

Assessing the Quality of Primary Health Services and Its Effect on Quality of Life in Recipients: A Case Study in a Rural Health Center

Bakhshi E^{*1}, Ojaghi Sh², Kalantari R³, Salimi N⁴

1. MSc of Ergonomics, Health Center, Islamabad-e-Gharb Health Network, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah, Iran

2. PhD, Department of Public Health, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

3. PhD Student, Department of Ergonomics, School of Public Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

4. PhD Student, Department of Public Health, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* *Corresponding autho.* Tel: +988345232638, Fax: +988345233016, E-mail: ehsanbakhshi63@gmail.com

Received: May 5, 2018

Accepted: Jan 8, 2019

ABSTRACT

Background & objectives: Primary health services are inseparable part of health care system in each country and the assessment of quality of life is fundamental in the evaluation of healthcare system's quality. The aim of this study was to assess the quality of primary healthcare services and its effect on quality of life in the recipients of these services in a health center and its subsection offices.

Methods: This cross-sectional descriptive and analytical study was conducted on 219 recipients of health services in a health center and its six subsection offices in 2016. Data collection tools were SF-36 questionnaire of life quality and a researcher-made questionnaire based on principles and components of primary healthcare. Data were analyzed using Spearman correlation coefficient, Krus-Kal Wallis and Mann Whitney tests in SPSS-20 software.

Results: The mean and standard deviation of the primary healthcare service was 42.66 ± 16.25 . 58% of participants reported the good quality of primary healthcare services, 32% reported it as medium, and 10% as low. There were significant relationships between the quality of primary healthcare services with some subcomponents of SF-36 questionnaire including Pain ($r = -0.208$, $p = 0.002$), global health ($r = 0.423$, $p < 0.001$), and physical health ($r = -0.301$, $p < 0.001$).

Conclusion: The quality of primary healthcare services was higher than average and correlated with the quality of life in the recipients. With the correct assessment of the quality of life, it is possible to assess the quality of primary health services, however using objective methods alongside the questionnaires is necessary to have a more precious study.

Keywords: Quality of Life; Primary Healthcare Services; Health House

ارزیابی کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه و تأثیر آن بر کیفیت زندگی دریافت کنندگان خدمات: مطالعه موردی در یک مرکز جامع سلامت روستایی

احسان بخشی^{۱*}، شهناز اجاقی^۲، رضا کلاتنری^۳، نوشین سلیمی^۴

۱. کارشناس ارشد ارگونومی، مرکز بهداشت، شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلام آباد غرب، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۲. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه بهداشت عمومی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، ایران

۳. دانشجوی دکترای ارگونومی، گروه ارگونومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۴. دانشجوی دکتری، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۸۳۴۵۲۳۶۳۸ فکس: ۰۸۳۴۵۲۳۳۰۱۶ ایمیل: ehsanbakhshi63@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: خدمات بهداشتی اولیه بخش جدایی ناپذیر سیستم سلامت هر کشوری را تشکیل می‌دهد و بررسی کیفیت زندگی جزء اساسی در ارزشیابی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است. هدف از مطالعه حاضر ارزیابی کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه و تأثیر آن بر کیفیت زندگی دریافت کنندگان خدمت در یکی از مراکز سلامت جامع و خانه‌های بهداشت تابعه آن بود.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی بر روی ۲۱۹ نفر از گیرندگان خدمت در یک مرکز خدمات سلامت جامع و شش خانه بهداشت تابعه در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) و پرسشنامه محقق ساخته با بهره‌گیری از اصول و اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود. داده‌های آماری با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون‌های کروسکال والیس و من ویتنی در نرم افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی $42/66 \pm 16/25$ به دست آمد. ۵۸ درصد شرکت کنندگان کیفیت خدمات بهداشتی اولیه را بالا، ۳۲ درصد متوسط و ۱۰ درصد پایین گزارش کردند. بین کیفیت خدمات بهداشتی اولیه با مولفه‌های درد ($r = -0/208, p = 0/002$)، سلامت عمومی ($r = 0/423, p < 0/001$) و زیر مقیاس سلامت جسمی ($p < 0/001$)، رابطه معنی‌داری به دست آمد. ($r = -0/301$)

نتیجه‌گیری: کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه متوسط به بالا بوده و با کیفیت زندگی دریافت کنندگان خدمت همبستگی داشت. با سنجش درست کیفیت زندگی می‌توان به ارزیابی کیفیت مراقبت بهداشتی اولیه پرداخت، اما برای یک مطالعه دقیق‌تر استفاده از شاخص‌های عینی در کنار پرسشنامه ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: خدمات مراقبت بهداشتی اولیه، کیفیت زندگی، مراکز خدمات سلامت، خانه بهداشت

پذیرش: ۹۷/۱۰/۱۸

دریافت: ۹۷/۲/۱۵

مقدمه

ارائه می‌شود و از نظر جامعه قابل قبول، قابل دسترسی برای افراد و خانواده‌ها، قابل توجه از لحاظ هزینه و در اولین سطح تماس برای مردم باشد» که زیربنای اصلی نظام بهداشتی بوده و هم‌زمان با انتشار بیانیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ و برنامه «بهداشت برای همه

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی «مراقبت بهداشتی اولیه، مراقبت‌های ضروری بهداشتی هستند که با استفاده از روش‌ها و تکنولوژی علمی و عملی

تا سال ۲۰۰۰» سیاست اصلی سازمان بهداشت جهانی شد (۱). با این حال سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ طی گزارشی اعلام کرد که امروزه درصد زیادی از منابع برای خدمات درمانی هزینه می‌شود و پیشگیری و ارتقاء سلامت که تا هفتاد درصد می‌تواند از بار جهانی بیماری‌ها کم کند، نادیده گرفته می‌شود (۲).

موضوع کیفیت به‌طور گسترده در زمینه تولید و صنعت مورد بحث قرار گرفته است ولی در بخش خدمات به دلیل ناملوس بودن خدمات که ویژگی اصلی آن است و جدایی‌ناپذیری تولید و مصرف در فرایند ارائه خدمات، کمتر مورد توجه قرار گرفته و می‌توان گفت که در بخش خدمات زمینه‌های زیادی برای طراحی و اجرای مفاهیم وجود دارد که گام مؤثری در جهت بهبود شیوه ارائه خدمت و جلب رضایت ارباب رجوع می‌باشد و از طرفی بخش بهداشت در میان بخش‌های خدمات دارای جایگاه خاصی است زیرا وقوع هر نوع اشتباه می‌تواند خدمات جبران‌ناپذیری را به وجود بیاورد (۳).

بحث کیفیت در بخش خدمات بهداشتی درمانی به دلیل نقش آن در نگهداری سلامت افراد جامعه دارای جایگاه مهمی است (۴). خدمات بهداشتی اولیه بخش تفکیک‌ناپذیر سیستم سلامت را تشکیل می‌دهد و تمرکز اصلی آن روی افراد، خانواده و جامعه است و سطح سلامتی افراد جامعه را با ارائه خدمات عادلانه و مساوی و فراهم کردن زمینه توسعه اقتصادی و اجتماعی، ارتقاء می‌دهد و به این وسیله سطح سلامتی در جامعه را تعیین می‌کند و زمینه ارتقاء خودمراقبتی و اعتماد به نفس در افراد جامعه را فراهم می‌آورد (۵). نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران بر اساس چهار رکن اساسی شامل عدالت، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب در حوزه ارائه خدمات سلامت طبق بیانیه آلمانا شکل گرفته است (۶).

کنترل کیفیت روشی نسبتاً سنتی بوده و چنین پنداشته می‌شود که خطاها و اشتباهات همواره در فرایندها رخ می‌دهند، بنابراین برای ارتقاء کیفیت، انجام بازرسی‌ها و کنترل وقایع جهت اطمینان از صحت عملکرد سیستم ضروری است تا بتوان با ارتقاء مداوم کیفیت، قدمی جلوتر برداشته شود؛ بنابراین هدف از کنترل کیفیت باید بهبود و ارتقاء مستمر کیفیت و عملکرد در سیستم باشد. هدف اولیه کیفیت جامع، رضایت مراجعین بوده و دربرگیرنده کل سازمان است یعنی هدف همه واحدهای سازمان، راضی‌نمودن گیرنده خدمت است (۷).

کیفیت زندگی مجموعه‌ای از واکنش‌های افراد نسبت به عوامل روانی، جسمی و اجتماعی است که زندگی معمولی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). اخیراً مفهوم کیفیت زندگی به‌عنوان شاخص مهمی برای سنجش سلامتی افراد، اتخاذ تصمیم و قضات در مورد سلامت کلی جامعه و پیدا کردن مشکلات در ابعاد مختلف زندگی افراد در مطالعات پزشکی و پرستاری بوده است (۹). درعین حال، کیفیت زندگی می‌تواند راهنمای خوبی برای کیفیت مراقبت از بیماران باشد (۱۰).

طبق تعریف گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی عبارت است از درک افراد از جایگاه خود در زندگی از نظر فرهنگی و نظام‌های ارزشی که با اهداف، استانداردها، علایق، انتظارات و اولویت‌های افراد مرتبط است (۱۱). در زندگی امروزی بسیاری از مشکلات در زندگی افراد وجود دارد که اجتناب از آن مشکل است، باین وجود تقویت توانایی‌ها و مهارت‌هایی که در هنگام مشکلات سلامت فرد را تأمین نماید، ضروری است (۱۲). با توجه به تحقیقات به‌عمل آمده اختلالات روانی، افسردگی، رفتارهای ناسالم و افکار خودکشی با توجه به شرایط اجتماعی و موقعیت زندگی در افراد بزرگسال تجربه می‌شود (۱۳). مطالعه کیفیت زندگی جزء اساسی در ارزشیابی خدمات بهداشتی و درمانی است (۱۴). در

ایران، عمده مطالعاتی که در خصوص کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه انجام شده بر اساس مدل سرویکال بوده است که شکاف کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است. از آن جمله می‌توان به مطالعات صافی، طراحی، کبریایی و نبی‌لو اشاره کرد که در ابعاد مختلف شکاف کیفیت بر اساس خدمات ارائه شده گزارش شده است، یعنی میان انتظارات مراجعین از دریافت خدمات و خدماتی که به آن‌ها ارائه شده است تفاوت قابل توجه وجود داشته است (۱۵-۱۸). در مطالعه حاضر ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیشتر بر اساس اصول و اجزاء مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تاثیر آن بر کیفیت زندگی دریافت کنندگان مورد بررسی قرار گرفت. از آن جایی ارائه خدمات بهداشتی اولیه به جامعه دارای جایگاه مهمی در بهداشت و درمان دارد لذا ارزیابی آن به منظور ارائه خدمات بهتر، ضروری می‌باشد و می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سطح سلامتی جامعه ایفا کند از این رو مطالعه حاضر با هدف ارزیابی کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه و تأثیر آن بر کیفیت زندگی دریافت کنندگان خدمات در یکی از مراکز سلامت جامع روستایی و خانه بهداشت‌های توابع آن واقع در دهستان‌های شهرستان اسلام‌آباد غرب انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۵ در دریافت کنندگان خدمات از یکی از مراکز جامع سلامت روستایی و خانه‌های بهداشت توابع آن که ۶ مورد بود انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه سکونت دائم در منطقه تحت پوشش مرکز سلامت روستایی و تمایل آگاهانه در مطالعه بود. در این مطالعه تعداد ۲۵۰ پرسشنامه به مراجعین تحویل داده شد. پس از جمع آوری و تصحیح پرسشنامه‌ها تعداد ۲۱۹

پرسشنامه به درستی پاسخ داده شده بودند. افراد با سطح سواد کمتر از دیپلم با استفاده از مصاحبه اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها کردند. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل کاملاً محرمانه بوده و ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه لازم نیست. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌های زیر بود:

۱- پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) ابزاری عمومی و معتبر برای سنجش و اندازه‌گیری کیفیت زندگی است و در جوامع متفاوت مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که ۸ حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ۸ حیطه عبارتند از: سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت در نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، انرژی و شادابی، سلامت روانی، زیرمقیاس سلامت جسمی و زیرمقیاس سلامت روانی (۲۱-۱۹). نمره هر یک از حیطه‌ها بر اساس دستورالعمل پرسشنامه به شکل سؤالات سه گزینه‌ای «صفر، ۵۰، ۱۰۰»، سؤالات ۵ گزینه‌ای «صفر، ۲۵، ۵۰، ۷۵، ۱۰۰»، سؤالات ۶ گزینه‌ای با نمره‌های «صفر، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰، ۱۰۰» به طور مستقل امتیازبندی و محاسبه می‌شوند. در هر سؤال نمره صفر بدترین وضعیت و نمره ۱۰۰ بهترین وضعیت را نشان می‌دهد. پایایی و روایی پرسشنامه کیفیت زندگی در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۲۲). برای تعیین پایایی از پایایی «همسانی درونی» استفاده شده که ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برای ابعاد آن به دست آمده است (۲۳).

۲- پرسشنامه محقق ساخته: این پرسشنامه مشتمل بر ۱۸ سؤال می‌باشد که در طراحی آن بیشتر از اصول و اجزای خدمات بهداشتی اولیه استفاده شده است. در پاسخ سؤالات از طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت استفاده گردید که شامل گزینه‌های «ناراضی» با امتیاز ۱، «نسبتاً ناراضی» با امتیاز ۲، «متوسط» با امتیاز ۳،

«نسبتاً راضی» با امتیاز ۴ و «راضی» با امتیاز ۵ بوده که کمترین نمره اخذشده ۱ و بیشترین نمره ۵ بود. پرسشنامه ابتدا میان ۳۰ نفر از مراجعین به صورت پایلوت توزیع گردید تا وضوح و ضرورت سؤالات از دید مخاطبین سنجیده شود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها اشکالات موجود توسط ۶ نفر از اساتید و دانشجویان متخصص بهداشت حرفه‌ای مورد بررسی قرار گرفته و رفع گردید. ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ 0.883 به دست آمد. داده‌های آماری با استفاده از آمار توصیفی، آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن، من ویتنی، کروسکال والیس و با کمک نرم‌افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی شرکت‌کنندگان در طرح $32 \pm 10/17$ سال بود. تعداد مردان ۹۹ و تعداد زنان ۱۲۰ نفر بود که از نظر تحصیلات تعداد ۱۱۶ نفر دیپلم، ۶۴ نفر زیر دیپلم و مابقی تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۹۹ نفر از شرکت‌کنندگان دارای سن کمتر از ۳۰ سال سن بودند. ۷۴ نفر در سنین ۴۵-۳۱ و باقی جمعیت بیشتر از ۴۶ سال داشتند. ۱۸۴ نفر متأهل و ۳۵ نفر مجرد بودند. میانگین کیفیت خدمات بهداشتی $(42/66 \pm 16/25)$ به دست آمد. میانگین ابعاد کیفیت خدمات بهداشتی و کیفیت زندگی کاری در جدول ۱ آورده شده است.

تعداد و درصد افراد پاسخ‌دهنده به هر سؤال از پرسشنامه سنجش کیفیت خدمات بهداشتی و همچنین میانگین نمره هر سؤال به تفکیک در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۱. میانگین کیفیت خدمت بهداشتی اولیه و ابعاد کیفیت زندگی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
کیفیت خدمات بهداشتی اولیه	۴۲/۶۶	۱۶/۲۵	۱۸	۸۷
کارکرد جسمی	۲۰	۱۷/۴۶	۰	۱۰۰
اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	۵۹	۳۸/۸۵	۰	۱۰۰
اختلال نقش به خاطر سلامت روانی	۵۳/۹۰	۲۲/۴۳	۰	۱۰۰
انرژی و نشاط	۵۶/۴۸	۱۴	۰	۹۵
سلامت عاطفی	۶۱/۳۳	۱۴/۴۶	۰	۹۵
کارکرد اجتماعی	۶۱/۷۲	۱۹/۸۰	۰	۱۰۰
درد	۶۲/۷۷	۲۰/۷۱	۰	۱۰۰
سلامت عمومی	۶۰/۲۹	۱۶	۱۰	۹۵
زیرمقیاس سلامت جسمی	۴۲/۰۷	۱۱/۴۳	۱۵	۹۵
زیرمقیاس سلامت روانی	۵۸/۴۰	۱۴/۴۸	۱۰	۹۰

۵۸ درصد شرکت‌کنندگان میزان رضایت از کیفیت خدمات بهداشتی را بالا، ۳۲ درصد متوسط و ۱۰ درصد آن را پایین گزارش کردند. آزمون کروسکال والیس نشان داد که کیفیت خدمات بهداشتی در میان گروه‌های سنی و تحصیلات متفاوت اختلاف معنی‌داری ندارد ($p > 0/05$). همچنین آزمون من ویتنی مشخص کرد که کیفیت خدمات بهداشتی

اولیه با جنسیت و وضعیت تاهل رابطه معنی‌داری ندارد ($p > 0/05$). بین کیفیت خدمات بهداشتی اولیه و مؤلفه‌های درد و سلامت عمومی و زیرمقیاس جسمی رابطه معنی‌دار دیده شد ($p < 0/05$). کیفیت خدمات بهداشتی اولیه با سایر مؤلفه‌های کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$). (جدول ۳).

جدول ۳. ارتباط کیفیت خدمات بهداشتی اولیه با ابعاد کیفیت زندگی (ضریب همبستگی اسپیرمن)

ابعاد کیفیت زندگی	کیفیت خدمات بهداشتی اولیه
کارکرد جسمی	r
	p-value
اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	r
	p-value
اختلال نقش به خاطر سلامت روانی	r
	p-value
انرژی و نشاط	r
	p-value
سلامت عاطفی	r
	p-value
کارکرد اجتماعی	r
	p-value
درد	r
	p-value
سلامت عمومی	r
	p-value
زیر مقیاس سلامت جسمی	r
	p-value
زیر مقیاس سلامت روانی	r
	p-value

*.۰/۰۰۲ ** .۰/۰۰۱

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که میزان رضایت از کیفیت خدمات بهداشتی نسبتاً بالا بوده و این متغیر با حیطه‌های درد، سلامت عمومی و زیرمقیاس جسمی از کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار دارد لذا با افزایش کیفیت خدمات بهداشتی می‌توان به بهبود کیفیت زندگی افراد کمک کرد.

کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه در این تحقیق متوسط به بالا می‌باشد و ۵۸ درصد شرکت‌کنندگان آن را بالا گزارش کردند که نسبت به نتیجه مطالعه سابراوی^۱ در سطح بالاتری است (۲۴). در مطالعه میلانی و همکاران ۴۰ درصد از کارکنان نحوه ارائه خدمات را ضعیف، ۳۱ درصد متوسط و ۲۹ درصد خوب گزارش کرده بودند که نسبت به نتایج مطالعه

حاضر، این ارائه خدمات در سطح پایین‌تری بود (۲۵). امکانات موجود در درمانگاه و خانه‌های بهداشت، نیروی انسانی کافی، انتظارات و خواسته‌های مردم و سطح آگاهی مردم ممکن است علت اختلاف در نتایج باشد.

در مطالعه حاضر ۴۲ درصد شرکت‌کنندگان کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه را متوسط و پایین گزارش کردند، از طرفی مطالعه کبریایی و همکاران در شهرستان کاشان نشان داد که انتظار گیرندگان خدمت به‌طور معنی‌داری بیشتر از خدمات ارائه‌شده به آن‌ها بوده است (۲۶) و مطالعات انجام‌شده توسط شریفی راد و همکاران بر روی مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی نشان داد که کیفیت خدمات ارائه‌شده کمتر از انتظار آن‌ها بوده است

¹ Sabrawy

(۲۷). در مطالعه لیم^۱ و همکاران در بیمارستان‌های سنگاپور نیز کیفیت خدمات ارائه‌شده کمتر از انتظارات مراجعین بوده است (۲۸)؛ لذا در مطالعات ذکرشده انتظارات گیرندگان خدمت از خدماتی که دریافت کرده اند بیشتر بوده است هر چند ابزار ارزیابی کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی در این مطالعه متفاوت از مطالعات قبلی بوده است اما تا حدودی می‌توان گفت که ممکن است یکی از دلایل گزارش کیفیت متوسط و پایین در ۴۲ درصد از شرکت کنندگان در این مطالعه، انتظارات بیش از حد مورد انتظار آن‌ها باشد، با این حال آموزش به جمعیت تحت پوشش در خصوص حداکثر خدماتی که توسط مراکز خدمات سلامت روستایی و خانه‌های بهداشت می‌توان به آن‌ها ارائه داد ضروری بوده و علاوه بر آن ارتقاء کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی نیز باید مورد توجه قرار گیرد. با این حال باید توجه داشت که کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در این مطالعه بیشتر در چارچوب خدمات ارائه شده بر اساس اصول و اجزای خدمات بهداشتی اولیه بوده است و سایر ابعاد ارائه خدمات بهداشتی از قبیل مکان فیزیکی که در مطالعات قبل مورد بررسی قرار گرفته است را شامل نمی‌شود.

در این مطالعه کیفیت خدمات بهداشتی اولیه با سلامت عمومی همبستگی داشت، از طرفی پالوسکا و همکاران گزارش کردند که فعالیت‌های فیزیکی در بهبود شرایط بهداشت روان بخصوص افسردگی و اضطراب و ارتقاء کیفیت زندگی مؤثر می‌باشد که مطالعه حاضر به نوعی همسو با آن می‌باشد (۲۹). همچنین در این مطالعه کیفیت خدمات بهداشتی با حیطه‌های درد و زیرمقیاس سلامت جسمی از کیفیت زندگی ارتباط معنادار داشت و از طرفی موتلین^۲ و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که درصد بالایی از بیماران عدم کیفیت خدمات دریافتی را به

عوامل محیطی نسبت داده اند و بیشتر از ۲۰ درصد آن‌ها اعلام کردند که اطلاعات کافی برای خودمراقبتی دریافت نکرده‌اند (۳۰). بنابراین می‌توان گفت که اولاً تدارک محیط فیزیکی مناسب از قبیل حفظ دمای مناسب سالن انتظار با سیستم‌های سرمایشی و گرمایشی در فصول مختلف و نصب سیستم‌های نوبت‌دهی برای رفاه بیشتر و بهتر مراجعه‌کنندگان و برگزاری کلاس‌های آموزشی خودمراقبتی می‌تواند باعث رضایتمندی بیشتر آن‌ها از کیفیت خدمات بهداشتی درمانی شود، ثانیاً با آموزش بهداشت در خصوص خودمراقبتی که شامل طیفی از برنامه‌ها از قبیل تغذیه، تحرک، عادات‌های رفتاری مثل استعمال دخانیات و مراجعه منظم به مراکز بهداشتی درمانی ممکن است باعث ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها شود.

نارسایی در خدمات بهداشتی اولیه در کشورهای درحال توسعه را می‌توان به مواردی مثل کمبود منابع مالی، کمبود آموزش و تجهیزات مورد نیاز، کیفیت پایین مراقبت‌ها، موانع و مشکلات در نظام ارجاع و هزینه و سرمایه‌گذاری در سطوح دوم و سوم اشاره کرد (۳۱). مراقبت‌های بهداشتی اولیه علاوه بر مراقبت‌های پزشکی شامل مراقبت‌های اجتماعی، ارتقای سطح سلامت و راه کارهای جهت پیشگیری از بیماری و افزایش سطح سلامت مردم با شناسایی مشکلات و آموزش بهداشت نیز می‌شود که در این خصوص نیروی انسانی کافی در مراکز بهداشتی درمانی مورد نیاز است (۳۲). کمبود نیروی انسانی که گرداننده نظام خدمات بهداشتی اولیه هستند مهم‌ترین و بحرانی‌ترین مسئله‌ای می‌باشد که نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با آن مواجه هستند (۳۱). بنابراین انجام بررسی‌های بیشتر در خصوص شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه که ذکر شد به منظور بهبود کیفیت آن ضروری است.

¹ Lim² Muntlin

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود، اول اینکه به صورت مقطعی انجام شد که فقط رابطه را میان متغیرهای کیفیت خدمات بهداشتی و ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد و علت و معلول را بیان نمی‌کند. دوم اینکه مطالعه فقط در بخش کوچکی از شهرستان انجام شد که ممکن است گویای کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی در کل شهرستان و استان نباشد. سوم اینکه در این مطالعه تمام ابعاد برای ارائه خدمات بهداشتی از قبیل کمبود منابع مالی و کمبود تجهیزات مورد بررسی قرار نگرفت و چهارم اینکه ابزار سنجش به صورت خوداظهاری بوده است که ممکن است با بررسی شاخص‌های عینی نتایج خدمات بهداشتی اولیه از قبیل کنترل بیماری‌های شایع در منطقه نتیجه ملموس‌تر شود. علاوه بر این‌ها در ارائه کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه بر اساس اصول و اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه همکاری بین بخشی با سایر سازمان‌ها از قبیل آموزش و پرورش به منظور فراهم آوردن زمینه‌های مناسب برای آموزش بهداشت و یا بنیاد مسکن به منظور همکاری در ساخت ساختمان‌های مناسب و بهداشتی نیز ضروری است.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه متوسط به بالا می‌باشد و با کیفیت زندگی مردم

همبستگی دارد و می‌توان با سنجش درست کیفیت زندگی به ارزیابی کیفیت مراقبت بهداشتی اولیه پرداخت. اما این سنجش تنها از طریق ابزار پرسشنامه‌ای ممکن نمی‌باشد و توجه به شاخص‌های عینی، ضروری به نظر می‌رسد. توصیه می‌شود در بررسی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی بر سنجش آن بر اساس اصول و اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه، شاخص‌های عینی از قبیل شیوع بیماری‌های منتقله از راه آب، غذا و مواد لبنی مثل تب مالت، بروز و شیوع بیماری پرفشاری خون، اعصاب و روان، درصد پوشش واکسیناسیون، غربالگری مادران باردار، انجام پاپ‌اسمیر تاکید گردد.

تضاد در منافع

هیچ تضادی در منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با شناسه IR.KUMS.REC.1397.1023 می‌باشد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاران معاونت پژوهشی و بهورزان محترم مرکز خدمات سلامت جامع روستایی که در این مطالعه همکاری لازم را مبذول داشتند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

References

- 1- Asadi F, Hosseini A, Moghaddasi H, Nasr Haydarabadi N, et al. Primary health care information systems in health centers of Tehran, Iran. *Health Inform Manage*. 2012;9:1-10.
- 2- Politzer RM, Schempf AH, Starfield B, Shi L. The future role of health centers in improving national health. *Journal of Public Health Policy*. 2003;24(3):296-306.
- 3- Mohammadi A, Shoghli A. Survey on quality of primary health cares in Zanjan District Health Centers. *ZUMS Journal*. 2009;16(65):89-100.
- 4- Jackson S. Successfully implementing TQM within health care. *Int J Health Care Qual Assur (IJHQA)*. 2000;14(4):157-63.
- 5- Thomas-MacLean R, Tarlier D, Ackroyd-Stolarz S, Fortin M, Stewart M. No cookie-cutter response: conceptualizing primary health care. Retrieved; 2014. " <http://www.uwo.ca/fammed/csfm/tutor-phc/documentation/trainingpapers>

- 6- Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. 2000. EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal, 6 (4), 822-825
- 7- Sheykh TA, Farzandipour M, Sadoughi F. Consumer's satisfaction with admission services in teaching hospitals affiliated to Kashan university of medical sciences; 2007:6
- 8- Pais-Ribeiro J. Quality of life is a primary end-point in clinical settings. Clinical nutrition. 2004;23(1):121-30.
- 9- Barnett DB. Assessment of quality of life. The American journal of cardiology. 1991;67(12):41-4.
- 10- Karlsson I, Berglin E, Larsson PA. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery—a longitudinal study. Journal of advanced nursing. 2000;31(6):1383-92.
- 11- Organization WH. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
- 12- Kord NR, Sharifi HP. Preparation of a life-skills curriculum plan for high school student. 2005 Journal of Educational Innovations. 2005;4(12) : 11 - 34.
- 13- Javadi MS, Sepahvand MSS, Mahmudi PD. The Effect of Life Skills Training on Quality of Life in Nurses of Khorramabad Hospitals. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2013;21(1):32-42.
- 14- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. New England journal of medicine. 1996;334(13):835-40.
- 15- Safi M-H, Fereydounfar A-A, Arshi S. Quality of Primary Health Services in the Clinics of Shomal Health Center of Tehran. Community Health (Sal mat-i ijtim). 2014;1(1):54-61.
- 16- Tarrahi mj, Hamouzadeh p, Bijanvand m, Lashgarara b. The quality of health care services provided in health care centers of Khorramabad using SERVQUAL model in 2010. scientific magazine yafte. 2012;14(1):13-21.
- 17- Kebriaei A, Akbari F, Hosseini S, Eftekhari Ardabili H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary health care in Kashan health centers. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2004;8(2):82-8.
- 18- Nabilou B, Rasouli J. Quality of family health services in selected cities of west azerbaijan province health posts from reality to expectations of service consumers. The Journal of Urmia University of Medical Sciences. 2013;24(4):277-85.
- 19- Malekpour f, mohammadian y, mohamadpour y, fazli b, hassanloei b. Assessment of relationship between quality of life and mental workload among nurses of Urmia Medica University Hospitals. Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences. 2014;12(6):499-505.
- 20- Zakerian SA, Abbasinia M, Mohammadian F, Fathi A, Rahmani A, Ahmadnezhad I, et al. The relationship between workload and Quality of Life among hospital staffs. Journal of Ergonomics. 2013;1(1):43-56.
- 21- Zahmatkeshan N, Akaberian S, Yazdanpanah S, Khoramroodi R, Gharibi T, Jamand T. Assessing Quality Of Life and related factors in Bushehr, s elders—1387-8. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2012;2(1):53-8.
- 22- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of life research. 2005;14(3):875-82.
- 23- Abbaszadeh F, Baghery A, Mehran N. Quality of Life among Pregnant Women. Hayat. 2009;15(1):41-8.
- 24- Sabrawy A. A study of patient satisfactory of utilization of primary health care service. Journal of the Royal Society of Health, 1992; 112(2): 64-67
- 25- Jadid MM, Mahfouzpour S, Valafei N, Hossein ZS, Soheil AF. Assessing the quality of care services for 0-6 years children in urban health centers of shahid behashti university of medical sciences. Pejouhande: 2003; 8(4): 291 -198.
- 26- Kebriaei A, Akbari F, Hosseini M, Eftekhari Ardabili H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary health care in Kashan health centers. J Qazvin Univ Med Sci. 2004;31:82-8.
- 27- Sharifirad GR, Shamsi M, Pirzadeh A, Daneshvar FP. quality gap in primary health care services in Esfahan womens perspective. Journal of Education and Health Promotion. 2012;1(45):45-53.

- 28-Cheng Lim P, Tang NK .A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2000;13(7):290-9.
- 29-Motaghed Z, Monfared ED, Torabi SM, Mousavi A, Eshraghi R, Nemati I, et al. Assessment of Quality of Services in Health Centers from the Perspective of Clients by SERVQUAL Method. Health Research. 2016;2(1):49-55.
- 30-Muntlin Å, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. Journal of clinical nursing. 2006;15(8):1045-56.
- 31-Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health. Sports medicine. 2000;29(3):167-80.
- 32-Khayati F, Saberi MH. Primary Health Care (PHC) an ever strategy for health equity extension. Journal of Health Administration. 2009;12(35):33-40.
- 33-Poulton BC, West MA. Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. Journal of advanced nursing. 1993;18(6):918-25.
- 34-Yazdi Feyzabadi V, Ansari M, Amini Rarani M, Naghibzadeh Tahami A, Heydari A. Health Team in Primary Health Care: Facilitators and Inhibitors of the Effective Function. 2. 2014;2(1):74-66.