مقایسه کیفیت خدمات بهداشتی ارایه شده در پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی و دولتی شهرستان ری از دیدگاه مراجعه‌کنندگان

سیما اسماعیلی شهمیرزادی[1]، داود شجاعی‌زاده[2]، منور مرادیان سرخکلایی[1]، بهنام لشگرآرا[1]، محمدجواد طراحی[3]، گیتی طاهری[4]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: امروزه کیفیت خدمات و رضایت مشتری از بحث برانگیزترین جنبه‌های مدیریتی سازمان‌های خدماتی است و مشتری محوری، استراتژی اصلی تمام سازمان‌های جهان به شمار می‌رود. بنابراین تحقیق حاضر با هدف بررسی و مقایسه کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی ارایه شده در پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی و دولتی شهرستان ری از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به این مراکز در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بود که از بین افراد مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی درمانی دولتی و مشارکتی به صورت تصادفی روی ۴۰۰ نفر انجام شد. روش جمع‌آوری اطلاعات، ابزار پرسش‌نامه SERVQUAL بود که به روش مصاحبه چهره به چهره تکمیل گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون‌های مقایسه میانگین ناپارامتریک Mann-Whitney، Kruskal-Wallis و Pearson در SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: اختلاف آماری معنی‌داری بین شکاف میانگین ادراکات و انتظارات کیفیت خدمات در ابعاد ملموس و فیزیکی (P = ۰/۰۰۱)، تضمین خدمات تعهد شده (P = ۰/۰۰۹) و همدلی (P = ۰/۰۰۷) در بین دو پایگاه وجود داشت. شکاف میانگین ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان در ابعاد مذکور در پایگاه‌های بهداشتی دولتی در مقایسه با پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که شکاف کیفیت خدمات در پایگاه‌های بهداشتی دولتی بیشتر از پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی است. بهبود کیفیت خدمات ارایه شده در پایگاه‌های بهداشتی دولتی با اجرای مداخلاتی در راستای بهبود محیط فیزیکی، تضمین خدمات تعهد شده، افزایش همدلی کارکنان بهداشتی با مراجعه‌کنندگان و دریافت بازخورد در خصوص مسایل و نتایج درمان از مراجعه‌کنندگان ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت خدمات بهداشتی، پایگاه‌های بهداشتی، ابزار SERVQUAL

ارجاع: اسماعیلی شهمیرزادی سیما، شجاعی‌زاده داود، مرادیان سرخکلایی منور، لشگرآرا بهنام، طراحی محمدجواد، طاهری گیتی. **مقایسه کیفیت خدمات بهداشتی ارایه شده در پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی و دولتی شهرستان ری از دیدگاه مراجعه‌کنندگان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۱؛ ۸ (۷): ۱۲۳۴-۱۲۲۵.

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۶/۷ پذیرش مقاله:۱۳۹۱/۸/۱۳

۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: shojaee@sina.tums.ac.ir
۳- مربی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران
۴- مربی،گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

www.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

مقدمه

کیفیت خدمات به عنوان تعیین‌کننده اصلی موفقیت یک سازمان در محیط رقابتی امروز شناخته شده است و هر گونه کاهش در رضایت مشتری به دلیل کیفیت ضعیف خدمات موجب نگرانی است. نظام ملی بهداشت انگلیس (NHS یا National health service) کیفیت را تأمین خدمات درست به افراد مناسب، در زمان مناسب، با شیوه مناسب و عملی، در حد توان متوسط افراد جامعه و با روش انسانی می‌داند (۲، ۱). ارزیابی کیفیت خدمت از جمله گام‌های اساسی در تدوین برنامه‌های ارتقای کیفیت محسوب می‌شود (۳). به لحاظ آن که همواره کمبود منابع به عنوان یکی از موانع عمده اجرای برنامه‌های کیفیت مطرح است، این ارزیابی، مدیریت مجموعه را قادر می‌سازد تا ضمن جلوگیری از افت کیفیت، منابع مالی محدود در دسترس را به نحوی بهتر تخصیص دهد تا عملکرد سازمان بهبود و کیفیت خدمت نیز ارتقا یابد (۴).

کیفیت در خدمات بهداشتی دارای دو بعد فنی (کیفیت پیامد) و وظیفه‌ای (کیفیت و نحوه خدمت) است. کیفیت فنی در خدمات بهداشتی به معنی درستی تشخیص، درمان و انطباق آن با معیارهای حرفه‌ای است. این اطلاعات و دانش مربوط به بعد کیفیت فنی و ماهیت خدمات در حوزه کار متخصصان خدمات بهداشتی و درمانی است. کیفیت وظیفه‌ای به نحوه خدمات بهداشتی مربوط است. به دلیل این که مراجعان و بیماران توانایی ارزیابی بعد کیفیت فنی خدمات بهداشتی را به دلیل فقدان دانش لازم ندارند، کیفیت وظیفه‌ای تعیین‌کننده مهم ادراک کیفیت از نظر آنان است (۵). در همین زمینه Parasuraman و همکاران به تدوین روشی برای درک مشتریان از کیفیت خدمات پرداخت که Service quality (SERVQUAL) نام گرفت. در این روش شکافی که بین انتظارات مشتری از خدمات ارایه شده و ادراکات آنان از خدمات وجود دارد، تعیین می‌شود (۸-۶).

به نظر Parasuraman و همکاران به کمک مدل انتظارات/ادراکات SERVQUAL که دارای پنج بعد می‌باشد، چارچوب پایه‌ای ارایه می‌شود که تمامی ابعاد کیفیت خدمات را در بر می‌گیرد (۴). پنج بعد خدمت عبارت از ۱. بعد ملموس (شرایط و فضای فیزیکی محیط ارایه خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات، کارکنان و کانال‌های ارتباطی)، ۲. بعد اطمینان توانایی (انجام خدمت به شکل مطمئن و قابل اعتماد)، ۳. بعد پاسخگویی (تمایل به همکاری و کمک به مشتری)، ۴. بعد تضمین (شایستگی و توانایی کارکنان برای القای حس اعتماد و اطمینان به مشتری) و ۵. بعد همدلی (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) است (۹).

مدیران کلیه سازمان‌ها می‌توانند از این مدل استفاده نمایند. از آن جایی که سازمان‌ها ممکن است با یکدیگر متفاوت باشند، مدیران با توجه به ویژگی‌ها و نیازهای پژوهشی سازمان خود برای ایجاد تغییرات مناسب بایستی به طور اختصاصی از این مدل استفاده نمایند (۴). هر چند موضوع کیفیت به طور گسترده در زمینه‌های تولیدی و صنعتی مورد توجه است، اما در بخش خدمات به واسطه ویژگی اصلی خدمات، یعنی ناملموسی آن، کمتر به این موضوع پرداخته شده است. در میان زیر بخش‌های خدمات، بخش خدمات بهداشتی و درمانی دارای جایگاه ویژه‌ای است. دلیل این امر این است 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. 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 (۱۰).

در ارتباط با این پژوهش مطالعه‌های مشابهی در داخل و خارج کشور انجام شده است. کبریایی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که به طور کلی شکاف کیفیت در تمام خدمات ارایه شده در مرکز بهداشتی شهرستان کاشان وجود دارد (۱۱). مطالعه روحی و همکاران در مراکز بهداشتی شهر گرگان نیز نشان‌دهنده شکاف کیفیت در خدمات ارایه شده بود (۱۲). مطالعه‌ای که توسط شریفی‌راد و همکاران در شهر اصفهان انجام شد، نشان داد که زنان در هر پنج بعد کیفیت خدمات اختلاف نظر دارند. کمترین میانگین اختلاف کیفیت

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

در بعد تضمین و بیشترین در بعد ملموس به دست آمد و تفاوت مشاهده شده بین اختلاف نظر زنان در مورد کیفیت خدمات در هر پنج بعد معنی‌دار بود (۱۳). غلامی و همکاران در مطالعه مشابه در شهرستان نیشابور در همه ابعاد کیفیت شکاف منفی مشاهده نمودند. شکاف کلی کیفیت ۰/۶۴- بود و بیشترین شکاف کیفیت در بعد ملموس و کمترین شکاف کیفیت در بعد همدلی بود. همچنین در این مطالعه میان ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان در هر پنج بعد، تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد (۱۴).

Karydis و همکاران نیز به بررسی انتظارات و ادراکات بیماران یونانی در خصوص کیفیت مراقبت‌های دندانپزشکی دریافت شده پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که ادراکات افراد از کیفیت خدمات ارایه شده بیانگر رضایت بالای آن‌ها از پیروی از اصول گندزایی و استریلیزاسیون (بعد تضمین) بود، اما در زمینه سایر ابعاد کیفیت خدمات، رضایت متوسطی نشان دادند. انتظارات و تقاضا در مورد بعد همدلی و بعد تضمین در رأس اولویت‌های بیماران قرار داشت. بین ادراک و انتظار بیماران شکاف کیفیت قابل ملاحظه‌ای مشاهده شد (P = ۰/۰۱). بیشترین شکاف کیفیت در بعد پاسخگویی مشاهده شد. زنانی که از نظر اقتصادی و اجتماعی در طبقات متوسط و پایین قرار داشتند، در مقایسه با مردان همان طبقات، انتظارات بالاتری داشتند. این در حالی بود که در طبقه بالای اجتماعی، مردان انتظارات بالاتری داشتند. این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود (P = ۰/۰۲) (۱۵).

Campbell و همکاران در مطالعه‌ای کیفیت خدمات بهداشتی اولیه روی مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهر لندن را ارزیابی نمودند. آن‌ها دریافتند که بین گروه‌های سنی از نظر ادراک کیفیت خدمات، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و افراد مسن‌تر از کیفیت خدمات (به جز بعد دسترسی) ادراک مطلوب‌تری داشتند (۱۶). همچنین نتایج مطالعه‌ای در سنگاپور که جهت سنجش ادراک و انتظار بیماران از کیفیت خدمات بیمارستانی انجام شد، نشان داد که نمره کیفیت در تمام ابعاد پنج‌گانه خدمت منفی است (۱۷). اختلاف نظر در مورد کیفیت در ابعاد مختلف خدمت از دیدگاه گروه‌های جمعیتی گوناگون متفاوت است و باید در تدوین برنامه‌های ارتقای کیفیت، این تفاوت‌ها را لحاظ کرد. هدف از انجام این مطالعه تعیین شکاف کیفیت خدمات بهداشتی ارایه شده برای مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های دولتی و پایگاه‌های مشارکتی در شهر تهران بود. سپس می‌توان با ارایه راهکارهایی برای کاهش شکاف بین ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان، کیفیت خدمات و رضایت مراجعه‌کنندگان به این مراکز را افزایش داد.

روش‌ها

نمونه پژوهش افراد مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی درمانی دولتی و مشارکتی تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهر ری بود که برای دریافت خدمات بهداشتی به پایگاه‌های مربوطه مراجعه نمودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول $n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 2\times\sigma^2}{d^2}$ و مقادیر d = ۰/۴، σ^2 = ۴، β = ۰/۲ و α = ۰/۰۵ برابر با ۴۰۰ نفر محاسبه شد که به طور مساوی به دو نمونه ۲۰۰ تایی در پایگاه‌های بهداشتی دولتی و مشارکتی تقسیم گردید. افراد مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی درمانی دولتی و مشارکتی تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهر ری که دارای پرونده بهداشتی در پایگاه‌های مربوطه بودند و برای شرکت در مطالعه رضایت داشتند، به عنوان معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد. افراد مراجعه‌کننده‌ای که به اختلالات روحی تأیید شده توسط پزشکان مبتلا بودند و یا برای اولین بار مراجعه نمودند، از مطالعه خارج گردیدند.

اطلاعات مورد نیاز در این پژوهش به کمک یک پرسش‌نامه دو بخشی جمع‌آوری شد. بخش نخست شامل سؤال‌های مربوط به مشخصات دموگرافیک نظیر سن، جنس، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل دریافت‌کنندگان خدمت و بخش دوم شامل سؤال‌های مربوط به سنجش ادراک و انتظار آن‌ها از کیفیت خدمات بهداشتی ارایه شده بود. این بخش از پرسش‌نامه با توجه به ابزار SERVQUAL طراحی شد. این ابزار توسط Parasuraman و همکاران با در نظر گرفتن پنج بعد کیفیت خدمت شامل ابعاد ملموس و فیزیکی، ثبات و

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

قابلیت اطمینان مراقبت، پاسخگویی، صلاحیت حرفه‌ای و تضمین، توجه، مراعات و ملاحظه در رفتار کارکنان با مراجعه‌کنندگان ابداع گردید. در بخش دوم پرسش‌نامه سؤال‌ها مربوط به سنجش ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان از خدمات بهداشتی از نظر محتوا و تعداد با هم برابر بود، اما عبارت‌بندی آن‌ها با یکدیگر متفاوت بود. سؤال‌های مربوط به ادراک مراجعه‌کنندگان از کیفیت خدمات وضع موجود و به عبارت دیگر آن چه را که مشتریان به عنوان کیفیت می‌بینند، ارزیابی می‌کرد. سؤال‌های مربوط به انتظارات مراجعه‌کنندگان از کیفیت خدمات، وضع مطلوب یا آن چه که مشتریان از خدمات انتظار دارند را می‌سنجید.

این مقیاس از سطح قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی برخوردار بود. در بسیاری از کشورهای جهان آزمون شد و در ایران نیز هنجاریابی شد. پایایی درونی پرسش‌نامه قبلاً توسط محققین دیگر بررسی شد که در همه موارد ضریب Cronbach's alpha حدود ۹۰ درصد گزارش شد (۲۱-۱۸). روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای صورت گرفت. بدین ترتیب که کل حجم نمونه به طور مساوی به دو گروه ۲۰۰ نفری در پایگاه‌های بهداشتی دولتی و مشارکتی تقسیم شد. سپس حجم نمونه کل هر یک از پایگاه‌های بهداشتی دولتی و مشارکتی به صورت مجزا به نسبت جمعیت تحت پوشش پایگاه‌های بهداشتی موجود تقسیم شد. در نهایت افراد به طور تصادفی از بین مراجعه‌کنندگان به هر یک از پایگاه‌های بهداشتی انتخاب شدند و پرسش‌نامه مورد نظر به صورت حضوری توسط پژوهشگران آموزش دیده تکمیل گردید. برای رعایت نکات اخلاقی پژوهش، اهداف این مطالعه به افراد شرکت‌کننده توضیح داده شد. به آنان این اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و پرسش‌نامه بدون نام تکمیل گردید. در ضمن آن دسته از افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند، از مطالعه خارج شدند.

پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها کدگذاری شد. سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (رسم جداول، میانگین و ...) و آمار تحلیلی نظیر آزمون‌های مقایسه میانگین ناپارامتریک به علت عدم توزیع نرمال داده‌ها مانند Mann-Whitney و Kruskal-Wallis استفاده گردید. همچنین شدت همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از آزمون آماری همبستگی Pearson تعیین گردید. در مطالعه حاضر سطح معنی‌داری آزمون $\alpha = ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی دولتی و مشارکتی به ترتیب ۷/۴۴ ± ۲۸/۷۹ و ۶/۳۶ ± ۲۸/۶۵ بود. جدول ۱ یافته‌های مربوط به مشخصات فردی مراجعه‌کنندگان به هر دو پایگاه را نشان می‌دهد.

میانگین نمره ادراکات مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی از وضعیت موجود کیفیت خدمات بهداشتی نشان داد که در بین ابعاد مختلف کیفیت بعد تضمین خدمات تعهد شده با میانگین ۰/۸۷ ± ۴/۳۳ در بین سایر ابعاد از نظر واحدهای مورد پژوهش، بیشترین ادراک را داشت. به عبارت دیگر بعد تضمین خدمات تعهد شده ۸۶/۶ درصد میانگین نسبی را کسب کرد. بعد ملموس و فیزیکی با میانگین ۰/۸۸ ± ۴/۱۳ و با میانگین نسبی ۶۸/۸۳ درصد کمترین میانگین را داشت.

مقادیر مشابه به دست آمده در پایگاه‌های بهداشتی دولتی نشان داد که بعد قابلیت اطمینان خدمت با میانگین ۰/۷۷ ± ۴/۲۱ در بین سایر ابعاد ادراک‌شده از نظر واحدهای مورد پژوهش بیشترین ادراک را داشت. به عبارت دیگر بعد قابلیت اطمینان خدمت توانست ۸۴/۲ درصد میانگین نسبی را کسب کند. بعد ملموس و فیزیکی با میانگین ۰/۷۶ ± ۳/۷۴ کمترین میانگین را داشت (۷۴/۸ درصد).

میانگین انتظارات مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی دولتی و مشارکتی از کیفیت خدمات بهداشتی در همه ابعاد کیفیت در حد بسیار بالایی قرار داشت. میانگین نسبی انتظارات کیفیت خدمات در تمام ابعاد مورد بررسی از دیدگاه افراد مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی دولتی

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیتی نمونه مورد مطالعه به تفکیک پایگاه بهداشتی

متغیر	پایگاه بهداشتی دولتی (n = ۲۰۰)		پایگاه بهداشتی مشارکتی (n = ۲۰۰)		کل (n = ۴۰۰)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت						
زن	۲۰۰	۱۰۰/۰	۱۹۹	۹۹/۵	۳۹۹	۹۹/۷
مرد	–	–	۱	۰/۵	۱	۰/۳
وضعیت تأهل						
متأهل	۱۹۹	۹۹/۵	۱۹۸	۹۹/۰	۳۹۷	۹۹/۳
مجرد	۱	۰/۵	۲	۱/۰	۳	۰/۷
تحصیلات						
بی‌سواد	۲۲	۱۱/۰	۲۸	۱۴/۰	۵۰	۱۲/۵
ابتدایی	۱۰۰	۵۰/۰	۹۳	۴۶/۵	۱۹۳	۴۸/۳
راهنمایی	۹	۴/۵	۱۰	۵/۰	۱۹	۴/۷
متوسطه	۳۴	۱۷/۰	۴۴	۲۲/۰	۷۸	۱۹/۵
دیپلم	۳۰	۱۵/۰	۱۸	۹/۰	۴۸	۱۲/۰
دانشگاهی	۵	۲/۵	۷	۳/۵	۱۲	۳/۰

(۹۳/۸ درصد) و پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی (۹۴ درصد) بود. به بیان دیگر افراد مورد پژوهش بیشترین انتظار را از کیفیت خدمات در همه ابعاد داشتند.

شکاف ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان به پایگاه بهداشتی مشارکتی از نقطه‌نظر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از ابزار SERVQUAL در جدول ۲ نمایش داده شده است. بر اساس یافته‌های حاصل بیشترین شکاف ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان به پایگاه بهداشتی مشارکتی در بعد ملموس و فیزیکی (۱/۰۳۴ ± ۰/۵۷۱) و کمترین شکاف در بعد تضمین خدمات تعهد شده با میانگین ۰/۹۲۵ ± ۰/۴۷۱ وجود داشت.

شکاف ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان به پایگاه بهداشتی دولتی از نقطه‌نظر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از ابزار SERVQUAL نشان داد که بیشترین شکاف در بعد ملموس و فیزیکی ۰/۸۸ ± ۰/۹۵۲ و کمترین شکاف در بعد قابلیت اطمینان خدمت با میانگین ۰/۸۶۲ ± ۰/۴۸۵ وجود دارد (جدول ۳).

بر اساس یافته‌های به دست آمده در خصوص شکاف ادراکات و انتظارات از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی و دولتی، شکاف میانگین ادراکات و

جدول ۲: تعیین شکاف ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان به پایگاه بهداشتی مشارکتی از نقطه‌نظر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از ابزار SERVQUAL

شکاف کیفیت خدمات بهداشتی ابعاد کیفیت خدمات	میانگین/انحراف معیار	حداقل میانگین امتیاز	حداکثر میانگین امتیاز
بعد ملموس و فیزیکی	۱/۰۳۴ ± ۰/۵۷۱	-۱	۳/۷۵
قابلیت اطمینان خدمت	۱/۰۹۶ ± ۰/۴۶۸	-۱	۳/۷۵
پاسخگویی ارایه‌کنندگان خدمت	۱/۰۰۸ ± ۰/۴۷۰	-۱	۴/۰۰
تضمین خدمات تعهد شده	۰/۹۶۲ ± ۰/۳۶۶	-۱	۴/۰۰
همدلی	۱/۰۱۰ ± ۰/۴۷۵	-۱	۴/۰۰
میزان کل	۰/۹۲۵ ± ۰/۴۷۱	-۱	۳/۸۱

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

جدول ۳: تعیین شکاف ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان به پایگاه بهداشتی دولتی از نقطه‌نظرکیفیت خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از ابزار SERVQUAL

شکاف کیفیت خدمات بهداشتی / ابعاد کیفیت خدمات	میانگین/انحراف معیار	حداقل میانگین امتیاز	حداکثر میانگین امتیاز
بعد ملموس و فیزیکی	۰/۸۸۰ ± ۰/۹۵۲	-۱	۳/۵۰
قابلیت اطمینان خدمت	۰/۸۶۲ ± ۰/۴۸۵	-۱	۳/۲۵
پاسخگویی ارایه‌کنندگان خدمت	۰/۸۵۰ ± ۰/۵۳۶	-۱	۳/۰۰
تضمین خدمات تعهد شده	۰/۷۷۴ ± ۰/۴۹۶	-۱	۳/۴۰
همدلی	۰/۹۲۷ ± ۰/۶۷۱	-۱	۳/۸۰
میزان کل	۰/۷۳۱ ± ۰/۶۲۸	-۱	۲/۷۹

انتظارات مراجعه‌کنندگان در ابعاد ملموس و فیزیکی، قابلیت اطمینان خدمت، پاسخگویی ارایه‌کنندگان خدمت، تضمین خدمات تعهد شده، همدلی و میزان کل در پایگاه‌های بهداشتی دولتی بیشتر از پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی بود. با این وجود نتایج تجزیه تحلیل آماری با استفاده از آزمون Mann-Whitney نشان داد که اختلاف آماری معنی‌داری بین شکاف میانگین ادراکات و انتظارات کیفیت خدمات در ابعاد ملموس و فیزیکی (P = ۰/۰۰۱)، تضمین خدمات تعهد شده (P = ۰/۰۰۹) و همدلی (P = ۰/۰۰۷) در بین دو پایگاه وجود دارد. به علاوه ارتباط آماری معنی‌داری نیز بین میانگین کل شکاف ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی با میانگین کل شکاف ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی دولتی وجود داشت (P = ۰/۰۰۴) (جدول ۴).

بحث

سنجش کیفیت خدمات بهداشتی پیش شرط اساسی برای بهبود کیفیت است. انتظارات و ادراک بیماران از کیفیت خدمات در انتخاب نوع پایگاه بهداشتی اعم از دولتی و خصوصی (مشارکتی) نقش مهمی ایفا می‌نماید. از سوی دیگر مراجعه‌کنندگان به لحاظ تماس نزدیک با ارایه‌دهندگان خدمت و مشارکت در فرایند خدمت در موقعیت مناسبی برای سنجش کیفیت خدمات هستند.

در مطالعه حاضر ادراکات مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی و دولتی از وضعیت موجود کیفیت خدمات بهداشتی نشان داد که کمترین میانگین ادراک در بعد ملموس و فیزیکی است. مطالعه شریفی‌راد و همکاران نیز همسو با نتایج پژوهش حاضر بود که برای بررسی کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارایه شده در مراکز بهداشتی درمانی اصفهان

جدول ۴: شکاف میانگین انتظارات و ادراکات کیفیت خدمات ارایه شده با استفاده از ابزار SERVQUAL از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی و دولتی

متغیر	ارتباط آماری	پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی	پایگاه‌های بهداشتی دولتی	Mann-Whitney P
		میانگین / انحراف معیار	میانگین / انحراف معیار	
بعد ملموس و فیزیکی		۱/۰۳۴ ± ۰/۵۷۱	۰/۸۸۰ ± ۰/۹۵۲	۰/۰۰۱
قابلیت اطمینان خدمت		۱/۰۹۶ ± ۰/۴۶۸	۰/۸۶۲ ± ۰/۴۸۵	۰/۲۰۲
پاسخگویی ارایه‌کنندگان خدمت		۱/۰۰۸ ± ۰/۴۷۰	۰/۸۵۰ ± ۰/۵۳۶	۰/۰۴۸
تضمین خدمات تعهد شده		۰/۹۶۲ ± ۰/۳۶۶	۰/۷۷۴ ± ۰/۴۹۶	۰/۰۰۹
همدلی		۱/۰۱۰ ± ۰/۴۷۵	۰/۹۲۷ ± ۰/۶۷۱	۰/۰۰۷
کل		۰/۹۲۵ ± ۰/۴۷۱	۰/۷۳۱ ± ۰/۶۲۸	۰/۰۰۴

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

انجام شد. آن‌ها نشان دادند که کمترین ادراک از وضعیت موجود کیفیت خدمات بهداشتی در بین ابعاد مختلف مربوط به بعد ملموس و فیزیکی است (۱۳). بنابراین بعد ملموس و فیزیکی که شامل وضعیت ظاهری، تسهیلات فیزیکی، تجهیزات ظاهر کارکنان و وسایل ارتباطی، ظاهر تجهیزات و وسایل و ابزار فیزیکی موجود در محل کار و ظاهر کارکنان است، بر ادراکات مراجعه‌کنندگان برای ارزیابی کیفیت خدمات تأثیرگذار می‌باشد .

میانگین انتظار مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی نسبت به پایگاه‌های بهداشتی دولتی از نظر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی در همه ابعاد در سطح بالاتری قرار داشت. در این راستا مطالعه Arasli و همکاران که با هدف توسعه و مقایسه برخی از عوامل تعیین‌کننده کیفیت خدمات بهداشتی درمانی در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی در قبرس شمالی انجام شد، همسو با نتایج مطالعه حاضر بود (۲۲).

نتایج این مطالعه نشان داد که شکاف کیفیت خدمات بهداشتی در ابعاد ملموس و فیزیکی، قابلیت اطمینان خدمت، پاسخگویی ارایه‌کنندگان خدمت، تضمین خدمات تعهد شده و همدلی در پایگاه‌های بهداشتی دولتی و مشارکتی شهرستان ری مثبت است. شکاف کیفیت مثبت بیانگر این موضوع است که اختلاف انتظارات مراجعه‌کنندگان تا حدودی برآورده شده است. نتایج مطالعه آقا مولایی و همکاران که برای سنجش ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس انجام شد، نشان داد که شکاف کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی در تمام ابعاد پنج‌گانه منفی است (۲۳). به علاوه نتایج مطالعه کبریایی و همکاران نیز که در کاشان انجام شد، نشان داد که شکاف کیفیت خدمات در ابعاد پنج‌گانه منفی است (۱۱).

نتایج حاصل از مقایسه شکاف ادراکات و انتظارات از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی و مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی دولتی نشان داد که اختلاف آماری معنی‌داری بین شکاف میانگین ادراکات و انتظارات کیفیت خدمات در ابعاد ملموس و فیزیکی، تضمین خدمات تعهد شده و همدلی در بین دو پایگاه وجود دارد. به علاوه ارتباط آماری معنی‌داری نیز بین میانگین کل شکاف ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی با میانگین کل شکاف ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی دولتی وجود دارد. این شکاف میانگین ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان در ابعاد ملموس و فیزیکی، قابلیت اطمینان خدمت، پاسخگویی ارایه‌کنندگان خدمت، تضمین خدمات تعهد شده، همدلی و میزان کل در پایگاه‌های بهداشتی دولتی بالاتر از پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی بود. نتایج مطالعه Jabnoun و Chaker که در پاکستان با هدف مقایسه کیفیت خدمات بهداشتی درمانی در بیمارستان‌های خصوصی و عمومی با استفاده از ابزار SEEVQVAL انجام شد، مغایر با یافته‌ها پژوهش حاضر بود (۲۴).

نتیجه‌گیری

در این مطالعه نتایج حاصل از میزان کیفیت خدمات ادراک‌شده در پایگاه‌های مشارکتی با استفاده از ابزار SERVQUAL نشان داد که در بین ابعاد مختلف کیفیت، بعد تضمین خدمات تعهد شده در بین سایر ابعاد ادراک‌شده از نظر واحدهای مورد پژوهش بیشترین ادراک را داشت. بعد تضمین خدمات بیانگر شایستگی و توانایی کارکنان برای القای حس اعتماد و اطمینان به مراجعه‌کنندگان می‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده، میزان نسبی ادراک مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی از کیفیت خدمات در بعد تضمین خدمات تعهد شده در مقایسه با پایگاه‌های دولتی بالاتر است. این بدین معنی است که کارکنان پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی در القای حس اعتماد و اطمینان موفق‌تر از کارکنان پایگاه‌های بهداشتی دولتی عمل نمودند.

یافته‌های به دست آمده در پایگاه‌های بهداشتی دولتی گواه این مطلب است که در بین ابعاد پنج‌گانه کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، بعد قابلیت اطمینان خدمت در بین سایر ابعاد ادراک‌شده از نظر واحدهای مورد پژوهش بیشترین ادراک را داشت. بعد قابلیت اطمینان خدمت شامل نحوه ارایه خدمات به صورت مطلوب و حرفه‌ای و با صلاحیت بودن پزشکان و

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

کارمندان است. این مسأله می‌تواند از قدمت تأسیس پایگاه‌های بهداشتی دولتی و تجارب بیشتر کارکنان مشغول به کار در این مراکز نشأت گرفته باشد.

ارایه درست به موقع و قابل اطمینان خدمت، مهم‌ترین بعد خدمات به شمار می‌رود. با توجه به بالاتر بودن رضایتمندی بیماران از بعد ارایه درست، به موقع و قابل اطمینان خدمت در مقایسه با سایر ابعاد در پایگاه‌های بهداشتی دولتی، به نظر می‌رسد که این مسأله از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ چرا که تماس انسانی و بین شخصی به شدت تحت تأثیر اطمینان بیماران به مهارت و توانایی کارکنان قرار می‌گیرد.

بنابراین افزایش سطح آگاهی کارکنان و به روز رسانی دانش تخصصی آنان از طریق آموزش مداوم، آموزش کارکنان در رابطه با مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر با مراجعه‌کنندگان از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی، رفع موانع همکاری کارکنان در جهت رسیدن به اهداف سازمان، بهبود محیط فیزیکی و امکانات و تجهیزات موجود در پایگاه‌های بهداشتی به ویژه در پایگاه‌های بهداشتی دولتی که به علت فرسوده بودن بافت ساختمانی از شرایط مطلوب برخوردار نیستند و بهبود کیفیت نظارت بر واحدهای بهداشتی درمانی در راستای بهبود کیفیت خدمات بهداشتی در پایگاه‌های بهداشتی پیشنهاد می‌گردد.

این مطالعه تنها مراکز تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری را مورد بررسی قرار داد و از این جهت امکان مقایسه کیفیت خدمات در کل مراکز تحت پوشش دانشگاه در این مطالعه وجود ندارد. جامعه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بسیار گسترده است و نیروی انسانی به نسبت فراوانی در مراکز و واحدهای ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی این دانشگاه در حال ارایه خدمات هستند. از این رو پیشنهاد می‌گردد که مطالعه‌های مشابه در سایر شبکه‌های بهداشت و درمان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام پذیرد تا امکان مقایسه کیفیت خدمات در مراکز مختلف وجود داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۱۸۸۱ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از آن معاونت محترم به دلیل حمایت مالی، از شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری و پایگاه‌های بهداشتی تابعه دانشگاه به دلیل دادن مجوز و همکاری‌های لازم برای انجام مطالعه و از افراد شرکت‌کننده در این مطالعه اعلام می‌دارند.

References

1. van Duong D, Binns CW, Lee AH, Hipgrave DB. Measuring client-perceived quality of maternity services in rural Vietnam. Int J Qual Health Care 2004; 16(6): 447-52.
2. Ghobadian A, Speller S, Jones M. Service Quality: Concepts and Models. International Journal of Quality & Reliability Management 1994; 11(9): 43-66.
3. Lim PC, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2000; 13(6-7): 290-9.
4. 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.
5. Cock D, Adams IC, Ibbetson AB, Baugh P. REFERQUAL: a pilot study of a new service quality assessment instrument in the GP exercise referral scheme setting. BMC Health Serv Res 2006; 6: 61.
6. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. The Journal of Marketing 1985; 49(4): 41-50.
7. Alvani SM, Riahi B. Measuring service quality in the public sector. Tehran, Iran: Iran Technology Education Center; 2000. p. 7-15. [In Persian].
8. Riahi B. Total quality management in public sector. Tehran, Iran: Iran Technology Education Center; 2000. p. 12. [In Persian].
9. Dalrymple JF, Wisniewski M, Curry AC. Measuring service quality in local government: the SERVQUAL approach. International Journal of Public Sector Management 1995; 8(7): 15-20.
10. West E. Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care. Qual Health

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

Care 2001; 10(1): 40-8.
11. 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. [In Persian].
12. Rohi GH, Nasiri H, Hesam M, Mirkarimi F, Asaiesh H. Quality of primary health services in Gorgan health care services centers. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery 2009; 6(2): 9-17. [In Persian].
13. Sharifirad GR, 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): 95-105. [In Persian].
14. Gholami A, Nori AA, Khojaste Pour M, Askari M, Sajadi H. Quality gap in primary health care in Neyshabour health care centers. Daneshvar Medicine 2011; 18(92): 1-11. [In Persian].
15. Karydis A, Komboli-Kodovazeniti M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. Int J Qual Health Care 2001; 13(5): 409-16.
16. 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.
17. Lim PC, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2000; 13(6-7): 290-9.
18. Mohammadi A, Eftekhar Ardebffi H, Akbari Haghighi F, Mahmoudi M, Poorreza A. Evaluation Of Services Quality Based On The Patients' Expectations And Perceptions In Zanjanhospitals. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2004; 2(2): 71-84.
19. Lee MA, Yom YH. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2007; 44(4): 545-55.
20. Duffy JA, Duffy M, Kilbourne WE. A comparative study of resident, family, and administrator expectations for service quality in nursing homes. Health Care Manage Rev 2001; 26(3): 75-85.
21. Lin DJ, Li YH, Pai JY, Sheu IC, Glen R, Chou MJ, et al. Chronic kidney-disease screening service quality: questionnaire survey research evidence from Taichung City. BMC Health Serv Res 2009; 9: 239.
22. Arasli H, Ekiz EH, Katircioglu ST. Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. Int J Health Care Qual Assur 2008; 21(1): 8-23.
23. Aghamolaei T, Zare SH, Kebriaei A, Pudat A. Quality of primary health services from View of female clients of Bandarabbas health care services centers. Payesh 2008; 7(2): 121-7. [In Persian].
24. Jabnoun N, Chaker M. "Comparing the quality of private and public hospitals". Managing Service Quality 2003; 13(4): 290-9.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

Comparing the Quality of the Provided Services in Public Health Sites with Collaborative Health Sites

Sima Esmaeili Shahmirzadi[1], Davoud Shojaeizadeh[2], Munavar Moradian Sorkhklaei[1], Behnam Lashgarara[1], Mohammad Javad Tarahi[3], Giti Taheri[4]

Original Article

Abstract

Background: The quality of services and customers satisfaction is the most controversial aspects of today's management service organizations. Customer orientation is the core strategy of all the organizations in the world. The aim of this study was to compare the quality of the presented services in public and collaborative health sites under the coverage of health network of Rey city, Iran in 2011-2012.

Methods: This cross-sectional descriptive study was performed randomly on 400 people who referred to public and collaborative health sites. Data gathering was conducted with SERVQUAL questionnaire by face to face interview.

Findings: There was a significant difference between the average gap of perception and service quality expectations of tangible and physical aspects (P = 0.001), service guarantee commitments (P = 0.009) and sympathy (P = 0.007) among the two sites. The gap between perception and expectations in the mentioned aspects was more in the public health sites compared to the collaborative health sites.

Conclusion: Service quality gap in public health sites was more compared to the collaborative health sites. It is necessary to improve the public health services by applying interventions to improve the physical environment, ensure service commitments, increase sympathy with the clients, and receive feedback on issues and treatment results from the clients.

Key words: Quality of Health Services, Public Health Sites, Collaborative Health Sites

Citation: Esmaeili Shahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Moradian Sorkhklaei M, Lashgarara B, Tarahi MJ, Taheri G. **Comparing The Quality of The Provided Services in Public Health Sites with Collaborative Health Sites.** J Health Syst Res 2013; 8(7): 1225-34.

Received date: 28/08/2012 Accept date: 03/11/2012

1- Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: shojaee@sina.tums.ac.ir
3- Lecturer, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
4- Lecturer, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

www.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]