

Assessment of Quality of Services in Health Centers of Kohdasht, Iran, from the Perspective of Clients

Roya Emami¹, Asiyeh Pirzadeh²

Original Article

Abstract

Background: Community health largely depends on the primary health care sector in a country. Health system policies in many countries improve the quality of health care. On the other hand, recognizing customer expectations is the first step in improving the quality of health services. The purpose of this study is to determine the quality of health services from the point of view of clients in the comprehensive health services centers of Kohdasht City, Iran.

Methods: This was a descriptive-analytic, cross-sectional study. The statistical population consisted of the visitors to 14 comprehensive health services centers of the city, of which 310 patients were selected randomly. The data were collected using the standard SERVQUAL questionnaire and analyzed by SPSS software.

Findings: The service recipients did not assess the average quality of service delivery (61.10 out of 140) as appropriate and acceptable. In all six dimensions, the quality of services provided was not acceptable. The most desirable and unfavorable dimensions were the tangibility (12.51 ± 3.88) and quality accountability (9.81 ± 3.50), respectively. Women estimated the quality of service lower than men and city residents lower than rural residents. Age had a significant relationship with the dimensions of accountability and access. There was a significant relationship between income and tangibility dimension and education with tangibility dimensions and reliability.

Conclusion: The results of the study showed that the quality of health services provided by clients was not acceptable. The need to improve quality from different aspects, especially accountability, seems to be essential.

Keywords: Quality of health care; Health services; Health centers

Citation: Emami R, Pirzadeh A. Assessment of Quality of Services in Kohdasht Health Centers from the Perspective of Clients. J Health Syst Res 2020; 16(1): 29-37.

1- MSc Student, Research Committee AND Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Asiyeh Pirzadeh; Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: as_pirzadeh@hlth.mi.ac.ir

بررسی کیفیت ارائه خدمات بهداشتی - درمانی از دیدگاه گیرندگان خدمت در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کوهدهشت

رویا امامی^۱، آسیه پیرزاده^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سلامت جامعه به طور عمده به بخش مراقبت‌های اولیه نظام سلامت در یک کشور بستگی دارد. بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، از جمله سیاست‌های نظام بهداشت و درمان در بسیاری از کشورها است. از طرف دیگر، شناخت انتظارات مشتریان، اولین قدم در بهبود کیفیت خدمات بهداشتی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت ارائه خدمات بهداشتی - درمانی از دیدگاه مراجعان در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کوهدهشت انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی - مقطعی بود و جامعه آماری آن را مراجعان به ۱۴ مرکز خدمات جامع سلامت شهرستان کوهدهشت تشکیل داد. بدین ترتیب، ۳۱۰ نفر به روش تصادفی منظم انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد SERVQUAL جمع‌آوری گردید و در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: گیرندگان خدمات، میانگین کل کیفیت ارائه خدمات را در حد مناسب و قابل قبولی ارزیابی نکردند (۶۱/۱۰ از ۱۴۰). در تمامی ابعاد شش‌گانه، خدمات ارائه شده کیفیت قابل قبولی نداشت. مطلوب‌ترین و نامطلوب‌ترین بعد به ترتیب ملموس (۳/۸۸ ± ۱۲/۵۱) و پاسخگویی (۳/۵۰ ± ۹/۸۱) بود. زنان کیفیت ارائه خدمات را پایین‌تر از مردان و ساکنان شهر نیز کیفیت خدمات را پایین‌تر از ساکنان روستا ارزیابی نمودند. ارتباط معنی‌داری بین سن با ابعاد پاسخگویی ($P = ۰/۰۱۹$) و دسترسی ($P = ۰/۰۰۵$) مشاهده شد. درآمد با بعد ملموس ($P = ۰/۰۰۱$) و تحصیلات با ابعاد ملموس ($P = ۰/۰۰۵$) و قابلیت اطمینان ($P = ۰/۰۱۸$) رابطه معنی‌داری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: خدمات بهداشتی - درمانی ارائه شده، از دیدگاه مراجعان کیفیت قابل قبولی نداشت. لزوم بهبود کیفیت از جنبه‌های مختلف به ویژه پاسخگویی، ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت خدمات سلامت؛ خدمات سلامتی؛ مراکز سلامت

ارجاع: امامی رویا، پیرزاده آسیه. بررسی کیفیت ارائه خدمات بهداشتی - درمانی از دیدگاه گیرندگان خدمت در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کوهدهشت. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۶ (۱): ۲۷-۲۹

تاریخ چاپ: ۱۳۹۹/۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۷/۷

تکنولوژی بهره‌رزیادی از این امر برد (۵)، مصدق‌راد در پژوهش خود، کیفیت خدمات بهداشتی - درمانی را تأمین رضایت ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و بیماران از طریق ارائه خدمات اثربخش و کارآمد مطابق با آخرین دستورالعمل‌های بالینی و تأمین نیازهای تصریحی و تلویحی - منطقی بیماران تعریف نمود (۶).

مصدق‌راد در تعریف عملیاتی دیگری از کیفیت، هشت ویژگی کیفیتی یک خدمت بهداشتی - درمانی را عنوان کرد. به عبارت دیگر، کیفیت در بهداشت و درمان یعنی ارائه خدمات درست بهداشتی - درمانی به طریق درست در زمان مناسب، مکان مناسب، توسط ارائه‌کننده مناسب به دریافت‌کننده مناسب با قیمت مناسب که به نتایج درست بالینی منتهی شود (۷). کیفیت خدمت در یک مرکز بهداشتی - درمانی، سازه‌ای چند بعدی است. از این‌رو، اغلب مطالعات درباره سنجش کیفیت، به ارزیابی کیفیت از دو بعد فنی و عملکردی می‌پردازند (۸). بعد فنی اشاره به پیامد خدمت و بعد عملکردی دلالت بر فرایند خدمت دارد. در این معنی، کیفیت خدمت عبارت است از این که

مقدمه

سلامت یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های بشر می‌باشد و نظام سلامت نقش بسزایی برای حفظ و ارتقای سلامت مردم در ابعاد مختلف آن بر عهده دارد (۱). اهداف توسعه هزاره به خوبی گویای این مطلب است که توسعه پایدار و همه‌جانبه برای همه جهان، بدون تأمین سلامت ممکن نخواهد بود و خدمات بهداشتی - درمانی یکی از عوامل مؤثر بر سلامت و یکی از تعیین‌کننده‌های آن است (۲). کیفیت خدمات ارائه شده همواره به عنوان یکی از اصلی‌ترین شاخص‌های ارزشیابی در هر سازمان جهت پیشرفت و موفقیت می‌باشد (۳). سازمان جهانی بهداشت نیز بهبود کیفیت خدمات بهداشتی - درمانی را یکی از اهداف ده‌گانه جهانی در سیاست کلان «سلامتی برای همه» گنجانده است (۴). کیفیت و مدیریت علمی این هدف در بهداشت و درمان، از کشورهای پیشرفته آغاز شد و کم‌کم به سایر کشورها تسری یافت. استانداردها و شاخص‌های کنترل کیفیت در زندگی انسان جایگاه اصلی خود را یافت و در این میان، بهداشت و درمان که هدفش حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه است، به عنوان زیربنای صنعت و

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی و گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: آسیه پیرزاده؛ استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: as_pirzadeh@hlth.mi.ac.ir

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود و به روش مقطعی انجام شد. جامعه آماری تحقیق را کلیه افراد مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کوهدشت در سال ۱۳۹۸ تشکیل داد. حجم نمونه با استفاده از رابطه ۱، ۲۵۹ نفر برآورد گردید که با احتساب ریزش ۲۰ درصدی، ۳۱۰ نفر در نظر گرفته شد. در رابطه مذکور، Z_1 ضریب اطمینان ۹۵ درصد برابر با ۱/۹۶، σ انحراف معیار کیفیت خدمات بود که بر اساس پژوهش نبی‌لو و فرخ اسلام‌لو (۱۳)، ۰/۵۸ در نظر گرفته شد. μ میانگین کیفیت خدمات بود و بر اساس مطالعه نبی‌لو و فرخ اسلام‌لو (۱۳)، ۳/۷۳ در نظر گرفته شد. ϵ میزان خطا و ۰/۰۲ بود.

$$N = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 \times \sigma^2}{\mu^2 \times \epsilon^2}$$

رابطه

ابتدا اطلاعات جمعیتی شهرستان به تفکیک مراکز، پایگاه و خانه‌های بهداشت از سامانه سیب استخراج گردید. ۱۴۳۹۶۰ پرونده فعال در مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان موجود بود. از تقسیم تعداد پرونده‌های فعال بر حجم نمونه (۳۱۰)، تناوب نمونه‌ها (۴۶۴) به دست آمد. سپس حجم نمونه هر یک از ۱۴ مرکز از تقسیم تعداد پرونده فعال آن مرکز بر تناوب نمونه‌ها حاصل شد. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق با کد IR.MUI.RESEARCH.REC.1398.053 مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و هماهنگی با مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان، با حضور در کلیه مراکز و انتخاب اولین نمونه به صورت تصادفی از بین مراجعان و بقیه نمونه‌ها با تناوب مشخص (۸، ۶، ۴، ۲) به شرط برخورداری از سواد خواندن و نوشتن و دارا بودن پرونده فعال، نمونه‌ها انتخاب و پرسش‌نامه استاندارد SERVQUAL توزیع گردید. در تحقیق حاضر، علاوه بر آگاه نمودن نمونه‌ها از اهداف پژوهش، به آن‌ها در خصوص محرمانه بودن اطلاعات شخص تکمیل‌کننده، بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها و نظردهی آزادانه توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه، در نهایت، ۳۰۸ پرسش‌نامه به صورت خودایفا در مراکز تکمیل شد. پرسش‌نامه از دو بخش تشکیل شده است؛ بخش اول شامل ۷ سؤال مربوط به اطلاعات دموگرافیک می‌باشد که به ترتیب مؤلفه‌های سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، محل زندگی، میزان درآمد ماهیانه و شغل را بررسی می‌کند. بخش دوم سؤالات پرسش‌نامه SERVQUAL می‌باشد که به بررسی کیفیت ارائه خدمات از دیدگاه مراجعان پرداخته و شامل ۲۸ گویه می‌باشد که شش بعد کیفیت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و با مقیاس پنج نمره‌ای لیکرت (به صورت خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) درجه‌بندی شده است. امتیاز هر یک از حیطه‌ها بر اساس امتیاز هر عبارت به صورت ۱ = خیلی کم، ۲ = کم، ۳ = متوسط، ۴ = زیاد و ۵ = خیلی زیاد محاسبه و به صورت میانگین و انحراف معیار هر گزینه و هر حیطه بیان گردید. ۶ بعد در ادامه آمده است.

ملموسات: شرایط و فضای فیزیکی محیط ارائه خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات و کارکنان شامل ۵ سؤال (محدوده نمره ۵ تا ۲۵) اعتماد: انجام خدمات به شکل مطمئن و قابل اعتماد شامل ۵ سؤال (محدوده نمره ۵ تا ۲۵) پاسخگویی: تمایل به همکاری و کمک به مراجعه‌کننده شامل ۵ سؤال (محدوده نمره ۵ تا ۲۵)

مشتری در خدمت «چه» به دست می‌آورد و «چگونه» آن را به دست می‌آورد (۹). در بعد فنی، کیفیت بر اساس استانداردهای علمی توسط متخصصان سلامت تعریف می‌شود. در دیدگاه دوم، مراجعان نقش کلیدی در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی ایفا می‌کنند (۸).
نگرش‌های مدیریتی جدید، کیفیت را خواسته مشتری تعریف می‌کند (۱۰).
یک سیستم بهداشتی باکیفیت، سیستمی مشتری‌محور، جامع، پاسخگو و هزینه-اثربخش می‌باشد. بر پایه ارزیابی منظم نیازها و خواسته‌های مردم بنا شده است و براساس فلسفه بهبود مداوم کیفیت، بر خود نظارت می‌کند (۱۱). از آن‌جا که مشتریان منبع سودآوری سازمان‌ها به شمار می‌روند، در نظر گرفتن انتظارات آن‌ها به عنوان استانداردهای کیفی انجام خدمات، بسیار حایز اهمیت است (۱۲).
بر همین اساس، تحقیقات متعددی در ایران و جهان به بررسی کیفیت ارائه خدمات از دیدگاه گیرندگان خدمت پرداخته‌اند (۱۶-۱۳) که چند نمونه در ادامه آمده است. در ارومیه ۸۲/۲ درصد پاسخگویان، کیفیت کلی ارائه خدمات را متوسط و ۱۷/۸ درصد کیفیت کلی خدمات را بد توصیف نمودند. خدمات بهداشت خانوادگی از نظر مراجعان، کیفیت قابل قبولی نداشت (۱۳). در درمانگاه شهید مطهری شیراز، در تمامی ابعاد شکاف منفی کیفیت مشاهده گردید. میانگین شکاف کلی کیفیت ۰/۶۳- به دست آمد و بیشترین میانگین شکاف مربوط به بعد پاسخگویی (۰/۸۵-) و کمترین شکاف مربوط به بعد فیزیکی (۰/۴۵-) بود (۱۴).
در مراکز بهداشتی استان کرمانشاه، در هر پنج بعد و کیفیت کل شکاف منفی وجود داشت. بیشترین شکاف در بعد تضمین (۱/۸۲-) و کمترین شکاف در بعد همدلی (۱/۰۲-) مشاهده شد (۱۵). در مراکز بهداشتی-درمانی شاهرود نیز در مجموع شکاف کیفیتی مثبت وجود داشت (۱۶).

نتایج پژوهشی در جنوب غربی نیجریه نشان داد که گیرندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه، از کیفیت خدمات به خصوص ابعاد ملموس، قابلیت اطمینان و تضمین رضایت نداشتند (۱۷). در مراکز بهداشتی-درمانی شمال تهران، در هر پنج بعد کیفیت شکاف منفی مشاهده شد. کمترین و بیشترین شکاف به ترتیب در بعد همدلی و ملموس اختصاص یافت و میزان تحصیلات مراجعان با شکاف کیفیت ارتباط معنی‌داری داشت (۱۸). نتایج مطالعه‌ای در اصفهان نشان داد که کمترین میانگین نمره کیفیت به بعد ملموس و بیشترین نمره به بعد همدلی مربوط بود (۱۹). در نیشابور، کمترین میانگین نمره کیفیت در بعد ملموس و بیشترین نمره در بعد تضمین به دست آمد (۲۰). در تحقیقی در شهر ریاض، تنها ۵۰ درصد از مراجعان به ۱۴۰ مرکز بهداشتی-درمانی از کیفیت خدمات راضی بودند و یک چهارم آنان از معطلی در مراکز رضایت نداشتند (۲۱). نتایج پژوهشی بر روی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر لندن نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سنی از نظر ادراک کیفیت خدمات وجود داشت و افراد مسن‌تر از کیفیت خدمات به جزء در بعد دسترسی، ادراک مطلوب‌تری داشتند (۲۲). با توجه به این که تاکنون مطالعه‌ای در زمینه بررسی کیفیت ارائه خدمات در شهرستان کوهدشت انجام نشده است و همچنین، با توجه به تنوع نتایج تحقیقات صورت گرفته، تفاوت شرایط محیطی و فرهنگی موجود و وجود نشانه‌های نارضایتی در تعداد زیادی از مراجعان از کیفیت ارائه خدمات در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کوهدشت به صورت شکایات شفاهی، گزارش تلفنی و یا کتبی طی بازدیدهای مکرر به عمل آمده، پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت ارائه خدمات در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان از دیدگاه مراجعان انجام گردید.

یافته‌ها نشان داد که میانگین کیفیت کل، $16/96 \pm 61/10$ و حداقل و حداکثر نمره کسب شده به ترتیب ۲۸ و ۱۱۹ بود. سایر ابعاد کیفیت ارائه خدمات در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. میانگین کیفیت کل ارائه خدمات و ابعاد آن

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	حداقل	حداکثر
کیفیت کل	$16/96 \pm 61/10$	۲۸	۱۱۹
ملموس و فیزیکی	$3/88 \pm 12/01$	۵	۲۴
قابلیت اطمینان	$2/48 \pm 10/28$	۵	۲۲
پاسخگویی	$3/50 \pm 9/81$	۵	۲۵
تضمین خدمات	$2/37 \pm 10/26$	۵	۲۵
همدلی	$3/08 \pm 9/09$	۴	۲۰
دسترسی	$3/07 \pm 9/03$	۴	۲۰

در جدول ۳ مقایسه نمره کیفیت کل با اطلاعات دموگرافیک مشاهده می‌شود. بر این اساس، کیفیت کل ارائه خدمات با جنسیت، محل سکونت و شغل ارتباط معنی‌داری داشت. زنان کیفیت کل ارائه خدمات و ابعاد آن را نامطلوب‌تر از مردان گزارش کردند. همچنین، بیماران روستایی کیفیت خدمات ارائه شده را مطلوب‌تر می‌دانستند و زنان خانه‌دار کیفیت کل و ابعاد آن را نامطلوب‌تر از کارمندان ارزیابی نمودند. توزیع فراوانی پاسخ مراجعه‌کنندگان در هر یک از مؤلفه‌های ابعاد کیفیت در جدول ۴ ارائه شده است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خدمات ارائه شده از دیدگاه مراجعان کیفیت مطلوبی ندارد (جدول ۲). این نتایج با بیشتر مطالعات انجام شده در این زمینه (۲۴-۲۷) همسو بود. نتایج تحقیق حاکی و همکاران در درمانگاه‌های سرپایی بیمارستان‌های آموزشی شیراز حاکی از منفی بودن کیفیت خدمات ارائه شده در تمام ابعاد بود (۲۴). از دیدگاه گیرندگان خدمات فوریت‌های پزشکی خرم‌آباد، در تمامی ابعاد پنج‌گانه، شکاف منفی کیفیت مشاهده شد (۲۵). تشنیزی و همکاران پژوهشی را با هدف ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی انجام دادند و در آن ۱۲ مورد از ۳۱۵ مطالعه صورت گرفته در ایران در رابطه با کیفیت ارائه خدمات را بررسی نمودند و به این نتیجه رسیدند که کیفیت خدمات در تمام ابعاد منفی بود (۲۶). در تحقیق Papanikolaou و Zygariis در مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه یونان، شکاف در تمام ابعاد SERVQUAL وجود داشت (۲۷). به نظر می‌رسد کیفیت نامطلوب خدمات به علت مؤثر بودن عوامل متعدد در فرایند ارائه خدمات از جمله تسهیلات و تجهیزات، انگیزه، مهارت‌های حرفه‌ای و ارتباطی کارکنان، بی‌توجهی به خواسته‌ها و نیازهای کارکنان از جانب مدیران، ویژگی‌های خاص گیرندگان خدمت، انتظارات بالا و عدم تبعیت آن‌ها از درمان باشد. پژوهش‌های عجم و همکاران در بیمارستان صحرایی شهید علمی زابل (۳۳) و باوفا و همکاران در مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی مجری طرح پزشکی خانواده شهرستان شاهرود (۱۶) نیز شکاف مثبت کیفیت را نشان داد.

تضمین: شایستگی و توانایی کارکنان برای القای حس اعتماد و اطمینان به مشتری شامل ۵ سؤال (محدوده نمره ۵ تا ۲۵)
همدلی: برخورد ویژه با هر یک از مراجعان با توجه به روحیات آن‌ها شامل ۴ سؤال (محدوده نمره ۴ تا ۲۰)
دسترسی: سهولت در دسترس بودن خدمت برای متقاضی خدمت شامل ۴ سؤال (محدوده نمره ۴ تا ۲۰)
در مجموع، نمره کیفیت کل ارائه خدمات بین حداقل ۲۸ و حداکثر ۱۴۰ خواهد بود. هرچه امتیاز حاصل از پرسش‌نامه بیشتر باشد، نشان دهنده کیفیت بالاتر خدمات می‌باشد و بر عکس. روایی پرسش‌نامه در مطالعه عجم و همکاران تأیید و پایایی آن نیز با محاسبه ضریب Cronbach's alpha اثبات گردید که در هر یک از ابعاد، کیفیت کل بیش از ۰/۸۷ بوده است (۲۳).
داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ANOVA Independent t، آزمون تعقیبی Tukey و همبستگی Pearson در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دامنه سنی گیرندگان خدمت بین ۱۵ تا ۷۳ سال و میانگین سنی آن‌ها $32/12 \pm 8/72$ سال بود. نتایج آزمون همبستگی Pearson نشان داد که بین سن و کیفیت کل رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$). بیشترین فراوانی جنسیت مربوط به جنس مؤنث (۶۶/۸۸ درصد) بود. از نظر سطح تحصیلات، ۵۵/۸ درصد دیپلم و پایین‌تر و ۵۰/۳ درصد نیز ساکن روستا بودند. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرها در مشارکت‌کنندگان

متغیر	تعداد (درصد)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم (۲۲/۷) ۷۳
	دیپلم (۳۲/۱) ۹۹
	کاردانی (۱۴/۶) ۴۵
	کارشناسی (۲۵/۰) ۷۷
	کارشناسی ارشد (۴/۵) ۱۴
وضعیت تأهل	مجرد (۱۸/۸) ۵۸
	متأهل (۸۱/۲) ۲۵۰
	کارمند (۲۲/۱) ۶۸
	آزاد (۱۶/۲) ۵۰
شغل	خانه‌دار (۴۶/۴) ۱۴۳
	بیکار (۹/۷) ۳۰
	کارگر (۴/۵) ۵۶
	بدون درآمد (۵۶/۸) ۱۷۵
میزان درآمد	کمتر از ۱ میلیون (۱۰/۱) ۳۱
	۱ تا ۲ میلیون (۱۸/۸) ۵۸
	۲ تا ۳ میلیون (۱۰/۷) ۳۳

جدول ۳. ارتباط بین نمره کیفیت کل خدمات با اطلاعات دموگرافیک

متغیر	متغیر	میانگین ± انحراف معیار	آماره آزمون	مقدار P
نمره کل کیفیت ارایه خدمات	جنسیت	زن ۵۸/۲۵ ± ۱۵/۵۷	۴/۰۹۴	*./۰۰۱
		مرد ۶۶/۸۶ ± ۱۸/۲۲		
محل سکونت	شهر	۵۶/۵۵ ± ۱۶/۳۴	۴/۹۴۷	*./۰۰۱
		روستا ۶۵/۷۵ ± ۱۶/۲۳		
		مجرد ۶۰/۸۳ ± ۱۹/۱۷		
وضعیت تاهل	متاهل	۶۱/۱۶ ± ۱۶/۴۵	۰/۱۳۶	*./۸۹۲
	کارمند	۶۶/۶۷ ± ۱۷/۲۰		
شغل	خانه‌دار	۵۷/۳۵ ± ۱۵/۵۳	۵/۵۹۰	**./۰۰۱
	بیکار	۶۴/۶۷ ± ۲۱/۰۷		
	کارگر	۶۱/۵۶ ± ۱۵/۵۹		
	زیر دیپلم	۶۱/۱۵ ± ۱۵/۱۹		
سطح تحصیلات	دیپلم	۵۹/۲۲ ± ۱۶/۶۹	۲/۱۶۷	**./۰۷۳
	کاردانی	۵۸/۴۰ ± ۱۶/۸۱		
	کارشناسی	۶۵/۶۷ ± ۱۸/۱۱		
	کارشناسی ارشد	۵۷/۶۴ ± ۱۸/۷۳		
	بدون درآمد	۵۸/۷۵ ± ۱۶/۸۸		
میزان درآمد	کمتر از یک میلیون	۶۶/۲۶ ± ۱۵/۹۹	۱/۹۳۷	**./۰۸۸
	۱ تا ۲ میلیون	۶۳/۲۶ ± ۱۵/۶۹		
	۲ تا ۳ میلیون	۶۲/۹۷ ± ۱۷/۳۲		
	۳ تا ۴ میلیون	۶۴/۵۰ ± ۲۳/۳۶		
	۴ میلیون و بالاتر	۷۳/۶۷ ± ۲۰/۴۰		

ANOVA، Independent t آزمون*

بالاترین نمره کیفیت به ترتیب به مؤلفه‌های محیط فیزیکی جذاب و مناسب و تجهیزات مدرن و پیشرفته از بعد ملموس اختصاص یافت. به نظر می‌رسد اهمیت بالایی زیرساخت‌ها از دیدگاه مدیران، صرف بیشتر انرژی و منابع مالی در این راستا، ملموس، قابل رؤیت و آسان‌تر بودن تغییرات در این حیطه و یا انتظارات پایین گیرندگان خدمت، دلیل کسب چنین نتیجه‌ای باشد. این نتایج با یافته‌های پژوهش عجم و همکاران در بیمارستان صحرایی شهید علمی زابل (۲۳) همخوانی داشت. در مطالعه قبادی و همکاران در کلینیک ویژه کوثر اردبیل، محیط فیزیکی جذاب و علایم راهنمایی مناسب، کمترین کیفیت را داشت (۲۸) به نظر می‌رسد تفاوت مدیریت‌ها، ماهیت متفاوت خدمات، عوامل فرهنگی، انتظارات و دیدگاه‌های متفاوت گیرندگان خدمت، علت این ناهمخوانی باشد.

کمترین میانگین نمره کیفیت از عوامل ملموس، به لباس فرم و وضعیت ظاهری کارکنان تعلق گرفت که با نتایج تحقیق طبیعی و همکاران در درمانگاه‌های سرپایی شهر تهران (۱۲) همسو بود. تهیه لباس فرم و ملزم نمودن پرسنل به استفاده از آن‌ها می‌تواند در ارتقای کیفیت این حیطه مؤثر باشد. در پژوهش‌های صافی و همکاران در شمال تهران (۱۸) و نبی‌لو فرخ اسلام‌لو در پایگاه‌های بهداشت شهری ارومیه (۱۳)، ظاهر تمیز و منظم کارکنان مطلوب‌ترین عامل بود. به نظر می‌رسد عوامل فرهنگی، منابع مادی، تفاوت مدیریت، نظارت و کنترل، ارایه بازخورد به کارکنان و ویژگی‌های خاص کارکنان در این ناهمخوانی مؤثر باشد.

به نظر می‌رسد که در مطالعه عجم و همکاران، ایجاد دسترسی جهت روستاییان، رایگان بودن خدمات، محروم بودن قشر گیرنده خدمت و یا ماهیت متفاوت خدمات (۲۳) و در تحقیق باوفا و همکاران نیز اجرای طرح پزشک خانواده، رایگان یا کم‌هزینه بودن خدمات، ارایه خدمات به صورت تیمی، سیستم ارجاع و پیگیری بیماران و یا ماهیت متفاوت خدمات (۱۶)، سبب مثبت شدن شکاف کیفیت شده باشد.

مطلوب‌ترین بعد از لحاظ کیفیت، بعد ملموس بود که مؤلفه‌های آن شامل محیط فیزیکی جذاب و مناسب، ظاهر تمیز و منظم کارکنان، تسهیلات و تجهیزات پزشکی مناسب و به‌روز، تابلوها و علایم راهنمایی قابل دید، جذاب و دارای ظاهر خوب و سالن انتظار و اتاق بستری راحت و تمیز می‌باشد که با نتایج پژوهش‌های نبی‌لو و فرخ اسلام‌لو در پایگاه‌های بهداشت شهری ارومیه (۱۳) و باستانی و همکاران در درمانگاه شهید مطهری شیراز (۱۴) همخوانی داشت. در مطالعات غلامی و همکاران در مراکز بهداشتی - درمانی نیشابور (۲۰) و صافی و همکاران در مراکز بهداشتی - درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شمال تهران (۱۸)، بیشترین شکاف کیفیت در بعد ملموس مشاهده گردید که با نتایج تحقیق حاضر مغایرت داشت. به نظر می‌رسد تفاوت مدیریت‌ها، میزان توسعه، سطح تحصیلات، منابع مادی، عوامل فرهنگی و دیدگاه‌های متفاوت گیرندگان خدمت و سطح انتظارات آن‌ها، از جمله دلایل ناهمخوانی باشد.

جدول ۴. میانگین نمره کیفیت هر یک از عبارات ابعاد کیفیت از دیدگاه مراجعان مراکز خدمات جامع سلامت کوهدهشت

ردیف	عبارات	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
	محیط فیزیکی جذاب و مناسب است.	۳۵ (۱۱/۴)	۲۷ (۸/۸)	۱۴۱ (۴۵/۸)	۷۳ (۲۳/۷)	۳۲ (۱۰/۴)
ملموس و فیزیکی	پزشکان و کارکنان دارای ظاهری تمیز و منظم هستند.	۲ (۰/۶)	۸ (۲/۶)	۷۴ (۲۴/۰)	۱۲۷ (۴۱/۲)	۹۷ (۳۱/۵)
	تسهیلات و تجهیزات پزشکی مناسب و به‌روز به نظر می‌رسند.	۱۳ (۴/۲)	۴۰ (۱۳/۰)	۱۲۱ (۳۹/۳)	۹۶ (۳۱/۲)	۳۸ (۱۲/۳)
	تابلوه‌ها و علایم راهنمایی قابل دید، جذاب و دارای ظاهری خوب است.	۱۳ (۴/۲)	۳۰ (۹/۷)	۱۱۷ (۳۸/۰)	۹۲ (۲۹/۹)	۵۶ (۱۸/۲)
	سالن انتظار راحت و تمیز وجود دارد.	۲۲ (۷/۸)	۲۵ (۸/۸)	۹۱ (۲۹/۵)	۱۰۸ (۳۵/۸)	۶۲ (۲۰/۰)
اطمینان	ارایه خدمات به‌موقع و در زمان مقرر شده صورت می‌گیرد.	۴ (۱/۳)	۱۱ (۳/۶)	۷۳ (۲۳/۷)	۱۲۵ (۴۰/۶)	۹۵ (۳۰/۸)
	پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی حرفه‌ای و نایصلاح هستند.	۱ (۰/۳)	۱۱ (۳/۶)	۷۷ (۲۵/۰)	۱۴۰ (۴۵/۵)	۷۹ (۲۵/۶)
	مدارک مربوط به خدمات ارائه شده، به‌موقع و بدون اشتباه آماده می‌شوند.	۵ (۱/۶)	۹ (۲/۹)	۷۶ (۲۴/۷)	۱۲۳ (۳۹/۹)	۹۵ (۳۰/۸)
	تعادل بین هزینه‌های پرداختی و خدمات ارائه شده مناسب به نظر می‌رسد.	۹ (۲/۹)	۱۶ (۵/۲)	۷۲ (۲۳/۴)	۱۲۷ (۴۱/۲)	۸۴ (۲۷/۳)
	اطلاعات دقیق درباره روند و زمان ارائه خدمات به مراجعان ارائه می‌شود.	۳ (۱/۰)	۱۰ (۳/۲)	۷۵ (۲۴/۴)	۱۳۸ (۴۴/۸)	۸۲ (۲۶/۶)
پاسخگویی	سرعت ارائه خدمات به مراجعان قابل قبول است.	۲ (۰/۶)	۱۳ (۴/۲)	۷۲ (۲۳/۴)	۱۲۲ (۳۹/۶)	۹۹ (۳۲/۱)
	کارکنان و پزشکان برخورد مناسب و دوستانه‌ای با مراجعان دارند.	۴ (۱/۳)	۷ (۲/۳)	۴۶ (۱۴/۹)	۱۱۱ (۳۶/۰)	۱۴۰ (۴۵/۵)
	تمایل مداومی در کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی برای کمک به مراجعان وجود دارد.	۷ (۲/۳)	۱۱ (۳/۶)	۵۹ (۱۹/۲)	۱۲۹ (۴۱/۹)	۱۰۲ (۳۳/۱)
	به سؤالات مراجعان به طور مناسبی پاسخ داده می‌شود.	۲ (۰/۶)	۱۳ (۴/۲)	۵۸ (۱۸/۸)	۱۳۲ (۴۲/۹)	۱۰۳ (۳۳/۴)
	متصدی پذیرش مراکز بهداشتی-درمانی راهنمایی‌های لازم را به مراجعان ارائه می‌دهد.	۷ (۲/۳)	۱۸ (۵/۸)	۶۱ (۱۹/۸)	۱۲۲ (۳۹/۶)	۱۰۰ (۳۲/۵)
تضمین	دانش و تخصص پزشکان در درمان بیماران کافی و مؤثر به نظر می‌رسد.	۳ (۱/۰)	۱۵ (۴/۹)	۸۱ (۲۶/۳)	۱۲۶ (۴۰/۹)	۸۳ (۲۶/۹)
	ضمن رعایت شئون انسانی مراجعان، به طور احترام‌آمیزی با آن‌ها رفتار می‌شود.	۴ (۱/۳)	۸ (۲/۶)	۵۱ (۱۶/۶)	۱۳۱ (۴۲/۵)	۱۱۴ (۳۷/۰)
	تشریح بیماری و شرایط پزشکی آن برای مراجعان صورت می‌گیرد.	۵ (۱/۶)	۱۵ (۴/۹)	۶۴ (۲۰/۸)	۱۵۴ (۵۰/۰)	۷۰ (۲۲/۷)
	حریم خصوصی بیمار به وسیله پزشکان و کارکنان رعایت می‌شود.	۵ (۱/۶)	۱۵ (۴/۹)	۷۲ (۲۳/۴)	۱۲۶ (۴۰/۹)	۹۰ (۲۹/۲)
	دریافت خدمات در تمام نوبت‌های کاری با احساس امنیت همراه است.	۵ (۱/۶)	۹ (۲/۹)	۷۲ (۲۳/۴)	۱۳۰ (۴۲/۲)	۹۲ (۲۹/۹)
همدلی	ضمن مطلع نگه داشتن مراجعان، به ایده‌ها و نظرات آنان توجه می‌شود.	۷ (۲/۳)	۱۱ (۳/۶)	۸۶ (۲۷/۹)	۱۲۲ (۳۹/۶)	۸۲ (۲۶/۶)
	در ارتباط با کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده به مراجعان، از آن‌ها بازخورد گرفته می‌شود.	۱۱ (۳/۶)	۲۸ (۹/۱)	۱۰۸ (۳۵/۱)	۱۱۸ (۳۸/۳)	۴۳ (۱۴/۰)
	کارکنان و پزشکان نشان دادند که علاقمند ارائه خدمت به مراجعان هستند.	۲ (۰/۶)	۱۲ (۴/۹)	۸۹ (۲۸/۹)	۱۲۲ (۳۹/۶)	۸۰ (۲۶/۰)
	نیازهای خاص مراجعان مورد توجه قرار می‌گیرد و درک می‌شود.	۵ (۱/۶)	۲۵ (۸/۸)	۹۲ (۲۹/۹)	۱۱۹ (۳۸/۶)	۶۷ (۲۱/۸)
دسترسی	تسهیلات مناسب برای همراهان بیماران در نظر گرفته شده است.	۲۱ (۶/۸)	۵۰ (۱۶/۲)	۹۰ (۲۹/۲)	۹۷ (۳۱/۵)	۵۰ (۱۶/۲)
	ضمن دسترسی آسان به مراکز بهداشتی-درمانی، هزینه‌های درمان قابل پرداخت هستند.	۱۰ (۳/۲)	۲۸ (۹/۱)	۹۲ (۲۹/۹)	۱۱۴ (۳۷/۰)	۶۴ (۲۰/۸)
	دسترسی به کارکنان و پزشکان مناسب است.	۷ (۲/۳)	۲۱ (۶/۸)	۶۴ (۲۰/۸)	۱۳۲ (۴۲/۹)	۸۴ (۲۷/۳)
	خدمات در زمان‌های کاری ارائه می‌شود.	۴ (۱/۳)	۷ (۲/۳)	۵۰ (۱۶/۲)	۱۳۱ (۴۲/۵)	۱۱۶ (۳۷/۷)

خاص مراجعان توسط کارکنان می‌باشد که با نتایج مطالعه طبرسی و احمدی‌زاد در مراکز بهداشتی-درمانی تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تهران (۲۹) همخوانی داشت. نامطلوب‌ترین بعد در تحقیقات طراحی و همکاران در خرم‌آباد (۳۰) و آقاملائی در بندرعباس (۳۱)، بعد همدلی گزارش گردید. در

دومین بعد از لحاظ کیفیت بعد همدلی بود که شامل مؤلفه‌های گوش دادن به ایده‌ها و نظرات مراجعان ضمن مطلع نگه داشتن آنان، گرفتن بازخورد از آنان در ارتباط با کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده، علاقمند بودن کارکنان و پزشکان به ارائه خدمت به مراجعان و مورد توجه قرار گرفتن و درک نیازهای

پنجمین بعد، تضمین خدمات و شامل مؤلفه‌های کافی و مؤثر بودن دانش و تخصص پزشکان در درمان بیماران، رفتار احترام‌آمیز و رعایت شئون‌ات انسانی مراجعان، تشریح بیماری و شرایط پزشکی آن برای مراجعان، رعایت حریم خصوصی بیمار به وسیله پزشکان و کارکنان، دریافت خدمت در تمام نوبت‌های کاری همراه با احساس امنیت می‌باشد که با نتایج پژوهش عجم و همکاران (۲۳) مشابهت داشت. کیفیت پایین این بعد احتمالاً ناشی از عدم شکل‌گیری تعاملات بین فردی طی فرایند ارائه خدمت می‌باشد. مطلوب‌ترین بعد از لحاظ کیفیت در مطالعه آقاملابی و همکاران در مراکز بهداشتی- درمانی بندرعباس، بعد تضمین عنوان گردید (۳۱). به نظر می‌رسد تفاوت مدیریت‌ها، ماهیت مشاغل و ماهیت خدمات، عوامل فرهنگی و اجتماعی، سطح تحصیلات، انتظارات و دیدگاه‌های متفاوت گیرندگان خدمت و یا عوامل مربوط به ارائه دهنده خدمت، از جمله نبود انگیزه، نداشتن مهارت ارتباطی و ویژگی‌های شخصیتی از دلایل این ناهمخوانی بود.

نامطلوب‌ترین بعد از لحاظ کیفیت، بعد پاسخگویی شامل مؤلفه‌های سرعت قابل قبول ارائه خدمت به مراجعان، برخورد مناسب و دوستانه کارکنان و پزشکان با مراجعان، تمایل مداوم کارکنان برای کمک به مراجعان، ارائه راهنمایی‌های لازم به مراجعان توسط متصدی پذیرش و پاسخگویی به سؤالات مطرح شده از جانب مراجعان به طور مناسب می‌باشد که با یافته‌های تحقیقات نبی‌لو و فرخ اسلام‌لو در ارومیه (۱۳) و عجم و همکاران در زابل (۲۳) همخوانی داشت. به نظر می‌رسد در مراکز مورد بررسی، تعاملات بین فردی که از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کیفیت ارائه خدمات می‌باشد، در طی فرایند ارائه خدمت به خوبی شکل نگرفته است. در پژوهش‌های Papanikolaou و Zygariis در مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه در یونان (۲۷) و طبرسا در مراکز بهداشتی- درمانی تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تهران (۲۹) کمترین شکاف کیفیت در بعد پاسخگویی مشاهده گردید که با نتایج بررسی حاضر مغایرت داشت. پژوهشگر، عوامل فرهنگی، اجتماعی و دیدگاه‌های متفاوت گیرندگان خدمت را از علل احتمالی این ناهمخوانی می‌داند. پایین‌ترین نمره کیفیت در بعد پاسخگویی نیز به برخورد مناسب و دوستانه کارکنان و پزشکان با مراجعان و سپس پاسخگویی به سؤالات مطرح شده از جانب آنان تعلق گرفت که با یافته‌های مطالعه عجم و همکاران (۲۳) مشابه بود. عدم درک نیازها و خواسته‌های کارکنان توسط مدیران، از مهم‌ترین دلایل کاهش انگیزه در انجام وظایف شغلی می‌باشد که سبب اتلاف انرژی، منابع مالی و وقت مراجعان و افت کیفیت در بعد پاسخگویی می‌گردد. دلیل دوم می‌تواند عدم درک نیازها و خواسته‌های مراجعان توسط کارکنان باشد. در تحقیق باستانی و همکاران در شیراز، زمان انتظار کمتر از یک ساعت برای دریافت خدمت (۱۴) و در پژوهش طراحی و همکاران، ارائه راهنمایی لازم توسط متصدی پذیرش (۳۰) کمترین کیفیت را در بعد پاسخگویی به خود اختصاص داد. به نظر می‌رسد تفاوت مدیریت‌ها، ماهیت خدمات، عوامل فرهنگی و انتظارات و دیدگاه‌های متفاوت گیرندگان خدمت، علت این ناهمخوانی باشد.

بر اساس آزمون همبستگی Pearson، مراجعان با سن بیشتر، کیفیت را در دو بعد پاسخگویی و دسترسی مطلوب‌تر می‌دانستند. در مطالعه Scrimgeour و Barnes بیماران جوان‌تر انتظارات بالاتری از کیفیت خدمات داشتند (۳۴). نتایج تحقیق غلامی و همکاران در نیشابور نشان داد که با افزایش سن، کیفیت کاهش می‌یابد (۲۰). به نظر می‌رسد این تفاوت ناشی از دیدگاه‌های افراد باشد.

پژوهش حاضر گرچه بعد همدلی دومین رتبه کیفیت را کسب نمود، اما توجه به دو مؤلفه علاقمندی کارکنان و پزشکان به ارائه خدمت به مراجعان و گوش دادن به ایده‌ها و نظرات مراجعان ضمن مطلع نگه داشتن آنان که پایین‌ترین نمره کیفیت در بعد همدلی را کسب نمودند (جدول ۴) نشان داد که تعاملات بین فردی طی فرایند ارائه خدمت به خوبی شکل نگرفته است. سومین بعد از نظر کیفیت، بعد دسترسی شامل مؤلفه‌های در نظر گرفتن تسهیلات مناسب برای همراهان بیماران، قابل پرداخت بودن هزینه‌های درمان و دسترسی آسان به مراکز بهداشتی- درمانی، مناسب بودن دسترسی به کارکنان و پزشکان و ارائه خدمات در زمان‌های کاری می‌باشد (۳۲). مطلوب‌ترین بعد در مطالعه عجم و همکاران در بیمارستان صحرایی شهید علمی زابل، بعد دسترسی عنوان شد (۲۳). از مؤلفه‌های بعد دسترسی، کمترین کیفیت را ارائه خدمات در زمان‌های کاری داشت که با یافته‌های تحقیق عجم (۲۳) همسو بود. در تحقیق باستانی و همکاران در شیراز، فراهم نمودن تسهیلات مناسب برای همراهان بیمار، کمترین کیفیت را در این بعد به خود اختصاص داد (۱۴) از جمله علل این ناهمخوانی می‌توان به عدم شکل‌گیری روابط بین فردی به ویژه عدم درک نیازها و خواسته‌های کارکنان توسط مدیران و در نتیجه، کاهش انگیزه کارکنان جهت ارائه خدمت به موقع، کنترل ضعیف بر عملکرد کارکنان به دلیل بعد مسافت به خصوص در مراکز روستایی و به کارگیری نیروهای غیر بومی به دلیل عدم سکونت در روستا، رفت و آمد روزانه و عدم حضور به موقع و مرخصی‌های مکرر، زبان و فرهنگ متفاوت اشاره نمود.

چهارمین بعد از نظر کیفیت، بعد قابلیت اطمینان شامل مؤلفه‌های ارائه خدمات به موقع و در زمان مقرر شده، حرفه‌ای و ذی‌صلاح بودن پزشکان و کارکنان، آماده بودن به موقع و بدون اشتباه مدارک مربوط به خدمات ارائه شده، تعادل بین هزینه‌های پرداختی و خدمات ارائه شده و ارائه اطلاعات دقیق درباره روند و زمان ارائه خدمت به مراجعان می‌باشد. در مطالعه محمدی و شغلی در زنجان، بیشترین شکاف در بعد قابلیت اطمینان مشاهده شد (۳۳). نتایج نشان می‌دهد که خدمات ارائه شده نتوانسته است انتظارات مراجعان را برآورده نماید. در تحقیق طراحی و همکاران، کمترین شکاف در بعد قابلیت اطمینان عنوان گردید (۳۰). بیشترین میانگین نمره کیفیت در بعد قابلیت اطمینان به تعادل بین هزینه‌های پرداختی و خدمات ارائه شده تعلق گرفت که می‌تواند به علت اجرای طرح تحول نظام سلامت باشد. در پژوهش عجم و همکاران در بیمارستان صحرایی شهید علمی زابل، تعادل بین هزینه‌های پرداختی و خدمات ارائه شده کمترین کیفیت را به خود اختصاص داد (۲۳). به نظر می‌رسد ماهیت متفاوت خدمات، تفاوت‌های فرهنگی، تفاوت سازمان‌ها و مدیریت‌ها از علل این مغایرت باشد.

کمترین میانگین نمره کیفیت در بعد قابلیت اطمینان، به ارائه خدمات به موقع و در زمان مقرر شده تعلق گرفت که با نتایج مطالعات نبی‌لو و فرخ اسلام‌لو در پایگاه‌های بهداشت شهری ارومیه (۱۳) و باستانی و همکاران در درمانگاه شهید مطهری شیراز (۱۴) همخوانی داشت که شاید ناشی از نبود سیستم نوبت‌دهی، نبود تجربه، تخصص و سرعت عمل لازم، نبود سیستم کنترل و نظارت، غیر بومی بودن بیشتر پرسنل (عدم سکونت در روستا، رفت و آمد روزانه و عدم حضور به موقع و مرخصی‌های مکرر) باشد. در تحقیق طراحی و همکاران، حرفه‌ای و باصلاحیت بودن پزشکان و کارکنان بیشترین شکاف را داشتند (۳۰). به نظر می‌رسد دیدگاه‌های خاص گیرندگان خدمت یا عوامل مربوط به ارائه دهنده خدمت، سبب این مغایرت شده باشد.

اسلام، به بررسی کیفیت از دیدگاه زنان پرداخته بود (۱۳)، به نظر می‌رسد جنسیت نسبت به درآمد تاثیر بیشتری بر روی بعد ملموس داشته باشد؛ به گونه‌ای که زنان کیفیت بعد ملموس را پایین‌تر گزارش نمودند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به امکان درک متفاوت و نادرست از سؤالات در تکمیل پرسش‌نامه اشاره نمود که حضور مستمر محقق و تشریح گونه‌های پرسش‌نامه را می‌طلبد. استفاده صرف از پرسش‌نامه باعث می‌شود که گیرندگان خدمت به دلایل مختلف که جزء عوامل ذاتی سوگیری در تکمیل پرسش‌نامه است، در ارائه نظرات واقعی خود احتیاط کنند. نقطه قوت بررسی حاضر، شناسایی ابعادی از کیفیت ارائه خدمات می‌باشد که از دیدگاه گیرندگان خدمت نیاز به بهبود دارد. یافته‌های تحقیق مسیر ارتقای کیفیت را برای سیاست‌گذاران، مدیران و کارکنان مشخص نموده است.

نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، کیفیت کل ارائه خدمات و تک‌تک ابعاد به خصوص بعد پاسخگویی پایین بود. پیشنهاد می‌شود به منظور توانمندسازی کارکنان جهت بهبود نمودن اطلاعات حرفه‌ای و برقراری ارتباط صحیح و مناسب با مراجعان، دوره‌های آموزش ضمن خدمت و کارگاه‌های افزایش مهارت‌های ارتباطی برگزار گردد. همچنین، از کلیه اقداماتی که سبب افزایش انگیزه کارکنان می‌گردد، استفاده شود. در ارتباط با برخورد محترمانه کارکنان و ارائه خدمات بدون معطلی و در زمان مقرر، بهتر است از مراجعان بازخورد گرفته شود. عوامل همچون برقراری سیستم‌های پاداش و رویه‌های ارزشیابی، تهیه لباس فرم برای پرسنل و در صورت امکان جذب نیروهای بومی و استفاده از نیروی پذیرش جهت نوبت‌دهی ارائه خدمات، در نهایت می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات کمک کند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ریاست شبکه بهداشت و درمان و مدیر مسؤول مرکز آموزش بهروزی شهرستان کوهدشت و کلیه افرادی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. مطالعه حاضر برگرفته پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۳۹۷۷۹۲ و کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1398.053، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

زنان کیفیت کل ارائه خدمات و ابعاد آن را نامطلوب‌تر از مردان می‌دانستند. در پژوهش قاضی طباطبایی و همکاران در تهران، انتظارات زنان از کیفیت خدمات بیشتر از مردان بود (۳۵). به نظر می‌رسد زنان حساسیت و دقت بیشتری بر روی جزئیات دارند. در مطالعات طراحی و همکاران در خرم‌آباد (۳۰)، صافی و همکاران در تهران (۱۸) و حق‌شناس و همکاران در تهران (۳۶)، شکاف کیفیت با جنس رابطه معنی‌داری نداشت که با نتایج بررسی حاضر همسو بود. محقق، فرهنگ، دیدگاه و ویژگی‌های متفاوت مراجعان را دلیل احتمالی این عدم همخوانی می‌داند. بیماران روستایی کیفیت خدمات ارائه شده را مطلوب‌تر می‌دانستند. این نتایج با یافته‌های تحقیق مصدق‌راد در بیمارستان‌های شهر تهران (۳۷) همخوانی داشت که احتمالاً به دلیل محرومیت، وضعیت اقتصادی و سطح توقعات پایین روستاییان باشد. زنان خانه‌دار کیفیت کل و ابعاد آن را نامطلوب‌تر از کارمندان ارزیابی نمودند. با توجه به این که گروه خانه‌دار را فقط زنان تشکیل می‌دهند که حساسیت و دقت بیشتری روی جزئیات دارند، به نظر می‌رسد تاثیر جنسیت در کیفیت ارائه خدمات بیشتر از شغل باشد. بین سطح تحصیلات تنها با بعد ملموس و قابلیت اطمینان رابطه معنی‌داری مشاهده گردید. در ارتباط با بعد ملموس، مراجعان با سطح تحصیلات کارشناسی کیفیت را مطلوب‌تر از مراجعان دیپلم و زیردیپلم می‌دانستند و در ارتباط با بعد قابلیت اطمینان، افراد با سطح تحصیلات کارشناسی کیفیت را مطلوب‌تر از افراد با مدرک دیپلم می‌دانستند. در پژوهش باستانی و همکاران در شیراز نیز ارتباط معنی‌داری بین شکاف کیفیت در چهار بعد «ملموس، پاسخگویی، همدلی و قابلیت اطمینان» با سطح تحصیلات مشاهده گردید (۱۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. به نظر می‌رسد تحصیلات بالاتر باعث ارتقای آگاهی و تغییر نگرش آن‌ها شده است و توقعاتشان از سیستم معقول‌تر می‌شود و شرایط سیستم را بهتر درک می‌کنند. در مطالعه حق‌شناس و همکاران در تهران نیز بین سطح تحصیلات با هیچ یک از پنج بعد کیفیت خدمات درک شده ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۳۶). به نظر نویسنده، تفاوت‌های فرهنگی، انتظارات و دیدگاه‌های متفاوت گیرندگان خدمت، علت مشاهده نتایج متعدد در پژوهش‌های مختلف است. میزان درآمد افراد تنها با بعد ملموس رابطه معنی‌داری داشت و بیشترین اختلاف بین افراد بدون درآمد تا درآمد یک تا دو میلیون بود. در مطالعه نی‌لو و فرخ اسلام‌لو وضعیت اقتصادی افراد با بعد ملموس ارتباط معنی‌داری را نشان داد (۱۳). با توجه به این که در تحقیق حاضر بیشتر افراد بدون درآمد را زنان خانه‌دار تشکیل می‌دادند و همچنین، پژوهش نی‌لو و فرخ

References

- Ahmadvand A, Akbari ME. Health system reforms: A guide for equity and efficiency. Tehran, Iran: Evecina Cultural and Educational Foundation; 2005. [In Persian].
- Hatami H, Razavi SM, Eftekhari Ardabili H, Majlesi F, Sayed Nozadi M, Parizadeh MJ. Textbook of public health. Tehran, Iran: Arjmand Publication; 2004. [In Persian].
- Motaghd Z, Davoudi Monfared E, Mohazab Turabi S, Nemati I, Mousavi A, Eshraghi R, et al. Assessment of Quality of Services in Health Centers from the perspective of Clients by SERVQUAL Method. Health Research Journal 2017; 2(1): 49-55.
- Benisheva-Dimitrova T, Brborovic O, Donev D, Mariana D, Dzakula A, Erzen I, et al. Management in Health care practice: A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals. Lage, Germany: Hans Jacobs Publishing Company; 2008.
- Kebriaei A, Roudbari M. Quality Gap in Educational Services at Zahedan University of Medical Sciences: Students Viewpoints about Current and Optimal Condition. Iran J Med Educ 2005; 5(1): 53-61. [In Persian].
- Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: Towards a broad definition. Int J Health Care Qual Assur 2013; 26(3): 203-19.
- Mosadeghrad AM. A conceptual framework for quality of care. Mater Sociomed 2012; 24(4): 251-61.
- Mohammadi A, Mohammadi J. Evaluating quality of health services in health centres of Zanjan district of Iran. Indian J Public Health 2012; 56(4): 308-13.

9. Bonsu LO, Mensah GA. An examination of customer evaluation of Banking service quality in Ghana Banking Industry [MSc Thesis]; Lulea, Sweden: Lulea University of Technology; 2013. [In Persian].
10. West E. Management matters: The link between hospital organisation and quality of patient care. *Qual Health Care* 2001; 10(1): 40-8.
11. Shaikh BT, Rabbani F. Health management information system: A tool to gauge patient satisfaction and quality of care. *East Mediterr Health J* 2005; 11(1-2): 192-8.
12. Tabibi SJ, Ebadifard F, Khalesi N, Torani S. Total quality management in health care. Tehran, Iran: Jahan Rayane Amin Publications; 2001.
13. Nabilou B, Farokh Eslamlou H. Assessing quality of family health services in view points of service users in Urmia health posts. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2013; 11(5): 343-5. [In Persian].
14. Bastani P, Barati O, Sadeghi A, Sharifi S, Abhari S. Analysis of Service Quality Gap in Outpatient Wards Using SERVQUAL Model in Shahid Motahhari Clinic of Shiraz in 2014. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016; 14(12): 1015-32. [In Persian].
15. Karami Matin B, Rezaei S, Moradinazar M, Mahboubi M, Ataei M. Measurement of Quality of Primary Health Services by Servqual Model: Evidence from Urban Health Centers in West of Iran. *Res J Med Sci* 2016; 10(5): 475-80. [In Persian].
16. Bavafa M, Robatsarpooshi D, Mirzaei N, Estaji P. Analysis of service quality gap of Family Physicians of City Shahrood based on SERVQUAL model in 2015 years. *Rahavard Salamat Journal* 2016; 2(2): 50-60. [In Persian].
17. Adepoju OO, Opafunso Z, Ajayi M. Primary health care in south west Nigeria: Evaluating service quality and patients' satisfaction. *African Journal of Science, Technology, Innovation and Development* 2018; 10(1): 13-9.
18. Safi MH, Fereydownfar AA Arshi S. Quality of primary health services in the clinics of shomal health center of Tehran. *Community Health* 2014; 1(1): 54-61. [In Persian].
19. Sharifirad G, Shamsi M, Pirzadeh A, Daneshvar Farzanegan P. Quality gap in primary health care services in Esfahan women's perspective. *J Health Syst Res* 2010; 6(1): 95-104. [In Persian].
20. Gholami A, Nori AA, Khojastehpour M, Askari M, Sajjadi H. Quality gap in primary health care in Neyshabour health care centers. *Daneshvar Med* 2011; 18(2): 5-14. [In Persian].
21. el Shabrawy AM. A study of patient satisfaction as an evaluation parameter for utilization of primary health care services. *J R Soc Health* 1992; 112(2): 64-7.
22. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care* 2001; 10(2): 90-5.
23. Ajam M, Sadeghifar J, Anjomshoa M, Mahmoudi S, Honarvar H, Mousavi SM. Assessing quality of healthcare service by the SERVQUAL model: A case study of a field hospital. *J Mil Med* 2014; 15(4): 273-9.
24. Khaki MH, Kargar M, Parham M, Mohebi S. Survey the quality of provided services in out-patient's clinics of shiraz training hospitals based on the model of servqual in 2014. *Iran J Nurs Res* 2015; 10(3): 81-8. [In Persian].
25. Touthmal G, Hakak SM, Heidary H. A survey of quality gap of khoramabad medical emergency services using servqual model. *Yafteh* 2015; 17(1): 78-86. [In Persian].
26. Teshnizi SH, Aghamolaei T, Kahnouji K, Teshnizi SMH, Ghani J. Assessing quality of health services with the SERVQUAL model in Iran. A systematic review and meta-analysis. *Int J Qual Health Care* 2018; 30(2): 82-9.
27. Papanikolaou V, Zygiaris S. Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health Expect* 2014; 17(2): 197-207.
28. Ghobadi H, Mehrnosh N, Hamidkholgh G, Amani F. Measuring the Quality of Services Provided for Outpatients in Kowsar Clinic in Ardebil City Based on the SERVQUAL Model. *J Ardabil Univ Med Sci* 2014; 14(4): 379-87. [In Persian].
29. Tabarsi G, Ahmadiad A. Evaluation of the quality of health care centers covered by the Foundation of Martyrs and Veterans Affairs of Tehran. *Veteran Med J* 2011; 3(2): 5-40.
30. Tarrahi MJ, Hamouzadeh P, Bijanvand M, Lashgarara B. The quality of health care services provided in health care centers of Khorramabad using SERVQUAL model in 2010. *Yafteh* 2012; 14(1): 13-21. [In Persian].
31. Aghamolaei T, Zare S, Kebriaei A, Poudat A. Quality gap in primary healthcare services in Bandar Abbas: Women's perspective. *Payesh Health Monit* 2008; 7(2): 121-7. [In Persian].
32. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 1988; 64(1): 12-40.
33. Mohammadi A, Shoghli A. Survey on quality of primary health cares in Zanjan district health centers. *J Adv Med Biomed Res* 2008; 16(65): 89-100.
34. Scrimgeour EM, Barnes JA. How do multiple sclerosis patients in Lanarkshire rate health professionals and hospitals? *Health Bull (Edinb)* 2001; 59(3): 155-7.
35. Ghazi Tabatabai SM, Rahimi Forushani A, Rashidiyan A, Arab M. Hospital services quality from patients' point of view: A cross-sectional study in Tehran Private Hospitals. *Payavard Salamat* 2012; 5(4): 66-76. [In Persian].
36. Haghshenas E, Arab M, Rahimi A, Movahed E. Assessing the quality of services provided at outpatient clinics among hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences based on SERVQUAL Model in 2015. *Hospital* 2017; 16(2): 9-17. [In Persian].
37. Sokhanvar M, Mosadeghrad AM. An evaluation of quality of services in Tehran Hospitals using the HEALTHQUAL model. *J Med Counc I R Iran* 2017; 35(1): 9-19. [In Persian].