس آلماتا در سال ۱۹۷۸ موید

همین موضوع است و دسترسی به خدمات و بردن خدمات به محل زندگی مردم از اصول اساسی مراقبت‌های بهداشتی اولیه ذکر شده است (۱). اهمیت دسترسی مورد تأکید تمام نظام‌های سلامت بوده ولی دسترسی صرف به مراقبت‌های بهداشتی درمانی مهم نیست بلکه اطمینان از ارائه خدمات با کیفیت باید به عنوان یک هدف مهم مدنظر باشد (۳).

با وجود این کیفیت یکی از چالش‌های اصلی در نظام‌های سلامت و به ویژه در مناطق محروم و روستایی است (۴) و ارائه خدمات با کیفیت توسط نظام‌های سلامت نتوانسته است پایه‌های پیشرفت‌های علمی و فناوری گام بردارد (۵).

<sup>۱</sup> استادیار، PhD مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه  
<sup>۲</sup> دانشیار، PhD، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه (نویسنده مسئول)

مراقبت‌های اولیه بهداشتی و بهداشت خانواده داشتند، پس از آموزش‌های توجیهی استفاده گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه SERVQUAL بود که با لحاظ کردن پنج بعد کیفیت خدمت توسط پاراسورامان ارائه گردید (۱۵). 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 دانشجویان قانع شوند سازمان آن‌ها را درک کرده است. ۵. بعد فیزیکی و ملموس که به معنای شرایط و فضای فیزیکی محیط ارائه خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات، کارکنان و مجراهای ارتباطی است. اعتبار و پایایی این ابزار قبلاً در کشور مورد بررسی قرار گرفته است (۱۰).

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

نمره هر سؤال بین ۱ تا ۵ متغیر بود. در هر بعد خدمت، نمره سؤالات با هم جمع و مجموع آن‌ها بر تعداد سؤالات آن بعد خدمت تقسیم شد که به این ترتیب نمره ادراک 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 سؤالات با هم جمع شده و مجموع آن‌ها بر تعداد سؤالات پرسشنامه (۲۲) تقسیم گردید که در این حالت نیز نمره کیفیت کلی بین ۱ تا ۵ متغیر بود. پس از جمع‌آوری 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.

سازمان جهانی بهداشت نیز بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را یکی از اهداف ده‌گانه جهانی در سیاست کلان "سلامتی برای همه" گنجانده است (۶).

اساساً کیفیت فرآیند ارتباط موثر بین ارائه‌کننده یا تدارک‌کننده مراقبت یا خدمات بهداشتی درمانی و دریافت‌کننده آن‌ها است که به طور مداوم به صورت گفتگو و درک بین دو گروه جریان دارد. دریافت‌کننده خدمات نیازها و انتظاراتی دارد که تأمین آن‌ها وظیفه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی است (۳) و یکی از تعاریف کیفیت آن را برآورده‌سازی مداوم نیازها و انتظارات سازمان می‌داند (۳). عناصر اصلی کیفیت در مراقبت بهداشتی درمانی شامل مشتری، تعهد، انتظارات و تداوم است و مشتری کانون توجه و تمرکز نظام سلامت است (۶). در مدیریت کیفیت مشتریان یا دریافت‌کنندگان خدمات نقش مهمی در شناخت نیازها و ترجیحات خود دارند (۵).

۷- در بیشتر کشورهای غربی مطالعات مقایسه‌ای درباره کیفیت مراقبت‌ها به وفور در دسترس است و ارزیابی نظام‌مند تجارب بیماران در کشورهای اروپایی، آمریکا و کانادا صورت می‌گیرد (۷). اگرچه از نظر تاریخی در کشورهای در حال توسعه کمیت بر کیفیت پیشی گرفته و مرکز توجه بوده است، اما اکنون شواهد زیادی حاکی از توجه به کیفیت مراقبت در دستیابی به سلامت بهتر است (۸).

در ایران نیز مطالعات انجام یافته حاکی از همین نکته است و بیانگر برآورده نشدن انتظارات دریافت‌کنندگان خدمات و به ویژه مراقبت‌های اولیه بهداشتی هستند (۹-۱۴). این مطالعه با هدف ارزیابی کیفیت خدمات بهداشت خانواده از دیدگاه مراجعین پایگاه‌های بهداشت شهری ارومیه طراحی و اجرا گردید.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۰ به صورت مقطعی انجام گرفت. جمعیت مورد بررسی زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشت شهری در ارومیه بودند که حداقل دوبار مراجعه قبلی به واحدهای فوق را داشتند. حجم نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول  $N = Z^2 * P(1-P) / d^2$  و با در نظر گرفتن حدود ۸۵ درصد نظر منفی در مورد کیفیت خدمات بهداشتی اولیه براساس مطالعات صورت گرفته (۹، ۱۱) و حدود اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۰۵، تعداد ۱۹۶ نفر برآورد گردید و برای اطمینان و در نظر گرفتن ریزش احتمالی حجم نمونه نهایی ۲۱۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه محاسبه شده بین پایگاه‌های منتخب به صورت متناسب تخصیص یافت. جهت جمع‌آوری اطلاعات از چهار نفر دانشجوی کارشناسی ناپیوسته بهداشت عمومی که آشنایی کافی با

### یافته‌ها

در این پژوهش کیفیت خدمات بهداشت خانواده مورد ارائه در پایگاه‌های بهداشت شهر ارومیه از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات فوق مورد بررسی قرار گرفت. نتایج و یافته‌های بررسی به شرح زیر است.

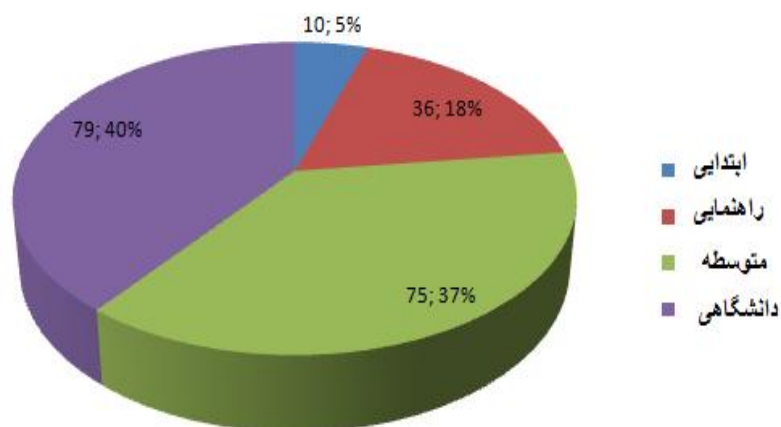
از مجموع ۲۱۰ نفر دریافت کننده خدمت، ۲۰۰ (۹۵٪) پرسشنامه را پر کردند. سن دریافت کنندگان خدمت بین ۲۱ تا ۴۰ سال با میانگین ۳۰ و انحراف معیار ۳/۸۷ بود. ۹۶ نفر از پاسخگویان (۴۷/۸٪) شاغل بودند. همه پاسخگویان مؤنث بودند (جدول ۱).

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

فراوانی		گروه سنی	
درصد	تعداد (نفر)		
۱۱.۷	۲۱	۲۱-۲۵ سال	مشخصات
۴۶.۱	۸۳	۲۶-۳۰ سال	
۳۲.۲	۵۸	۳۱-۳۵ سال	
۱۰	۱۸	۳۶-۴۰ سال	
۵	۱۰	ابتدایی	تحصیلات
۱۷.۹	۳۵	راهنمایی	
۳۷.۴	۷۵	دبیرستان	
۳۹.۷	۷۹	دانشگاهی	
۵۲.۲	۱۰۴	خانه دار	شغل
۴۷.۸	۹۶	شاغل	
۳۵	۷۰	خوب	
۲۱	۴۲	متوسط	
۴۴	۸۸	پایین	وضعیت اقتصادی

دارای تحصیلات دانشگاهی و در کل همه افراد مورد مطالعه با سواد بودند (نمودار شماره ۱).

از نظر سطح تحصیلات، ۱۰ نفر (۵٪) دارای تحصیلات دوره ابتدایی، ۳۶ (۱۸٪) نفر دارای تحصیلات دوره راهنمایی، ۷۵ (۳۷٪) نفر دارای تحصیلات دوره متوسطه و ۷۹ (۴۰٪) نفر نیز



نمودار شماره (۱): فراوانی نسبی و درصد پاسخگویان بر حسب سطح تحصیلات

در بین ۲۲ عبارت پرسشنامه، کمترین نمره کیفیت در عبارت شماره ۱۱ پرسشنامه (ارائه سریع و بدون معطلی خدمات)، با میزان ۲،۹۸ مربوط به بعد پاسخگویی خدمت بود (جدول ۲).

**جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت در سه عبارت دارای کمترین نمره**

انحراف معیار	نمره کیفیت	میانگین نمرات
		پرسش مربوط به کیفیت خدمات
±۰/۶۸	۳/۰۷	ارائه خدمات در زمان وعده داده شده
±۰/۶۶	۲/۹۸	انجام سریع و بدون معطلی خدمات
±۰/۶۷	۳/۰۶	در دسترس بودن کارکنان به هنگام نیاز مراجعه کنندگان

همچنین در بین ۲۲ عبارت پرسشنامه بیشترین نمره کیفیت در عبارت شماره ۱ (ظاهر تمیز، مرتب و آراسته کارکنان) با میزان ۳،۷۳ مربوط به بعد ملموس خدمت بود (جدول ۳). به طور کلی اکثر نمرات کیفیت متمایل به میانگین (۳) و اندکی بالاتر از آن بودند.

**جدول شماره (۳): میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت در سه عبارت دارای بیشترین نمره**

انحراف معیار	نمره کیفیت	میانگین نمرات
		پرسش مربوط به کیفیت خدمات
±۰/۵۸	۳/۷۳	ظاهر تمیز، مرتب و آراسته کارکنان
±۰/۶۰	۳/۳۵	انجام کارها آن طور که گفته‌اند
±۰/۶۴	۳/۳۵	ادب و فروتنی کارکنان

کمترین میانگین نمره کیفیت خدمات در بعد پاسخگویی با میزان ۰،۴۱ ± ۳،۱۱ و بیشترین میانگین نمره کیفیت خدمات در بعد ملموس با میزان ۰،۴۳ ± ۳،۳۶ وجود داشت. میانگین کلی نمره کیفیت در تمام ابعاد ۰،۲۷ ± ۳،۲۳ بود و پاسخگویان کیفیت کلی خدمات را متوسط (۸۲،۲٪) یا بد (۱۷،۸٪) توصیف کردند (جدول ۴).

**جدول شماره (۴): توزیع فراوانی و میانگین نمرات از کیفیت کلی و کیفیت ابعاد پنج‌گانه خدمات ارائه شده**

انحراف معیار ± میانگین	کیفیت ابعاد خدمت								
	جمع		بد		متوسط		خوب		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳/۳۶ ± ۰/۴۳	۱۰۰	۲۰۰	۱۶/۱	۳۲	۷۶/۱	۱۵۲	۷/۸	۱۶	فیزیکی و ملموس
۳/۲۲ ± ۰/۴۱	۱۰۰	۲۰۰	۲۵	۵۰	۷۰/۶	۱۴۱	۴/۴	۹	اطمینان
۳/۱۱ ± ۰/۴۱	۱۰۰	۲۰۰	۳۱/۷	۶۳	۶۵	۱۳۰	۳/۳	۷	پاسخگویی
۳/۲۹ ± ۰/۳۴	۱۰۰	۲۰۰	۱۴/۴	۲۹	۸۲/۸	۱۶۶	۲/۸	۵	تضمین
۳/۱۷ ± ۰/۳۶	۱۰۰	۲۰۰	۱۹/۴	۲۳	۷۷/۸	۱۶۷	۲/۸	۶	همدلی
۳/۲۳ ± ۰/۲۷	۱۰۰	۲۰۰	۱۷/۸	۳۵	۸۲/۲	۱۶۵	۰	۰	کل

انجام آزمون فریدمن وجود اختلاف معنی‌دار میان ابعاد را نشان داد ( $P < 0,001$ ). انجام آزمون ویلکاکسون بین ابعاد وجود اختلاف معنی‌دار بین بعد ملموس با سه بعد اطمینان، پاسخگویی و همدلی و همچنین بعد تضمین با بعد پاسخگویی و بعد همدلی را

نشان داد ( $P < 0.001$ ). بین سه بعد اطمینان، پاسخگویی و همدلی اختلاف معنی‌دار وجود نداشت. بعد ملموس با بعد تضمین نیز اختلاف معنی‌دار نداشت. بر این اساس می‌توان از نظر کیفیت، بعد ملموس و بعد تضمین را خوب و سه بعد اطمینان، پاسخگویی و همدلی را متوسط ارزیابی کرد (جدول شماره ۴).

آزمون  $X^2$  نشان داد سن با میانگین نمره کلی کیفیت ( $P = 0/002$ ) و بعد همدلی ( $P = 0/002$ ) ارتباط معنی‌دار دارد. همچنین آزمون  $X^2$  نشان داد وضعیت اقتصادی افراد با بعد ملموس ارتباط معنی‌دار دارد ( $P = 0/005$ ). براساس آزمون  $X^2$  وضعیت اقتصادی افراد با بعد پاسخگویی نیز در سطح مرزی ارتباط معنی‌دار داشت ( $P = 0/065$ ).

### بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه بیشترین میانگین نمره کیفیت یا به عبارتی قابل قبول‌ترین بعد کیفیت، بعد ملموس و ضعیف‌ترین آن‌ها بعد پاسخگویی بود. میانگین نمرات کیفیت هم در مورد تک تک عبارات و هم در ابعاد پنج‌گانه نشان داد که اکثر آن‌ها در حد میانگین (۳) یا کمتر از آن هستند، به عبارتی در واحدهای مورد بررسی فرصت‌هایی برای بهبود عملکرد و کیفیت خدمات مورد ارائه وجود دارد. کارکنان خود را به انجام کارها و ارائه خدمات علاقمند نشان نمی‌دهند. ارائه خدمات با تعلل و تأخیر همراه است. اشتیاق و گشاده رویی لازم در کارکنان در قبال مراجعین وجود ندارد و به ارزش‌ها، عواطف و احساسات آن‌ها چندان توجه نمی‌شود. تلاشی برای درک و برآورده سازی نیازهای ویژه و اختصاصی مراجعه کنندگان صورت نمی‌گیرد. همه این موارد نشانگر اقدامات خاصی می‌باشد جنبه‌های عینی و ذهنی کیفیت و مشتری محوری را تشکیل می‌دهند.

در مطالعه غلامی در نیشابور کمترین میانگین نمره کیفیت در بعد ملموس و بیشترین میانگین نمره کیفیت در بعد تضمین به دست آمد (۱۱) که با مطالعه حاضر هم‌سوئی ندارد. در بررسی غلامی در سال ۱۳۸۸ در شهر ارومیه نیز بیشترین میانگین نمره کیفیت در بعد تضمین و کمترین میانگین نمره کیفیت در بعد همدلی و پاسخگویی مشاهده شد (۱۶) که در مورد پاسخگویی به عنوان کمترین میانگین نمره کیفیت با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در بررسی شریفی راد در سال ۱۳۸۹ در اصفهان کمترین میانگین نمره کیفیت در بعد ملموس و بیشترین میانگین نمره کیفیت در بعد همدلی (۱۲) مشاهده شد که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت می‌باشد. در بررسی کبریایی نیز در کاشان بیشترین میانگین نمره کیفیت در بعد اطمینان و بیشترین میانگین نمره

کیفیت در بعد همدلی به دست آمد (۱۰) که با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد. در این مطالعه بیشترین نمره کیفیت در بعد فیزیکی و ملموس مشاهده شد که با مطالعه اسماعیلی در بخش دولتی هم‌خوانی دارد (۱۷). نتایج این مطالعه با میانگین نمرات مطالعه طراحی و اقامت‌یابی نیز متفاوت می‌باشد (۹، ۱۸). نتایج این مطالعه با مطالعه محمدی در بعد همدلی یکسان است (۱۹). در بررسی‌های حکمت پو و کبریایی کمترین میانگین نمره کیفیت در بعد پاسخگویی مشاهده شد که با مطالعه هم‌خوانی دارد (۲۰، ۲۱). براساس پژوهش ابراهیم در کویت بیشترین نارضایتی از تسهیلات و ساختمان‌ها بود که در این پژوهش در بعد ملموس قرار داشتند و با نتایج آن هم‌خوانی ندارد (۲۱). در بررسی Dordana کمترین و بیشترین میانگین نمره کیفیت ابعاد متفاوت از مطالعه حاضر بود (۲۲). Papanikolaou در پژوهش خود کمترین میانگین نمره کیفیت را در بعد همدلی و بیشترین آن را در بعد پاسخگویی گزارش کرده است (۲۳). Davies 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 (۳۲) که به معنی کیفیت پایین خدمات در بعد پاسخگویی بوده و در این بعد با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

در این مطالعه سن با میانگین نمره کلی کیفیت و بعد همدلی ارتباط معنی‌دار داشت. همچنین وضعیت اقتصادی افراد با بعد ملموس ارتباط معنی‌دار داشت. در مطالعه کبریایی بین شغل و شکاف کیفیت ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. از بین مطالعات مورد اشاره در این بررسی در مطالعه غلامی در نیشابور بین سطح تحصیلات با شکاف کیفیت ارتباط معنی‌دار وجود داشت (۱۰) و در مطالعه جعفری بین سطح تحصیلات و رضایتمندی از کارکنان ارتباط معنی‌دار وجود داشت (۲۴).

نتایج این پژوهش و تأمل در نتایج سایر مطالعات مشابه نشان می‌دهد که مفهوم کیفیت خدمات در گروه‌های مختلف متفاوت است که ممکن است به ویژگی‌های دموگرافیک و اجتماعی اقتصادی نیز چندان ارتباط نداشته باشد و این نکته تعمیم پذیر نبودن آن‌ها و ضرورت انجام چنین مطالعاتی را در تمام واحدهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی نشان می‌دهد. در این مطالعه ضعیف‌ترین بعد کیفیت خدمات در پایگاه‌های بهداشتی مورد بررسی، بعد پاسخگویی بود. ارائه به موقع خدمات، ارزش دادن به مراجعه کننده، حضور فعال و سروقت در محل کار، توجه به حالات و ویژگی‌های خاص مراجعین در بهبود وضعیت و تغییر در دیدگاه دریافت کنندگان خدمات موثر هستند که ضرورت آموزش کارکنان در برخی موارد را نشان می‌دهد.

## تقدیر و تشکر

مسئولین مراکز بهداشتی درمانی از بابت هماهنگی‌های لازم تشکر می‌نماید.

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که منابع مالی انجام این پژوهش را تأمین کرد و از

## References:

1. Hatami H, Seyednozadi M, Eftekhar A H, Razavi M, Majlesi F, Parizadeh M, et al. Text book of Public Health. Volume 1. Teheran: Arjomand Publications; 2004.
2. Abdullahi RB, Muhammad EH, Hendry VH. Patient Satisfaction and Factor of Importance in Primary Health Care Services in Botswana. Afr J Biomed Res 2011; 14: 1-7
3. Al-Assaf AF, Sheikh M. Quality improvement in primary health care: a practical guide. Cairo: WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series; 26; 2004.
4. World Health Organization. Assuring the quality of health care in the European Union. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
5. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health system. Geneva: The organization; 2006.
6. Tatyana Benisheva-Dimitrova, Brborović O, Donev D, Mariana D, Džakula A, Eržen I et al. Management in Health care practice: A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals. Lage: Hans Jacobs Publishing Company; 2008.
7. Zuidgeest M. Measuring and improving the quality of care from the healthcare user perspective: the Consumer Quality Index. [Dissertation]. Tilburg: Tilburg University; 2011.
8. Bradley EH, Pallas S, Bashyal C, Berman P, Curry L. Developing strategies for improving health care delivery: Guide to Concepts, Determinants, Measurement, and Intervention Design. [Discussion Paper]. Washington: World Bank publications; 2010.
9. 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)
10. Kebriaei A, Akbari F, Hosseini SM, Eftekhar Ardabili H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary healthcare in Kashan health centers. J Qazvin Univ Med Sci 2002; (8)31: 82-88. (Persian)
11. Gholami A, Nori AA, 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)
12. Sharifirad GR, Shamsi M, Pirzadeh A, Daneshvar Farzanegan P. Quality gap in primary health care services in Esfahan women's perspective. J Health Syst Res 2010; 6(1): 95-105. (Persian)
13. 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)
14. Mirmolaei ST, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Azari M. Prenatal Care Utilization Rate and Patients Satisfaction, Hayat 2007;13(2): 31-40. (Persian)
15. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. J Marketing 1985; 49: 41-50.
16. Gholami A, Salari Lak SH, Gharaaghaji Asl R. Quality Gap in Primary Health Care in Urmia

- Health Centers; 2009. *Urmia Med J.* 2010; 21: 347-353. (Persian)
17. Esmaili Shahrizadeh S, Shojayeizadeh D, Moradian Sorkhklai M, Lashgarara B, Tarahi MJ, Taheri G. Comparing The Quality of The Provided Services in Public Health Sites with Collaborative Health Sites. *J Health Syst Res* 2013; 8(7). (Persian)
18. Tarrahi M, Hamouzadeh P, Bijanvand M, Lashgarara B. The quality of health care services provided in health care centers of Khorramabad using SERVQUAL model in 2010. *Yafteh* 2012; 14 (1): 13-21. (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. Hekmatpo D, Sorani M , Farazi , Fallahi Z, Lashgarara B. A survey on the quality of medical services in teaching hospitals of Arak University of Medical Sciences with SERVQUAL model in Arak, 2010. *J Arak Univ Med Sci* 2012; 15(66): 1-9. (Persian)
21. Al-Eisa IS, Al-Mutar MS, Radwan Ma M, Al-Terkit AM. Patients' Satisfaction with Primary Health Care Services at Capital Health Region, Kuwait. *MEJFM* 2005; 3(3): 10-16.
22. Došen ĐO, Škare V. Measuring health care service quality by using servqual. *Rev. soc. polit., god* 2010; 17(1): 27-44. (Croatian)
23. Papanikolaou V, Zygiaris S. Service quality perceptions in primary health care centers in Greece. *Health Expectations* 2012; 15(1): 1-11.
24. Davies TA. 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. *ANZMAC98 Conference Proceedings.* 1998 Nov. 30– Dec. 2, Dunedin, New Zealand: 509- 524.
25. Jaafari F, Johari Z, Zairi F, Ramezankhani A, Sayah Z. evaluation of satisfaction and effective factors on inpatient in health center. *Daneshvar Med* 2006; 4(66): 15-22. (Persian)

## ASSESSING QUALITY OF FAMILY HEALTH SERVICES IN VIEW POINTS OF SERVICE USERS IN URMIA HEALTH POSTS

Nabilou B<sup>1</sup>, Farokh Eslamlou HR<sup>2\*</sup>

Received: 1 May, 2013; Accepted: 2 Jul, 2013

### Abstract

**Background & Aims:** Community health largely depend on the primary health care sector of each country and primary Healthcare including family health, as first contact services have basic role in health attainment. Quality of care remains one of the most significant challenges facing the health care system. Service users have critical roles in identifying their own needs and preferences. The objective of this study is assessing the consumers' perceptions of quality in family health Services at Urmia health posts.

**Materials & Methods:** A sample of 200 females' health care consumers participated in this cross sectional descriptive study which was done in 2010. A questionnaire based on the SERVQUAL instrument with five dimensions of family health services quality was used for data collection. To do statistical analysis, descriptive statistic and X<sup>2</sup>, Friedman and Wilcoxon tests were applied.

**Results:** The findings of this study indicated that 82.2% respondents perceived quality of service moderate and 17.8% as worse, with a lack of good quality. Comparison of dimensions showed there was a significant difference between them concerning the quality of services.

**Conclusion:** From service users' point of view, family health services quality were not acceptable; thus quality improvement initiatives are required in all dimensions specially responsiveness.

**Key words:** family health, Quality Dimensions, primary health care, health post

**Address:** Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** (+984413445138)

**Email:** hamidfarrok@gmail.com

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

<sup>2</sup> Associate Professor of Maternal and Child Health, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)