کیفیت خدمات بهداشتی اولیه از دیدگاه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ــ درمانی شهر بندرعباس

دکتر تیمور آقاملایی: * استادیار، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی هرمزگان
دکتر شهرام زارع: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی هرمزگان
دکتر علی کبریایی: استادیار، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی هرمزگان
عباس پودات: مربی، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی هرمزگان

فصلنامه پایش
سال هفتم شماره دوم بهار ۱۳۸۷ صص ۱۲۷-۱۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۴/۱۶

چکیده

هدف از این مطالعه تعیین دیدگاه زنان از کیفیت خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر بندرعباس بود.

این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد و جمعیت مورد مطالعه آن، زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری بندرعباس بودند. حجم نمونه ۴۰۰ نفر تعیین گردید. بر اساس جمعیت تحت پوشش هر مرکز سهمیه‌ای به آن اختصاص داده شد و زنان بر اساس ترتیب مراجعه آنها انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از ابزار Service Quality استفاده شد که شامل ابعاد ملموس، اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی در نحوه ارایه خدمت است. اطلاعات به دست آمده با استفاده از برنامه آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج نشان داد که در هر پنج بعد کیفیت خدمات، زنان اختلاف نظر دارند. کمترین میانگین اختلاف کیفیت(۰/۷۶-) در بعد تضمین و بیشترین میانگین اختلاف کیفیت(۰/۹۸-) در بعد همدلی به دست آمد و تفاوت مشاهده شده بین اختلاف نظر زنان در مورد کیفیت خدمات در هر پنج بعد معنی‌دار بود($P<0/05$).

اختلاف منفی، بیانگر این است که انتظارات خدمت گیرندگان فراتر از ادراکات آنها از وضعیت موجود بوده و هنوز فضای زیادی برای بهبودی و اصلاح به منظور نیل به رضایت مشتریان و ارائه خدمات بهداشتی ـ درمانی مطلوب وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت خدمات بهداشتی اولیه، زنان، بندرعباس

* نویسنده پاسخگو: بندرعباس، بلوار جمهوری اسلامی، کوچه هنگام آب، دانشکده بهداشت بندرعباس، گروه خدمات بهداشتی
تلفن: ۳۳۳۸۵۸۳-۰۷۶۱ نمابر:۳۳۳۸۵۸۴-۰۷۶۱
E-mail: teamurp@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.4.0]

مقدمه

کیفیت خدمات به عنوان تبیین کننده اصلی موفقیت یک سازمان در محیط رقابتی امروز شناخته شده و هر گونه کاهش در رضایت مشتری به دلیل کیفیت ضعیف خدمت موجب نگرانی است. کیفیت، برآوردن نیازها و خواسته‌های مشتریان است و مشتریان هستند که آن را مشخص می‌سازند. مشکل کیفیت خدمات بیشتر در سازمان‌هایی به وجود می‌آید که بر شناختن و برآوردن نیازها و انتظارات مشتریان تمرکز نمی‌کنند. باید سازمان خدماتی، خود را جای مشتریان بگذارد و سیاست‌های خود را بر اساس دیدگاه آنها بنا نهد[۱]. عدم ارتباط مستقیم با مشتری، سبب می‌شود که تصمیم‌گیران و برنامه‌ریزان 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[۲].

منظور از اختلاف نظر در زمینه کیفیت خدمات، اختلاف بین انتظار مشتری از وضع مطلوب و ادراک وی از وضع موجود است[۳]. گام اساسی برای جبران این اختلاف، شناخت ادراکات و انتظارات وی از کیفیت خدمات و تعیین میزان اختلاف است. در این صورت نه تنها اولویت‌گذاری و تخصیص منابع تسهیل می‌گردد، بلکه مبنایی فراهم می‌شود تا بتوان کیفیت خدمات ارائه شده را بهبود بخشید[۴].

از طریق تحلیل اختلاف، مدیران می‌توانند به روشنی تعیین کنند که چه وقت و در کدام بعد از خدمت، انتظارات و تجارب دریافت‌کنندگان خدمت با یکدیگر سازگار نیست و احتمالاً به عدم رضایت منجر خواهد شد[۵]. پنج بعد خدمت عبارتند از: بعد ملموس (شرایط و فضای فیزیکی محیط ارائه خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات، کارکنان و کانال‌های ارتباطی)، بعد اطمینان (توانایی انجام خدمت به شکل مطمئن و قابل اعتماد)، بعد پاسخگویی (تمایل به همکاری و کمک به مشتری)، بعد تضمین (شایستگی و توانایی کارکنان برای القای حس اعتماد و اطمینان به مشتری) و بعد همدلی (برخورد ویژه با هر یک از مشتریان با توجه به روحیات آنها به طوری که مشتریان قانع شوند سازمان آنها را درک کرده است)[۳].

هرچند موضوع کیفیت به طور گسترده در زمینه‌های تولیدی و صنعتی مورد توجه واقع شده، در بخش خدمات به واسطه ویژگی اصلی خدمات، یعنی ناملموسی آن کمتر به این موضوع پرداخته شده است. در میان زیربخش‌های خدمات، بخش خدمات بهداشتی و درمانی دارای جایگاه ویژه‌ای است. چرا که در این بخش هر نوع اشتباهی حتی از نوع کوچک آن نیز جایز نیست. این بخش با قشر وسیعی از جامعه ارتباط پیدا می‌کند و مهم‌تر آن که وظیفه و رسالت حفظ سلامت جامعه بر عهده این بخش می‌باشد و اقدام مؤثر جهت بهبود شیوه خدمت‌دهی و کسب رضایت مشتریان در این بخش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است[۶].

نتایج مطالعه‌ای که Lim and Tang به منظور سنجش ادراک و انتظار بیماران از کیفیت خدمات بیمارستانی در سنگاپور انجام دادند نشان داد که نمره کیفیت در تمام ابعاد پنجگانه خدمت، منفی بود[۷]. Campbell و همکاران مطالعه‌ای به صورت مقطعی بر روی بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر لندن در مورد ارزیابی بیماران از کیفیت خدمات بهداشتی اولیه انجام دادند. نتایج نشان داد که بین گروه‌های سنی از نظر ادراک کیفیت خدمات، تفاوت معنی‌دار وجود دارد و افراد مسن‌تر از کیفیت خدمات، به جز در بعد دسترسی، ادراک مطلوب‌تری داشتند[۸]. اختلاف نظر در مورد کیفیت در ابعاد مختلف خدمت از دیدگاه گروه‌های جمعیتی گوناگون متفاوت است و باید در تدوین برنامه‌های ارتقاء کیفیت، این تفاوت‌ها را لحاظ کرد.

هدف از این مطالعه تعیین دیدگاه زنان از کیفیت خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر بندرعباس بود.

مواد و روش کار

این مطالعه بخشی از یک طرح تحقیقاتی، تحت عنوان بررسی ادراک و انتظار دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی ـ درمانی بندرعباس بود که به صورت مقطعی انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری بندرعباس (۸ مرکز) بود که برای دریافت خدمات به واحدهای بهداشت باروری، تنظیم خانواده، مراقبت از کودکان و واکسیناسیون مراجعه می‌نمودند. با در نظر گرفتن حدود ۵۰ درصد اختلاف منفی کیفیت در خدمات بهداشتی اولیه و حدود اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۰۵، حجم نمونه ۳۸۴ نفر برآورد گردید که برای دقت بیشتر ۴۰۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. بر اساس جمعیت تحت پوشش هر مرکز سهمیه‌ای به آن اختصاص داده شد و زنان بر اساس ترتیب مراجعه آنها انتخاب شدند و جهت جمع‌آوری اطلاعات و تکمیل پرسشنامه با آنها مصاحبه به عمل آمد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.4.0]

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار Service Quality که توسط Lans Berry و همکارانش تهیه گردیده است استفاده شد. اعتبار و پایایی این ابزار توسط کبریایی در ایران مورد بررسی قرار گرفته است[۴]. این ابزار مشتمل بر ۲۲ سؤال است که بر اساس مقیاس لیکرت تهیه شده و شامل پنج بعد کیفیت خدمت شامل بعد فیزیکی و ملموس خدمت (۴ سؤال)، بعد قابلیت اطمینان خدمت (۵ سؤال)، بعد پاسخگویی یا مسؤولیت پذیری ارائه‌دهندگان خدمت (۴ سؤال)، بعد تضمین خدمت (۴ سؤال) و بعد همدلی کارکنان (۵ سؤال) است. این پرسشنامه در دو مرحله مورد استفاده قرار گرفت. در مرحله اول از استفاده‌کنندگان خدمات بهداشتی اولیه خواسته شد که بیان کنند کیفیت خدمات ارائه شده از دیدگاه آنها در حال حاضر چگونه است (ادرک از وضع موجود). در این حالت پاسخگویان در خصوص هر یک از عبارات کیفیت (کاملاً خوب، خوب، متوسط، بد و خیلی بد) یکی را به عنوان معیار قضاوت درباره وضع موجود کیفیت خدمات ارائه شده در نظر گرفتند. در مرحله دوم از آنها سؤال شد که کیفیت خدمات ارائه شده از دیدگاه آنها چگونه باید باشد (انتظاردر مورد وضع مطلوب). در این حالت نیز، پاسخگویان یکی از عبارات کیفیت (کاملاً مهم، مهم، نسبتاً مهم، کم اهمیت و خیلی کم اهمیت) را به عنوان معیار قضاوت خود درباره وضع مطلوب کیفیت خدمات ارائه شده انتخاب نمودند. نمره هر سؤال بین ۱تا ۵ متغیر بود.

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

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از برنامه آماری SPSS استفاده شد. به منظور مقایسه ادراک و انتظار دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی اولیه در هر کدام از ابعاد خدمتی، از آزمون آماری ویلکاکسون استفاده شد. همچنین به منظور مقایسه کلی نمرات اختلاف کیفیت در ابعاد پنج گانه خدمت از آزمون آماری فریدمن و جهت مقایسه هر بعد خدمت با ابعاد دیگر از آزمون آماری ویلکاکسون استفاده گردید.

یافته‌ها

بیشترین درصد (۳۸/۸ درصد) افراد مورد بررسی در گروه سنی ۲۵-۲۰ سال قرار داشتند. ۸۷/۸ درصد از آنها خانه‌دار، ۴۰/۸ درصد دارای تحصیلات دبیرستانی یا دیپلم بودند و ۴۰/۸ درصد از آنها کمتر از یک سال بود که از خدمات بهداشتی اولیه استفاده می‌کردند.

در مورد کیفیت کلی خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده، اکثریت زنان مراجعه کننده ۳۸۳ نفر(۹۵/۸ درصد) بر این باور بودند که اختلاف منفی کیفیت وجود دارد، ۳ نفر(۰/۸ درصد) قائل به عدم وجود اختلاف کیفیت (اختلاف صفر) و ۱۴ نفر (۳/۵ درصد) قائل به وجود اختلاف مثبت کیفیت بودند. نتایج مطالعه نشان داد که در تمام عبارات مربوط به ابعاد کیفیت خدمت، اختلاف کیفیت وجود دارد و این اختلاف منفی است. در بعد ملموس خدمت، کمترین میانگین اختلاف کیفیت (۰/۳۹-) در عبارت شماره ۱ (کارکنان آراسته و با ظاهری تمیز و مرتب) و بیشترین میانگین اختلاف کیفیت (۱/۲۷-) در عبارت شماره ۴ (تجهیزات و وسایل مرکز از نظر روزآمد و جدید بودن) مشاهده شد. در بعد اطمینان خدمت، کمترین میانگین اختلاف کیفیت (۰/۷۳-) در عبارت شماره ۹ (نگهداری دقیق سوابق و پرونده مراجعه کنندگان) و بیشترین میانگین اختلاف کیفیت (۰/۹۵-) در عبارت شماره ۵ (انجام کارها مطابق تعهدات داده شده) مشاهده شد. در بعد پاسخگویی، کمترین میانگین اختلاف کیفیت (۰/۶۱-) در عبارت شماره ۱۰ (اعلام زمان دقیق انجام خدمت به مراجعه‌کنندگان) و بیشترین میانگین اختلاف کیفیت (۱/۰۱-) در عبارت شماره ۱۳ (در دسترس بودن کارکنان به هنگام نیاز و تقاضا) مشاهده شد. در بعد تضمین خدمت، کمترین میانگین اختلاف کیفیت (۰/۶۴-) در عبارت شماره ۱۵ (احساس امنیت و آرامش هنگام تماس با کارکنان) و بیشترین میانگین اختلاف کیفیت (۰/۹۱-) در عبارت شماره ۱۶ (دانش و مهارت کارکنان در پاسخ به نیاز مراجعه‌کنندگان) مشاهده شد. در بعد همدلی، کمترین میانگین اختلاف کیفیت (۰/۹۲-) در عبارت شماره ۲۱ (علاقه قلبی کارکنان به مراجعه کنندگان) و بیشترین میانگین اختلاف کیفیت (۱/۰۸-) در عبارت شماره ۲۰ (توجه خاص به ارزش‌ها و عواطف مراجعه کنندگان) مشاهده شد (جدول شماره ۱).

در رابطه با اختلاف نظر در زمینه کیفیت خدمات، به طور کلی در هر پنج بعد خدمت این اختلاف نظر وجود داشت. کمترین میانگین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.4.0]

اختلاف کیفیت (۰/۷۶-) در بعد تضمین و بیشترین میانگین اختلاف کیفیت (۰/۹۸-) در بعد همدلی مشاهده شد (جدول شماره ۲). آزمون آماری ویلکاکسون نشان داد که تفاوت مشاهده شده بین اختلاف نظر زنان در مورد کیفیت خدمات در هر پنج بعد معنی‌دار بود($P<۰/۰۵$). آزمون آماری فریدمن نشان داد که تفاوت میانگین اختلاف مشاهده شده در میان ابعاد پنجگانه خدمت با یکدیگر معنی‌دار است($P<۰/۰۵$ و $\chi^2=۴۲/۲$). به لحاظ معنی‌دار بودن تفاوت میانگین اختلاف مشاهده شده در میان ابعاد پنجگانه، مجدداً آزمون آماری ویلکاکسون انجام شد و نشان داد که تفاوت اختلاف کیفیت مشاهده شده از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمت، در بعد همدلی با ابعاد اطمینان، پاسخگویی و تضمین معنی‌دار($P<۰/۰۵$)، اما با بعد ملموس، معنی‌دار نیست. اختلاف کیفیت مشاهده شده در بعد ملموس نیز با ابعاد اطمینان، پاسخگویی و تضمین معنی‌دار بود($P<۰/۰۵$). اما تفاوت اختلاف کیفیت مشاهده شده بین ابعاد اطمینان، پاسخگویی و تضمین با هم معنی‌دار نبود. اختلاف کیفیت خدمات بهداشتی مشاهده شده با هیچکدام از متغیرهای سن، تحصیلات، شغل و مدت استفاده از خدمت ارتباط آماری معنی‌داری نداشت.

جدول شماره ۱- میانگین نمرات ادراک، انتظار و اختلاف کیفیت در هر یک از عبارات مربوط به کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی ـ درمانی بندرعباس

ابعاد کیفیت	میانگین نمرات عبارات مربوط به هر بعد		
	ادراک	انتظار	اختلاف کیفیت
بعد ملموس			
۱- کارکنان آراسته و با ظاهری تمیز و مرتب	۳/۸۹	۴/۲۸	-۰/۳۹
۲- پاکیزگی و تمیزی محیط مرکز بهداشتی ـ درمانی	۳/۵۲	۴/۴۷	-۰/۹۵
۳- مناسب بودن زمان صرف شده برای دریافت خدمت	۳/۵۹	۴/۴۹	-۰/۹۰
۴- تجهیزات و وسایل مرکز از نظر روزآمد و جدید بودن	۳/۴۲	۴/۶۹	-۱/۲۷
بعد اطمینان			
۵- انجام کارها مطابق تعهدات داده شده	۳/۶۳	۴/۵۸	-۰/۹۵
۶- میزان علاقمندی پرسنل در انجام کارها و ارائه خدمات	۳/۸۲	۴/۶۱	-۰/۷۹
۷- نحوه صحیح انجام خدمات در اولین مراجعه	۳/۸۸	۴/۷۲	-۰/۸۴
۸- ارائه خدمات در زمان وعده داده شده	۳/۷۸	۴/۶۶	-۰/۸۸
۹- نگهداری دقیق سوابق و پرونده مراجعه کنندگان	۳/۹۵	۴/۶۸	-۰/۷۳
بعد پاسخگویی			
۱۰- اعلام زمان دقیق انجام خدمت به مراجعه‌کنندگان	۳/۹۴	۴/۵۵	-۰/۶۱
۱۱- انجام سریع و بدون معطلی خدمات	۳/۶۷	۴/۵۷	-۰/۹۰
۱۲- اشتیاق همیشگی کارکنان برای کمک به مراجعه‌کنندگان	۳/۷۸	۴/۶۳	-۰/۸۵
۱۳- در دسترس بودن کارکنان به هنگام نیاز و تقاضا	۳/۷۱	۴/۷۲	-۱/۰۱
بعد تضمین			
۱۴- اعتماد مراجعه کنندگان به کارکنان	۳/۹۲	۴/۶۴	-۰/۷۲
۱۵- احساس امنیت و آرامش هنگام تماس با کارکنان	۳/۹۹	۴/۶۳	-۰/۶۴
۱۶- دانش و مهارت کارکنان در پاسخ به نیازمراجعه‌کنندگان	۳/۸۴	۴/۷۵	-۰/۹۱
۱۷- ادب و فروتنی کارکنان	۳/۹۲	۴/۷۰	-۰/۷۸
بعد همدلی			
۱۸- توجه ویژه به هریک از مراجعه‌کنندگان	۳/۵۰	۴/۴۵	-۰/۹۵
۱۹- مناسب بودن زمان مراجعه به مرکز	۳/۵۰	۴/۴۴	-۰/۹۴
۲۰- توجه خاص به ارزش‌ها و عواطف مراجعه‌کنندگان	۳/۴۲	۴/۵۰	-۱/۰۸
۲۱- علاقه قلبی کارکنان به مراجعه‌کنندگان	۳/۴۵	۴/۳۷	-۰/۹۲
۲۲- درک نیازهای خاص مراجعه‌کنندگان از سوی کارکنان	۳/۴۷	۴/۵۳	-۱/۰۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.4.0]

جدول شماره ۲- میانگین نمرات ادراک، انتظار و اختلاف کلی کیفیت و اختلاف کیفیت در ابعاد پنجگانه خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی ـ درمانی بندرعباس

میانگین نمرات	ادراک	انتظار	اختلاف کیفیت	نتایج آزمون ویلکاکسون	
ابعاد کیفیت خدمات				P	Z
بعد ملموس	۳/۶۰	۴/۵۵	-۰/۹۴	<۰/۰۵	-۱۵/۹۴
بعد اطمینان	۳/۸۱	۴/۶۵	-۰/۸۳	<۰/۰۵	-۱۵/۷۹
بعد پاسخگویی	۳/۷۸	۴/۶۲	-۰/۸۴	<۰/۰۵	-۱۵/۰۳
بعد تضمین	۳/۹۲	۴/۶۸	-۰/۷۶	<۰/۰۵	-۱۴/۹۷
بعد همدلی	۳/۴۷	۴/۴۵	-۰/۹۸	<۰/۰۵	-۱۵/۶۵
کیفیت کلی	۳/۷۱	۴/۵۹	-۰/۸۷	<۰/۰۵	-۱۶/۹۸

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه تعیین دیدگاه زنان از کیفیت خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر بندرعباس بود. نتایج نشان داد که به طور کلی در تمام عبارات و در هر پنج بعد خدمت، اختلاف کیفیت وجود دارد و این اختلاف منفی است. اختلاف منفی بیانگر این است که انتظارات خدمت‌گیرندگان فراتر از ادراکات آنها از وضعیت موجود بوده و هنوز فضای زیادی برای بهبودی و اصلاح به منظور نیل به رضایت مشتریان و ارائه خدمات بهداشتی ـ درمانی مطلوب وجود دارد.

کمترین میانگین اختلاف کیفیت در بعد تضمین و بیشترین میانگین اختلاف کیفیت در بعد همدلی مشاهده شد. نتایج به دست آمده در این مطالعه قابل مقایسه با نتایج کبریایی از کیفیت خدمات بهداشتی اولیه از دیدگاه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ـ درمانی شهرستان کاشان است[۹].

در مطالعه Lim and Tang با هدف تعیین ادراکات و انتظارات بیماران در بیمارستان‌های سنگاپور بین میانگین ادراکات بیماران و انتظارات آنها در هر پنج بعد خدمت اختلاف کیفیت وجود داشت. کمترین اختلاف کیفیت در بعد ملموس و بیشترین اختلاف در بعد پاسخگویی مشاهده شد[۷].

در مطالعه Mik and Hazel در مورد ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی که بر روی نمونه‌ای از زنان مراجعه‌کننده به یک بیمارستان شهرستان در اسکاتلند انجام شد، در هر پنج بعد خدمت، اختلاف کیفیت وجود داشت. به طوری که بیشترین اختلاف در بعد اطمینان و کمترین اختلاف در بعد تضمین مشاهده شد[۱۰].

در پژوهش Karydis و همکاران بر روی نمونه‌ای از بیماران یونانی مراجعه‌کننده به مراکز دندانپزشکی، اختلاف بین ادراک و انتظار بیماران در ابعاد پنج گانه خدمت، معنی‌دار بود و بیشترین اختلاف نظر در بعد کیفیت پاسخگویی مشاهده شد[۵].

در پژوهش Gagliano and Cote با دریافت نظرات مشتریان فروشگاه‌های پوشاک در ایالت‌های جنوب شرقی امریکا (آلاباما، فلوریدا و جورجیا) بیشترین اختلاف بین ادراک و انتظار افراد در بعد همدلی مشاهده شد. پس از آن به ترتیب در ابعاد ملموس، اطمینان و پاسخگویی، اختلاف بیشتری وجود داشت و کمترین اختلاف در بعد تضمین خدمت به دست آمد[۱۱].

چنین مقایسه‌ای، این موضوع را که اختلاف کیفیت در ابعاد پنج‌گانه خدمات مختلف، از دیدگاه گروه‌های گوناگون دریافت‌کننده آن خدمت با یکدیگر متفاوت است، تأیید می‌نماید. به همین لحاظ و به دلیل تعمیم‌پذیر نبودن نتایج پژوهش به سایر عرصه‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، توصیه می‌شود هر مدیری برای تدوین برنامه ارتقای کیفیت در سازمان خود به عنوان اولین گام اساسی چنین پژوهش‌هایی را انجام دهد. در این صورت می‌توان انتظار داشت الگویی با درجه انطباق بیشتر با شرایط سازمان و بالطبع کاربردی‌تر برای ارتقای کیفیت خدمات اتخاذ نموده و ضمن رفع نقاط ضعف، خدماتی با کیفیت فراتر از حد انتظار دریافت‌کنندگان خدمات به آنها ارائه نماید.

میزان نمرات منفی کیفیت خدمات مشاهده شده در این مطالعه نشان‌دهنده درجه تأکید اهمیت مراجعه‌کنندگان به آنها بوده و بیانگر این است که مراکز ارائه دهنده خدمت در این ابعاد ضعیف‌تر عمل می‌کنند، لذا نیاز برای بهبود کیفیت خدمات بهداشتی اولیه وجود دارد.

با ارتقاء و ارزیابی کیفیت خدمات به طور مستمر باید تلاش در جهت کاهش اختلاف کیفیت خدمات در برنامه‌ریزی‌ها مد نظر قرار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.4.0]

گیرد. با توجه به بیشترین اختلاف کیفیت مشاهده شده در عبارات مربوط به ابعاد ملموس، اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی، پیام عملیاتی زیر برای مدیران و برنامه‌ریزان مراکز بهداشتی ـ درمانی مفید خواهد بود: مراکز به وسایل کارآمد و جدید مجهز شوند، خدمات را در زمان وعده داده شده و در کوتاه‌ترین فاصله زمانی به مراجعه‌کنندگان ارائه دهند، کارکنان و ارائه‌دهندگان خدمت، هنگام مراجعه افراد در دسترس باشند، جهت پاسخگویی به نیاز مراجعه‌کنندگان به دانش و مهارت‌های روز آشنا شوند و ارزش‌ها و عواطف مراجعه‌کنندگان را درک نمایند. از طرف دیگر با توجه به این که بیشترین اختلاف کیفیت خدمت در بعد همدلی مشاهده شد و با عنایت به تأکید فرهنگ شرقی به کیفیت برقراری ارتباط بین افراد، که بعد مذکور هم به آن اشاره دارد، باید در برنامه‌ریزی‌ها و برقراری ارتباط با مراجعین هنگام ارائه خدمت، به این بعد توجه بیشتری کرد تا احساس آرامش بیشتری نمایند و موجبات رضایت آنها فراهم شود. به عنوان راهکار برای عملی نمودن این منظور می‌توان به برگزاری دوره‌های آموزش خدمت به مشتری برای کارکنان و کارگاه‌های افزایش مهارت‌های ارتباطی کارکنان و نیز لحاظ کردن زمانی که از نظر مشتری برای ارائه خدمت مناسب است، اشاره نمود. نکته قابل توجه دیگر آن است که کیفیت بد در یک بعد، اثر تشدید کنندگی دارد. به این معنی که موجب افت کیفیت در سایر ابعاد از دیدگاه دریافت کننده خدمت می‌گردد[۱۲]. به این لحاظ هم توجه جدی‌تر به ابعادی که میانگین اختلاف کیفیت در آنها بیشتر است (همدلی و ملموس)، توصیه می‌شود. ادراک، انتظار و اختلاف کلی کیفیت مشاهده شده، با هیچیک از متغیرهای سن، سواد، شغل و مدت استفاده از خدمت ارتباط معنی‌دار آماری نداشت. در مطالعه Campbell و همکاران بر روی بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر لندن بین گروه‌های سنی از نظر ادراک کیفیت خدمات تفاوت معنی‌دار وجود داشت و افراد مسن‌تر از کیفیت خدمات، ادراک مطلوب‌تری داشتند[۸]. در پژوهش Scrimgeour و همکاران، بیماران جوان‌تر انتظارات بالاتری از کیفیت خدمات داشتند[۱۳]. یافته‌های این پژوهش نشان داد که از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات بهداشتی اولیه، در هر پنج بعد خدمت اختلاف کیفیت وجود دارد. چون در نظام مدیریت کیفیت فراگیر، رضایت و خشنودی مشتری در مرکز ثقل تمام فعالیت‌های بهبود کیفیت خدمت قرار می‌گیرد، این بخش باید در زمینه ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده تلاش بیشتری نماید تا موجبات رضایت دریافت کنندگان خدمت از خدمات ارائه شده فراهم گردد. با توجه به وجود اختلاف کیفیت در خدمات ارائه شده از دیدگاه دریافت کنندگان خدمت، پیشنهاد می‌گردد برای برنامه‌ریزی کیفیت در سازمان، از نظرات آنها بهره‌گیری بیشتری به عمل آید. در این راستا، یکی از حساس‌ترین اقدامات، برپایی یک مکانیسم پویای اطلاعاتی و ایجاد بازخورد میان دریافت کنندگان خدمت و سازمان است. کارآمدی چنین مکانیسمی، عامل تعیین‌کننده در موفقیت سازمان در دستیابی به کیفیت مطلوب‌تر خواهد بود. همچنین به لحاظ آن که همواره کمبود منابع به عنوان یکی از موانع عمده اجرای برنامه‌های کیفیت مطرح است، لذا ارزیابی اختلاف کیفیت خدمت، مدیریت را قادر می‌سازد تا ضمن جلوگیری از افت کیفیت، منابع مالی محدود در دسترس را به نحوی بهتر تخصیص دهد تا عملکرد سازمان در حوزه‌هایی که بیشترین اثر را در ادراک و انتظار مشتری از کیفیت خدمت دارد، بهبود یابد. چنین ارزیابی در دنیای رقابتی امروز و برای کاهش هزینه‌ها هم ضروری است[۸]. لذا اختلاف‌های مشاهده شده در ابعاد کیفیت خدمت در این تحقیق نیز می‌تواند به عنوان راهنما برای برنامه‌ریزی و تخصیص منابع مورد استفاده قرار گیرد. در این راستا، همانگونه که معنی‌دار بودن تفاوت میانگین‌ها در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، طبق نتایج این پژوهش نیز می‌توان ابعاد پنج‌گانه را در دو گروه اولویتی برای تخصیص منابع و تلاش‌های سازمان به منظور بهبود و ارتقای کیفیت قرار داد. به این ترتیب که ابعاد همدلی و ملموس را در اولویت اول و ابعاد پاسخگویی، اطمینان و تضمین را در اولویت بعدی قرار داد. نظر به آن که دریافت کنندگان خدمات بهداشتی اولیه به عنوان گروهی خاص از دریافت کنندگان خدمت مورد مطالعه قرار گرفتند، لذا نتایج این پژوهش قابل تعمیم به سایر عرصه‌های ارائه خدمت در نظام بهداشت و درمان و دیگر سازمان‌ها نیست.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.4.0]

منابع

1- Ghobadian A, Speller S. Service quality: concept and models. International Journal of Quality Management 1994; 11: 43-66

2- Sewell N. Continuous quality improvement in acute health care: creating a holistic and integrated approach. International Journal of Health Care Quality Assurance 1997; 10: 20-26

3- Mike D, Mik W, John FD, Adrienne CC. Measuring service quality in local government: the SERVQUAL approach. International Journal of Public Sector Management 1995; 8: 15-20

4- Parasuraman A, Zeitaml VA, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing 1985; 49: 41-50

5- Karydis A, Komboli M, Pannis V. Expectation and perception of Greek patients regarding the quality of dental health care. International Journal for Quality in Health Care 2001; 13: 409-16

6- West E. Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. Quality in Health Care 2001; 10: 40-48

7- Lim PC, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance 2000; 13: 290-99

8- Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic and ethnic differences in patient's assessments of primary health care. Quality in Health Care 2001; 10: 90-95

۹- کبریایی علی، طراحی الگوی مدیریت کیفیت فراگیر برای بخش بهداشت شهرستان کاشان، پایان‌نامه دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲

10- Mik W, Hazel W. Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic. International Journal of Health Care quality Assurance 2005; 18: 217-28

11- Gagliano KB, Cote JH. Customer expectations and perceptions of service quality in retail apparel specialty stores. Journal of Service Marketing 1994; 8: 60-69

۱۲- لامعی ابوالفتح، مبانی مدیریت کیفیت فراگیر در بهداشت و درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته کشوری ارتقای کیفیت، ۱۳۷۸

13- Scrimgeour, EM. How do multiple sclerosis patients in lanarkshire rate health professionals and hospitals? Health Bulletin 2001; 59:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.4.0]