

The Quality of Maternal and Child Health Care Services with SERVQUAL Model

Kazemnezhad L¹, Ghasemzadeh M.J², Mohebi S*³

1- Department of Midwifery, School of Medicine, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

2- Department of Pediatrics, School of Medicine, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

3- Department of Public Health, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +982537835522 E-mail: mohebisiamak@yahoo.com

Received: Dec 26, 2015

Accepted: Oct 22, 2016

ABSTRACT

Background & objectives: In the field of health care, the quality has a special place and understanding the perceptions and expectations of the care recipients of the provided services is very important and the first step to improve the quality of care. Therefore, this study was conducted to examine the quality of mother-child care from perspectives of mothers in the primary health centers of Qom.

Methods: In this cross-sectional study, using multi-stage sampling method, 409 mothers referring to health care centers of Qom evaluated the quality of primary health care including family planning, immunization, growth monitoring of children. Demographic information as well as the standard SERVQUAL questionnaire with 22 questions (Quality assessment questionnaire with 5 dimensions of tangibles, assurance, reliability, responsiveness, and empathy) was used for collecting data. Data were analyzed by SPSS 21 with descriptive statistics and ANOVA, T-test and Pearson's correlation coefficient tests at the significant level of less than 0.05.

Results: In all aspects, the quality gap was negative. The highest gap mean was observed in the tangible dimension (-1.59) then empathy (-1.53), accountability (-1.47) reliability (-1.28) and the lowest gap average was assurance (-1.10). In this study the gap between the services quality provided for working women and housewives indicate a significant difference ($p < 0.001$). The education level had a significant relationship with provided services quality gap ($p = 0.024$). Also age has a significant direct correlation with negative gap of quality in all dimensions ($p < 0.005$).

Conclusion: The services quality and its dimensions' analysis showed that there is a negative gap in service quality and its five dimensions between women's expectations and perceptions of the service recipient. In all cases, their expectations level was beyond perception.

Keywords: Quality Gap, Health Care, SERVQUAL, Health Centers, Care Recipient.

بررسی کیفیت خدمات بهداشت مادر و کودک با الگوی سروکوال

لیلا کاظم نژاد¹، محمد جواد قاسم زاده²، سیامک محبی³*

1. گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران
 2. گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران
 3. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
- * نویسنده مسئول. تلفن: 02537835522 ایمیل: mohebisiamak@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: در حوزه ارائه خدمات بهداشتی، مقوله کیفیت دارای جایگاه ویژه ای است و شناخت ارائه دهندگان این خدمات از ادراکات و انتظارات آنان از خدمات ارائه شده حائز اهمیت فراوان است و اولین گام برای ارتقای کیفیت محسوب می‌شود. لذا این مطالعه با هدف تعیین کیفیت خدمات بهداشت مادر و کودک ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی شهر قم صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی 409 مادر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی شامل تنظیم خانواده، واکسیناسیون و پایش رشد کودکان به روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه مشخصات فردی و نیز پرسشنامه 22 سئوالی استاندارد سروکوال (پرسشنامه سنجش کیفیت در 5 بعد ملموسات، تضمین، اطمینان، پاسخگویی و همدلی) استفاده شد. داده ها توسط SPSS-21 توسط شاخص‌های مرکزی و نیز آزمون‌های ANOVA، T مستقل و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی‌داری کمتر از 0/05 تحلیل شد.

یافته ها: در تمامی ابعاد شکاف کیفیت منفی به دست آمد به عبارتی ادراکات از انتظارات کمتر بود. بیشترین میانگین شکاف کیفیت در بعد ملموسات (-1/59) و بعد از آن به ترتیب در ابعاد همدلی (-1/53)، پاسخگویی (-1/47) و اطمینان (-1/28) مشاهده شد و کمترین میانگین شکاف مربوط به بعد تضمین (-1/10) بود. در این مطالعه شکاف کیفیت خدمات ارائه شده بین زنان شاغل و خانه دار اختلاف معنی داری نشان داد ($p < 0/001$). میزان تحصیلات نیز با شکاف کیفیت خدمات ارائه شده ارتباط معنی داری داشت ($p = 0/024$). همچنین سن با شکاف منفی کیفیت همبستگی مستقیم معنی‌داری در تمام ابعاد نشان داد ($p < 0/005$).

نتیجه گیری: تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که در کیفیت خدمات و در تمامی ابعاد پنجگانه آن بین انتظارات و ادراکات زنان گیرنده خدمت، شکاف منفی وجود داشت. در تمامی موارد سطح انتظارات آنان فراتر از سطح ادراکات آنها بود.

واژه های کلیدی: شکاف کیفیت، خدمات بهداشتی، سروکوال، مراکز بهداشتی درمانی، گیرندگان خدمات

پذیرش: 95/6/2

دریافت: 94/10/5

مقدمه

در محیط پرتلاطم و رقابتی امروز، سازمان‌هایی در عرصه رقابت موفق‌تر خواهند بود که در برآوردن نیازها و خواسته‌های مشتریان گوی سبقت را از سایر رقبای بازار بربایند؛ به تعبیر دیگر بنا به فلسفه جدید بازاریابی یعنی مشتری‌گرایی، مشتریان را مرکز توجه قرار داده و از دید مشتریان به مسائل نگاه

کنند (1). به عبارتی رضایت مشتری و کیفیت، موضوعات جهانی هستند که همه سازمان‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. بسیاری از محققان، رضایت مشتری را به عنوان احساس خوشی یا ناخوشی فرد در نظر می‌گیرند که از مقایسه ادراکات با انتظاراتش در زمینه محصول/ خدمت دریافت شده منتهج می‌شود (2). بنابراین، کیفیت مهمترین عامل در رقابت جهانی به

معناداری بر مشتری محوری تأکید می‌کنند، به کار ببرند (8). خدمات بهداشتی درمانی برای افراد، بدون توجه به ویژگی‌ها و خصوصیات آنها فراهم می‌شود و به همین دلیل افراد جزء لاینفک در ارزیابی این نوع خدمات هستند و گیرندگان خدمات در هر محلی که خدمات را دریافت کنند می‌توانند به ارزیابی کیفیت آن بپردازند. به نظر می‌رسد فرهنگ و آداب و رسوم مناطق مختلف در ارزیابی افراد از ارائه خدمات متفاوت است. کیفیت خدمات نظام سلامت از طرق گوناگون مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌گیرد (9). در این خصوص تلاش‌های دانشمندانی چون پاراسورامان¹ و زیتهامل² در شناسایی و معرفی ابعاد و مؤلفه‌های کیفی، راه را برای اندازه‌گیری کیفیت در سازمان‌های خدماتی همچون مراکز بهداشتی درمانی هموار ساخت (10). این ابزار با استفاده از مدل سروکوال³ به دست آمد. سروکوال، ابزاری معتبری برای ارزیابی کیفیت خدمات است و در قیاس با سایر روش‌های ارزیابی مزایایی دارد که امکان تطبیق ابعاد آن با انواع مختلف محیط‌های خدماتی، پایایی و اعتبار بالای آن در مقایسه ادراک و انتظار مشتریان، اهمیت نسبی ابعاد پنجگانه آن در درک کیفیت خدمات و توانایی تحلیل بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی، روان‌شناختی و سایر زمینه‌ها از جمله این مزایاست (11,12). مدل سروکوال یکی از مدل‌هایی است که از طریق تحلیل شکاف بین انتظار و ادراک مشتری سعی در سنجش میزان کیفیت خدمات دارد. این مدل همچنین به مدل تحلیل شکاف معروف است. این مدل کیفیت خدمات ارائه شده را از 5 بعد ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، تضمین و همدمی مورد ارزیابی

شمار می‌آید و سازمان‌ها ناچارند که برای رقابت پیروزمندان نه در بازار، کالا یا خدمت با کیفیت عرضه نمایند. به عبارتی کیفیت خدمات به عنوان تبیین‌کننده اصلی موفقیت یک سازمان در محیط رقابتی امروز شناخته شده و هرگونه کاهش در رضایت مشتری به دلیل کیفیت ضعیف خدمات موجب نگرانی است (3،4). در میان بخش‌های مختلف خدمات، بخش خدمات بهداشتی درمانی دارای جایگاه ویژه‌ای است، این بخش با قشر وسیعی از جامعه ارتباط پیدا می‌کند و مهمتر آنکه وظیفه و رسالت حفظ سلامت جامعه بر عهده این بخش است و اقدام موثر جهت بهبود شیوه خدمت دهی و کسب رضایت مشتریان در این بخش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (5). در این بخش، به لحاظ اهمیت نوع خدمات و سر و کار داشتن با جان انسان‌ها، اعتلای کیفیت و تضمین آن برای نظام بهداشت و درمان و مردم مورد توجه قرار گرفته و از این رو تقاضای بالا برای فعالیت‌های مدیریت کیفیت در سازمان‌های خدماتی و تولیدی به طور فزاینده‌ای گسترش یافته است (6).

در رویکرد سنتی، ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از معیارهای عینی از قبیل میزان مرگ و میر و شیوع بیماری‌ها انجام می‌شد. اگرچه این شاخص‌ها برای ارزیابی کیفیت خدمات بالینی ضروری هستند، اما امروزه اغلب ارزیابی‌های ذهنی‌تر رایج شده‌اند. در حقیقت حیطه مراقبت‌های بهداشتی درمانی از رویکرد عرضه خدمات به سوی ارزیابی کیفیت خدمات در حرکت است و در این راستا نقش گیرندگان خدمات در تعریف کیفیت خدمات می‌تواند به عنوان معیار رقابتی مهم در نظر گرفته شود (7). در نتیجه ارائه‌دهندگان خدمات در تلاش هستند تا ابزارهای ارزیابی کیفیتی را که به طور

¹ Parasuraman

² Zeithamel

³ Servqual

به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم، جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل تنظیم خانواده، واکسیناسیون، پایش رشد کودک و... جامعه آماری این مطالعه بودند. مادران غیرایرانی و یا با عدم تمایل برای شرکت در مطالعه، وارد مطالعه نشدند. برای نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شد، لذا از بین نواحی 8 گانه شهرداری شهر قم، 4 ناحیه به عنوان خوشه به صورت تصادفی در نظر گرفته شده و از هر ناحیه یک مرکز بهداشتی در مانی شهری (از بین 2 تا 3 مرکز بهداشتی درمانی شهری) به صورت تصادفی انتخاب گردید. سپس از هر مرکز تعداد 64 دریافت کننده خدمت به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای انتخاب افراد از مراکز، پرسشگران در مراکز انتخاب شده حضور یافته و تمام افراد مراجعه کننده را تا زمان تکمیل تعداد نمونه مورد نظر وارد مطالعه کردند. بر اساس فرمول حجم نمونه برای تعیین میانگین در مطالعات توصیفی، و با در نظر گرفتن احتمال خطای نوع اول برابر 0/05، واریانس 0/224 بر اساس مطالعه مشابه (14) و خطای نمونه‌گیری 0/1، حداقل تعداد نمونه لازم با توجه به احتمال عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها 409 برآورد شد. در این مطالعه از دو پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و نیز پرسشنامه استاندارد سروکوال استفاده شد. پرسشنامه سروکوال در اوایل دهه 1980 میلادی توسط پاراسورامن و همکاران معرفی شد. در این مدل رضایت مشتریان از کیفیت خدمات ارائه شده سنجیده می‌شود (10). برای سنجش ادراک و انتظار گیرندگان خدمات بهداشتی درمانی در مورد کیفیت خدمات از پرسشنامه‌ای که توسط کبریایی (14) به روش سروکوال تهیه شده بود، استفاده گردید. این ابزار مشتمل بر 27 جفت سؤال متناظر

قرار می‌دهد. در خصوص ارزیابی کیفیت ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی نتایج نشان می‌دهد که شکاف قابل توجهی بین انتظارات و ادراکات گیرندگان خدمات بهداشتی درمانی وجود دارد. نتایج مطالعه ای که آقاملابی به منظور سنجش ادراکات و انتظارات زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندر عباس انجام داد نمره کیفیت را در تمام ابعاد پنجگانه خدمت منفی نشان داد (13). نتایج مطالعه ای که کبریایی به منظور سنجش ادراکات و انتظارات زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان انجام داد نیز نمره کیفیت را در تمام ابعاد پنجگانه خدمت منفی نشان داد (14). مطالعه‌ای که کمپبل¹ و همکاران در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهر لندن در مورد ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی اولیه انجام دادند نشان داد که بین گروه‌های 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 مطلوبتری داشتند (15). بر پایه آنچه که اشاره شد، مراکز ارائه خدمات بهداشتی که یکی از انواع سازمان‌های خدماتی هستند نیز باید به منظور حفظ مشتریان و جلب وفاداری آنها و کسب مزیت رقابتی، برای شناسایی انتظارات و نیازهای مشتریان که مردم هستند تلاش کنند و خدمات با کیفیت به آنها ارائه دهند. لذا این مطالعه با هدف تعیین کیفیت خدمات بهداشت مادر و کودک ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی شهر قم در سال 1393 صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی و از نوع توصیفی- تحلیلی در سال 1393 اجرا گردید. مادران مراجعه کننده

¹ Campbell

نمره مثبت کیفیت حاکی از آن است که خدمات ارائه شده فراتر از حد انتظارات گیرندگان خدمات بوده و نمره منفی کیفیت بیانگر آن است که شکاف کیفیت وجود دارد. اعتبار و پایایی این ابزار در مطالعات متعدد، در ایران تایید شده است (14,13)، به طوری که پایایی این پرسشنامه در مطالعه طراحی 0/89 به دست آمده است (16). جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، نمونه‌ها با اطلاع از اهداف پژوهش و با رضایت وارد مطالعه شدند و پرسشنامه‌ها بدون درج مشخصات فردی گردآوری شد. داده‌ها در نهایت توسط SPSS-21 توسط شاخص‌های آماری مرکزی نظیر میانگین و انحراف معیار توصیف شده و همچنین از آزمون‌های T مستقل و ANOVA، آزمون تعقیبی دانکن و ضریب همبستگی پیرسون جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن نمونه‌های مورد مطالعه $27/70 \pm 5/98$ سال بود. 1/5 درصد (6 نفر) بیسواد، 7/1 درصد (29 نفر) تحصیلات ابتدایی، 15/2 درصد (62 نفر) تحصیلات راهنمایی، 48/4 درصد (198 نفر) تحصیلات متوسطه و 27/9 درصد (114 نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از لحاظ شغل 78/5 درصد (321 نفر) خانه‌دار و مابقی یعنی 21/5 درصد (88 نفر) شاغل بودند. 92/4 درصد (378 نفر) بومی شهر قم و 7/6 درصد (31 نفر) غیربومی بودند. در این مطالعه مشخص شد که میانگین و انحراف معیار ادراکات و انتظارات از کیفیت خدمات ارائه شده به ترتیب $3/10 \pm 0/85$ و $4/49 \pm 0/99$ نمره بود و شکاف کیفیت $1/39$ را نشان داد. آزمون تی مستقل نیز نشان داد بین دو میانگین ادراکات و انتظارات از کیفیت خدمات ارائه شده اختلاف معنی‌داری وجود

است که بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت طراحی شده و دارای پنج بعد کیفیت خدمت است. این ابعاد شامل بعد تضمین خدمت (دانش و تواضع پرسنل و شاید ستگی و توانایی آنها برای القای حس اعتماد و اطمینان (5 سؤال)، بعد پاسخگویی (تمایل مرکز بهداشتی درمانی به همکاری و کمک به گیرندگان خدمات و ارائه سریع خدمات (5 سؤال)، بعد هم‌دلی کارکنان (توانایی پرسنل در برخورد ویژه با هر یک از گیرندگان خدمات با توجه به روحیات آنها (6 سؤال)، بعد اطمینان خدمت (توانایی مرکز بهداشتی درمانی در ارائه خدمت به شکل مطمئن و دقیق (7 سؤال) و بعد ملموس خدمت (ظاهر و فضای فیزیکی مرکز بهداشتی درمانی، تجهیزات، کارکنان و کانال‌های ارتباطی (4 سؤال) می‌باشد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از گیرندگان خدمات درخواست شد دیدگاه خود را در مورد وضعیت فعلی خدمات با انتخاب یکی از 5 گزینه کاملاً خوب، خوب، متوسط، بد و خیلی بد و انتظارات خود را در مورد وضعیت مطلوب با انتخاب یکی از گزینه‌های کاملاً مهم، مهم، نسبتاً مهم، کم اهمیت و خیلی کم اهمیت برای هر عبارت مشخص نمایند. نمره هر سؤال بین 1 تا 5 متغیر است. در هر بعد، نمره 5 سوالات با هم جمع و مجموع آنها بر تعداد سوالات آن بعد تقسیم می‌شود که به این ترتیب نمره ادراک و انتظار در هر کدام از ابعاد خدمت نیز بین 1 تا 5 متغیر است. برای محاسبه نمره کیفیت کلی خدمات نیز نمره اختصاص یافته به همه سوالات، با هم جمع و مجموع آنها بر 27 (تعداد کل سوالات پرسشنامه) تقسیم می‌گردد که در این حالت نیز نمره کیفیت کلی بین 1 تا 5 متغیر است. شکاف کیفیت خدمات با تفاضل نمرات سطح ادراک و سطح مورد انتظار خدمات بدست می‌آید.

داشت ($p < 0/001$). همچنین نتایج آماری نشان داد در تمام ابعاد پنج‌گانه کیفیت بین ادراکات و انتظارات نمونه‌ها اختلاف معنی‌داری وجود داشت (جدول 1).

جدول 1. مقایسه میانگین ادراکات و انتظارات نمونه‌های مورد مطالعه در ابعاد پنج‌گانه کیفیت خدمات ارائه شده

آزمون T مستقل	شکاف کیفیت	انحراف معیار	میانگین	متغیرها	ابعاد کیفیت
$p < 0/001$	-1/59	0/66 0/93	2/91 4/50	ادراکات انتظارات	بعد ملموسات
$p < 0/001$	-1/28	0/76 0/88	3/21 4/49	ادراکات انتظارات	بعد اطمینان
$p < 0/001$	-1/47	0/83 0/97	2/99 4/46	ادراکات انتظارات	بعد پاسخگویی
$p < 0/001$	-1/10	0/90 0/98	3/58 4/68	ادراکات انتظارات	بعد تضمین
$p < 0/001$	-1/53	0/69 0/81	2/83 4/36	ادراکات انتظارات	بعد همدلی

همچنین نتایج آزمون T مستقل و نیز ANOVA نشان داد که میانگین شکاف کیفیت بر حسب شغل و تحصیلات در نمونه‌های مورد مطالعه یکسان نیست اما بین شکاف کیفیت خدمات ارائه‌شده در زنان بومی و غیربومی اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (جدول 2).

جدول 2. مقایسه میانگین ادراکات و انتظارات نمونه‌های مورد مطالعه بر حسب شغل، بومی بودن و تحصیلات

میزان P	شکاف کیفیت	انتظارات		ادراکات		متغیرهای دموگرافیک
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p < 0/001$	-1/27	0/95	4/39	0/85	3/12	خانه دار
	-1/51	0/97	4/59	0/81	3/08	شاغل
$p = 0/058$	-1/37	0/93	4/52	0/84	3/15	بومی
	-1/41	0/98	4/46	0/83	3/05	غیربومی
$p = 0/024$	-1/11	0/93	4/39	0/76	3/28	بیسواد
	-1/22	0/98	4/43	0/66	3/21	ابتدایی
	-1/35	1/03	4/46	0/91	3/11	راه‌نمایی
	-1/58	1/01	4/56	0/86	2/98	متوسطه
	-1/69	0/95	4/61	0/79	2/92	دانشگاهی

همچنین آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد سن با شکاف منفی کیفیت همبستگی مستقیم معنی‌داری در تمام ابعاد پنج‌گانه

کیفیت داشت ($p < 0/05$). این موضوع در جدول 3 نشان داده شده است.

جدول 3. همبستگی بین سن با شکاف کیفیت خدمات ارائه شده در گروه تحت مطالعه

متغیر	ملموسات	اطمینان	پاسخگویی	تضمین	همدلی	کل
R	r=0/018	r=0/127	r=0/287	r=0/275	r=0/267	r=0/270
P	p=0/048	p=0/047	p=0/039	p=0/034	p=0/031	p=0/037

(-1/39). مشابه وضعیت فوق در مطالعات طراحی و همکاران در خرم آباد (16)، آقاملایی و همکاران در بندرعباس (13)، محمدی و شغلی در زنجان (17)، غلامی و همکاران

بحث با توجه به نتایج این پژوهش انتظارات گیرندگان خدمات بهداشتی فراتر از ادراکات آن‌ها از وضعیت موجود بود (شکاف کیفیت

در مطالعات محمدی (17) و آقاملایی (13) وجود شکاف بیشتر در این عبارات حاکی از آن است که کارکنان به هنگام نیاز گیرندگان خدمت، کمتر در دسترس هستند. مطالعه عندلیب¹ در بنگلادش نشان داد عدم پاسخگویی و بی میلی از سوی کارکنان بهداشتی می‌تواند موجب اتلاف وقت، پول و انرژی دریافت‌کنندگان خدمت شود و به دنبال آن ناراحتی جسمی و روانی و ناکامی به دنبال داشته باشد (21).

در این مطالعه بعد کیفیت اطمینان، مشابه مطالعات گذشته نیز دارای شکاف منفی است. ادراک کیفیت تلاش کارکنان مراکز بهداشتی درمانی از سوی مراجعین منجر به احساس اعتماد و اطمینان در آنها می‌شود این موضوع در مطالعه گارسیا² مشهود است، به طوری که فقدان هماهنگی، بدقولی و عمل نکردن به تعهدات می‌تواند منجر به کاهش رضایت مراجعین و اثر منفی بر کیفیت خدمات ارائه شده داشته باشد (22). در این پژوهش و سایر پژوهش‌ها در بعد تضمین نیز که مربوط به ایجاد اطمینان در مراجعین، ایجاد احساس امنیت و آرامش در آنان است، مراکز بهداشتی درمانی نتوانسته انتظارات مراجعین را برآورده کند.

در این مطالعه بین میانگین شکاف کیفیت بر حسب شغل اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$)، به طوری که زنان شاغل به طور معنی‌داری انتظارات بالاتر و به تبع شکاف کیفیت بیشتری را گزارش کردند. به نظر می‌رسد این موضوع به انتظارات بالاتر زنان شاغل مرتبط باشد که البته شاید به طور غیرمستقیم متأثر از سطح تحصیلات و درآمد هم باشد. در مطالعه لی³ (23) و روحی (24) نیز مشخص شد بین شغل و شکاف کیفیت

در ارومیه (18)، غلامی و همکاران در نیشابور (19) در مراکز بهداشتی درمانی مناطق مختلف کشور به دست آمده است و همگی حاکی از نیاز به بهبود کیفیت خدمات بهداشتی از نقطه نظر گیرندگان خدمت است. بیشترین شکاف در بعد ملموسات (1/59-) و کمترین شکاف در بعد تضمین کیفیت خدمات ارائه شده (1/10-) بود. در بعد پاسخگویی شکاف کیفیت خدمات ارائه شده 1/47-، در بعد اطمینان 1/28- و در بعد همدلی 1/53- بود. در بعد ملموسات، مراکز بهداشتی درمانی در زمینه‌های مدرن بودن تجهیزات مورد استفاده، امکانات فیزیکی، ظاهر کارکنان، محیط ارائه خدمت، مرتب و پاکیزه بودن و... نتوانسته اند خواسته‌های مورد انتظار زنان گیرنده خدمت را برآورده کند. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه حکمت پور در اراک (20) از این باب که بعد ملموسات بیشترین شکاف را داشت مشابه بود.

بعد همدلی نشان‌دهنده تمایل مراکز بهداشتی درمانی برای ارائه خدمات سریع به زنان و مادران و منعکس‌کننده حساسیت و آگاهی نسبت به تقاضاها، پرسش‌ها و شکایات مطرح شده از سوی آنان است. به نظر می‌رسد حجم زیاد کارهای اجرایی در برنامه‌های اجرایی، زیادبودن تعداد گیرندگان خدمت نسبت به کارکنان در برخی مراکز، و نیز کمی تجربه و مهارت کافی در برخی از کارکنان موجب شده که آنها فرصتی برای ابراز همدلی و شنیدن درک نظرات گیرندگان خدمت نداشته باشند. در مطالعه محمدی نیز بعد همدلی دومین بعد از لحاظ میزان شکاف منفی به دست آمده که مشابه مطالعه حاضر است (17).

بعد پاسخگویی، تمایل کارکنان مراکز به همکاری و کمک به مشتریان و پاسخگویی به سئوالات و تأمین سریع خدمات تعریف می‌گردد.

¹ Andaleeb

² Garcia

³ Lee

همبستگی بین سن با بعد پاسخگویی نسبت به سایر ابعاد بیشتر و با بعد ملموسات کمتر بود. ارتباط بین شکاف منفی کیفیت با سن در سایر مطالعات دیگر نظیر مطالعه کبریایی (14)، اسول¹ (25) و لی (23) نیز تأیید شده است.

نتیجه گیری

در نهایت باید اشاره کرد که تجزیه و تحلیل کیفیت خدمات و ابعاد آن نشان داد در تمامی موارد سطح انتظارات مراجعین فراتر از سطح ادراکات آنها بود. در این مطالعه بیشترین شکاف کیفیت خدمات به ترتیب در ابعاد ملموسات، هم‌دلی، پاسخگویی، اطمینان و تضمین به دست آمد. لذا تأکید بر تجهیز مراکز به وسایل کارآمد و جدید، ارائه خدمات در زمان وعده داده شده و در کوتاه‌ترین فاصله زمانی، در دسترس بودن کارکنان و ارائه دهندگان خدمت و کسب مهارت‌های به روز شده، درک ارزش‌ها و عواطف مراجعه‌کنندگان، برگزاری دوره‌های آموزش خدمت به مشتری برای کارکنان و کارگاه‌های افزایش مهارت‌های ارتباطی کارکنان پیشنهاد می‌گردد.

¹ Swell

خدمات ارتباط معنی‌داری وجود داشت. البته در مطالعه آقاملائی (13) شکاف کیفیت با شغل ارتباطی نشان نداد. شاید این موضوع با توجه به حضور زنان و مردان در آن مطالعه بود حال آنکه در مطالعه حاضر صرفاً زنان مورد بررسی قرار گرفته‌اند، اما در این مطالعه بین شکاف کیفیت با وضعیت بومی‌بودن اختلاف معنی‌داری به دست نیامد ($p=0/058$)، ولی با این حال شکاف کیفیت در زنان غیربومی قدری بیشتر بود. این مطالعه نشان داد که بین تحصیلات با میانگین شکاف کیفیت خدمات ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به طوری که آزمون تعقیبی دانکن نشان داد هر چه تحصیلات بالاتر باشد شکاف کیفیت خدمات نیز بیشتر است به طوری که زنان با تحصیلات دانشگاهی بیشترین شکاف کیفیت و زنان بیسواد دارای کمترین شکاف کیفیت بودند. مشابه این وضعیت در مطالعات غلامی (18)، کبریایی (14) و لی (23) نیز گزارش شده است. در این مطالعه ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که در تمام ابعاد سن با شکاف منفی کیفیت ارتباط مستقیم معنی‌داری داشت، به طوری که با افزایش سن میزان شکاف منفی کیفیت افزایش می‌یافت. البته باید اشاره کرد این

References

- 1- Brady MK, Cronin Jr JJ. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of marketing* 2001;65(3):34-49.
- 2- Brady MK, Robertson CJ. Searching for a consensus on the antecedent role of service quality and satisfaction: an exploratory cross-national study. *Journal of Business research* 2001;51(1):53-60.
- 3- Wong A, Sohal A. Service quality and customer loyalty perspectives on two levels of retail relationships. *Journal of services marketing* 2003;17(5):495-513
- 4- Sahney S, Banwet D, Karunes S. An integrated framework for quality in education: Application of quality function deployment, interpretive structural modelling and path analysis. *Total Quality Management & Business Excellence* 2006;17(2):265-85.
- 5- West E. Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient. *Qual Health Care*. 2001;10(1):40-8
- 6- Sadiq-Sohail M. Service quality in hospitals: more favourable than you might think. *Managing Service Quality: An International Journal* 2003;13(3):197-206.[Persian]
- 7- O'Connor SJ, Trinh HQ, Shewchuk RM. Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality. *Health care management review* 2000;25(2):7-23.

- 8- Clemes MD, Ozanne LK, Laurensen WL. Patients' perceptions of service quality dimensions: an empirical examination of health care in New Zealand. *Health Marketing Quarterly* 2001;19(1):3-22.
- 9- Heffler S, Smith S, Keehan S, Clemens MK, Zezza M, Truffer C. Health spending projections through 2013. *Health Affairs*.2004: W4:79-73.
- 10- Brady MK, Cronin JJ, Brand RR. Performance-only measurement of service quality: a replication and extension. *Journal of business research* 2002;55(1):17-31.
- 11- Zafiroopoulos C. Students'attitudes about educational service quality. *The Cyprus Journal of Sciences* 2006;4:13.
- 12- Arambewela R, Hall J. A comparative analysis of international education satisfaction using SERVQUAL. *Journal of Services Research* 2006;6:141-63.
- 13- Aghamollaie T, Zare S, Kebriyaie A, Podat A. Quality of primary healthcare from the perspective of women referred to health centers in Bandar Abbas. *Payesh Health Monitor* 2008;7(2):121-7.[Persian]
- 14- Kebriaei A, Akbari F, Hosseini M, Eftekhar-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.[Persian]
- 15- Campbell J, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality in health care* 2001;10(2):90-5.
- 16- Tarrahi M, Hamouzadeh P, BijanvandM, Lashgarara B. The quality of health care services provided in health care centers of Khorramabad using SERVQUAL model in 2010. *Yafteh* 2012;14(1):13-21.[Persian]
- 17- Mohammadi A, Shoghli A. Survey on quality of primary health cares in Zanjan district health centers. *ZUMS Journal* 2009;16(65):89-100.[Persian]
- 18- Gholami A, Salarilak S, Gharaaghaji R, Sadaghiyanifar A, Moosavi-Jahromi L. Quality gap in primary health care in Urmia health care centers. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2010;21(4):347-353.[Persian]
- 19- Gholami a, Nori AA, KHoJastehpour M, Askari M. Quality gap in primary health care in Neyshabour health care centers. *Daneshvar* 2011;18(92):6-16.[Persian]
- 20- Hekmatpou D, Sorani M, Farazi AA, Fallahi Z, Lashgarara B. A survey on the quality of medical services in teaching hospitals of Arak University of Medical Sciences with SERVQUAL model, 2010. *Arak Medical University Journal* 2012;15(7):1-9.[Persian]
- 21- Andaleeb SS. Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice. *Health policy and planning* 2000;15(1):95-102.
- 22- Hernán GM, Gutiérrez CJ, Lineros GC, Ruiz BC, Rabadán AA. Patients and quality of primary health care services. Survey of practitioners at the Bahia de Cadiz and La Janda health centers. *Atencion primaria/Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria* 2002;30(7):425-33.
- 23- Lee MA, Yom Y-H. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007;44(4):545-55.
- 24- Rohi G, Nasiri H, Hesam M, Mirkarimi F, Asaiesh H. Quality of primary health services in Gorgan health care services centers. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery* 2009;6(2):9-17.(Persian)
- 25- Sewell N. Continious quality improvment in acute health care: crating a holistic and integrated approach. *Int J Health Care Qual Assur.* 1997;10:20-6.