

دانشور پزشکی

شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان نیشابور

نویسندگان: علی غلامی^{۱*}، دکتر علی اصغر نوری^۲، دکتر مجید خجسته پور^۳، مینا
عسکری^۴، دکتر حسن سجادی^۵

۱- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، معاونت بهداشتی، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور،
ایران

۲- پزشک عمومی، معاونت بهداشتی، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

۳- دکتری داروسازی، معاونت بهداشتی، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

۴- کارشناس پرستاری، معاونت بهداشتی، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

۵- پزشک عمومی، معاونت بهداشتی، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

E-mail: Aagholami80@yahoo.com

* نویسنده مسئول: علی غلامی

چکیده

مقدمه وهدف: نگرش‌های مدیریتی جدید، کیفیت را خواسته مشتری تعریف می‌کنند. شناخت ادراکها و انتظارات مشتریان، اولین گام برای ارتقای کیفیت است. این مطالعه با هدف تعیین شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی - درمانی نیشابور با استفاده از ادراکها و انتظارات دریافت‌کنندگان خدمت انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۹ و روی چهارصد نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان نیشابور (که به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شده بودند) انجام شده است. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه با زنان برگزیده و با استفاده از پرسش‌نامه سروکوال (کیفیت خدمات) صورت گرفته است. داده‌های به دست آمده با بهره‌گیری از نرم‌افزار Spss نسخه شانزدهم تجزیه و تحلیل شده‌اند.

نتایج: در این مطالعه در همه ابعاد کیفیت، شکاف منفی مشاهده شد. شکاف کلی کیفیت ۰/۶۴- است و بیشترین شکاف کیفیت در بعد ملموس (۰/۶۸-) و کمترین شکاف کیفیت در بعد همدلی (۰/۵۹-) مشاهده شد و میان ادراکها و انتظارات مراجع‌کنندگان در هر پنج بعد سروکوال، تفاوت آماری معناداری دیده شد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در هر پنج بعد کیفیت، انتظارات دریافت‌کنندگان به‌طور کامل برآورده نشده است.

واژگان کلیدی: شکاف کیفیت، سروکوال، خدمات بهداشتی اولیه، مراکز بهداشتی - درمانی نیشابور

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال هجدهم - شماره ۹۲
اردیبهشت ۱۳۹۰

دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۶
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۰/۱/۲۹
پذیرش: ۱۳۹۰/۲/۵

مقدمه

کیفیت خدمات در مقام تبیین‌کننده اصلی موفقیت یک سازمان در محیط رقابتی امروز شناخته شده و هرگونه کاهش در رضایت مشتری به دلیل کیفیت ضعیف خدمات عامل نگرانی است (۱). برای ارزیابی کیفیت در نگرش‌های سنتی، مشخصه‌های کالا یا خدمت را معیار کیفیت تعریف می‌کردند ولی بر اساس شیوه‌ها و نگرش‌های جدید، کیفیت را خواسته مشتری تعریف می‌کنند (۲) یا به عبارتی، کیفیت، برآوردن نیازها و خواسته‌های مشتریان است و مشتریان هستند که آن را مشخص می‌کنند (۱). کیفیت، مانند زیبایی در چشم مشاهده‌کننده یا در ذهن مصرف‌کننده برجسته است (۳). مشکل کیفیت خدمات، بیشتر در سازمان‌هایی به وجود می‌آید که بر شناخت و برآوردن نیازها و خواسته‌های مشتریان تمرکز نمی‌کنند. باید سازمان خدماتی، خود را جای مشتریان بگذارد و سیاست‌های خودش را بر اساس دیدگاه آنان بنانهد (۱). عدم ارتباط مستقیم با مشتری، سبب می‌شود که تصمیم‌گیران و برنامه‌ریزان نتوانند به درستی، اولویت امور را تعیین کنند و این امر باعث می‌شود که عملکرد خدمت نتواند پاسخ‌گوی انتظارات مشتریان باشد و در نتیجه، میان مشتریان در زمینه کیفیت خدمات اختلاف نظر ایجاد می‌شود (۴). منظور از اختلاف نظر در زمینه کیفیت خدمات، اختلاف میان انتظار مشتری از وضع مطلوب و ادراک وی از وضع موجود است (۵). مشتریان یا دریافت‌کنندگان خدمت، کیفیت، خدمت را با مقایسه انتظارات و ادراک‌های خود از خدمات دریافت‌شده، ارزیابی می‌کنند (۶). گام اساسی برای جبران اختلاف میان انتظارات و ادراک‌های دریافت‌کنندگان خدمت، شناخت خواسته‌ها و درک مشتریان از کیفیت خدمات و تعیین میزان اختلاف میان آنهاست؛ در این صورت با شناخت اختلاف‌های موجود، نه تنها اولویت‌گذاری و تخصیص منابع تسهیل می‌شود، بلکه مبنایی فراهم می‌آید تا بتوان کیفیت خدمات ارائه‌شده را بهبود بخشید (۷). پنج بعد کیفیت خدمت عبارت‌اند از: ۱- بعد ملموس (شرایط و فضای فیزیکی محیط ارائه

خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات و ظاهر کارکنان سازمان خدماتی)؛ ۲- بعد اطمینان (توانایی انجام خدمت به شکل مطمئن و قابل اعتماد)؛ ۳- بعد پاسخ‌گویی (تمایل به همکاری و کمک به مشتری)؛ ۴- بعد تضمین (شایستگی و توانایی کارکنان برای القای حس اعتماد و اطمینان به مشتری) و ۵- بعد همدلی یا برخورد مناسب با افراد (برخورد ویژه با هریک از مشتریان با توجه به روحیات آنها به طوری که مشتریان قانع شوند سازمان آنها را درک کرده‌است) (۵، ۸). موضوع کیفیت در زمینه‌های تولیدی و صنعتی به طوری گسترده مورد توجه واقع شده‌است که این به واسطه ویژگی ملموس بودن آن است؛ ولی در بخش خدمات به دلیل ویژگی ناملموس آن، کمتر به این موضوع پرداخته شده‌است (۹). در میان بخش‌های گوناگون خدمات، بخش خدمات بهداشتی- درمانی، جایگاهی ویژه دارد؛ این بخش با قشر وسیعی از جامعه مرتبط است و مهم‌تر آنکه، وظیفه و رسالت حفظ سلامت جامعه را برعهده دارد؛ همچنین اقدام مؤثر برای بهبود شیوه خدمت‌دهی و کسب رضایت مشتریان در این بخش از اهمیتی ویژه برخوردار است (۲). نتایج مطالعه‌ای که دکتر آقا ملایی و همکاران به منظور سنجش ادراک‌ها و انتظارات زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر بندرعباس انجام دادند، آشکار کرد که شکاف کیفیت در تمام ابعاد پنج‌گانه خدمت منفی بوده‌است (۹)؛ همچنین نتایج مطالعات دکتر کبریایی (۱۰) و غلامی (۱۱) که در مراکز بهداشتی- درمانی شهرهای کاشان و ارومیه انجام شده‌است، نشان‌دهنده شکاف کیفیت در تمام ابعاد پنج‌گانه خدمت منفی بوده‌است. مطالعه‌ای که کمپ بل و همکاران، روی مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی- درمانی شهر لندن در مورد ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی اولیه انجام دادند آشکار کرد که میان گروه‌های سنی از نظر ادراک کیفیت خدمات، تفاوتی معنی‌دار وجود داشت، افراد مسن‌تر از کیفیت خدمات (به جز در مورد بعد دسترسی) ادراک مطلوب‌تری داشتند (۱۲). با توجه به اهمیت شناخت هر دو دسته ادراک‌ها و

کودکانشان در مقایسه با مردان (از جمله تنظیم خانواده، مراقبت‌ها و واکسیناسیون کودکان و ...) لذا دو نفر پرسشگر (مصاحبه با شرکت‌کنندگان)، پرسش‌نامه‌ها را از طریق مصاحبه با زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان نیشابور در طی ماه‌های مهر و آبان سال ۱۳۸۹ تکمیل کردند. هر پرسش، پنج گزینه (خیلی خوب، خوب، متوسط، بد و خیلی بد) را دربرمی‌گرفت که برای انجام آزمون‌های آماری به آنها از شماره ۱ (خیلی بد) تا شماره ۵ (خیلی خوب) نمره‌دهی شده‌است. در هر بعد، امتیاز تمام بخش‌ها با هم جمع شدند و نتایج حاصل به تعداد بخش‌ها در هر بعد تقسیم شد که به این ترتیب، امتیاز ادراک و انتظار در هر بعد بین ۱ تا ۵ به- دست‌آمد. برای تعیین شکاف کیفیت (Quality Gap) نمره‌های انتظار (Perception) از نمره‌های ادراک (Expectation) کم‌شده‌است ($QGE-P$). از میان ۲۸ مرکز بهداشتی - درمانی شهرستان نیشابور، ۱۰ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند و حجم نمونه به‌نسبت تعداد جمعیت زیر پوشش هر مرکز بهداشتی - درمانی، میان آنها توزیع شد و در هر مرکز با استفاده از روش نمونه‌گیری سیستماتیک، نمونه‌های لازم برگزیده شدند. برای تعیین اهداف توصیفی مطالعه از محاسبه فراوانی و نیز میانگین و انحراف معیار برحسب نوع متغیر استفاده شده‌است، برای تعیین اهداف تحلیلی از آزمون‌های تی زوج، ویلکاکسون، فریدمن و آنالیز واریانس در نرم‌افزار Spss16 استفاده شده‌است. به‌منظور تصمیم‌گیری برای بیان رابطه، مقدار p کمتر از ۰/۰۵ ملاک قضاوت بوده‌است. شرکت در این مطالعه، منوط به موافقت شفاهی و آگاهانه زنان بوده‌است. در صورت عدم تمایل فردی به شرکت در مطالعه، مراجعه‌کننده بعدی شرکت داده‌شده است و گروه تحقیق به حفظ و نگهداری محرمانه داده‌های افراد در جریان مطالعه و انتشار نتایج متعهد بوده‌اند. در این مطالعه، داده‌های مورد نیاز در پرسش‌نامه‌ها به‌طور کامل جمع‌آوری شده‌است.

انتظارهای دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی اولیه (در مقام مشتریان نظام بهداشتی - درمانی) در راستای بهبود کیفیت خدمات بهداشتی - درمانی و نابودی یا کاهش شکاف احتمالی میان وضع موجود و وضع مطلوب کیفیت، این مطالعه با هدف بررسی شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان نیشابور از طریق مصاحبه با زنان مراجعه‌کننده به این مراکز انجام شده‌است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی، طراحی و روی چهارصد نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان نیشابور انجام شده‌است که در آن، شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در این مراکز مورد مطالعه قرار گرفته‌است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه کیفیت خدمات یا سروکوال است که پاراسورمون و همکاران، آن را تدوین کرده‌اند و دو پرسش‌نامه ادراک و انتظار را دربرمی‌گیرد (هر پرسش - نامه حاوی ۲۲ پرسش است) و پاسخ‌دهندگان، ابتدا ادراک خود را در مورد خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده بیان کرده‌اند که به این ترتیب نمره‌های ادراک به‌دست آمده و سپس انتظارهای خود را از خدماتی که به نظرشان باید به آنها ارائه شود مطرح کردند؛ به این ترتیب، نمره‌های انتظار به‌دست‌آمد. پرسش‌نامه استفاده شده، پنج بعد (ملموس، اطمینان، پاسخ‌گویی، تضمین و همدلی) را شامل می‌شد که بعد ملموس چهار پرسش؛ بعد اطمینان، پنج پرسش؛ بعد پاسخ‌گویی، چهار پرسش؛ بعد تضمین، چهار پرسش و بعد همدلی پنج پرسش را دربرمی‌گیرند. این پرسش‌نامه برای چند مطالعه در ایران استفاده شده‌است (۹، ۱۰ و ۱۱) که روایی و پایایی لازم را برای استفاده در ایران دارد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ادراک ۰/۹۷ و پرسش‌نامه انتظار ۰/۸۴ است (۲۲ پرسش در هر پرسش‌نامه و در ۴۰۰ نمونه مورد مطالعه). با توجه به مراجعه بیشتر زنان به مراکز بهداشتی - درمانی به‌منظور استفاده از خدمات برای خود و

نتایج

۳؛ به طوری که میان ادراک و انتظار مراجعه کنندگان در تمامی بخش‌ها تفاوت آماری منفی به چشم می‌خورد ($p < 0/001$). بین ادراک و انتظار مراجعه کنندگان با سطح تحصیلاتشان رابطه آماری معناداری وجود داشت ($p < 0/001$)؛ همچنین این رابطه معنادار بین شکاف کیفیت منفی و سطح تحصیلات مراجعه کنندگان مشاهده شد (جدول ۴) و نشان داده شد تمامی افرادی که تحصیلات دانشگاهی داشتند به وجود شکاف کیفیت منفی قائل‌اند (جدول ۵). میانگین سنی زنانی که به وجود شکاف منفی قائل بودند، کمتر از میانگین سنی سایر زنان بود که این اختلاف از نظر آماری نیز معنی‌دار بود ($p < 0/001$). نتایج نشان داد که در تمام ابعاد کیفیت، کمتر از یک چهارم (۲۳/۵ درصد) افراد مورد مطالعه به وجود شکاف مثبت کیفیت عدم و وجود شکاف کیفیت معتقد بودند (جدول ۶). از میان بعدها پنج‌گانه، نسبت بیشتری از افراد بعد ملموس و نسبت کمتری بعد تضمین را دارای شکاف منفی دانستند (جدول ۶). از میان ۲۲ عبارت مربوط به کیفیت خدمات، بیشترین شکاف کیفیت در عبارت انجام سریع و بدون معطلی خدمات و کمترین شکاف کیفیت در عبارت اعلام زمان دقیق ارائه خدمات به مراجعه کنندگان مشاهده شد (جدول ۳).

میانگین سنی زنان مورد بررسی $32/54 \pm 11/99$ سال بود. از میان چهارصد نمونه مورد مطالعه، ۷۵ نفر (۱۸/۸ درصد) بی‌سواد، ۷۴ نفر (۱۸/۵ درصد) تحصیلات ابتدایی، ۱۵۲ نفر (۳۸ درصد) تحصیلات راهنمایی، ۷۰ نفر (۱۷/۵ درصد) تحصیلات متوسطه و ۲۹ نفر (۷/۲ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند.

در این مطالعه مشاهده شد که در هر پنج بعد کیفیت، شکاف کیفیت منفی وجود داشت. شکاف کلی کیفیت در این مطالعه $0/64 -$ بود، به طوری که کمترین و بیشترین شکاف کیفیت به ترتیب در ابعاد همدلی و ملموس مشاهده شد (جدول ۱). میان ادراک‌ها و انتظارات مراجعه کنندگان در هر پنج بعد سروکوال تفاوت آماری معناداری دیده شد ($p < 0/001$)؛ همچنین میان شکاف‌های کیفیت منفی ابعاد پنج‌گانه سروکوال تفاوت آماری معناداری مشاهده شد (آزمون فریدمن: کای دو = $28/74$ ، $p < 0/001$). بین شکاف‌های کیفیت منفی بعد ملموس با اطمینان و همدلی، بعد پاسخ‌گویی با همدلی تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت؛ ولی میان سایر ابعاد، تفاوتی معنادار مشاهده نشد (جدول ۲). در این مطالعه شکاف کیفیت منفی در تمامی بخش‌ها دیده شد (جدول

جدول ۱. میانگین نمره‌های ادراک، انتظار و شکاف کیفیت خدمات در بعدها پنج‌گانه سروکوال

ابعاد کیفیت	ادراک	انتظار	شکاف کیفیت	آزمون تی زوج	
				P	t
ملموس	$3/95 \pm 0/59$	$4/63 \pm 0/5$	$-0/68 \pm 0/89$	$< 0/001$	$-15/18$
اطمینان	$4/25 \pm 0/63$	$4/88 \pm 0/24$	$-0/63 \pm 0/63$	$< 0/001$	$-20/01$
پاسخ‌گویی	$4/16 \pm 0/68$	$4/83 \pm 0/3$	$-0/67 \pm 0/66$	$< 0/001$	$-20/33$
تضمین	$4/26 \pm 0/64$	$4/88 \pm 0/27$	$-0/62 \pm 0/64$	$< 0/001$	$-19/4$
همدلی	$4/23 \pm 0/65$	$4/83 \pm 0/34$	$-0/59 \pm 0/65$	$< 0/001$	$-18/21$
کیفیت کلی	$4/17 \pm 0/58$	$4/81 \pm 0/25$	$-0/64 \pm 0/6$	$< 0/001$	$-21/05$

جدول ۲. مقایسه شکاف کیفیت ابعاد پنج گانه با استفاده از آزمون ویلکاکسون

آزمون ویلکاکسون		ابعاد کیفیت	
p	z		
۰/۰۲۳	-۲/۲۹	اطمینان	
۰/۰۴۴	-۰/۷۸	پاسخ گویی	
۰/۰۵۸	-۱/۹	تضمین	
۰/۰۰۳	-۳/۰۲	همدلی	
۰/۰۷۶	-۱/۷۸	پاسخ گویی	
۰/۸۷	-۰/۱۷	تضمین	
۰/۱۷	-۱/۳۹	همدلی	
۰/۱۲	-۱/۵۷	تضمین	
۰/۰۰۲	-۳/۰۶	همدلی	
۰/۲۱	-۱/۲۴	همدلی	

جدول ۳. میانگین نمرات ادراک، انتظار و شکاف کیفیت در همه عبارات سروکوال

آزمون تی زوج		شکاف کیفیت	انتظار	ادراک	ابعاد خدمت
P	t				
بعد ملموس					
<۰/۰۰۱	-۱۱/۳۳	-۰/۴۷	۴/۷۱	۴/۲۴	آراستگی و تمیزی ظاهر کارکنان
<۰/۰۰۱	-۱۵/۳۷	-۰/۶۳	۴/۸۲	۴/۱۹	پاکیزگی و تمیزی محیط مرکز بهداشتی-درمانی
<۰/۰۰۱	-۱۲/۹۸	-۰/۸۱	۴/۵۱	۳/۷	جذاب بودن ظاهر تجهیزات و تسهیلات مرکز بهداشتی-درمانی
<۰/۰۰۱	-۱۲/۷۶	-۰/۷۹	۴/۴۸	۳/۶۹	روزآمد و جدید بودن تجهیزات و وسائل موجود در مرکز بهداشتی-درمانی
بعد اطمینان					
<۰/۰۰۱	-۱۷/۹۹	-۰/۷۹	۴/۸۸	۴/۰۹	انجام کارها توسط کارکنان مطابق تعهدات داده شده
<۰/۰۰۱	-۱۶/۴۲	-۰/۶۸	۴/۸۴	۴/۱۶	علاقه مندی کارکنان در انجام کارها و ارائه خدمات
<۰/۰۰۱	-۱۶/۳۳	-۰/۶۵	۴/۹	۴/۲۵	انجام صحیح خدمت توسط کارکنان در اولین مراجعه به مرکز بهداشتی-درمانی
<۰/۰۰۱	-۱۵/۵۹	-۰/۵۹	۴/۸۷	۴/۲۸	ارائه خدمات در زمان وعده داده شده توسط کارکنان بهداشتی-درمانی
<۰/۰۰۱	-۱۳/۷۸	-۰/۴۳	۴/۸۹	۴/۴۶	نگهداری دقیق سوابق و پرونده مراجعه کنندگان در مرکز بهداشتی-درمانی
بعد پاسخ گویی					
<۰/۰۰۱	-۱۰/۵۶	-۰/۴۱	۴/۸۱	۴/۴	اعلام زمان دقیق انجام خدمت به مراجعه کنندگان
<۰/۰۰۱	-۱۷/۸۳	-۰/۸۴	۴/۸۲	۳/۹۸	انجام سریع و بدون معطلی خدمات
<۰/۰۰۱	-۱۳/۴۱	-۰/۶۱	۴/۸۱	۴/۲	اشتیاق همیشگی کارکنان برای کمک به مراجعه کنندگان
<۰/۰۰۱	-۱۹/۴۶	-۰/۸	۴/۸۸	۴/۰۸	در دسترس بودن کارکنان به هنگام نیاز و تقاضای مراجعه کننده
بعد تضمین					
<۰/۰۰۱	-۱۳/۹۷	-۰/۵۳	۴/۸۴	۴/۳۱	اعتماد مراجعه کنندگان به کارکنان
<۰/۰۰۱	-۱۵/۷۳	-۰/۶۷	۴/۸۷	۴/۲	احساس امنیت و آرامش مراجعه کننده هنگام تماس با کارکنان
<۰/۰۰۱	-۱۸/۹۴	-۰/۷۳	۴/۹۳	۴/۲	دانش و مهارت کارکنان در پاسخ به نیاز مراجعه کنندگان
<۰/۰۰۱	-۱۴/۳۴	-۰/۵۵	۴/۸۷	۴/۳۲	رعایت ادب و فروتنی توسط کارکنان
بعد همدلی					
<۰/۰۰۱	-۱۳/۵	-۰/۵۷	۴/۸۲	۴/۲۵	توجه ویژه به هریک از مراجعه کنندگان از طرف کارکنان
<۰/۰۰۱	-۱۴/۵۳	-۰/۵۵	۴/۸۲	۴/۲۷	مناسب بودن زمان مراجعه به مرکز بهداشتی-درمانی
<۰/۰۰۱	-۱۴/۴۷	-۰/۵۹	۴/۸۴	۴/۲۵	توجه خاص به ارزشها و عواطف مراجعه کنندگان توسط کارکنان
<۰/۰۰۱	-۱۴/۷	-۰/۶۱	۴/۷۸	۴/۱۷	علاقه قلبی کارکنان به مراجعه کنندگان
<۰/۰۰۱	-۱۵/۳۶	-۰/۶۲	۴/۸۶	۴/۲۴	درک نیازهای خاص مراجعه کنندگان از سوی کارکنان

جدول ۴. مقایسه ادراک و انتظار مراجعه کنندگان و شکاف کیفیت خدمات در سطوح تحصیلی مختلف

شکاف کیفیت	انتظار	ادراک	سطح تحصیلات	ابعاد کیفیت
-۰/۱۵	۴/۴۱	۴/۲۶	بی سواد	ملموس
-۰/۰۱	۴/۳۶	۴/۳۵	ابتدایی	
-۰/۰۹	۴/۷۶	۳/۸۶	راهنمایی	
-۱/۱۶	۴/۷۷	۳/۶۱	متوسطه	
-۱/۳۷	۴/۸۶	۳/۴۹	دانشگاهی	
P<0.001	P<0.001	P<0.001	ANOVA	
-۰/۴۳	۴/۹۷	۴/۵۴	بی سواد	اطمینان
-۰/۲۳	۴/۹۳	۴/۷۰	ابتدایی	
-۰/۷۹	۴/۸۸	۴/۰۹	راهنمایی	
-۰/۷۷	۴/۷۷	۴	متوسطه	
-۰/۹۹	۴/۷۷	۳/۷۸	دانشگاهی	
P<0.001	P<0.001	P<0.001	ANOVA	
-۰/۴۵	۴/۹۵	۴/۵۰	بی سواد	پاسخ گویی
-۰/۳۰	۴/۹۲	۴/۶۲	ابتدایی	
-۰/۸۱	۴/۸۲	۴/۰۱	راهنمایی	
-۰/۸۳	۴/۶۴	۳/۸۱	متوسطه	
-۱/۰۱	۴/۷۷	۳/۷۶	دانشگاهی	
P<0.001	P<0.001	P<0.001	ANOVA	
-۰/۴۲	۴/۹۸	۴/۵۶	بی سواد	تضمین
-۰/۲۱	۴/۹۴	۴/۷۳	ابتدایی	
-۰/۸	۴/۸۶	۴/۰۶	راهنمایی	
-۰/۷۲	۴/۷۵	۴/۰۳	متوسطه	
-۰/۹۹	۴/۸۳	۳/۸۴	دانشگاهی	
P<0.001	P<0.001	P<0.001	ANOVA	
-۰/۳۵	۴/۹۵	۴/۶۰	بی سواد	همدلی
-۰/۲۰	۴/۸۹	۴/۶۹	ابتدایی	
-۰/۸۱	۴/۸۶	۴/۰۵	راهنمایی	
-۰/۷۱	۴/۶۱	۳/۹	متوسطه	
-۰/۸	۴/۷	۳/۹	دانشگاهی	
P<0.001	P<0.001	P<0.001	ANOVA	
-۰/۴	۴/۸۹	۴/۴۹	بی سواد	کیفیت کلی خدمات
-۰/۱۹	۴/۸۱	۴/۶۲	ابتدایی	
-۰/۸۳	۴/۸۳	۴/۰۱	راهنمایی	
-۰/۸۴	۴/۷۱	۳/۸۷	متوسطه	
-۱/۰۳	۴/۷۸	۳/۷۵	دانشگاهی	
P<0.001	P<0.001	P<0.001	ANOVA	

جدول ۵. توزیع فراوانی وضعیت شکاف کیفیت برحسب سطح تحصیلات

شکاف منفی	فقدان شکاف	شکاف مثبت	
تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	
۳۸ (۵۰/۷)	۱۱ (۱۴/۷)	۲۶ (۳۴/۷)	بی سواد
۴۲ (۵۶/۸)	۸ (۱۰/۸)	۲۴ (۳۲/۴)	ابتدایی
۱۳۰ (۸۵/۵)	۹ (۵/۹)	۱۳ (۸/۶)	راهنمایی
۶۷ (۹۵/۷)	۱ (۱/۴)	۲ (۲/۹)	متوسطه
۲۹ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	دانشگاهی

جدول ۶. فراوانی و درصد وضعیت شکاف کیفیت در بعدهای پنج گانه خدمت

ابعاد کیفیت	شکاف مثبت	فقدان شکاف	شکاف منفی
	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)
ملموس	۶۴ (۱۶)	۴۹ (۱۲/۲۵)	۲۸۷ (۷۱/۷۵)
اطمینان	۱۵ (۳/۷۵)	۱۱۵ (۲۸/۷۵)	۲۷۰ (۶۷/۵)
پاسخ‌گویی	۲۳ (۵/۷۵)	۱۰۲ (۲۵/۵)	۲۷۵ (۶۸/۷۵)
تضمین	۱۵ (۳/۷۵)	۱۳۳ (۳۳/۲۵)	۲۵۲ (۶۳)
همدلی	۲۹ (۷/۲۵)	۱۱۸ (۲۹/۵)	۲۵۳ (۶۳/۲۵)
کیفیت کلی	۶۵ (۱۶/۲۵)	۲۹ (۷/۲۵)	۳۰۶ (۷۶/۵)

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که شکاف کیفیت در هر پنج بعد کیفیت در مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان نیشابور منفی است. شکاف کیفیت منفی، این موضوع را آشکار می‌کند که بین انتظار مشتریان (مراجعه‌کنندگان به مراکز) و ادراک آنها از خدمت فاصله وجود دارد و انتظارات آنها به اندازه کافی برآورده نشده است. در این مطالعه شکاف کلی کیفیت ۰/۶۴- است که از شکاف کلی کیفیت (۱/۰۵-) مشاهده شده در مطالعه دکتر کبریایی (که در مراکز بهداشتی-درمانی شهر کاشان انجام داده (۱۰)) و شکاف کیفیت کلی (۰/۸۷-) مشاهده شده در مطالعه دکتر آقاملائی (که در مراکز بهداشتی-درمانی شهر بندرعباس انجام شده کمتر است، (۹) ولی از شکاف کیفیت کلی (۰/۶۱-) مشاهده شده در مطالعه غلامی (که در مراکز بهداشتی-درمانی شهر ارومیه انجام شده) بیشتر است (۱۱).

بیشترین شکاف کیفیت منفی در بعد ملموس (۰/۶۸) دیده شد که منظور از بعد ملموس، شرایط و فضای فیزیکی محیط ارائه خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات و ظاهر کارکنان سازمان خدماتی است (۴). یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهند که شرایط فیزیکی مناسب برای راحتی و آسایش دریافت‌کنندگان خدمت در مراکز بهداشتی-درمانی حائز اهمیت بوده، اصلاح محیط فیزیکی می‌تواند در نحوه ارائه خدمت کارکنان و جلب رضایت بیشتر ارباب رجوع تأثیری بسزاداشته باشد. در مطالعه دکتر کبریایی (۱۰)، لیم (۶) و کاریدیس (۱۳)

بیشترین شکاف کیفیت در بعد پاسخ‌گویی دیده شده است ولی در این مطالعه بعد پاسخ‌گویی در رتبه دوم از نظر شکاف کیفیت منفی قرار دارد. در مطالعه دکتر آقاملائی (۹) در بعد تضمین، در مطالعه بری (۱۴) و مطالعه غلامی (۱۱) در بعد اطمینان مشاهده شد که بعد تضمین و اطمینان به ترتیب در رتبه‌های سوم و چهارم قرار دارند ولی در مطالعه دانلی که در اسکاتلند و روی خدمات کتابخانه‌های انجام شده است، مانند این مطالعه، بیشترین شکاف کیفیت در بعد ملموس دیده شد (۱۵). کمترین شکاف کیفیت در بعد همدلی (۰/۵۹-) مشاهده شد که منظور از همدلی، برخورد ویژه با هریک از مشتریان با توجه به روحیات آنهاست، به طوری که مشتریان قانع شوند که سازمان آنها را درک کرده است (۴). هرچند طبق نتایج این مطالعه، کمترین شکاف کیفیت در بعد همدلی مشاهده شده است ولی با توجه به اهمیت برخورد مناسب و درک نیازهای متفاوت افراد گوناگون می‌تواند در جلب رضایت مشتریان و کاهش شکاف کیفیت خدمات تأثیر بسزاداشته باشد. در مطالعات کبریایی (۱۰)، لیم (۶)، بری (۱۴) برخلاف نتایج این مطالعه، کمترین شکاف کیفیت در بعد ملموس مشاهده شد ولی در مطالعه گاگلین (۱۶) و دانلی (۱۵) کمترین شکاف به ترتیب در بعد تضمین و بعد اطمینان دیده شد که در این مطالعه این دو بعد به ترتیب از نظر کمترین شکاف کیفیت در رتبه‌های دوم و سوم قرار دارند و در مطالعه آقاملائی (۹) و غلامی (۱۱)، مانند نتایج این مطالعه،

و درک نیازهای آنان توجیه شوند و این موضوع به طور کامل خاطرنشان شود که تمامی اقدام‌هایی که در سیستم‌های بهداشتی انجام می‌شود برای حفظ، ارتقای سلامت، رفاه حال و جلب رضایت مشتریان است. در این مطالعه، میان سن و میزان تحصیلات مراجعه‌کنندگان با ادراک و انتظارشان ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شده است ($P < 0/05$) به گونه‌ای که با افزایش میانگین سنی و سطح تحصیلات مراجعه‌کنندگان، شکاف کیفیت منفی افزایش می‌یابد و افرادی که تحصیلات دانشگاهی دارند در تمامی ابعاد (به جز بعد همدلی) به وجود شکاف کیفیت منفی معتقدند. در مطالعه سول که در مراکز بهداشتی انگلستان انجام شده است، میان سن مراجعه‌کنندگان با بعدهای پاسخ‌گویی و تضمین تفاوتی معنی‌دار مشاهده شد (۴) و در مطالعه دکتر کبریایی دیده شد که میان شکاف کیفیت با سن و سطح تحصیلات ارتباطی معکوس وجود دارد که از نظر آماری نیز معنی‌دار است (۱۰).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در ساختار بهداشتی - درمانی شهرستان نیشابور در هر پنج بعد کیفیت، شکافی منفی وجود دارد که این شکاف در بعضی ابعاد کمتر و در بعضی ابعاد بیشتر است ولی با توجه به اینکه فاصله شکاف‌های کیفیت منفی در ابعاد گوناگون بسیار کم و نزدیک به هم است به نظر می‌رسد تمام ابعاد اهمیتی تقریباً یکسان دارند و باید به تمامی ابعاد دقت و توجه لازم مبذول شود. وجود شکاف منفی می‌تواند از مسائلی مختلف از جمله: کمبود منابع، کم‌توجهی مسئولان به خواسته‌های مردم، عدم اطلاع مسئولان از خواسته‌های مردم، سطح توقع بالای مردم و سایر موارد ناشی باشد. بیشترین انتظار و ادراک در بعدهای اطمینان و تضمین مشاهده شد که نشان می‌دهد این دو بعد، نزد مشتریان

کمترین شکاف کیفیت در بعد همدلی مشاهده شد. در این مطالعه از میان ۲۲ عبارت مربوط به کیفیت خدمات، کمترین شکاف در عبارت اعلام زمان دقیق ارائه خدمات به مراجعه‌کنندگان وجود داشت و بیشترین شکاف کیفیت در عبارت انجام سریع و بدون معطلی خدمات مشاهده شد که هر دو عبارات بعد پاسخ‌گویی - اند. در مطالعه کبریایی، کمترین شکاف در عبارت «علاقه قلبی کارکنان به مراجعه‌کنندگان» و بیشترین شکاف در عبارت «درک نیازهای خاص مراجعه‌کنندگان از سوی کارکنان» مشاهده شد (۱۰) و در مطالعه لیم، بیشترین شکاف در یکی از عبارات بعد پاسخ‌گویی دیده شد (۶)؛ همچنین در مطالعه مایک، بیشترین شکاف در بعد اطمینان و کمترین شکاف در بعد تضمین دیده شد (۱۷)؛ در مطالعه غلامی هم کمترین شکاف در عبارت «درک نیازهای خاص مراجعه‌کنندگان از سوی کارکنان» و بیشترین شکاف کیفیت در عبارت «علاقه - مندی کارکنان در انجام کارها و ارائه خدمات» مشاهده شد که هر دو عبارات مربوط به بعد همدلی‌اند (۱۱). در بعد ملموس عبارت «جذاب بودن ظاهر تجهیزات و تسهیلات مرکز بهداشتی - درمانی»، در بعد اطمینان، عبارت «انجام کارها توسط کارکنان مطابق تعهدات وعده داده شده»، در بعد پاسخ‌گویی، عبارت «انجام سریع و بدون معطلی خدمات»، در بعد تضمین عبارت «دانش و مهارت کارکنان در پاسخ به نیاز مراجعه‌کنندگان» و در بعد همدلی، عبارت «درک نیازهای خاص مراجعه‌کنندگان از سوی کارکنان» بیشترین شکاف را داشته‌اند. با توجه به مطالب ذکر شده به نظر می‌رسد که مسئولین مراکز بهداشتی - درمانی نیشابور برای تعویض یا تعمیر تجهیزات اقدام‌های لازم را مبذول فرمایند و جلساتی آموزشی برای ارتقاء و به روزرسانی دانش کارکنان برگزار کنند؛ همچنین کارکنان به منظور برخورد مناسب - تر، انجام خدمات بدون معطلی بیش از حد ارباب رجوع

منابع

- Ghobadian A, Speller S. service quality:concept and models. Int j of quality managment 1994; 11: 43-66.
- West, E., managment matters: the link between hospital organization and quality of patient care. Quality in health care 2001;10:40-48.
- Bazargan A. Educational evaluation concepts, models and operational processes. 1st Ed. Tehran, 2001.(persian)
- Swell N. Continious quality improvment in acute health care: crating a holistic and integrated approach. Int j of health care quality assurance 1997;10 :20-26.
- Mike D, Mike W., John FD, Adrienne CC. Measuring service quality in local government:the SERVQUAL approach. Int j of Public Sector managment 1995;8: 15-20.
- Lim PC , Tang NKH. A study of patients' expectations and satisfaction in singapore hospitals. Int J Health care Quality Assurance 2000;13: 290-299.
- Parasuraman A, Zeithaml VA., Berry L, A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of marketing 1985; 49: 41-50.
- Moghbel Baarz A, Mohamadi A. Determine the quality of services in health care centers in Fars province. J of Social Sciences and Humanities of Shiraz University. 2003; 19: 52-64.(persian)
- 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. 2008; 121-127. (persian)
- Kebriaei A, Akbari F, Hosseini SM, Eftekhar Ardabili H Pourreza A. Survey on quality gap in primary health care in Kashan health centers. J of Qazvin university of medical science 2002; 8: 82-88.(persian)
- Gholami A, Salari Lak SH, Gharaaghaji Asl R, et al. Quality Gap in Primary Health Care in Urmia Health Centers; 2009. J of Urmia university of medical science 2010;21: 347-353.(persian)
- Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. Quality in Health Care 2001; 10: 90-95.
- Karydis A, Komboli M, Panis V.Expectations and perceptions of Greekpatients regarding the quality of dentalhealth care. Int J of Quality in Health Care 2001; 13: 409-416.
- Berry L, Zeithaml V A, Parasuraman A. SERVQUAL: a multi-item scale formeasuring customer perceptions of service. J of Retailing 1988; 64:12-20.
- Donnelly M, Wisniewski M, Dalrymple JF, Curry A C. Measuring service quality in local government: the SERVQUAL approach. Int J of Public Sector management 1995; 8:15-20.

مراکز بهداشتی - درمانی نیشابور، اهمیتی ویژه دارند که البته سیستم بهداشتی - درمانی نیز تا حدودی در برآورد انتظاراتها موفق بوده است. اختلاف های کیفیتی موجود در ابعاد گوناگون کیفیت خدمات در این تحقیق می تواند در مقام راهنمایی باشد برای شناسایی نقاط ضعف و در- نتیجه برنامه ریزی و تخصیص بهینه منابع برای رفع این نقاط. شایان ذکر است که وجود نقص یا شکاف در یک بعد می تواند اثر تشدیدکنندگی داشته باشد بدین معنی که افت کیفیت در سایر ابعاد کیفیت از دیدگاه دریافت- کننده خدمت موجب شود (۱۸) لذا باید به همه ابعاد، توجه کافی مبذول شود و به ابعادی که بیشترین تأثیرگذاری را بر دریافت کننده خدمت دارد توجهی ویژه شود.

پیشنهادها

با توجه به اینکه شناخت نقاط ضعف و قوت می تواند در مدیریت بهتر کمک کننده باشد، پیشنهاد می شود که سازمان های ارائه کننده خدمات به مردم (به خصوص سازمان هایی که با سلامت مردم سروکار دارند) مطالعات مشابه را در دستور کار خود قرار دهند و با توجه به تأثیرگذاری ابعاد گوناگون کیفیت بر یکدیگر شایسته است که به تمامی ابعاد به دقت توجه شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی نیشابور و تمامی افرادی که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، بسیار تشکر و قدردانی می کنیم.

16. Gagliane K, Hathcote J. Customer expectations and perceptions of service quality in retail apparel specialty stores. *J of Service, Marketing* 1994; 8: 60-69.
17. Mik W, Hazel W. Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic. *Int J of Health care quality assurance* 2005; 18: 217-228.
18. Lameie A. *Principles of Quality Management*. 1st Ed. Tehran, Health and Medical Education Ministry, National Committee for Quality improvement 1999. (persian)

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Seventeenth Year,
No.92
April, May
2011*

Received: 26/1/2011

Last revised: 18/4/2011

Accepted: 25/4/2011

Quality gap in primary health care in Neyshabour health care centers

Ali Gholami^{*1}, Ali Asghar Nori², Majid Khojastehpour³, Mina Askari⁴, Hassan Sajjadi⁵

1- M.Sc in Epidemiology, Neyshabour Faculty of Medical Science, Neyshabour, Iran.

2- General Physician - Neyshabour Faculty of Medical Science, , Neyshabour, Iran.

3- Pharmacist - Neyshabour Faculty of Medical Science, , Neyshabour, Iran.

4- B. Sc in Nursing - Neyshabour Faculty of Medical Science, , Neyshabour, Iran.

5- G.P, Neyshabour Faculty of Medical Sciences. Neyshabour, Iran.

E-mail: Aagholami80@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: According to modern approaches to management, quality is defined as consumer's requests. One of the first basic steps in improvement quality is recognizing consumers' perceptions and expectations. The aim of this study was to determine the quality gap in primary health care services in Neyshabour health care centers following consumers' perceptions and expectations.

Materials and Methods: This analytic-descriptive study (cross-sectional) was done in 2011 and it covered 400 females that referred to Neyshabour health care centers; the study population was selected with systematic random method. Data were gathered using a research questionnaire (SERVQUAL). The data were analyzed using SPSS softwares (ver. 16).

Results: It was indicated that there was a quality gap in all dimensions. Overall quality gap was (-0.64) and the largest gap was in tangibility dimension (-0.68) and the smallest gap was observed in Empathy dimension (-0.59). There was significant relation between perceptions and expectations in all dimensions ($p < 0.001$).

Conclusion: The results of this study showed that in all dimensions of quality, consumers' expectations are not granted.

Key words: Quality Gap, Servqual, Primary health care, Health-care centers, Neyshabour