

شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی شهرستان کاشان

دکتر علی کبریایی* دکتر فیض الله اکبری** دکتر سید مصطفی حسینی** دکتر حسن افتخار اردبیلی*** دکتر ابوالقاسم پوررضا**

Survey on quality gap in primary health care in Kashan health centers

A.Kebriaei F.Akbari M.Hosseini H.Eftekhar Ardabili A.Pourreza

*Abstract

Background: The first basic step in formulating any quality improvement program is recognizing consumers' perceptions and expectations of service quality and determining the quality gap, then adopting guidelines to eliminate the gap.

Objective: To assess the service quality gap in Kashan district health centers, based on consumers' perceptions and expectations.

Methods: A sample of 300 females' health care consumers completed the research questionnaire. The SERVQUAL instrument administered to assess the quality of services provided by health centers. To analyze data, descriptive and analytic statistic and correlation coefficient were applied.

Findings: Results indicated that there was an overall service quality gap between respondents' perceptions and expectations. The smallest gap was in tangibility dimension and the largest in responsiveness. Age and literacy respectively had direct and indirect significant correlation to quality gap.

Conclusion: There was a quality gap in services. Thus, improvements are required across all the five dimensions, namely; tangibility, reliability, responsiveness, assurance and empathy.

Key words: Primary Health Care, Health Centers, Health Management, Procedures

* چکیده

زمینه: اولین گام اساسی در تدوین برنامه های ارتقای کیفیت، شناخت ادراک ها و انتظاراتی در دریافت کنندگان خدمت از کیفیت خدمات، تعیین شکاف کیفیت و اتخاذ راهکارهایی برای رفع شکاف است.

هدف: مطالعه به منظور تعیین شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی و خانه های بهداشت شهرستان کاشان انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۱ بر روی ۳۰۰ نفر از زنان دریافت کننده خدمات بهداشتی اولیه انجام شد. نمونه گیری به روش خوشه ای تصادفی و در خوشه ها به روش تصادفی منظم بود. گردآوری داده ها به کمک پرسش نامه تدوین شده بر اساس ابزار SERVQUAL که شکاف کیفیت را در پنج بُعد خدمت اندازه گیری می نماید، انجام شد. داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی و تحلیلی و ضریب همبستگی تحلیل شدند.

یافته ها: به طور کلی شکاف کیفیت در خدمات ارائه شده وجود داشت. کمترین شکاف کیفیت در بُعد ملموس خدمت و بیشترین شکاف در بُعد پاسخ گوئی به دست آمد. سن پاسخ گوینان با نمره های شکاف همبستگی مستقیم ($p < 0.001$) و ($r = 0.48$) و میزان تحصیلات آنها با نمره های شکاف ارتباط معکوس داشت ($p = 0.001$ و $r = -0.26$). محل دریافت خدمت با نمره های شکاف کیفیت ارتباط معنی دار داشت ($p = 0.003$ و $r = 0.24$)، ولی بین شغل و شکاف کیفیت ارتباط معنی دار مشاهده نشد.

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد خدمات ارائه شده در هیچ یک از ابعاد فراتر از حد انتظار پاسخ گوینان نبود و در این مراکز برای بهبود کیفیت ارائه خدمت فرصت هایی وجود دارد.

کلید واژه ها: خدمات بهداشتی اولیه، مراکز بهداشتی، مدیریت خدمات بهداشتی، روش ها

* استادیار دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

** استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** استاد گروه خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

آدرس مکاتبه: زاهدان، خیابان دندان پزشکی، روبروی عیدگاه اهل سنت، پلاک ۳

*** مقدمه :**

در بسیاری از سازمان های کارآمد و اثر بخش، مشتری محوری معادل و هم معنی مدیریت خوب و مؤثر تلقی می شود.^(۱) در شیوه های مدیریتی جدید نیز کیفیت را خواسته مشتری تعریف می کنند.^(۲) نظریه پردازان امریکایی چهار ویژگی را به عنوان اصل و اساس مدیریت مطلوب ذکر می کنند که یکی از آنها پذیرفتن ادراک ها و انتظار های مشتری به عنوان اصلی ترین عوامل تعیین کننده کیفیت است.^(۱) مشتریان یا دریافت کنندگان خدمت، کیفیت خدمت را با مقایسه انتظارها و ادراک های خود از خدمات دریافت شده ارزیابی می کنند.^(۳)

از سوی دیگر، اغلب بین تلقی مدیریت از ادراک و انتظار دریافت کنندگان خدمت و ادراک و انتظار واقعی آنها تناسب وجود ندارد و این امر موجب صدمه دیدن کیفیت خدمت می شود.^(۴) یکی از دلایل این امر عدم ارتباط مستقیم با مشتری و عدم تحقیق درباره ادراک و انتظار وی است. در چنین حالتی تصمیم گیران نمی توانند به درستی اولویت امور را تعیین کنند و این امر باعث می شود عملکرد خدمت جوابگوی انتظار مشتریان نبوده و لذا شکاف کیفیت به وجود آید.^(۵) پاراسورامن و همکاران نیز شکاف کیفیت خدمت را به صورت «درجه تفاوت بین انتظارات مشتری و ادراک وی از عملکرد خدمت» تعریف می کنند.^(۶) گام اساسی برای جبران این شکاف، شناخت ادراک و انتظار مشتری از کیفیت خدمت و تعیین میزان شکاف است. در این صورت، نه تنها اولویت گذاری آگاهانه و تخصیص منابع راهبردی تسهیل می شود بلکه مبنایی فراهم می شود تا بتوان کیفیت خدمات ارائه شده را بهبود بخشید و رضایت دریافت کنندگان خدمت و ترغیب بیش از پیش آنها را به دریافت خدمات فراهم کرد.^(۷)

سوارت و براون معتقدند مدیران می توانند از طریق تحلیل شکاف به روشنی تعیین کنند که چه وقت و کجا انتظارها و تجربه های دریافت کنندگان خدمت با یکدیگر سازگار نیستند و عاقبت به عدم رضایت منجر خواهند شد.^(۷) پژوهش های انجام شده، بیان گر آن است که شکاف کیفیت در ابعاد مختلف از دیدگاه گروه های جمعیتی گوناگون، متفاوت است.^(۸) لذا با توجه به اهمیت دریافت کنندگان خدمت و ادراک و انتظار آنان از کیفیت خدمت، این پژوهش به منظور تعیین شکاف خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در شهرستان کاشان انجام شد.

*** مواد و روش ها :**

این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۸۱ انجام شد، دربرگیرنده یک نمونه ۳۰۰ نفری از زنان دریافت کننده خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی و درمانی و پایگاه های بهداشتی شهری و خانه های بهداشت کاشان بود. نمونه گیری به روش خوشه ای تصادفی و در درون خوشه ها به روش تصادفی منظم انجام شد. با مراجعه به نمونه های مورد بررسی و توجیه آنها برای همکاری، گردآوری داده ها با استفاده از پرسش نامه صورت گرفت. پرسش نامه بر اساس ابزار SERVQUAL که توسط بری و همکاران به منظور سنجش کیفیت در سازمان های ارائه کننده خدمات، ابداع شده است طی انجام یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر از دیگر دریافت کنندگان خدمت

بیش ترین شکاف کیفیت در بُعد پاسخ گویی مشاهده شد. پس از آن به ترتیب ابعاد اطمینان، تضمین و همدلی قرار گرفتند و کمترین شکاف در بُعد ملموس به دست آمد. نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد که ادراک و انتظار پاسخ گویان در تمام ابعاد دارای تفاوتی معنی دار است ($p < 0.001$) (جدول شماره ۱).

جدول ۱- میانگین نمره های ادراک، انتظار و شکاف کیفیت

خدمات در ابعاد پنج گانه خدمت

میانگین نمره ابعاد کیفیت	ادراک	انتظار	شکاف کیفیت	مقدار Z از آزمون ویلکاکسون
بعد ملموس	۳/۰۶	۳/۹۸	-۰/۹۲	-۱۵/۱۴
بعد اطمینان	۳/۲۳	۴/۳۴	-۱/۱۱	-۱۵/۱۴
بعد پاسخ گویی	۳/۰۱	۴/۱۳	-۱/۱۲	-۱۵/۱۰
بعد تضمین	۳/۱۲	۴/۱۷	-۱/۰۵	-۱۵/۱۹
بعد همدلی	۲/۹۲	۳/۹۴	-۱/۰۲	-۱۵/۰۹
کیفیت کلی	۳/۰۷	۴/۱۲	-۱/۰۵	-۱۵/۰۳

از میان ۲۲ عبارت مربوط به کیفیت خدمت، بیش ترین شکاف کیفیت در عبارت درک نیازهای خاص مراجعه کنندگان از سوی کارکنان به دست آمد (جدول شماره ۲).

کمترین شکاف کیفیت در عبارت علاقه قلبی کارکنان به مراجعه کنندگان مشاهده شد (جدول شماره ۳). نمره های شکاف کیفیت (تفاوت ادراک و انتظار پاسخ گویان) با سن ارتباط مستقیم ($p < 0.001$) و $r = 0.48$ ، با میزان تحصیلات ارتباط معکوس ($p = 0.001$) داشت، و ارتباط آن با محل دریافت خدمت معنی دار بود ($p = 0.003$ و $r = 0.24$). نمره های شکاف کیفیت با شغل افراد مورد مطالعه ارتباط معنی دار نداشت.

و با اعمال اصلاحاتی برای انطباق با محیط های بهداشتی و درمانی کاشان تنظیم شد.^(۹) این پرسش نامه علاوه بر چهار پرسش جمعیت شناختی، حاوی ۲۲ پرسش در زمینه کیفیت خدمات ارائه شده بود. پاسخ گویان دو بار به این ۲۲ پرسش جواب دادند. یک بار ادراک خود را در خصوص خدمات ارائه شده بیان کردند که بدین ترتیب نمره های ادراک به دست آمد. بار دیگر انتظارشان را از خدمتی که به نظر آنها باید ارائه شود بیان نمودند که بدین ترتیب نمره های انتظار نیز به دست آمد. برای تعیین شکاف کیفیت، نمره های انتظار از نمره های ادراک کسر شد. برای تعیین روایی پرسش نامه، روش روایی همگرا به کار برده شد. برای تعیین پایایی نیز از روش آزمون - آزمون مجدد استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و به کمک آماره های توصیفی و تحلیلی و ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل شدند.

* یافته ها :

میانگین سنی نمونه ها $29/16 \pm 7/07$ سال، با دامنه ۱۶ تا ۴۷ سال بود. از بین ۳۰۰ زن مورد مطالعه ۲۵ نفر (۸/۳ درصد) دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم، ۴۲ نفر (۱۴ درصد) دیپلم، ۶۶ نفر (۲۲ درصد) دوره راهنمایی، ۱۳۰ نفر (۴۳/۳ درصد) دوره ابتدایی و ۳۷ نفر (۱۲/۴ درصد) بی سواد بودند. ۲۲۸ نفر (۷۶ درصد) افراد خانه دار، ۴۳ نفر (۱۴/۳ درصد) کارمند، و بقیه دارای سایر مشاغل آزاد بودند. ۸۷ نفر (۲۹ درصد) پاسخ گویان خدمات را از خانه بهداشت مستقل، ۶۳ نفر (۲۱ درصد) از خانه بهداشت ضمیمه، ۱۰۱ نفر (۳۳/۷ درصد) از مراکز بهداشتی شهری و ۴۹ نفر (۱۶/۳ درصد) از پایگاه های شهری دریافت می کردند.

جدول ۲- میانگین نمره های ادراک، انتظار و شکاف کیفیت در پنج عبارت دارای بیش ترین شکاف کیفیت

مقدار Z از آزمون ویلکاکسون	شکاف کیفیت	انتظار	ادراک	میانگین نمره ها پرسش مربوط به کیفیت خدمت
-۱۵/۲۴	-۱/۶۰	۴/۲۲	۲/۶۲	درک نیازهای خاص مراجعه کنندگان از سوی کارکنان
-۱۵/۱۰	-۱/۳۷	۴/۳۹	۳/۰۲	در دسترس بودن کارکنان به هنگام نیاز و تقاضا
-۱۵/۳۶	-۱/۳۱	۴/۴۱	۳/۱۰	انجام کارها مطابق تعهدات داده شده
-۱۵/۴۷	-۱/۳۰	۴/۴۰	۳/۱۰	انجام خدمات در اولین دفعه به طور صحیح
-۱۴/۷۲	-۱/۲۶	۴/۱۵	۲/۸۹	انجام سریع (و بدون معطلی) خدمات

جدول ۳- میانگین نمره های ادراک، انتظار و شکاف کیفیت در پنج عبارت دارای کمترین شکاف کیفیت

مقدار Z از آزمون ویلکاکسون	شکاف کیفیت	انتظار	ادراک	میانگین نمره ها پرسش مربوط به کیفیت خدمت
-۱۰/۳۱	-۰/۳۸	۳/۵۴	۳/۱۶	علاقه قلبی به مراجعه کنندگان
-۱۳/۴۳	-۰/۷۹	۴/۰۹	۳/۳۰	کارکنان آراسته و با ظاهری تمیز و مرتب
-۱۳/۸۵	-۰/۸۴	۳/۷۵	۲/۹۱	اشتیاق همیشگی کارکنان برای یاری مراجعه کنندگان
-۱۳/۸۶	-۰/۹۲	۳/۸۶	۲/۹۴	توجه ویژه به هر یک از مراجعه کنندگان
-۱۵/۳۵	-۰/۹۳	۳/۹۴	۳/۰۱	مناسب بودن زمان صرف شده برای دریافت خدمت

* بحث و نتیجه گیری :

این مطالعه نشان داد که نمره شکاف کیفیت در هر پنج بُعد خدمت، منفی است. شکاف منفی کیفیت به وضوح نشان داد که در این مراکز فرصت هایی برای بهبود کیفیت خدمات وجود دارد. بیش ترین شکاف کیفیت در بُعد پاسخ گویی مشاهده شد. منظور از پاسخ گویی، تمایل به همکاری و کمک به مشتری است. این بعد کیفیت بر نشان دادن حساسیت و هوشیاری در قبال درخواست ها، سؤال ها و شکایت های مشتری تأکید دارد.^(۵) وجود

شکاف بیش تر در این بُعد خدمت حاکی از آن است که زمان دقیق انجام خدمات مورد نیاز به دریافت کنندگان خدمت اعلام نمی شود، بیش از حد انتظار آنها زمان برای ارائه خدمت صرف می شود و ارائه دهندگان خدمت به هنگام نیاز در دسترس نیستند. لذا لازم است در این سازمان، مشتری محوری مورد عنایت بیش تری قرار گیرد و برنامه های آموزش خدمت به مشتری در سازمان پیاده شود.

کمترین شکاف کیفیت در بُعد ملموس خدمت مشاهده شد. بعد ملموس شامل وجود

در آن عبارت، مدت زمان انتظار برای دریافت خدمت بررسی شد.^(۳)

از میان ۲۲ عبارت مربوط به کیفیت خدمت، در این بررسی کمترین شکاف در یک عبارت بُعد همدلی مشاهده شد. در این عبارت، علاقه قلبی کارکنان به مراجعه کنندگان ارزیابی شد. در مطالعه لیم و تانگ کمترین شکاف در یک عبارت بُعد دسترسی دیده شد.^(۳)

به هر حال مشاهده نتایج این پژوهش و مقایسه آن با سایر مطالعه ها بیان گر آن است که شکاف کیفیت در ابعاد مختلف خدمت، از دیدگاه گروه های گوناگون جمعیتی و اجتماعی با یکدیگر متفاوت است. لذا لازم است مدیران برای تدوین برنامه ارتقای کیفیت در سازمان تحت امر خود، به عنوان اولین گام اساسی چنین پژوهش هایی را انجام دهند.

در این مطالعه، متغیرهای سن، تحصیلات و محل دریافت خدمت با نمره های شکاف کیفیت ارتباط معنی دار داشتند. در پژوهش گالین، در ارتباط با سه ویژگی نژاد، وضعیت تاهل و درآمد (در سطح ۰/۱) تفاوت هایی در نمره های شکاف کیفیت مشاهده شد. افراد سفید پوست در مقایسه با غیر سفید پوستان، شکاف کیفیت را بیش تر در بُعد تضمین خدمت ($p < 0/03$) و افراد متأهل ($p < 0/0008$) و دارای درآمد بالا ($p < 0/07$) شکاف کیفیت در بُعد اطمینان ذکر کرده بودند. در مورد دو ویژگی سن و جنسیت تفاوت معنی دار وجود نداشت.^(۱۰) در تحقیق سول در مراکز بهداشتی انگلیس، تنها در ابعاد پاسخ گویی و تضمین، ارتباط مستقیم با سن به دست آمد.^(۵)

تسهیلات، تجهیزات، کارکنان و راه های ارتباطی مناسب است.^(۴) از آنجا که بُعد ملموس تأثیر قابل توجهی بر دریافت کنندگان خدمت دارد، توجه و تأمین شرایط فیزیکی مناسب آن از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

در پژوهش حاضر بیش ترین شکاف در بُعد پاسخ گویی مشاهده شد. در مطالعه کریدیس و همکاران در خدمات دندان پزشکی یونان و پژوهش لیم و تانگ در بیماران سنگاپوری نیز بیش ترین شکاف کیفیت در بُعد پاسخ گویی مشاهده شد.^(۷،۳) در حالی که در مطالعه بری و همکاران در پنج سازمان خدماتی آمریکا (دو بانک، دو مؤسسه بیمه و یک مؤسسه کارت اعتباری) و پژوهش هارت در مراکز بهداشتی انگلیس، بیش ترین شکاف در بُعد اطمینان و در مطالعه دانلی در خدمات کتابخانه ای اسکاتلند، بیش ترین شکاف در بُعد ملموس مشاهده شد.^(۹،۴)

در این پژوهش کمترین شکاف در بُعد ملموس خدمت مشاهده شد. در مطالعه بری و همکاران، پژوهش هارت و مطالعه لیم و تانگ نیز کمترین شکاف در بُعد ملموس مشاهده شد، اما در پژوهش دانلی، کمترین شکاف در بُعد اطمینان و در پژوهش گالین در بُعد تضمین خدمت به دست آمد.^(۱۰،۹،۳)

از میان ۲۲ عبارت مربوط به کیفیت خدمت، در این بررسی بیش ترین شکاف در یک عبارت بُعد همدلی مشاهده شد. در این عبارت، درک نیازهای خاص مراجعه کنندگان از سوی کارکنان ارزیابی شد. در مطالعه لیم و تانگ بیش ترین شکاف در یک عبارت بُعد پاسخ گویی دیده شد.

3. Lim P C, Tang N K H. A study of patients expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2000; 13(7): 290-9
4. Donnelly M, Wisniewski M, Dalrymple J F, Curry A C. Measuring service quality in local government: the SERVQUAL approach. *International J of Public Sector management* 1995; 8(7): 15-20
5. Sewell N. Continuous quality improvement in acute health care: creating a holistic and integrated approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1997; 10(1): 20-6
6. Parasuraman A, Zeithaml V A, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 1985; 49: 41-50
7. Karydis A, Komboli M, Panis V. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. *Int J of Quality in Health Care* 2001; 13: 409-16
8. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients assessments of primary health care. *Quality in Health Care* 2001; 10: 90-5
9. Berry L, Zeithaml V A, Parasuraman A. SERVQUAL: a multi-item scale for measuring customer perceptions of service. *J of Retailing* 1988; 64(1): 12-20
10. Gagliane K, Hathcote J. Customer expectations and perceptions of service quality in retail apparel specialty stores. *J of Service Marketing* 1994; 8(1): 60-69

تحقیق‌های انجام شده نشان می‌دهد که یکی از موانع عمده اجرای برنامه‌های کیفیت، کمبود منابع است.^(۱۱) نکته دیگر درخور توجه آن که وجود نقص و شکاف در یک بُعد، اثر تشدیدکنندگی دارد. بدین معنی که موجب افت کیفیت در سایر ابعاد از دیدگاه دریافت‌کننده خدمت می‌شود.^(۱۲) لذا تحلیلی این چنین از کیفیت خدمت، مدیریت را قادر می‌سازد تا ضمن جلوگیری از افت کیفیت، منابع مالی محدود در دسترس را به نحوی بهتر تخصیص دهد تا عملکرد سازمان در حوزه‌هایی که بیش‌ترین اثر را در ادراک و انتظار مشتری از کیفیت خدمت دارند، بهبود دهد. چنین ارزیابی در دنیای رقابتی امروز و برای کاهش هزینه‌ها ضروری است.^(۱۳) امید است با به کارگیری نتایج این پژوهش نظام بهداشتی ابعاد لازم را مورد توجه و تأکید قرار دهد. همچنین الگویی منطبق با شرایط سازمان و کاربردی‌تر برای ارتقای کیفیت خدمات اتخاذ و بدین وسیله نقاط ضعف مربوط به کیفیت را مرتفع و نقاط مثبت را تقویت نماید و حتی خدماتی با کیفیت فراتر از حد انتظار دریافت‌کنندگان به آنها ارائه نماید.

* مراجع :

1. Sharma B, Gadenne D. An investigation of the perceived importance and effectiveness of quality management approaches. *The TQM Magazine* 2001; 13(6): 433-43
2. West E. Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *Quality in Health Care* 2001; 10: 40-8

11. Chin K, Pun K. A proposed framework for implementation TQM in Chinese organizations. *International Journal of Quality and Reliability Management* 2002; 19 (3): 272-94

۱۲. لامعی ابوالفتح. مبانی مدیریت کیفیت. تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته کشوری ارتقاء کیفیت، ۱۳۷۸