شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارایه شده در مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان از دیدگاه مادران مراجعه کننده به این مراکز

غلامرضا شریفی‌راد[1]، محسن شمسی[2]، آسیه پیرزاده[3]، پروین دانشور فرزانگان[4]

چکیده

مقدمه: شکاف کیفیت خدمات، فاصله بین ادراکات و انتظارات مشتریان از خدمات ارایه شده می‌باشد. گام اساسی در حذف این شکاف، شناسایی ادراکات و انتظارات مشتریان از کیفیت خدمات ارایه شده می‌باشد. هدف از این مطالعه نیز تعیین دیدگاه زنان از شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان بوده است.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد و جمعیت مورد مطالعه آن، زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری اصفهان بودند. حجم نمونه ۱۲۸۰ نفر بوده و برای جمع آوری اطلاعات نیز از ابزار Service Quality استفاده شد که شامل ابعاد ملموس، اطمینان، پاسخ‌گویی، تضمین و همدلی در نحوه ارایه خدمت است. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون تی و کای اسکویر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در هر ۵ بعد کیفیت خدمات، زنان اختلاف نظر دارند. کمترین میانگین اختلاف کیفیت (۱۱/۰۸-) در بعد تضمین و بیشترین میانگین اختلاف کیفیت (۱۴/۴۱-) در بعد ملموس به دست آمد و تفاوت مشاهده شده بین اختلاف نظر زنان در مورد کیفیت خدمات در هر ۵ بعد معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵$).

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

واژه‌های کلیدی: شکاف کیفیت، خدمات بهداشتی اولیه، زنان، اصفهان.

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۸۹/۱/۱۰ *پذیرش مقاله: ۸۹/۱/۲۵*

مقدمه

در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، مفهوم کیفیت و پرداختن به آن، در کشورهای پیشرفته، به دلیل سطح آموزش بهتر بیماران و مددجویان و افزایش هزینه‌ها، معنای جدیدی برای ارایه کنندگان این مراقبت‌ها پیدا کرده است (۱). رشد دانش و تکنولوژی بشری در چند دهه اخیر، علاوه بر این که پیام آور رفاه نسبی در بیشتر جوانب برای انسان بوده است، راه را برای استفاده بهینه از امکانات و منابع موجود نیز هموار نموده است. افزایش سریع و روز افزون هزینه‌های بخش بهداشت و درمان، به ویژه هزینه‌های مربوط به تشخیص و درمان در

۱- دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: sharifirad@hlth.mui.ac.ir
۲- مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
۳- مربی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]
www.mui.ac.ir

سراسر جهان، موجب گردیده است تا متخصصین اعم از اقتصاددانان، مدیران و حتی پزشکان، پرستاران و کارشناسان بهداشتی در بسیاری از کشورها در پی یافتن شیوه‌های جدید به منظور محدود سازی هزینه‌ها برآیند (۲).

در شرایط حساس کشور ما نیز این موضوع از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین ضرورت توجه به مراقبت‌های با کیفیت مطلوب و با حداقل هزینه را اجتناب ناپذیر می‌سازد. خصوصاً با عنایت به این امر که مهم‌ترین اهداف مراکز بهداشتی درمانی، ارایه خدماتی رضایت‌بخش، مقرون به صرفه، مطابق با استانداردهای علمی، به مناسب‌ترین شکل و روش و در کوتاه‌ترین زمان ممکن می‌باشد، لزوم ایجاد تعادل در کیفیت و هزینه خدمات همواره الزامی است و باید مورد توجه واقع شود (۳).

کیفیت مراقبت‌های بهداشتی عبارت است از درجاتی از خدمات ارایه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج مطلوب را افزایش دهد و مطابق با دانش حرفه‌ای روز باشد (۴).

کنترل کیفیت روشی نسبتاً سنتی است و بر پایه این پیش فرض اصولی استوار است که خطاها و اشتباهات اجتناب ناپذیرند. بنابراین راه اعمال کیفیت، بازرسی یا کنترل رویدادها می‌باشد تا بتوان از انجام صحیح آن مطمئن شد که ارتقای مستمر کیفیت، قدمی جلوتر بر می‌دارد و بر این فلسفه تأکید دارد که هر چیزی که امروز به اندازه کافی خوب است، ممکن است برای فردا به همان اندازه خوب نباشد. بنابراین هدف باید بهبود و ارتقای مداوم، در سازمان باشد. هدف اولیه کیفیت جامع، رضایت مشتری است و در برگیرنده کل سازمان است. یعنی هدف همه واحدهای سازمان، راضی نمودن دریافت کننده خدمت می‌باشد (۵). مدیریت کیفیت جامع، یک شیوه مدیریتی برای بهبود اثر بخشی، انعطاف و قدرت رقابت سازمان است و شامل سازماندهی کلیه ارکان و منابع یک سازمان جهت نیل به کیفیت و برآورده ساختن نیازهای مشتریان و منافع کارکنان می‌باشد.

رضایت مشتری را باید در سه سطح مورد توجه قرار داد. سطح اول تأمین نیازهای اولیه می‌باشد. سطح دوم تأمین انتظارات مشتریان به نحوی که سبب شود آنان بار دیگر نیز به ما مراجعه نمایند. سطح سوم توجه و تأمین انتظارات مشتریان و ارایه خدمات بیش از آنچه ممکن است انتظار داشته باشند، می‌باشد (۹-۶).

مشخصه‌های تعیین کننده کیفیت خدمات در ارایه کنندگان خدمت شامل پاسخ‌گویی (تمایل و آمادگی کارکنان جهت ارایه خدمت، وقت شناسی و غیره)، شایستگی (داشتن مهارت‌ها و دانش لازم برای ارایه خدمت)، دسترسی (قابلیت دستیابی و امکان تماس راحت با آن‌ها)، ادب و تواضع (نرمش، احترام، ملاحظه، دوستانه بودن رفتار پرسنل)، ارتباط (مطلع نمودن مشتریان با زبان قابل درک توسط آنان)، امنیت (عاری بودن از خطر، ریسک یا شک کردن مشتریان نسبت به خدمت مورد نظر)، اعتماد (شامل ثبات و قابلیت اتکا)، مطمئن بودن (امین بودن، قابل باور بودن و صداقت داشتن)، قابل رویت بودن (مشاهده فیزیکی خدمت)، درک کردن/ شناختن مشتری (تلاش جهت درک نیازهای مشتری) (۸).

مدیریت کیفیت در سیستم‌های بهداشتی نیز مطلب بسیار مهمی است. زیرا کیفیت ضعیف خدمات ارایه شده باعث بیماری و معلولیت‌های بیشتر، هزینه‌های زیادتر و اعتماد کمتر به سیستم بهداشتی می‌شود. واحدهای بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی با ارزشیابی کیفیت و به دنبال آن با بهبود کیفیت، موجب بهبود ارایه خدمات، کاهش مرگ و میر و ناخوشی و یا افزایش کیفیت زندگی می‌شوند. با استفاده از ارزشیابی کیفیت خدمات در مراکز بهداشتی درمانی، می‌توان مشکلات و نواقص سازمان را در مواردی چون مراقبت از مددجو، میزان عفونت و مرگ و میر بررسی کرد و با تجزیه و تحلیل اطلاعات در جهت کاهش آن‌ها، کوشید (۱۶-۱۰).

در رابطه با نقش کارکنان بهداشتی در کیفیت ارایه خدمات باید گفت که موفقیت یک سازمان بستگی به پرسنل شاغل در آن دارد و باید نسبت به کیفیت مراقبت، در سازمان خودشان آگاه باشند (۱۷). پرسنل بهداشتی، افراد ارایه کننده خدمت هستند و جزیی از سیستم بهداشتی می‌باشند (۱۸). پیشرفت محسوسی در زمینه بهداشت در کل دنیا هم در

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

www.mui.ac.ir

وضعیت بهداشت و هم در استفاده از منابع مورد نیاز، اتفاق افتاده است. این پیشرفت علاوه بر بهبود خدمات بهداشتی، شامل کارکنان نیز می‌باشد. آنان نشان داده‌اند که اثر زیادی روی میزان‌های مرگ و میر و یا دیگر شاخص‌های سلامت دارند (۱۹). از آن جایی که دانش پزشکی در حال پیشرفت است؛ نیاز است کارکنان دانش روز داشته باشند. بنابراین برنامه‌های مرتب و منظم آموزش کارکنان بهداشتی، جهت به روز نمودن مهارت‌ها و دانش آن‌ها حیاتی است (۲۲-۲۰).

میلانی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که نحوه ارایه خدمات توسط ۴۰ درصد از کارکنان ضعیف، ۳۱ درصد متوسط و ۲۹ درصد خوب بوده است. کودکان کمتر از ۲ سال از کیفیت خدمات ضعیف‌تری برخوردار بودند (۲۳).

پاک گوهر و همکاران نیز در پژوهشی مقطعی با عنوان رضایت والدین کودکان زیر یک سال از مراقبت‌های بهداشتی، نشان دادند که میزان رضایت اکثر والدین از نحوه برقراری ارتباط کارکنان با آن‌ها در حد متوسط بوده است و میزان رضایت اکثر والدین از سهولت و دسترسی به خدمات در حد زیاد بوده است (۲۴).

سیدالشهدایی و همکاران نیز در پژوهشی بیان داشته‌اند که در بین دو بخش خصوصی و دولتی از نظر انجام آزمایشات معمول دوران بارداری، اندازه‌گیری وزن، فشار خون و ثبت آن و ... تفاوت عمده‌ای مشاهده نشد. در حالی که در انجام معاینات عمومی در اولین مراجعه مادر تفاوت معنی‌داری مشاهده شد؛ به طوری که معاینات در بخش خصوصی کامل‌تر بود (۲۵).

در سایر پژوهش‌های دیگر در ایران نیز انتظار از وضعیت موجود و مطلوب خدمات بهداشتی متفاوت گزارش شده است (۲۸-۲۶).

Ehiri و همکاران در پژوهشی در جنوب شرق نیجریه نشان دادند که کیفیت بهتر خدمات بهداشتی اولیه در قسمت واکسیناسیون و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های اسهالی در کودکان بوده است. اما دیگر جنبه‌های خدمات بهداشتی اولیه شامل کنترل بیماری‌های عفونی تنفسی و مشکلات شایع دیگر کودکان منطقه کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۲۹). Shabrawy نیز در پژوهشی در شهر ریاض بیان داشته است که تنها ۵۰ درصد از مراجعین به ۱۴۰ مرکز بهداشتی درمانی ریاض از خدمات راضی بودند و یک چهارم مراجعین از معطلی در مراکز ناراضی بودند (۳۰). در سایر پژوهش‌های دیگر در خارج از کشور نیز شکاف منفی بین انتظارات از وضع موجود و وضع مطلوب خدمات در عرصه‌های مختلف مشاهده شده است (۳۶-۳۱).

با توجه به پژوهش‌های فوق این موضوع که اختلاف کیفیت در ابعاد ۵ گانه خدمات مختلف، از دیدگاه گروه‌های گوناگون دریافت کننده آن خدمت، با یکدیگر متفاوت است، تأیید می‌شود که به دلیل تعمیم پذیر نبودن نتایج پژوهش‌های گذشته به سایر عرصه‌های ارایه خدمات بهداشتی و درمانی لازم است که هر مدیری برای تدوین برنامه ارتقا کیفیت در سازمان خود به عنوان اولین گام اساسی چنین پژوهش‌هایی را انجام دهد. در این صورت می‌توان انتظار داشت الگویی با درجه انطباق بیشتر و کاربردی‌تر با شرایط سازمان برای ارتقای کیفیت خدمات اتخاذ می‌نماید و ضمن رفع نقاط ضعف، خدماتی با کیفیت فراتر از حد انتظار دریافت کنندگان خدمات به آن‌ها ارایه می‌نماید. از این رو پژوهش حاضر در راستای حصول به چنین هدفی صورت می‌پذیرد.

روش‌ها

مطالعه حاضر توصیفی- تحلیلی و از نوع مقطعی بود که جمعیت مورد مطالعه در آن شامل مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان بودند. معیار ورود شامل تمامی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان که جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل تنظیم خانواده، واکسیناسیون، پایش رشد کودک به این مراکز مراجعه کرده‌اند، بود و معیار خروج نیز شامل عدم تمایل مادر برای شرکت در مطالعه و یا تکمیل پرسش‌نامه بود. در پژوهش حاضر با توجه به پراکندگی

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

www.mui.ac.ir

جغرافیایی جمعیت مورد مطالعه، نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام گرفت. ابتدا شهر به ۱۰ خوشه تقسیم شد و سپس از درون هر خوشه یک درمانگاه به صورت تصادفی جهت نمونه‌گیری انتخاب شد. نمونه‌گیری در هر مرکز نیز به شیوه تصادفی صورت گرفت. با توجه به جمعیت تحت پوشش هر یک از مراکز تعداد مناسبی پرسش‌نامه به هر یک از این مراکز اختصاص یافت.

در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن فرمول حجم نمونه تعداد نمونه مورد نیاز ۱۲۷۰ مورد محاسبه شد.

در طرح حاضر برای جمع آوری اطلاعات از ابزار Service quality استفاده شد. این ابزار مشتمل بر ۲۲ سؤال است که بر اساس مقیاس لیکرت تهیه شد و شامل پنج بعد کیفیت خدمات شامل بعد فیزیکی و ملموس خدمات (۴ سؤال)، بعد قابلیت اطمینان خدمات (۵ سؤال)، بعد پاسخ‌گویی یا مسؤولیت پذیری ارایه دهندگان خدمات (۴ سوال)، بعد تضمین خدمات (۴ سؤال) و بعد همدلی کارکنان (۵ سؤال) است. این پرسش‌نامه در دو مرحله مورد استفاده قرار گرفت. در مرحله اول از استفاده کنندگان خدمات بهداشتی اولیه خواسته شد که بیان کنند کیفیت خدمات ارایه شده از دیدگاه آن‌ها در حال حاضر چگونه است (ادرک از وضع موجود). در این حالت پاسخ‌گویان، یکی از عبارات کیفیت (کاملاً خوب، خوب، متوسط، بد و خیلی بد) را به عنوان معیار قضاوت درباره وضع موجود کیفیت خدمات ارایه شده در نظر می‌گرفتند. در مرحله دوم از آن‌ها سؤال شد که کیفیت خدمات ارایه شده از دیدگاه آن‌ها چگونه باید باشد (انتظاردر مورد وضع مطلوب). در این حالت نیز، پاسخ‌گویان یکی از عبارات کیفیت (کاملا مهم، مهم، نسبتاً مهم، کم اهمیت و خیلی کم اهمیت) را به عنوان معیار قضاوت خود درباره وضع مطلوب کیفیت خدمات ارایه شده انتخاب می‌نمودند. نمره هر سؤال بین ۱ تا ۵ متغیر بود. در هر بعد خدمت، نمره سؤالات با هم جمع و مجموع آن‌ها بر تعداد سؤالات آن بعد خدمتی، تقسیم و ضربدر ۱۰۰ می‌شد که به این ترتیب نمره هر یک از ابعاد مذکور بر حسب ۱۰۰ نمره به دست آمد. در رابطه با کیفیت کلی خدمات نیز نمره اختصاص یافته به همه سؤالات با هم جمع شده و مجموع آن‌ها بر ۲۲ (تعداد کل سؤالات پرسش‌نامه) تقسیم گردید که در این حالت نیز نمره کیفیت کلی بر اساس ۱۰۰ نمره به دست آمد. اختلاف کیفیت خدمات ارایه شده، با تفاضل نمرات سطح ادراک و سطح مورد انتظار خدمات به دست آمد. اعتبار و پایایی این ابزار طی انجام یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۵ نفر از دیگر دریافت کنندگان خدمات و با اعمال اصلاحاتی برای انطباق با محیط‌های مراکز بهداشتی درمانی ایران تنظیم شد.

در پژوهش حاضر منظور از بعد ملموس کیفیت خدمات، شرایط و فضای فیزیکی محیط ارایه خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات، کارکنان بهداشتی است. بعد اطمینان کیفیت خدمات، توانایی انجام خدمت به شکل مطمئن و قابل اعتماد است. بعد پاسخ‌گویی، تمایل به همکاری و کمک به مشتری است. بعد تضمین، شایستگی و توانایی کارکنان برای القای حس اعتماد و اطمینان به مشتری است. بعد همدلی نیز برخورد ویژه با هر یک از مراجعین با توجه به روحیات آن‌ها به طوری که مراجعین قانع شوندکه سازمان آن‌ها را درک کرده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از برنامه آماری SPSS به منظور مقایسه ادراک و انتظار دریافت کنندگان خدمات بهداشتی اولیه در هر کدام از ابعاد خدماتی، از آزمون آماری تی و کای اسکویر استفاده شده است.

لازم به ذکر است که طرح حاضر قبل از اجرا به تأیید شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رسید و همچنین قسمت‌های مختلف پژوهش به گونه‌ای طراحی شدند که از بروز هر گونه مشکلات اخلاقی تا حد ممکن جلوگیری به عمل آید.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۲۸۰ نفر از مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان شرکت داشتند میانگین سنی آن‌ها ۲۷/۵۳ سال و با دامنه ۱۶ الی ۴۹ سال بودند.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

www.mui.ac.ir

جدول ۱: توزیع مشخصات دموگرافیک زنان مورد مطالعه بر حسب سن، تعداد فرزند، سن آخرین فرزند، میانگین درآمد ماهانه، مدت زمان بارداری و مدت زمان استفاده از خدمات بهداشتی

مشخصات دموگرافیک	تعداد نمونه‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن (سال)	۱۲۸۸	۲۷/۵۳	۵/۲۷	۱۶	۴۹
تعداد فرزندان	۱۲۸۸	۱/۵۰	۰/۹۳	۰	۷
درآمد ماهانه	۱۲۸۸	۲۶۳	۵۸	۵۰	۶۵۰
ماه بارداری	۲۰۸	۴	۲/۳	۱	۹
مدت زمان استفاده از خدمات بهداشتی (سال)	۱۲۸۸	۴/۶	۵/۶	۱	۱۲

جدول ۲: توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	تعداد	درصد
بی‌سواد	۲۲	۱/۷
ابتدایی	۳۱۰	۲۴/۱
راهنمایی	۳۲۲	۲۵
دبیرستان	۵۵۰	۴۲/۷
دانشگاهی	۸۴	۶/۵
جمع	۱۲۸۸	۱۰۰

سایر مشخصات دموگرافیک نیز در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۲ توزیع فراوانی جمعیت مورد مطالعه را بر حسب سطح تحصیلات نشان می‌دهد که بر اساس این جدول ۲۲ نفر (۱/۷ درصد) بی‌سواد، ۳۱۰ نفر (۲۴/۱ درصد) سواد ابتدایی، ۳۲۲ نفر (۲۵ درصد) سواد راهنمایی، ۵۵۰ نفر (۴۲/۷ درصد) سواد در حد دبیرستان و ۸۴ نفر (۶/۵ درصد) سواد دانشگاهی داشتند که بر طبق این جدول بیشترین فراوانی سطح تحصیلات در سطح دبیرستان بوده است که طبیعی است که سطح تحصیلات مادران نیز می‌تواند بر روی ادراکات و انتظارات آنان از خدمات ارایه شده در مراکز تأثیر گذار باشد.

تعداد ۴۸ نفر (۴ درصد) از مادران شاغل و تعداد ۱۲۴۰ نفر (۹۶ درصد) خانه‌دار و تعداد ۲۰۸ نفر (۱۶/۱ درصد) باردار و تعداد ۱۰۸۰ نفر (۸۳/۹ درصد) غیر باردار بودند که خود بارداری نیز کمی می‌تواند در میزان مراجعه مادران به مراکز بهداشتی مؤثر باشد. به گونه‌ای که مادران باردار علاوه بر دریافت مراقبت‌های بارداری جهت دریافت مراقبت‌های کودکان نیز به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کنند.

تعداد ۶۱۰ نفر (۴۷/۵ درصد) از مادران واقع در دوران شیردهی و تعداد ۶۷۸ نفر (۵۲/۶ درصد) نیز غیر شیرده بودند. خود شیردهی نشان دهنده دارا بودن کودک زیر ۲ سال می‌باشد که خود کودک بنا به سن کم و آسیب پذیری زیاد نیاز به مراقبت‌های بیشتری دارد. در نتیجه بر میزان مراجعه مادر به مراکز بهداشتی و دریافت خدمات بهداشتی تأثیر می‌گذارد.

میانگین میانگین نمرات ادراک از وضعیت موجود و ادراک از وضعیت مطلوب و اختلاف کیفیت در ابعاد پنج گانه خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان در جدول ۶ آمده است.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

www.mui.ac.ir

جدول ۶: میانگین نمرات ادراک از وضعیت موجود و ادراک از وضعیت مطلوب و اختلاف کیفیت در ابعاد پنج گانه خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان

ابعاد کیفیت خدمات	میانگین نمرات ادراک از وضعیت موجود	ادراک از وضعیت مطلوب	اختلاف کیفیت	نتایج آزمون T-paire	
				t-test	P valu
بعد ملموس	۲۷/۳۵	۴۱/۷۶	-۱۴/۴۱	۴۲/۸۷	۰/۰۰۱P<
بعد اطمینان	۳۴/۱۰	۴۷/۱۸	-۱۳/۰۸	۳۲/۲۱	۰/۰۰۱P<
بعد پاسخگویی	۲۸/۰۴	۴۱/۰۷	-۱۳/۰۳	۳۷/۶۳	۰/۰۰۱P<
بعد تضمین	۲۷/۳۹	۳۸/۴۷	-۱۱/۰۸	۲۸/۱۲	۰/۰۰۳P<
بعد همدلی	۳۶/۵۳	۵۰/۵۰	-۱۳/۹۷	۳۱/۸۹	۰/۰۰۱P<
کیفیت کلی	۳۰/۶۸	۴۳/۷۹	-۱۳/۱۱	۳۶/۴۷	۰/۰۰۱P<

بحث

امروزه بررسی کیفیت خدمات بهداشتی یکی از اصول ارتقا کیفیت در خدمات است که مددجویان خود نقش اساسی در آن دارند. بدون فعالیت و دخالت مددجویان رسیدن به کیفیت بالای خدمات بهداشتی امکان‌پذیر نیست. از این رو اولین گام اساسی در تدوین برنامه‌های ارتقا کیفیت، شناخت ادراک‌ها و انتظارهای دریافت کنندگان خدمت از کیفیت خدمات، تعیین شکاف کیفیت و اتخاذ راهکارهایی برای رفع شکاف است. از طرفی با توجه به این که شکاف کیفیت در ابعاد مختلف از دیدگاه گروه‌های جمعیتی گوناگون، متفاوت است؛ پژوهش حاضر با هدف تعیین شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارایه شده در مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان صورت پذیرفته است.

همان گونه که در مشخصات دموگرافیک مادران مشاهده می‌شود میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه ۲۷/۳۵ سال بود که دامنه آن از ۱۶ تا ۴۹ سال متغیر می‌باشد.

میانگین تعداد فرزندان جمعیت مورد مطالعه ۱/۵ فرزند بود که حداقل تعداد فرزندان ۰ و حداکثر آن‌ها ۷ فرزند می‌باشد که این امر نیز می‌تواند در زمینه میزان استفاده از خدمات بهداشتی اولیه ارایه شده، مؤثر باشد؛ به گونه‌ای که مادرانی که دارای تعداد بیشتری فرزند می‌باشند طبیعتاً جهت دریافت مراقبت‌های مربوط به کودک (واکسیناسیون، پایش رشد)، بیشتر به مراکز بهداشتی مراجعه کنند.

میانگین درآمد ماهانه خانوار جمعیت مورد مطالعه در حد متوسط بود و این امر نیز می‌تواند بر روی میزان استفاده از خدمات دولتی در مراکز درمانی مؤثر باشد. چرا که سطح پایین وضعیت اقتصادی می‌تواند باعث استفاده بیشتر از خدمات بهداشتی دولتی از طریق مراکز بهداشتی شود و افراد دارای سطح بالای اقتصادی کمتر از خدمات عمومی و بیشتر از خدمات بخش خصوصی استفاده نمایند.

در این پژوهش تعداد ۲۰۸ نفر از مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی باردار بودند و میانگین زمان بارداری آنان ۴ ماه می‌باشد. به گونه‌ای که با روند افزایش ماه‌های بارداری تعداد مراجعات مادران به مراکز بهداشتی جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری نیز بیشتر می‌شود.

نتایج نشان دادند که به طور کلی در تمام عبارات و در هر پنج بعد خدمات، اختلاف کیفیت وجود دارد و این اختلاف منفی است. اختلاف منفی بیانگر این است که انتظارات خدمات گیرندگان فراتر از ادراکات آن‌ها از وضعیت موجود بوده است و هنوز فضای زیادی برای بهبودی و اصلاح به منظور نیل به رضایت مشتریان و ارایه خدمات بهداشتی درمانی مطلوب وجود دارد. کمترین میانگین اختلاف کیفیت

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

www.mui.ac.ir

در بعد تضمین و بیشترین میانگین اختلاف کیفیت در بعد ملموس مشاهده شد.

در مطالعه کبریایی و همکار تحت موضوع کیفیت خدمات بهداشتی اولیه از دیدگاه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کاشان، کمترین اختلاف در بعد تضمین و بیشترین اختلاف در بعد همدلی مشاهده شد (۳۷). در مطالعه Lim و Tang با هدف تعیین ادراکات و انتظارات در مطالعه بیماران در بیمارستان‌های سنگاپور، بین میانگین ادراکات بیماران و انتظارات آن‌ها در هر پنج بعد خدمات اختلاف کیفیت وجود داشت. کمترین اختلاف کیفیت در بعد ملموس و بیشترین اختلاف در بعد پاسخ‌گویی مشاهده شد (۳۵). در مورد ارزیابی کیفیت خدمات، Mik and Hazel در مطالعه بیمارستانی که بر روی نمونه‌ای از زنان مراجعه کننده به یک بیمارستان در اسکاتلند صورت گرفت، در هر پنج بعد خدمات، اختلاف کیفیت وجود داشت؛ به طوری که بیشترین اختلاف در بعد اطمینان و کمترین اختلاف در بعد تضمین مشاهده شد (۳۶). Karydis و همکاران در پژوهش بر روی نمونه‌های از بیماران یونانی مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی، اختلاف بین ادراک و انتظار بیماران در ابعاد پنج گانه خدمات، معنی‌دار بود و بیشترین اختلاف نظر در بعد کیفیت پاسخ‌گویی مشاهده شد (۳۲).

Gagliano و Cote با دریافت نظرات مشتریان در پژوهش فروشگاه‌های پوشاک در ایالت‌های جنوب شرقی امریکا (آلاباما، فلوریدا و جورجیا) بیشترین اختلاف بین ادراک و انتظار افراد در بعد همدلی مشاهده شد. پس از آن به ترتیب در ابعاد ملموس، اطمینان و پاسخ‌گویی اختلاف بیشتری وجود داشت و کمترین اختلاف در بعد تضمین خدمات به دست آمد (۳۳).

با ارتقا و ارزیابی کیفیت خدمات به طور مستمر، باید تلاش در جهت کاهش اختلاف کیفیت خدمات در برنامه‌ریزی‌ها مد نظر قرار گیرد. با توجه به بیشترین اختلاف کیفیت مشاهده شده در عبارات مربوط به ابعاد ملموس، همدلی، اطمینان، تضمین و پاسخ‌گویی پیام عملیاتی زیر برای مدیران و برنامه ریزان مراکز بهداشتی درمانی مفید خواهد بود. مراکز به وسایل کارآمد و جدید مجهز شوند، خدمات را در زمان وعده داده شده و در کوتاه‌ترین فاصله زمانی به مراجعه کنندگان ارایه دهند، کارکنان و ارایه دهندگان خدمت هنگام مراجعه افراد در دسترس باشند، جهت پاسخ‌گویی به نیاز مراجعه کنندگان به دانش و مهارت‌های روز آشنا شوند و ارزش‌ها و عواطف مراجعه کنندگان را درک نمایند. از طرف دیگر با توجه به این که بیشترین اختلاف کیفیت خدمت در بعد ملموس و همدلی مشاهده شد، باید با تخصیص بودجه بیشتر به مراکز بهداشتی جهت تأمین تجهیزات، وسایل مورد نیاز و با عنایت به خصوصیات فرهنگی کشورمان به کیفیت برقراری ارتباط بین افراد، در برنامه‌ریزی‌ها و برقراری ارتباط با مراجعین هنگام ارایه خدمات توجه بیشتری شود تا مراجعه کنندگان احساس آرامش بیشتری نمایند و موجبات رضایت آن‌ها فراهم شود. .به عنوان راهکار برای عملی نمودن این منظور و افزایش کیفیت بعد همدلی می‌توان به برگزاری دوره‌های آموزش خدمت به مشتری برای کارکنان، کارگاه‌های افزایش مهارت‌های ارتباطی کارکنان و نیز لحاظ کردن زمانی که از نظر مشتری برای ارایه خدمت مناسب است، اشاره نمود. نکته قابل توجه دیگر آن است که کیفیت بد در یک بعد، اثر تشدید کنندگی بر سایر ابعاد دارد. به این معنی که موجب افت کیفیت در سایر ابعاد از دیدگاه دریافت کننده خدمت می‌گردد؛ به این لحاظ هم، توجه جدی‌تر به ابعادی که میانگین اختلاف کیفیت در آن‌ها بیشتر است (ملموس و همدلی)، توصیه می‌شود.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات بهداشتی اولیه، در هر پنج بعد خدمات اختلاف کیفیت وجود دارد. چون در نظام مدیریت، کیفیت فراگیر، رضایت و خشنودی مشتری در مرکز ثقل تمام فعالیت‌های بهبود کیفیت خدمات قرار می‌گیرد، این بخش باید در زمینه ارتقای کیفیت خدمات ارایه شده تلاش بیشتری نماید تا موجبات رضایت دریافت کنندگان خدمت از خدمات ارایه شده فراهم گردد. با توجه به وجود اختلاف کیفیت در

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

www.mui.ac.ir

خدمات ارایه شده از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات، پیشنهاد می‌گردد برای برنامه‌ریزی کیفیت در سازمان، از نظرات آن‌ها بهره‌گیری بیشتری به عمل آید. در این راستا، یکی از حساس‌ترین اقدامات، برپایی یک مکانیسم پویای اطلاعاتی و ایجاد بازخورد میان دریافت کنندگان خدمات و سازمان است. کارآمدی چنین مکانیسمی، عامل تعیین کننده در موفقیت سازمان در دستیابی به کیفیت مطلوب‌تر خواهد بود. همچنین به لحاظ آن که همواره کمبود منابع به عنوان یکی از موانع عمده اجرای برنامه‌های کیفیت مطرح است، بنابراین ارزیابی اختلاف کیفیت خدمات، مدیریت را قادر می‌سازد تا ضمن جلوگیری از افت کیفیت، منابع مالی محدود در دسترس را به نحوی بهتر تخصیص دهد تا عملکرد سازمان در حوزه‌هایی که بیشترین اثر را در ادراک و انتظار مشتری از کیفیت خدمات دارند، بهبود یابند. چنین ارزیابی در دنیای رقابتی امروز و برای کاهش هزینه‌ها هم ضروری است. از این رو اختلاف‌های مشاهده شده در ابعاد کیفیت خدمات در این تحقیق نیز می‌تواند به عنوان راهنما برای برنامه‌ریزی و تخصیص منابع مورد استفاده قرار گیرد. در این راستا، همان گونه که معنی‌دار بودن تفاوت میانگین‌ها در قسمت نتایج نشان می‌دهند، طبق نتایج این پژوهش نیز می‌توان ابعاد پنج گانه را در دو گروه اولویتی برای تخصیص منابع و تلاش‌های سازمان به منظور بهبود و ارتقای کیفیت قرار داد. به این ترتیب که ابعاد ملموس و همدلی را در اولویت اول و ابعاد اطمینان تضمین و پاسخ‌گویی را در اولویت بعدی قرار داد. نظر به آن که در یافت کنندگان خدمات بهداشتی اولیه به عنوان گروهی خاص از دریافت کنندگان خدمات مورد مطالعه قرار گرفتند، بنابراین نتایج این پژوهش قابل تعمیم به سایر عرصه‌های ارایه خدمات در نظام بهداشت و درمان و دیگر سازمان‌ها نیست و پیشنهاد می‌گردد در شهرستان و هر مدیر مرکز بهداشتی درمانی جهت اطلاع از شکاف کیفیت خدماتی مرکز خود به صورت جداگانه اقدام نماید.

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

میزان نمرات منفی کیفیت خدمات مشاهده شده در این مطالعه نشان دهنده درجه تأکید اهمیت برای مراجعه کنندگان به آن‌ها بوده است و بیانگر این است که مراکز ارایه دهنده خدمات در این ابعاد ضعیف‌تر عمل می‌کنند، از این رو نیاز برای بهبود کیفیت خدمات بهداشتی اولیه وجود دارد.

نتیجه گیری

با توجه به مطالب مطرح شده، باید بر این نکته تأکید نمود که توجه به کیفیت یا هزینه، به تنهایی، موفقیتی مداوم در بر نخواهد داشت و در عین حال که هر دو مفهوم (کیفیت و هزینه) بسیار مهم هستند، ولی به هر برنامه محدودسازی هزینه، بایستی به صورت برنامه‌ای مستمر و قادر به تأمین تعادلی حساس بین کیفیت و هزینه خدمات، نگریسته شود. اساس مدیریت کیفیت و تأمین کیفیت خدمات به طور مستمر، نیازمند تحولی شگرف در نگرش و بینش مدیران و نیروی انسانی سازمان نسبت به ارایه خدمات، کار و فعالیت در سازمان‌ها دارد. تغییر در فرهنگ سازمان، توسعه سازمانی و توسعه نیروی انسانی به طور کیفی، وجود تعهد کلیه نیروی انسانی نسبت به اهداف سازمان و ایجاد فضای اعتماد، جایگزینی همکاری و هماهنگی به جای رقابت، استفاده از روش‌های ارتقا کیفیت و تأکید بر ارزشیابی کیفی فعالیت‌ها به جای تأکید بر نظارت و کنترل کمی و آماری و بسیاری موارد دیگر، همگی می‌توانند منجر به بهبود کیفی عملکرد و بازده

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

www.mui.ac.ir

سازمان‌ها گردد و نباید فراموش کرد که توجه به نیروی انسانی و توسعه و ارتقا این نیرو از جنبه‌های مختلف (کمی و کیفی) یکی از کلیدی‌ترین راه‌های تأمین کیفیت در سازمان می‌باشد.

References

1. Lewis P., Goodman S. H, Fandt PM.(1995) Management challenges in the 21st century. West Publishing Co, U.S.A
2. Briscoe G. ,Arthur G.,(1998). CQI Teamwork: Reevaluate, Restructure, Renew. Nursing Management.29(10), PP:73-80.
3. Morris B., Bell. L, (1995).”Quality in health care”. Managing Health Care , challenges for the 90s. W.B Saunders Co., Ltd. London, England. PP: 119-142.
4. Mirmolaei ST., Khakbazan Z., Kazemnejad A., Azari M.Prenatal Care Utilization Rate and Patients Satisfaction THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING & MIDWIFERY 2007;13(2): 31-40
5. Sheikhtaheri A., Farzandipour M., Sadughi F.Consumer`s satisfaction with admission services in teaching hospitals affiliated to Kashan University of Medical Sciences; 2006 JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT 2007;10(29): 15-24
6. Blonsky Jim. (2002) Organizational Effectiveness; Total Quality Management. Total Performance Efficiency; What is TQM? QA? QC? QI? CQI? CPI? [on-line]. Accessible: bus.cba.utulsa.edu/nsg 4263.
7. Heizer/ Render.(2004)Operations Management. Managing Quality chapter 6.[on-line]. Available: myphliputil. Pearsonmg.com/student/bp-heizer-opsmgmt-7/lec-cho6. PPt. (Accessible 29 Nov., 2004).
8. Green Larry. TQM(2004)[on-line] Accessible: http://www.sky enet.net/~leg/ tqm.htm.Avaiable. 5/11/2004.
9. Review for Exam1. (2003). [on-line]. Avaiable: burns. Ba.ttu.edu/Isqs5243/ppt/Reviw%20 for 20% Exam %201.ppt. Accessible 29Nov.2004.
10. Gore G. ”The challenges & Potential for Assuring Quality Health care for the 21st Century” [Report]. 17.June 1998.[on-line]http://www.ahcpr.gov/qual/21stcena.htm.[7oct 2001].
11. Lancaster J.(1999).Nursing Issues. Philadelphia, Mosby company.
12. Griffin R.(1999)Management. Sixth Edition. Boston. Houghton Mifflin Co.
13. Duplessis M.et al(2001).Assessing the performance of community systems for children. Health Services Research.33(4)1111-42.
14. Koing M.et al(2001). Quality of care Within the Indian Family Welfare Programme. Studies in Family Planning.31(1)PP:1-8
15. Brook R et al. ”Defining & Measuring Quality of care: a Perspective from U.S researchers”. [Abstract]. International Journal of Quality Health Care. vol.12, no4. 2000 .PP: 281- 294. [on-line] > http://www.ncbi.nlm.nih.gov/etrez/query.feg:?> [4 Jan.2002]
16. Allender J., Walton B.,(2001) Community Health Nursing .Fifth edition, Philadelphia, Lippincot Co.
17. Zairi M.,(1999) Benchmarking for Best Practice. Oxford, Butterworth Heinemann.
18. Nies M., Ewen M.(2001). Maternal & child Nursing .Third edition. Philadelphia, WB Saunders, Co.
19. Kaha ssay M et al. (1998). Community Health Workers. Geneva, W.H.O.
20. Lundy S., Janes S., (2001) Community Health Nursing .Massachusetts. Janes & Barlett.
21. Sakharkar BM., (1998).Principles of Hospital Administration & Planning. Jaypee Brothess Medical Publishers (p)Ltd.New Dehi.India.
22. Ghazizadeh A Cost-benefit analysis of treatment of depressed patients in health system of Kurdistan province in 1993 SCIENTIFIC JOURNAL OF KURDISTAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES 2001;5(19): 17-14

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

www.mui.ac.ir

23. Jadid Milani M, Mahfouzpour S, Valaie N, Hosseinzadeh S, Soheil Arshadi F Assessing the quality of care services for 0-6 years children in urban health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2001-02 PEJOUHANDEH QUARTERLY RESEARCH JOURNAL 2003;8(34): 297-291

24. Pakgohar M., Jamshidi Evanaki F., Mehran A., Akbaritorkestani N.Parent's satisfaction of infant health care THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING & MIDWIFERY 2004;10(21): 23-29

25. Seyedoshohadaii F, Ghanei H Quality of prenatal care in the PHC and privative system in Sanandaj SCIENTIFIC JOURNAL OF KURDISTAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES 1999;4(13): 33-28

26. Najafi F, Rakhshani F Effect of group counseling program for women on spouse communication regarding family planning in Zahedan health care centers in 2002 MEDICAL JOURNAL OF REPRODUCTION & INFERTILITY 2004;5(4): 345-338

27. Shahidzadeh A, Mir Moeini ES, Azimian MH, Mani Kashani Kh A qualitative assessment of urban family planning facilities in Hamadan, May-September 2003 JOURNAL OF SCHOOL OF PUBLIC HEALTH AND INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH RESEARCHES 2003;2(5): 10-1

28. Jafari F., Johari Z., Zayeri F., Ramezan Khani A., Sayyah-Iran Z.Satisfaction Survey in Health Center Clients Daneshvar, Scientific-research Journal of Shahed University 2007;14(66): 15-22

29. Ehiri J.، Oyo-Ita C، Anyanwu M، Meremikwu B. Quality of child health services in primary health care facilities in south-east Nigeria. Child: Care, Health and Development . Volume 31، (2005)، Issue 2, Pages 181 – 191.

30. Sabrawy A. A study of pattient satisfactory of utilization of primary health care service .J.Roy. Soc. Health. Appril، 1992.

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

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

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

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

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

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

37. Kebriaei A, Roudbari M A Comparative Study on the Importance of Dimensions of Educational Services at Zahedan University of Medical Sciences: Faculties and Students' Viewpoints Journal of Jahrom Medical School 2008;6(6): 56-65

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

www.mui.ac.ir

Quality gap in primary health care services in Esfahan women's perspective

***Gholam Reza Sharifirad*[1], *Mohsen Shamsi*[2], *Asiyeh Pirzadeh*[3], *Parvin Daneshvar Farzanegan*[4]**

Abstract

Background: The Prevalence of overweight and obesity in adolescents has increased dramatically in the last decades in industrialized and no industrialized countries. The aim of the present study is to determine the prevalence of underweight, overweight and obesity in Isfahan high school girls.

Methods: Cross-sectional prevalence study was conducted in Isfahan city in 2006. 384 high school girls were selected with cluster– random sampling. Anthropometric measurements including weight and height were taken by a single person. Data were analyzed to determine underweight, overweight and obesity rats, using the NHANES1 reference data for BMI for age.

Findings: Higher rates for underweight were observed in 18 years girls (14.1%) and higher rates for underweight were observed in 14 years girls (25%). The overall prevalence of underweight, overweight and obesity among Isfahan high school girls were 7.03%, 9.1% and 1.03% respectivly.

Conclusion: Compared to most other cities in our country, the prevalence of underweight, overweight and obesity are lower in Isfahan girls aged 14-18 years.

Key words: Underweight, Overweight, Obesity, High School Girls, Isfahan.

1- Associate Professor, Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan , Iran (Corresponding Author)
Email: sharifirad@hlth.mui.ac.ir
2- Instructor, Department of Public Health, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
3- Instructor, Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4- MSc, Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

www.mui.ac.ir