

شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی شهر ارومیه در سال ۱۳۸۸

علی غلامی^۱، دکتر شاکر سالاری لک^۲، دکتر رسول قره آغاجی^{۳*}، دکتر علی صدقیانی فر^۴، لیلا موسوی جهرمی^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۶/۳، تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۸/۱

چکیده

پیش زمینه و هدف: نگرش‌های مدیریتی جدید، کیفیت را خواسته مشتری تعریف می‌کنند. شناخت ادراک‌ها و انتظارات مشتریان اولین گام در ارتقای کیفیت می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی شهر ارومیه با استفاده از ادراک‌ها و انتظارات دریافت کنندگان خدمت انجام شده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی که به روش مقطعی در سال ۱۳۸۸ انجام شده است، جهت ۴۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر ارومیه که به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شده بودند، پرسش‌نامه تکمیل گردیده است. جمع آوری داده‌ها از طریق مصاحبه با زنان انتخاب شده و با استفاده از پرسش‌نامه سروکوال انجام شده است.

یافته‌ها: در این مطالعه در همه ابعاد کیفیت، شکاف منفی مشاهده شد. شکاف کلی کیفیت ۰/۶۱- می‌باشد و بیشترین شکاف کیفیت در بعد اطمینان (۰/۷۸-) مشاهده شد و کمترین شکاف کیفیت در بعد همدلی (۰/۲۳-) مشاهده شد و بین سن و سطح تحصیلات مراجعه کنندگان با شکاف کیفیت رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در سیستم بهداشتی شهر ارومیه در تمام ابعاد کیفیت، شکاف منفی وجود دارد و نشان دهنده این موضوع می‌باشد که در هیچ یک از ابعاد کیفیت، انتظارات دریافت کنندگان به‌طور کامل برآورده نشده است.

کلید واژه‌ها: شکاف کیفیت، خدمات بهداشتی اولیه، مراکز بهداشتی، ارومیه

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و یکم، شماره چهارم، ص ۳۵۳-۳۴۷، آذر و دی ۱۳۸۹

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، تلفن: ۰۴۴۱۲۷۷۰۹۸۸۱

Email: r-gharaaghaji@umsu.ac.ir

مقدمه

کننده قرار دارد (۳). مشکل کیفیت خدمات بیشتر در سازمان‌های به وجود می‌آید که بر شناخت و برآوردن نیازها و خواسته‌های مشتریان تمرکز نمی‌کنند. باید سازمان خدماتی، خود را جای مشتریان بگذارد و سیاست‌های خود را بر اساس دیدگاه آنان بنا نهد (۱). عدم ارتباط مستقیم با مشتری، سبب می‌شود که تصمیم گیران و برنامه ریزان نتوانند به درستی اولویت امور را تعیین کنند و این امر باعث می‌گردد عملکرد خدمت نتواند جوابگوی انتظارات مشتریان باشد و در نتیجه، بین مشتریان در زمینه کیفیت خدمات اختلاف نظر به وجود می‌آید (۴). منظور از اختلاف نظر در زمینه کیفیت خدمات، اختلاف بین انتظار مشتری از وضع

کیفیت خدمات به‌عنوان تبیین کننده اصلی موفقیت یک سازمان در محیط رقابتی امروز شناخته شده و هرگونه کاهش در رضایت مشتری به دلیل کیفیت ضعیف خدمات موجب نگرانی است (۱). برای ارزیابی کیفیت در نگرش‌های سنتی، مشخصه‌های کالا یا خدمت را به‌عنوان 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 مشاهده کننده و یا در ذهن مصرف

^۱ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ دانشیار اپیدمیولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی ایران واحد تبریز، دانشکده علوم پزشکی

^۳ استادیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۴ دکتری عمومی، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه

^۵ کارشناس بهداشت عمومی

مطلوب و ادراک وی از وضع موجود است (۵). مشتریان یا دریافت کنندگان خدمت، کیفیت خدمت را با مقایسه انتظارات و ادراکات خود از خدمات دریافت شده، ارزیابی می کنند (۶). گام اساسی برای جبران اختلاف بین انتظارات و ادراکات دریافت کنندگان خدمت، شناخت ادراکات و انتظارات مشتریان از کیفیت خدمات و تعیین میزان اختلاف بین آن‌ها می باشد در این صورت با شناخت اختلافات موجود نه تنها اولویت گذاری و تخصیص منابع تسهیل می گردد، بلکه مبنایی فراهم می شود تا بتوان کیفیت خدمات ارائه شده را بهبود بخشید (۷). پنج بعد کیفیت خدمت عبارتند از: ۱- بعد ملموس (شرایط و فضای فیزیکی محیط ارائه خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات و ظاهر پرسنل 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) ۵- بعد همدلی یا برخورد مناسب با افراد (برخورد ویژه با هر یک از مشتریان با توجه به روحیات آن‌ها به طوری که مشتریان قانع شوند که سازمان آن‌ها را درک کرده است) (۵، ۸). موضوع کیفیت در زمینه های تولیدی و صنعتی به طور گسترده ای مورد توجه واقع شده است که این به واسطه ویژگی ملموس بودن آن می باشد ولی در بخش خدمات به واسطه ویژگی ناملموس آن، کم تر به این موضوع پرداخته شده است (۹).

در میان بخش های مختلف خدمات، بخش خدمات بهداشتی درمانی دارای جایگاه ویژه ای است، این بخش با قشر وسیعی از جامعه ارتباط پیدا می کند و مهم تر آنکه وظیفه و رسالت حفظ سلامت جامعه بر عهده این بخش می باشد و اقدام موثر جهت بهبود شیوه خدمت دهی و کسب رضایت مشتریان در این بخش از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۲). نتایج مطالعه ای که دکتر آقا ملای و همکاران به منظور سنجش ادراکات و انتظارات زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندر عباس انجام دادند نشان داد که نمره کیفیت در تمام ابعاد پنجگانه خدمت منفی بوده است (۹). نتایج مطالعه ای که دکتر کبرایی و همکاران به منظور سنجش ادراکات و انتظارات زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان انجام دادند نشان داد که نمره کیفیت در تمام ابعاد پنجگانه خدمت منفی بوده است (۱۰). مطالعه ای که کمپ بل و همکاران بر روی مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهر لندن در مورد ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی اولیه انجام دادند

نشان داد که بین گروه های سنی از نظر ادراک کیفیت خدمات، تفاوت معنی داری وجود دارد و افراد مسن تر از کیفیت خدمات (به جز در مورد بعد دسترسی) ادراک مطلوب تری داشتند (۱۱). با توجه به اهمیت شناخت هر دو دسته ادراکات و انتظارات دریافت کنندگان خدمات بهداشتی اولیه (به عنوان مشتریان نظام بهداشتی درمانی) در راستای بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و از بین بردن و یا کاهش شکاف احتمالی بین وضع موجود و وضع مطلوب کیفیت، این مطالعه با هدف بررسی شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه از طریق مصاحبه با زنان مراجعه کننده به این مراکز انجام شده است.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی طراحی و انجام شده است که در آن شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه مورد مطالعه قرار گرفته است. ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه سروکوال می باشد که شامل دو پرسش نامه ادراک و انتظار می باشد (هر پرسش نامه حاوی ۲۲ پرسش می باشد) و پاسخ دهندگان یکبار ادراک خود را در خصوص خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده بیان کردند که به این ترتیب نمره های ادراک به دست آمده و بار دیگر انتظارات خود را از خدماتی که به نظرشان باید به آن ها ارائه شود بیان کردند که به این ترتیب نمره های انتظار بدست آمد. هر پرسش شامل ۵ گزینه (خیلی خوب، خوب، متوسط، بد، خیلی بد) می باشد، که جهت انجام آزمون های آماری به آن ها از یک (خیلی بد) تا ۵ (خیلی خوب) نمره دهی شده است. برای تعیین شکاف کیفیت نمره های انتظار از نمره های ادراک کسر شده است.

پرسش نامه مورد استفاده شامل پنج بعد (ملموس، اطمینان، پاسخگویی، تضمین، همدلی) می باشد که بعد ملموس شامل ۵ سوال، بعد اطمینان شامل ۴ سوال، بعد پاسخگویی شامل ۴ سوال، بعد تضمین شامل ۴ سوال و بعد همدلی شامل ۵ سوال می باشد. کلیه پرسش نامه ها طی اردیبهشت تا شهریور ماه سال ۱۳۸۸ و از طریق مصاحبه با زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه تکمیل گردیده است. با استفاده از فرمول های محاسبه حجم نمونه نسبت ها و با در نظر گرفتن ۵۰ درصد اختلاف منفی کیفیت در خدمات بهداشتی اولیه ($p=0.5$) و ضریب اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰.۰۵/۰۰۰ حجم نمونه ۳۸۴ نفر برآورد گردیده است که برای دقت بیشتر ۴۰۰ نفر مورد مطالعه قرار

گرفتند. در این مطالعه حجم نمونه به نسبت تعداد جمعیت تحت پوشش هر مرکز بهداشتی درمانی بین آن‌ها توزیع شد و در هر مرکز با استفاده از روش نمونه‌گیری سیستماتیک، نمونه‌های لازمه انتخاب شدند. برای تعیین اهداف توصیفی مطالعه از محاسبه فراوانی و نیز میانگین و انحراف معیار بر حسب نوع متغیر استفاده شده است، برای تعیین اهداف تحلیلی از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف، همبستگی پیرسون، همبستگی اسپیرمن و آنالیز واریانس استفاده شده است. جهت تصمیم‌گیری برای بیان رابطه، مقدار p کم‌تر از $0/05$ ملاک قضاوت بوده است. پرسش‌نامه سروکوال در مطالعات متعددی در کشورهای مختلف و ایران مورد استفاده قرار گرفته است و پایایی و پایداری آن توسط افراد صاحب نظر تایید و با استفاده از مطالعه پایلوت (ضریب آلفای کرونباخ = $0/88$) مورد بررسی قرار گرفت. جهت رسم جداول از نرم افزار Word و برای رسم نمودارها از نرم افزار Excel استفاده شده است، همچنین جهت تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده در این مطالعه از نرم افزار Spss استفاده شده است.

یافته‌ها

از بین ۴۰۰ نمونه مورد مطالعه، ۲۷ نفر ($6/8\%$) بیسواد، ۱۰۰ نفر (25%) تحصیلات ابتدایی، ۸۹ نفر ($22/2\%$) تحصیلات راهنمایی، ۱۳۳ نفر ($33/2\%$) تحصیلات متوسطه و ۵۱ نفر ($12/8\%$) تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین سنی زنان مورد بررسی $29/22 \pm 6/58$ سال، با دامنه ۱۵ تا ۵۰ سال می‌باشد. میانه ماه‌های استفاده زنان از خدمات بهداشتی ۳۶ ماه، میانه تعداد مراجعه زنان به مراکز بهداشتی درمانی در سال ۱۲ دفعه و میانه فاصله منزل زنان تا مراکز بهداشتی درمانی ۵۰۰ متر می‌باشد. شکاف کلی کیفیت در این مطالعه $0/61-$ می‌باشد و بیشترین شکاف کیفیت در بعد اطمینان مشاهده شد و پس از آن بعدهای ملموس، تضمین و پاسخگویی وجود دارد و کم‌ترین شکاف کیفیت در بعد همدلی مشاهده شد. با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف مشخص شد که توزیع داده‌ها در هر پنج بعد کیفیت (ملموس، اطمینان،

پاسخگویی، تضمین و همدلی) طبیعی می‌باشد، سپس با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مشخص شد که بین بعدهای پنج گانه در مقایسه با یکدیگر همبستگی آماری معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$) (جدول ۱).

با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه مشخص شد که میانگین شکاف کیفیت در بعدهای پنج گانه با سطح تحصیلات مراجعه کنندگان تفاوت آماری معنی‌داری ندارد ($P = 0/361$) ولی مشاهده شد که تمامی افرادی که تحصیلات دانشگاهی داشتند قائل به وجود شکاف کیفیت منفی می‌باشند (جدول ۲). نتایج نشان می‌دهد که در تمام ابعاد کیفیت درصد کمی از افراد مورد مطالعه قائل به وجود شکاف مثبت کیفیت می‌باشند (به‌جز بعد همدلی) (جدول ۳). از میان بعدهای پنج گانه، نسبت بیشتری از افراد بعد اطمینان و نسبت کم‌تری بعد همدلی را دارای شکاف منفی دانستند و همچنین نسبت بیشتری بعد پاسخگویی و نسبت کم‌تری بعد اطمینان را فاقد شکاف دانستند (جدول ۳).

از بین ۲۲ عبارت مربوط به کیفیت خدمات، بیشترین شکاف کیفیت در عبارت علاقه مندی کارکنان در انجام کارها و ارائه خدمات، و کم‌ترین شکاف کیفیت در عبارت درک نیازهای خاص مراجعه کنندگان ازسوی کارکنان مشاهده شد (جدول ۴). با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف مشخص شد که توزیع داده‌ها در متغیر سن مراجعه کننده نرمال می‌باشد سپس با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون همبستگی آماری معنی‌داری بین شکاف کیفیت کلی با سن مراجعه کنندگان مشاهده نشد ($P = 0/615$). با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف مشخص شد که توزیع داده‌ها در متغیرهای مدت زمان استفاده از خدمات، تعداد مراجعه فرد به مرکز بهداشتی درمانی در سال و فاصله منزل فرد تا مرکز بهداشتی درمانی، نرمال نمی‌باشد سپس با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن، بین شکاف کیفیت کلی با مدت زمان استفاده از خدمات ($P = 0/775$) و تعداد مراجعه فرد به مرکز بهداشتی درمانی در سال ($P = 0/072$) و فاصله منزل فرد تا مرکز بهداشتی درمانی ($P = 0/699$) همبستگی آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول شماره (۱): میانگین نمره‌های ادراک، انتظار و شکاف کیفیت خدمات در بعدهای پنج گانه خدمت

مقدار P	شکاف کیفیت	انتظار	ادراک	ابعاد کیفیت
<0/01	-0/73	4/67	3/94	بعد ملموس
	-0/78	4/72	3/94	بعد اطمینان
	-0/62	4/5	3/88	بعد پاسخگویی
	-0/68	4/72	4/04	بعد تضمین
	-0/23	4/11	3/88	بعد همدلی
	-0/61	4/54	3/93	کیفیت کلی

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی وضعیت شکاف کیفیت بر حسب سطح تحصیلات

شکاف منفی	فقدان شکاف	شکاف مثبت	
تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	
۲۴ (۸۸/۹)	۱ (۳/۷)	۲ (۷/۴)	بی سواد
۹۱ (۹۱)	۱ (۱)	۸ (۸)	ابتدایی
۸۰ (۸۹/۹)	۱ (۱/۱)	۸ (۹)	راهنمایی
۱۲۹ (۹۷)	۱ (۰/۸)	۳ (۲/۳)	متوسطه
۵۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	دانشگاهی

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی وضعیت شکاف کیفیت در بعدها پنج گانه خدمت

شکاف منفی	فقدان شکاف	شکاف مثبت	
تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	ابعاد کیفیت
۳۲۹ (۸۲/۲)	۴۹ (۱۲/۲)	۲۲ (۵/۵)	بعد ملموس
۳۴۸ (۸۷)	۴۱ (۱۰/۲)	۱۱ (۲/۸)	بعد اطمینان
۲۸۹ (۷۲/۲)	۹۱ (۲۲/۸)	۲۰ (۵)	بعد پاسخگویی
۳۳۲ (۸۳)	۴۳ (۱۰/۸)	۲۵ (۶/۲)	بعد تضمین
۲۲۷ (۵۶/۸)	۵۷ (۱۴/۲)	۱۱۶ (۲۹)	بعد همدلی

جدول شماره (۴): میانگین نمرات ادراک، انتظار و شکاف کیفیت در هر یک از عبارات مربوط به ابعاد کیفیت خدمات بهداشتی

اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی شهراومیه

شکاف	انتظار	ادراک	ابعاد خدمت
-۰/۷۳	۴/۶۷	۳/۹۴	بعد ملموس
-۰/۸	۴/۷۶	۳/۹۵	اراستگی و تمیزی ظاهر کارکنان
-۰/۸	۴/۷۶	۳/۹۶	پاکیزگی و تمیزی محیط مرکز بهداشتی درمانی
-۰/۶۴	۴/۵۷	۳/۹۴	جذاب بودن ظاهر تجهیزات و تسهیلات مرکز بهداشتی درمانی
-۰/۶۴	۴/۵۸	۳/۹۳	روزآمد و جدید بودن تجهیزات و وسائل موجود در مرکز بهداشتی درمانی
-۰/۷۸	۴/۷۲	۳/۹۴	بعد اطمینان
-۰/۸۱	۴/۷۴	۳/۹۳	انجام کارها توسط کارکنان مطابق تعهدات داده شده
-۰/۸۴	۴/۷۶	۳/۹۲	علاقه مندی کارکنان در انجام کارها و ارائه خدمات
-۰/۷۹	۴/۷۶	۳/۹۷	انجام صحیح خدمت توسط کارکنان در اولین مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی
-۰/۷۷	۴/۷۲	۳/۹۴	ارائه خدمات در زمان وعده شده توسط کارکنان بهداشتی درمانی
-۰/۶۷	۴/۶۳	۳/۹۶	نگهداری دقیق سوابق و پرونده مراجعه کنندگان در مرکز بهداشتی درمانی
-۰/۶۲	۴/۵	۳/۸۸	بعد پاسخگویی
-۰/۵۷	۴/۵	۳/۹۳	اعلام زمان دقیق انجام خدمت به مراجعه کنندگان
-۰/۶۴	۴/۵	۳/۸۶	انجام سریع و بدون معطلی خدمات
-۰/۶۴	۴/۵	۳/۸۶	اشتیاق همیشگی کارکنان برای کمک به مراجعه کنندگان
-۰/۶۳	۴/۵	۳/۸۸	در دسترس بودن کارکنان به هنگام نیاز و تقاضای مراجعه کننده
-۰/۶۸	۴/۷۲	۴/۰۴	بعد تضمین
-۰/۶۴	۴/۷۵	۴/۱۲	اعتماد مراجعه کنندگان به کارکنان
-۰/۸۱	۴/۷۴	۳/۹۴	احساس امنیت و آرامش مراجعه کننده هنگام تماس با کارکنان
-۰/۶۵	۴/۶۹	۴/۰۴	دانش و مهارت کارکنان در پاسخ به نیاز مراجعه کنندگان
-۰/۶۴	۴/۶۹	۴/۰۵	رعایت ادب و فروتنی توسط کارکنان
-۰/۲۳	۴/۱۹	۳/۸۸	بعد همدلی
-۰/۴۸	۴/۴	۳/۹۳	توجه ویژه به هر یک از مراجعه کنندگان از طرف کارکنان
-۰/۸	۳/۱۳	۳/۹۳	مناسب بودن زمان مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی
-۰/۴۶	۴/۳۷	۳/۹	توجه خاص به ارزش ها و عواطف مراجعه کنندگان توسط کارکنان
-۰/۶۷	۴/۵۶	۳/۸۹	علاقه قلبی کارکنان به مراجعه کنندگان
-۰/۳۲	۴/۰۸	۳/۷۶	درک نیازهای خاص مراجعه کنندگان از سوی کارکنان
-۰/۶۱	۴/۵۴	۳/۹۳	کیفیت کلی

بحث

در این مطالعه مشاهده شد که شکاف کیفیت در هر پنج بعد خدمت در مراکز بهداشتی درمانی شهری ارومیه منفی می‌باشد. شکاف کیفیت منفی نشان دهنده این موضوع می‌باشد که بین انتظار مشتریان (مراجعه کنندگان 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 ۰/۶۱- می‌باشد که کمتر از شکاف کلی کیفیت (۱/۰۵-) مشاهده شده در مطالعه دکتر کبریایی که در مراکز بهداشتی درمانی شهرکاشان انجام داده (۱۰) و شکاف کیفیت کلی (۰/۸۷-) مشاهده شده در مطالعه دکتر آقا ملائی که در مراکز بهداشتی درمانی شهر بندر عباس انجام داده می‌باشد (۹).

بیشترین شکاف کیفیت (منفی) در بعد اطمینان مشاهده شد که منظور از اطمینان، توانایی انجام خدمت به شکل مطمئن و قابل اعتماد می‌باشد (۴). در مطالعه دکتر کبریایی و همکاران که در مراکز بهداشتی شهر کاشان انجام شده است، بیشترین شکاف کیفیت در بعد پاسخ گویی مشاهده شده است (۱۰) و در مطالعه دکتر آقاملایی در بعد تضمین مشاهده شد (۹) همچنین در مطالعه لیم که در سنگاپور انجام داده است (۶) و در مطالعه کاریدیس که در یونان انجام شده است (۱۲) در بعد پاسخگویی بیشترین شکاف کیفیت مشاهده شد و در مطالعه بری که در امریکا انجام شده است، بیشترین شکاف در بعد اطمینان مشاهده شد (۱۳) و در مطالعه دانلی که در اسکاتلند و بر روی خدمات کتابخانه ای انجام شده است، بیشترین شکاف کیفیت در بعد ملموس مشاهده شد (۱۴).

کمترین شکاف کیفیت در بعد همدلی مشاهده شد که منظور از همدلی، برخورد ویژه با هر یک از مشتریان با توجه به روحیات آن‌ها، به طوری که مشتریان قانع شوند که سازمان آن‌ها را درک کرده است (۴). در مطالعات کبریایی (۱۰)، لیم (۶)، بری (۱۳) کمترین شکاف کیفیت در بعد ملموس مشاهده شد ولی در مطالعه گاکلین (۱۵) کمترین شکاف در بعد تضمین و در مطالعه دانلی (۱۴) در بعد اطمینان و در مطالعه اقاملایی در بعد همدلی مشاهده شد (۹). در این مطالعه از میان ۲۲ عبارت مربوط به کیفیت خدمات، کمترین شکاف در عبارت، درک نیازهای خاص مراجعه کنندگان ازسوی کارکنان مشاهده شد و بیشترین شکاف کیفیت در عبارت علاقه‌مندی کارکنان در انجام کارها و ارائه خدمات مشاهده شد که هر دو عبارات بعد همدلی می‌باشند. در مطالعه کبریایی کمترین شکاف در عبارت

علاقه قلبی کارکنان به مراجعه کنندگان و بیشترین شکاف در عبارت درک نیازهای خاص مراجعه کنندگان ازسوی کارکنان مشاهده شد (۱۰) و در مطالعه لیم بیشترین شکاف در یکی از عبارات بعد پاسخ گویی مشاهده شد (۶) و در مطالعه مایک بیشترین شکاف در بعد اطمینان و کمترین شکاف در بعد تضمین مشاهده شد (۱۶). در این مطالعه بین سن، میزان تحصیلات، فاصله منزل تا مرکز بهداشتی درمانی و تعداد مراجعه (در سال) دریافت کنندگان خدمت با شکاف کیفیت ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه سول که در مراکز بهداشتی انگلستان انجام شده است بین سن مراجعه کنندگان با بعدهای پاسخ گویی و تضمین تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (۴) و در مطالعه دکتر کبریایی مشاهده شد که بین شکاف کیفیت با سن و سطح تحصیلات ارتباط معکوسی وجود دارد که از نظر آماری نیز معنی‌دار می‌باشد (۱۰).

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در سیستم بهداشتی درمانی شهر ارومیه در هر پنج بعد کیفیت، شکاف منفی وجود دارد که این شکاف در بعضی ابعاد کمتر و در بعضی ابعاد بیشتر می‌باشد. وجود شکاف منفی می‌تواند ناشی از مسائل مختلفی از جمله کمبود منابع، مدیریت ضعیف، بی توجهی مسئولین به خواسته‌های مردم، عدم اطلاع مسئولین از خواسته‌های مردم، سطح توقع بالای مردم و سایر موارد باشد. اختلافات کیفیتی مشاهده شده در ابعاد مختلف کیفیت خدمات در این تحقیق می‌تواند به عنوان راهنمایی برای شناسایی نقاط ضعف و در نتیجه برنامه ریزی و تخصیص بهینه منابع برای رفع این نقاط ضعف باشد. شایان ذکر است که وجود نقص یا شکاف در یک بعد می‌تواند اثر تشدید کنندگی داشته باشد بدین معنی که موجب افت کیفیت در سایر ابعاد کیفیت از دیدگاه دریافت کننده خدمت شود (۱۷) لذا لازم می‌باشد که به همه ابعاد توجه کافی مبذول شود و به ابعادی که بیشترین تاثیر گذاری را در دریافت کننده خدمت دارد توجه ویژه ای شود.

پیشنهادهات

با توجه به این که شناخت نقاط ضعف و قوت می‌تواند در مدیریت بهتر کمک کننده باشد، پیشنهاد می‌شود که سازمان‌های ارائه کننده خدمات به مردم (به خصوص سازمان‌هایی که با سلامت مردم سر و کار دارند) مطالعات مشابه را در دستور کار خود قرار دهند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه از بابت حمایت مالی و همچنین از کلیه

کارکنان مراکز بهداشتی درمانی ارومیه و کلیه افرادی که درانجام این پژوهش یاری رساندن کمال تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

References:

- Ghobadian A, Speller S. Service quality: concept and models. *Int J Qual Reliab Manage* 1994; 11: 43-66.
- West E. Managment matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *Int J Qual Health Care* 2001;10:40-8.
- Bazargan A. Educational evaluation concepts, models and operational processes. 1st Ed. Tehran: Samt; 2001.(Persian)
- Swell N. Continious quality improvment in acute health care: crating a holistic and integrated approach. *Int J Health Care Qual Assur* 1997;10:20-6.
- Mike D, Mike W, John FD, Adrienne CC. Measuring service quality in local government:the SERVQUAL approuch. *Int J Pub Sector Manag* 1995;8: 15-20.
- Lim PC , Tang NKH. A study of patients' expectations and satisfaction in singapore hospitals. *Int J Health Care Qual Assur* 2000;13: 290-9.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J 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. *J Payesh* 2008; 26: 121-7. (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 Qazvin Univ Med Sci* 2002; 8: 82-8.(Persian)
- Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care* 2001; 10: 90-5.
- Karydis A, Komboli M, Panis V. Expectations and perceptions of Greekpatients regarding the quality of dentalhealth care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 409-16.
- Berry L, Zeithaml VA, Parasuraman A. SERVQUAL: a multi-item scale formeasuring customer perceptions of service. *J Retailing* 1988; 64:12-20.
- Donnelly M, Wisniewski M, Dalrymple JF, Curry AC. Measuring service quality in local government: the SERVQUAL approach. *Int J Pub Sector Manag* 1995; 8:15-20.
- Gagliane K, Hathcote J. Customer expectations and perceptions of service quality in retail apparel specialty stores. *J Service Marketing* 1994; 8: 60-9.
- Mik W, Hazel W. Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic. *Int J Health Care Qaul Assur* 2005; 18: 217-28.

17. Lameie A. Principles of quality management. 1st Ed. Tehran: Health and Medical Education Ministry, National Committee for Quality improvement; 1999. (Persian).