

ارزیابی و تحلیل کیفیت خدمات پایگاه‌های بهداشتی شهر خرم‌آباد بر اساس مدل سروکوال

مینا سادات هاشمی کاسوایی^۱، سجاد بازگیر^۲

^۱ دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد عمران، دانشگاه صنعتی مالک اشتر تهران

چکیده

پایگاه‌های بهداشتی از جمله مراکز دولتی در حوزه بهداشت و درمان هستند که با حجم زیادی از ارباب‌رجوع، به‌صورت روزانه ارتباط دارند. از این رو سطح کیفیت خدمات قابل ارائه در این پایگاه‌ها در ایجاد رضایت عمومی مؤثر است. هدف از پژوهش حاضر ارزیابی کیفیت خدمات پایگاه‌های بهداشتی شهر خرم‌آباد بر اساس مدل سروکوال است. این پژوهش از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ مسئله پژوهش و گردآوری و تحلیل داده‌ها توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری مورد مطالعه کلیه خانوارهای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در سطح شهر خرم‌آباد است. حجم نمونه با استفاده از فرمول Cochrane ۳۸۰ نفر انتخاب شده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه بوده که از ۲۴ سؤال برای ارزیابی کیفیت خدمات تشکیل یافته است. این پرسشنامه‌ها با انجام هماهنگی‌های لازم در چندین نوبت در مراکز مختلف در اختیار مراجعه‌کنندگان قرار گرفته است. بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، خدمات ارائه‌شده در ابعاد پنج‌گانه پایین‌تر از انتظارات مراجعین است و شکاف در بعد عوامل محسوس نسبت به ابعادی همچون تضمین و همدلی بیشتر است. برای ارزیابی معناداری شکاف‌ها از آزمون ناپارامتری ویلکاکسون استفاده شده است. مطابق با نتایج حاصل از این آزمون در سطح خطای ۰,۰۵ درصد کیفیت کلی خدمات ارائه شده در ابعاد پنج‌گانه معنادار است.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی خدمات، کیفیت خدمات عمومی، سروکوال، پایگاه بهداشت

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

تحقق جامعه توسعه یافته در گرو وجود انسان های سالم، پویا و با نشاط است و ارائه خدمات جامع بهداشتی-درمانی نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه دارد. سلامت یکی از مهم ترین ارکان پایداری و ثبات اجتماعی در جوامع امروزی است؛ و به طور مستقیم و غیرمستقیم بر دیگر ارکان و عوامل ثبات و پایداری اجتماعی و پیشرفت و توسعه جامعه اثر می گذارد (ابوالحسنی، سلمان؛ ۱۳۸۸؛ ۱۰).

رضایتمندی یکی از جنبه های مهم در مراقبت های بهداشتی و درمانی است. یکی از شاخص های توفیق نظام بهداشتی و درمانی رضایتمندی مراجعان است؛ زیرا یک مراقبت، علی رغم اثربخشی و کارایی، اگر مورد رضایت دریافت کنندگان خدمات قرار نگیرد با شکست مواجهه می شود. اگر برنامه ای مورد قبول و رضایت مردم واقع نشود، مردم برای شکوفایی آن مشارکت نخواهند کرد و از سوی دیگر اگر مردم احساس کنند که در فرآیند برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی سهمیم هستند، در جلب رضایت آنان مؤثر است. به عبارت دیگر رضایت ضمن اینکه پیش نیازی برای مسئله مشارکت و حفظ و وفاداری است، می تواند نتیجه مشارکت نیز باشد (کواکبیان؛ ۱۳۸۵؛ ۱۰).

مشکل کیفیت خدمات، بیشتر در سازمان هایی به وجود می آید که بر شناخت و برآوردن نیازها و خواسته های مشتریان تمرکز نمی کنند. باید سازمان خدماتی، خود را جای مشتریان بگذارد و سیاست های خودش را بر اساس دیدگاه آنان بنا نهد. عدم ارتباط مستقیم با مشتری، در نهایت سبب می شود عملکرد خدمت نتواند پاسخگوی انتظارات مشتریان باشد و در نتیجه میان مشتریان در زمینه ارائه کیفیت خدمات اختلاف نظر ایجاد می شود (Gholami A et al., 2011: 8).

در بخش خدمات نیز زمینه های زیادی وجود دارد که می توان مفاهیم کیفیت و مدیریت کیفیت را در آن طراحی و اجرا نمود و اقدام موثری در جهت بهبود شیوهی ارائه خدمات و جلب رضایت مشتری انجام داد. از سوی دیگر در میان بخش های خدمات، بخش بهداشت دارای جایگاه ویژه ای است زیرا در این بخش هر نوع اشتباه می تواند جبران ناپذیر باشد و ارائه خدمات بدون نقص و استانداردهای حرفه ای باید در این بخش رایج شود (Murphy KA, 2007: 85).

پس از مراجعه و مصاحبه با کارکنان پایگاه های بهداشتی شهرستان خرم آباد روشن گردید که در مجموع ۴۲ پایگاه بهداشتی با ۱۸۱ نفر کارمند در سطح شهرستان مشغول به فعالیت و خدمت دهی به ۱۰۷۷۲۳ خانوار هستند.

خدمات پایگاه های بهداشتی

در خصوص پایگاه های بهداشتی باید گفت کلیه خدمات بهداشتی که در روستا به عهده خانه های بهداشت قرار دارد در مناطق شهری به عهده پایگاه بهداشت است. تفاوت وظایف پایگاه و خانه بهداشت در سه نکته زیر است:

- پایگاه بهداشت شهری می تواند علاوه بر خدمات بهداشتی مذکور در وظایف خانه بهداشت آی یو دی بگذارد و پاپ اسمیر بگیرد.
- پیگیری فعال از طریق مراجعه به منازل را ندارد.
- اجازه پرداختن به خدمات درمانی را ندارد می تواند مراجعه کنندگان بیمار را به مراکز بهداشتی درمانی یا پزشکان بخش خصوصی ارجاع کند (پيله رودی؛ ۱۳۷۶؛ ۶۱).

در سطح اول خدمات این پایگاه‌ها، مراقبت تمامی افراد جمعیت تحت پوشش در قالب گروه‌های سنی نوزادان و کودکان، نوجوانان، جوانان، میان‌سالان، سالمندان و مادران باردار و شیرده صورت گرفته و خدمات سلامت باید بر اساس حیطه‌های محیط خانواده، محیط عمومی جامعه و محیط‌های جمعی به گروه‌های هدف ارائه گردد.

خدمات و مراقبت‌هایی که در سطح یک برای اعضای تیم سلامت در نظر گرفته شده است به شرح زیر است:

- مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش؛
- توانمندسازی جامعه؛
- مراقبت از جامعه تحت پوشش بر اساس گروه‌های هدف تعیین شده و اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات شامل کلیه خدمات سلامت شخص محور (خدمات سلامت فردی) و مکان محور (خدمات سلامت عمومی مانند بهداشت محیط، بهداشت مدارس و...)
- پذیرش موارد ارجاعی و ارائه پس‌خوراند مناسب؛
- درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها؛
- ارجاع مناسب و به‌موقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات موردنیاز بر اساس پس‌خوراند؛
- ارزیابی خطر و ظرفیت پاسخ واحدهای ارائه خدمات در مواقع بحران؛
- ارزیابی امنیت غذایی در جمعیت تحت پوشش و اجرای برنامه‌های توانمندسازی مردم بر اساس ظرفیت‌های محلی؛
- ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و به‌هنگام بر اساس فرم‌ها و دستورالعمل‌ها و تکالیف محوله.

برای آشنایی کامل با وظایف کارکنان پایگاه‌های بهداشتی در جدول ۱- شرح وظیفه هرکدام به تفکیک بر اساس آیین‌نامه‌های موجود ذکر شده است.

جدول ۱- شرح وظایف کارشناس مختلف پایگاه‌های بهداشتی

کارشناس مراقب سلامت	کارشناس تغذیه	کارشناس سلامت روان	پزشک
۱. شناسایی محیط	۱۳. شناسایی محیط	۱. شناسایی محیط	۱. شناسایی محیط
جغرافیایی محل خدمت	جغرافیایی محل خدمت	جغرافیایی محل خدمت	جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات	۱۴. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات	۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات	۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات
۳. شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت منطقه	۱۵. تجویز مکمل‌های غذایی	۳. آموزش مهارت‌های فرزند پروری	۳. مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش
۴. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر مشکلات اثرگذار بر سلامت	۱۶. پیگیری درمان بیماری‌های مرتبط با تغذیه	۴. آموزش مهارت‌های زندگی	۴. آموزش و ارتقای سلامت هماهنگی درون بخشی و برون بخشی
۵. تشکیل پرونده ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش	۱۷. آموزش تغذیه به بیماران	۵. آموزش خود مراقبتی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	۶. مراقبت از جامعه تحت پوشش بر اساس گروه‌های هدف تعیین شده
	۱۸. اجرای برنامه‌های آموزشی گروهی	۶. غربالگری تکمیلی در سوء مصرف مواد،	
	۱۹. نظارت بر برنامه‌های		

پزشک	کارشناس سلامت روان	کارشناس تغذیه	کارشناس مراقب سلامت
۷. پذیرش موارد ارجاعی و ارائه پس‌خوراند مناسب	مداخله مختصر و پیگیری	تغذیه شامل مکمل یاری، پایگاه‌های تغذیه سالم	۷. آموزش و توانمندسازی جامعه بر اساس برنامه‌ها و دستورالعمل‌های ابلیغی
۸. درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها	۷. خدمات روانی-اجتماعی در درمان سوء‌مصرف کنندگان مواد	۲۰. تنظیم رژیم غذایی برای بیماران یا افرادی که تغذیه ناسالم دارند	۸. مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته‌های خدمت گروه‌های هدف
۹. پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر	۸. آموزش روان‌شناختی کاهش آسیب اعتیاد	۲۱. نظارت بر فروشگاه‌های عرضه مواد غذایی	۹. غربالگری افراد بر اساس شرح خدمات
۱۰. انجام اقدامات موردنیاز بر اساس پس‌خوراند	۹. آموزش‌های روان‌شناختی به بیماران مبتلابه اختلالات روان‌پزشکی	۲۲. نظارت بر برنامه‌های تغذیه در مدارس	۱۰. پیگیری مراقب بیماران
۱۱. ارزیابی خطر و ظرفیت پاسخ واحدهای ارائه خدمات در مواقع بحران	۱۰. آموزش گروهی خانواده بیماران مبتلابه اختلالات سایکوتیک	۲۳. مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی محور	۱۱. در ارجاع مراجعه‌کننده به سطوح بالاتر
۱۲. ارزیابی امنیت غذایی در جمعیت تحت پوشش	۱۱. آموزش گروهی بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک	۲۴. عضویت در شورای اجتماعی محلات، مشارکت در برنامه‌های آموزشی فرهنگسرای محله و...	۱۲. بررسی سلامت محیط و توصیه‌های لازم
۱۳. نظارت بر عملکرد تیم سلامت	۱۲. ویزیت در منزل بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک

مبانی نظری پژوهش

کیفیت واژه‌ای رایج و آشنایی است که مفهوم و نحوه کاربرد آن تفاسیر گوناگونی به عمل آمده است؛ اما وجه مشترک همه تعاریف سازگاری کالا یا خدمت با نیازها و انتظارات مشتریان است. به عبارت دیگر در مورد کیفیت واقعی هرگونه توجه به کالا یا خدمت بدون توجه به نظر مشتری الزاماً کیفیت را به دنبال ندارد بنابراین باید نظر مشتریان را جویا و از نیازهای آنان به خوبی آگاه شد و تولید یا خدمت را منطبق با آن نیازها ارائه کرد (ریاحی؛ ۱۳۸۴؛ ۱۸). همچنین برای خدمت تعاریف متعددی ارائه شده است که در ادامه به دو مورد از این تعاریف اشاره شده است.

خدمت فرآیندی است مشتمل بر یکسری از فعالیت‌های کم‌بیش نامحسوس که به‌طور طبیعی اما نه لزوماً همیشه از تعاملات بین مشتریان و کارکنان و یا منافع فیزیکی و یا سیستم‌های ارائه‌کننده خدمت روی داده تا راه‌حلی برای مسائل مشتریان باشد (Gronroos, 2000, 46).

خدمت فعالیت یا منفعتی است که یک‌طرف به‌طرف دیگر عرضه می‌کند که اساساً نامحسوس بوده و مالکیت چیزی را در بر ندارد، نتیجه ممکن است محصول فیزیکی باشد یا نباشد (Koutler, Amestrong, 2000, 428).

کیفیت خدمات در سازمان‌ها نقش مهمی را ایفا می‌کند، چون کیفیت خدمت برتر تنها یک استراتژی انتخابی یا اختیاری نیست، بلکه کیفیت خدمت برتر دقیقاً وجه تمایز بین سازمان‌های موفق و سازمان‌های ناکارا است. دلایل متعددی را می‌توان برشمرد که بدان جهت سازمان‌ها باید به دنبال ارائه خدمات باکیفیت‌تر به مشتریان خود باشند؛ که از جمله آن‌ها به مواردی از قبیل افزایش انتظارات مشتریان، فعالیت رقبا، عوامل محیطی، ماهیت خدمات، عوامل درون‌سازمانی و مزایای ناشی از کیفیت خدمات است (هاشمی، یحیی پور؛ ۱۳۹۰؛ ۱۵۲ و ۱۵۳).

برای ارزیابی کیفیت خدمات روش‌های گوناگونی وجود دارد که در اینجا به طور خلاصه سه مورد از آن‌ها توضیح داده می‌شود و در نهایت مدل سروکوال در این پژوهش انتخاب شده است.

❖ مدل کیفیت خدمات رفتاری^۱

این مدل که توسط بدوس ارائه شده است، بر اهمیت رفتار عرضه پرسنل روی کیفیت درک شده تاکید دارد. فاکتور اصلی این مدل بر تعادل مابین انتظارات مشتریان و کارکنان ستادی برای موفقیت در کیفیت تاکید دارد. این مدل هم چنین بر اهمیت سیستم عرضه تاکید دارد. بر طبق نظر بدوس افزایش انتظارات مشتریان به خاطر فعالیت های بازاریابی، بدون متعادل کردن این فعالیت‌ها با ظرفیت سازمان در ارتباط کارکنان و سیستم هایش خطری است که بسیاری از سازمان‌های خدماتی با آن مواجه هستند. در نهایت مدل مذکور علل مشکلات را نشان می‌دهد اما نحوه غلبه بر آنها را مشخص نمی‌کند.

❖ مدل تبادلات کیفیت خدمت^۲

هایوود و فارمر بیان می‌کنند که یک سازمان خدماتی اگر ترجیحات و انتظارات مشتریان را به صورت دائم برآورده سازد، آنگاه کیفیت بالا خواهد داشت. عنصر کلیدی دستیابی به کیفیت بالا، شناسایی احتیاجات و انتظارات مشتری از خدمت است. او پیشنهاد می‌کند که طبقه‌بندی ویژگی‌ها نخستین گام به سوی توسعه مدل کیفیت خدمت است. در این مدل وظیفه مدیریت این است که موقعیتی که سازمان در این شبکه قرار دارد را شناسایی کند. این شناسایی سازمان را قادر خواهد کرد که خدمتی را ارائه کند که مشتمل به عناصر مورد نیاز بوده و بر برآوردن نیازهای بخش ویژه‌ای از بازار هدف، تمرکز کند. در تعیین موقعیت مناسب خدمت، مدیریت نیازمند توجه به سه عامل عملیاتی است:

- ✓ میزان مشتری مدار بودن
- ✓ میزان زحمت
- ✓ میزان تماس و تعامل

^۱ Behaviourial Service Quality Model

^۲Service Quality Trade-Offs Mode

❖ الگوی کیفیت خدمات سروکوال^۳

مدل مفهومی کیفیت خدمات نخستین بار در سال ۱۹۸۵ توسط پاراسورمان و همکارانش مطرح و پس از آن در سال های ۱۹۸۸ و ۱۹۸۹ مورد ویرایش توسط همان گروه قرار گرفت و به علت تواتر استفاده از آن به ابزار استاندارد جهت اندازه گیری کیفیت خدمات تبدیل و به «سروکوال» معروف شد. مقیاس سروکوال در حالت استاندارد خود شامل پنج شاخص و ۲۲ جفت مؤلفه است که سری اول این مؤلفه ها سطح مورد انتظار پاسخ دهنده از یک خدمت خاص را اندازه گیری می کند و سری دوم، سطح ادراک شده از کیفیت خدمات ارائه شده توسط آن سازمان را اندازه گیری می نمایند (امن پور؛ ۱۳۹۱؛ ۸).

مدل سروکوال یکی از مدل هایی است که از طریق تحلیل شکاف بین انتظار و ادراک مشتری سعی در سنجش میزان کیفیت خدمات دارد (آقامیرزایی و همکاران؛ ۱۳۹۶؛ ۲۹۰). در واقع سروکوال، یک تکنولوژی برای اندازه گیری و مدیریت کیفیت خدمات فراهم می کند. ابزار سروکوال برای اندازه گیری کیفیت خدمات در بسیاری از مطالعات منتشر شده و به صورت اختصاصی استفاده می شود. بسیاری از محققان، سروکوال را برای ارزیابی کیفیت خدمات بخش های مختلف مورد مطالعه قرار داده اند (وظیفه، استانستی؛ ۱۳۹۷؛ ۴۳).

این مدل تلاش می کند تا فعالیت های عمده سازمان که ادراک از کیفیت را تحت تأثیر قرار می دهند نشان دهد. همچنین تعاملات بین فعالیت ها نشان داده شده و ارتباط بین فعالیت های سازمان یا مجموعه را که مرتبط با ارائه سطح رضایت بخش از کیفیت خدمات است معرفی نماید. این ارتباطات به عنوان شکاف ها یا عدم تطابق ها توصیف می شوند (توکلی نیا، هرائینی؛ ۱۳۹۷؛ ۲۴۴).

ابزار سروکوال کیفیت خدمات یک سازمان را از ابعاد پنج گانه زیر مورد بررسی قرار می دهد:

۱. عوامل محسوس^۴ که جنبه های فیزیکی و تجهیزاتی سازمان ارائه دهنده خدمات را ارزیابی می کند؛
۲. قابلیت اعتماد^۵ که توانایی سازمان را در ارائه خدمات به شکل صحیح و در مدت زمان تعیین شده می سنجد؛
۳. پاسخگویی^۶ که تمایل عناصر سازمان را برای کمک به مشتریان و ارائه هر چه سریع تر خدمات به آن ها ارزیابی می کند؛
۴. اطمینان یا تضمین^۷ که دانش، ادب و توانایی کارکنان در ایجاد اطمینان خاطر در مشتریان را می سنجد؛
۵. همدلی^۸ که میزان اهمیت دادن به مشتریان و طرز رفتار فردی کارکنان با مراجع آن را می سنجد.

^۳Servqual

^۲ Tangibles

^۴Reliability

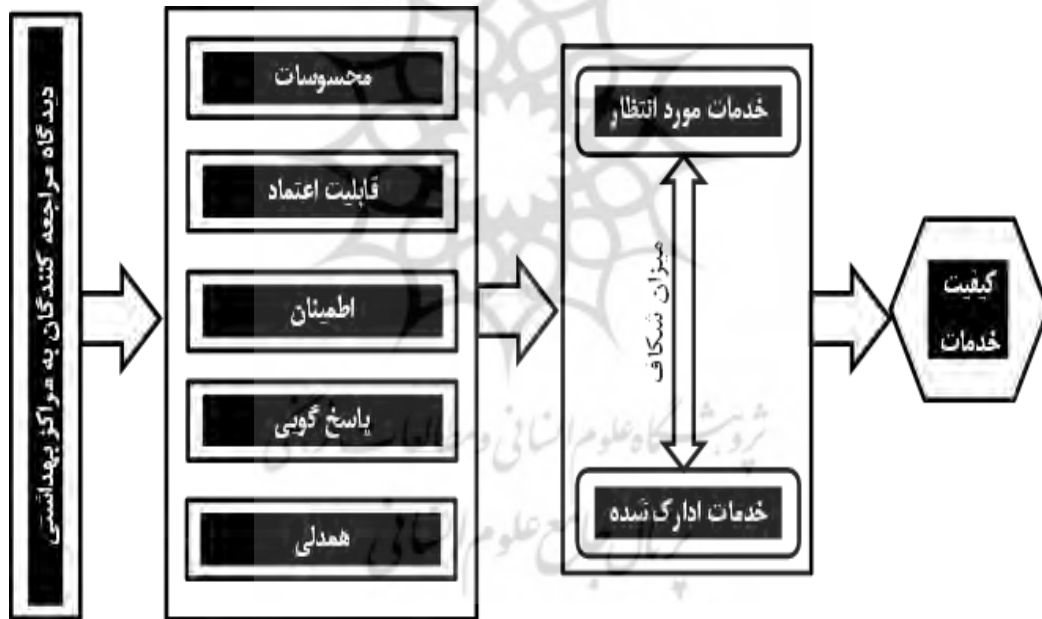
^۵Responsiveness

^۶Assurance

^۸Empathy

به طور خلاصه عملکرد مدل سروکوال بر پایه این استوار است که از مشتریان خواسته می شود ابتدا مؤلفه ها را به لحاظ انتظارات خود از خدمات، رتبه بندی کنند و سپس از آن ها تقاضا می شود که ادراکات خود از عملکرد واقعی مورد نظر یا خدمت دریافت شده را به لحاظ همان ویژگی ها رتبه بندی کنند. این دودسته از رتبه بندی ها با یکدیگر مقایسه می شوند و اگر عملکرد ادراک شده از حد انتظارات مشتریان پایین تر باشد، نشان دهنده ضعیف بودن کیفیت خدمات و یا وجود شکاف بین این دو است و برعکس اگر میزان عملکرد ادراک شده بالاتر از انتظارات مشتری باشد نشان دهنده بالا بودن کیفیت خدمت یا نبود شکاف بین این دو است (توکلی، ذوالفقاری؛ ۱۳۹۴؛ ۱۵۹ و ۱۶۰). لازم به ذکر است این پژوهش در میان مراجعین مراکز بهداشتی در زمینه ارزیابی خدمات صورت گرفته است که علاوه بر عوامل فیزیکی و سخت افزاری سعی شده است، ویژگی های مغزافزاری آن ها که پیش از این چندان مورد توجه نبوده مورد بحث و ارزیابی قرار گیرد. همچنین از حیث کاربردی تاکنون ارزیابی کیفیت خدمات به روش سروکوال در پایگاه های بهداشتی شهرستان خرم آباد صورت نگرفته و نتایج حاصل از آن می تواند در ارتقای خدمت دهی این پایگاه ها موثر واقع شود. این ابزار رویه های تجزیه و تحلیل استاندارد دارد که به تفسیر نتایج کمک می کند.

به منظور ارزیابی ادراکات و انتظارات مراجعه کنندگان پایگاه های مورد مطالعه نیازمند یک مدل مفهومی هستیم که محققین مدلی که در شکل ۱- نشان داده شده است را پیشنهاد می کنند.



شکل-۱: مدل مفهومی پژوهش حاضر

پیشینه پژوهش

تاکنون برای پایگاه‌های بهداشتی خرم‌آباد مطالعات ارزیابی کیفیت خدمات صورت نگرفته است. با این وجود در برخی مراکز مشابه در داخل و خارج کشور تحقیقاتی صورت گرفته است که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود.

گرچی و همکاران (۱۳۹۰) در یکی از این مطالعات با به‌کارگیری مدل شکاف کیفیت خدمات در مجتمع آموزشی درمانی امام خمینی (ره) میزان کیفیت خدمات ارائه‌شده در آن را بررسی کرده‌اند. در تمام ابعاد کیفیت خدمات ارائه‌شده، شکاف منفی وجود دارد؛ بیشترین شکاف (۲،۵۵-) در بعد دسترسی و کمترین میزان آن (۰،۶۹۷-) در بعد تضمین به‌دست‌آمده است. هیچ‌یک از متغیرهای زمینه‌ای، شامل جنس، وضع تأهل، بیمه، دفعات مراجعه، سن و میزان تحصیلات، ارتباط آماری معنی‌داری با شکاف کیفیت خدمات ($P > 0,05$) نداده است. همچنین در هیچ‌یک از ابعاد، انتظارات بیماران، برآورده نشده است و می‌توان، به‌جز در بعد دسترسی، با اثرگذاری بر هر طرف از انتظارات و یا ادراکات، برطرف دیگر ابعاد اثر گذاشت.

ارزیابی کیفیت خدمات ارائه‌شده در بیمارستان‌های منتخب تهران با استفاده از مدل سروکوال توسط امیدی و همکاران (۱۳۹۶) انجام شده است. در این تحقیق آزمون همبستگی پیرسون نشان داده است که بین خدمات ادراک‌شده و رضایت بیماران رابطه مستقیم وجود دارد. رابطه معنادار کیفیت ارائه خدمات ادراک‌شده با رضایت بیماران نشان می‌دهد که برای افزایش رضایت بیماران باید به ابعاد کیفیت خدمات اعم از قابلیت اعتماد، پاسخگویی، اطمینان دهی، همدلی و عوامل فیزیکی توجه نمود تا علاوه بر افزایش کسب رضایت بیماران، انگیزه لازم برای تداوم استفاده از خدمات مرکز درمانی نیز ایجاد شود. شمس و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی کیفیت خدمات آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی تهران از دیدگاه دانشجویان پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش نشان داده است که انتظارات فراگیران در همه ابعاد و سؤالات بالاتر از وضعیت موجود بوده است. میانگین کلی انتظارات و ادراکات دانشجویان به ترتیب برابر با ۴،۰۲ و ۲،۶۳ بود. تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای در میانگین انتظارات و ادراکات وجود داشته است، بیشترین نمره شکاف منفی مربوط به بعد پاسخگویی (۱،۶۴-) و کمترین آن مربوط به بعد اطمینان (۱،۱۴-) بوده است.

در تحقیق کبریایی و همکاران (۱۳۸۱) به‌صورت مقطعی بر روی ۳۰۰ نفر از زنان دریافت‌کننده خدمات بهداشتی اولیه انجام‌گرفته، از ابزار سروکوال برای اندازه‌گیری شکاف کیفیت در پنج بعد خدمت استفاده‌شده است. نتایج حاکی از آن است که شکاف کیفیت در خدمات ارائه‌شده وجود دارد. کمترین شکاف کیفیت در بعد ملموس خدمت و بیشترین شکاف در بعد پاسخگویی به‌دست‌آمده است. همچنین سن پاسخ‌گویان با نمره‌های شکاف همبستگی مستقیم و میزان تحصیلات آن‌ها با نمره‌های شکاف ارتباط معکوس دارد.

شابرآوی (۱۹۹۲) در پژوهشی توصیفی مقطعی با عنوان بررسی میزان رضایت استفاده‌کنندگان از خدمات بهداشتی اولیه در شهر ریاض بیان داشته است که تنها ۵۲٪ از مراجعین به ۱۴۲ مرکز بهداشتی درمانی ریاض از خدمات راضی بودند و یک‌چهارم مراجعین از معطلی در مراکز ناراضی بودند که وی در پایان بیان می‌دارد احتمالاً ازدحام و شلوغی به علت مراجعه افراد در ساعاتی خاص همچنین تعدیل‌های صورت گرفته در نیروی انسانی و البته مدیریت نامناسب بر زمان در مراکز می‌تواند علت این نتیجه باشد.

فیلدز و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان استفاده از بررسی رضایتمندی بیماران برای تدارک مدیریت خدمات بهداشتی، آورده‌اند که در فرآیند برنامه‌ریزی نخستین تلاش، بررسی رضایتمندی بیماران است که به‌طور منظم انجام می‌شود و در این

شیوه نتایج حاصله نشان داده است، که هم کارکنان و هم بیماران فعالیت بهتری دارند، کارکنان بیشتر تشویق می‌شوند و بیماران هم ابراز گرایش و تمایل بیشتری به سوی مرکز بهداشتی و درمانی پیدا می‌کنند.

در مورد دیگری لیم و همکاران (۲۰۰۰) با توصیفی مقطعی با عنوان بررسی انتظارات و رضایت بیماران از کیفیت خدمات بیمارستانی در سنگاپور نشان دادند که نمره کیفیت در تمام ابعاد پنج‌گانه خدمت شامل بعد ملموس خدمت، بعد اطمینان، بعد تضمین، بعد پاسخگویی و بعد همدلی منفی بود و شکاف کیفیت ارائه خدمات بین ادراکات و انتظارات بیماران از خدمات ارائه‌شده در بیمارستان‌ها وجود داشت در این پژوهش کمترین اختلاف کیفیت در بعد ملموس و بیشترین اختلاف در بعد پاسخگویی مشاهده شد.

در مطالعه میک و هیزل (۲۰۰۵) در مورد ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی که بر روی نمونه‌ای از زنان مراجعه‌کننده به یک بیمارستان شهرستان در اسکاتلند انجام شد. در هر ۵ بعد خدمت اختلاف کیفیت وجود داشت به طوری که بیشترین اختلاف در بعد اطمینان و کمترین اختلاف در بعد تضمین مشاهده شد.

روش تحقیق:

در پژوهش حاضر از ابزار سروکوال برای ارزیابی کیفیت خدمات پایگاه‌های بهداشتی شهرستان خرم‌آباد استفاده شده است. سروکوال روشی برای شناخت هدفمند نقاط قوت و ضعف کیفیت خدمات سازمان بوده و برای اندازه‌گیری و مقایسه ادراکات و انتظارات مشتریان خارج سازمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مقیاس سروکوال شامل مؤلفه‌هایی است که نیمی از این مؤلفه‌ها سطح مورد انتظار پاسخ‌دهنده از یک خدمت را اندازه‌گیری می‌کند و نیمه دوم، سطح درک شده کیفیت ارائه‌شده به وسیله آن سازمان خاص را می‌سنجد (Moqbel Baarz A, Mohammadi A, 2008:54). در این مدل، کیفیت مساوی است با ادراک منهای انتظارات، تفاوت بین انتظارات مشتری قبل از دریافت خدمات و درک کیفیت پس از دریافت خدمات، به معنای میزان کیفیت آن خدمت تعریف می‌شود.

با در نظر گرفتن هدف پژوهش حاضر که ارزیابی و تحلیل کیفیت خدمات مراکز بهداشتی است، این پژوهش از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ مسئله پژوهش و گردآوری و تحلیل داده‌ها توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری مورد مطالعه کلیه خانوارهای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در سطح شهر خرم‌آباد است. حجم نمونه با استفاده از فرمول Cochrane و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد، ۳۸۰ نفر انتخاب گردید.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بوده است که از ۲۴ سؤال برای ارزیابی کیفیت خدمات در پایگاه‌های بهداشتی شهر خرم‌آباد تشکیل یافته است. پرسشنامه‌ها با انجام هماهنگی‌های لازم در چندین نوبت در مراکز مختلف در اختیار مراجعه‌کنندگان قرار گرفته است؛ بنابراین انتظارات و ادراکات مراجعه‌کنندگان پایگاه‌های مورد مطالعه در پنج بعد محسوسات، قابلیت اعتماد، اطمینان، پاسخگویی و همدلی ارزیابی شده است.

پس از جمع‌آوری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای بررسی شکاف بین میانگین ابعاد ادراک شده و مورد انتظار از متغیرهای فردی، از آزمون‌های آماری ویلکاکسون استفاده گردید. لازم به ذکر است برای تحلیل پایایی پرسشنامه پژوهش از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. مقدار به دست آمده این ضریب برای ابعاد پنج‌گانه بررسی

یعنی محسوسات، قابلیت اعتماد، اطمینان، پاسخگویی و همدلی به ترتیب برابر ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۸۶ و ۰/۸۴ بوده و نشان دهنده پایایی مطلوب ابزار است.

تحلیل داده‌ها و یافته‌ها:

یافته‌های حاصل از پرسشنامه توزیع شده نشان می‌دهد که ۷۵،۲۶ درصد شرکت‌کنندگان زن و ۲۴،۷۳ آنان مرد هستند؛ بیشتر این افراد به ترتیب در رده سنی ۳۰-۳۹ و ۴۰-۴۹ بوده‌اند. همچنین عمده مراجع‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی دیپلم، زیر دیپلم و کارشناسی هستند. از حیث وضعیت شغلی افراد ۳۱،۰۵ درصد دانشجوی یا دانش‌آموز بوده‌اند و مابقی به ترتیب اشتغال آزاد و دولتی داشته‌اند. (جدول-۲)

جدول-۲: توزیع مراجع‌کنندگان مورد مطالعه از نظر مشخصات دموگرافیک

متغیرها	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۷۵،۲۶
	مرد	۲۴،۷۳
سن	زیر ۲۰ سال	۹،۴۷
	۲۰-۲۹ سال	۲۵
	۳۰-۳۹ سال	۲۸،۱۵
	۴۰-۴۹ سال	۲۲،۶۳
	۵۰-۵۹ سال	۱۰،۵۲
	۶۰ سال و بالاتر	۴،۲۱
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۰،۲۶
	دیپلم	۲۸،۱۵
	کاردانی	۱۴،۴۷
	کارشناسی	۲۵
	کارشناسی ارشد	۹،۷۳
	دکتری	۲،۳۶
شغل	دولتی	۱۵،۵۲
	آزاد	۱۷،۸۹
	دانشجو یا دانش‌آموز	۳۱،۰۵
	بیکار یا خانه‌دار	۳۵،۵۲

در جدول-۳ میانگین امتیازات ادراکات وضع موجود و وضع مورد انتظار در هر یک از ابعاد کیفیت خدمات پایگاه‌های بهداشتی، ابعاد و گویه‌ها بر اساس شکاف، از دیدگاه مراجعین مراکز ارائه گردیده است. نمرات مراجعین در همه ابعاد پنج‌گانه و در همه ۲۴ گویه از وضعیت موجود کمتر از نمرات مراجعین از وضع مطلوب است که موجب منفی شدن نمره شکاف کیفیت، در تمامی ابعاد گردیده است.

در معیار عوامل محسوس بیشترین شکاف به ترتیب در "وجود امکانات و تجهیزات مناسب" و "دکوراسیون و زیبایی محیط" وجود دارد، میانگین کل شکاف‌های این بعد ۰,۶۲۲- است. در دومین معیار (قابلیت اعتماد) بیشترین شکاف به ترتیب در "دقت در اجرای قوانین و مقررات"، "داشتن آگاهی، دانش و مهارت کافی کارکنان" و "ثبت و نگهداری دقیق سوابق مراجعه" قابل مشاهده است. در بعد پاسخ‌گویی دو گویه "مناسب بودن و به‌روز بودن نحوه نوبت‌دهی" و "سرعت عمل و دقت در پاسخگویی به مراجعه‌کننده" با عدد بسیار نزدیکی دارای بیشترین شکاف هستند و میانگین کل ۰,۵۹۶- محاسبه شده است.

در معیار تضمین گویه "ارائه اطلاعات دقیق و با تکیه بر منابع علمی" نسبت به سایر گویه‌ها دارای شکاف قابل توجه‌تری است و میانگین کل برای آن ۰,۴۱۷- شده است. در آخرین معیار که بیانگر وضعیت همدلی است به ترتیب "درک نیازها و مشکلات مراجعه‌کننده"، "صداقت و خوش‌رویی کارکنان و پزشک با مراجعه‌کننده" و "رفتار کارکنان با همراهان و میزان درک آن‌ها" بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده است، میانگین شکاف کل برای این معیار ۰,۳۹- است.

در مجموع در میان تمام معیارهای مورد ارزیابی معیار قابلیت اعتماد دارای بیشترین شکاف و معیار همدلی دارای کمترین شکاف است. همچنین در میان گویه‌های مورد ارزیابی مواردی همچون وجود امکانات و تجهیزات مناسب، دقت در اجرای قوانین و مقررات و داشتن آگاهی، دانش و مهارت کافی کارکنان بیشترین شکاف را دارند و احساس همدلی و دلسوزی کارکنان، ساعت کاری و روز مناسب برای ارائه خدمات و رعایت حریم شخصی و خصوصی مراجعه‌کننده دارای کمترین شکاف هستند.

جدول-۳: نمرات انتظارات، ادراکات و شکاف کیفیت در ابعاد پنج‌گانه کیفیت خدمات پایگاه‌های بهداشتی شهر خرم‌آباد

معیار	گویه‌ها	انتظارات	ادراکات	شکاف
عوامل محسوس	وجود امکانات و تجهیزات مناسب	۴,۰۲	۲,۹۸	-۱,۰۴
	دکوراسیون و زیبایی محیط	۳,۷	۳,۰۲	-۰,۶۸
	ظاهر و پوشش مناسب کارکنان	۴,۳۲	۳,۹۶	-۰,۳۶
	فراهم بودن فضای مناسب برای همراهان	۳,۵۳	۳,۱۲	-۰,۴۱
	کل	۳,۸۹	۳,۲۷	-۰,۶۲۲
قابلیت اعتماد	ارائه‌ی خدمات صحیح و مناسب در زمان وعده داده‌شده	۳,۹۶	۳,۴۵	-۰,۵۱
	داشتن آگاهی، دانش و مهارت کافی کارکنان	۴,۳۶	۳,۵۸	-۰,۷۸
	هماهنگی و همکاری موجود بین کارکنان	۴,۳۲	۳,۹۵	-۰,۳۷
	ثبت و نگهداری دقیق سوابق مراجعه	۴,۴	۳,۷۲	-۰,۶۸
	دقت در اجرای قوانین و مقررات	۴,۳۳	۳,۵۲	-۰,۸۱
	استفاده از خدمات الکترونیک	۴,۳۰	۳,۶۸	-۰,۶۲
	کل	۴,۲۸	۳,۶۵	-۰,۶۲۸
پاسخگویی	مناسب بودن و به‌روز بودن نحوه نوبت‌دهی	۴,۰۳	۳,۳۲	-۰,۷۱
	توجه به انتقادات و پیشنهادات مراجعه‌کننده	۴,۱۳	۳,۵۵	-۰,۵۸
	دسترسی به مسئول پایگاه و مسئولان رده‌بالا در صورت نیاز	۳,۹۳	۳,۵۲	-۰,۴۱

معیار	گویه‌ها	انتظارات	ادراکات	شکاف
	سرعت عمل و دقت در پاسخگویی به مراجعه‌کننده	۴,۴۲	۳,۷۲	-۰,۷
	مسئولیت‌پذیری در پاسخگویی	۴,۶۳	۴,۰۵	-۰,۵۸
	کل	۴,۲۲	۳,۶۳	-۰,۵۹۶
تضمین	رعایت حریم شخصی و خصوصی مراجعه‌کننده	۳,۹۳	۳,۵۸	-۰,۳۵
	ارائه اطلاعات دقیق و با تکیه بر منابع علمی	۴,۱۵	۳,۵۸	-۰,۵۷
	تأمین فضای آرام هنگام گفتگو با پزشک و سایر کارکنان	۳,۹	۳,۵۳	-۰,۳۷
	اهمیت به حل مشکل مراجعه‌کننده	۴,۲۳	۳,۸۵	-۰,۳۸
همدلی	کل	۴,۰۵	۳,۶۳	-۰,۴۱۷
	احساس همدلی و دلسوزی کارکنان	۳,۸۳	۳,۶۸	-۰,۱۵
	ساعت کاری و روز مناسب برای ارائه خدمات	۳,۹۶	۳,۶۸	-۰,۲۸
	درک نیازها و مشکلات مراجعه‌کننده	۴,۲۲	۳,۵۸	-۰,۶۴
	صداقت و خوش‌رویی کارکنان و پزشک با مراجعه‌کننده	۴,۱۷	۳,۶۵	-۰,۵۲
	رفتار کارکنان با همراهان و میزان درک آن‌ها	۴,۳۳	۳,۹۷	-۰,۳۶
	کل	۴,۱	۳,۷۱	-۰,۳۹۰

برای ارزیابی معناداری شکاف‌ها و اطمینان از اینکه فاصله بین انتظار و ادراک پاسخگویان در ابعاد پنج‌گانه مورد بررسی نتیجه تصادف یا دخالت سایر عوامل نیست از آزمون ناپارامتری ویلکاکسون استفاده شده است. مطابق با نتایج حاصل از این آزمون در سطح خطای ۰,۰۵ درصد کیفیت کلی خدمات ارائه‌شده در مراکز بهداشتی شهر خرم‌آباد و همچنین در ابعاد عوامل محسوس، قابلیت اعتماد، پاسخگویی، تضمین و همدلی تفاوت بین انتظار و ادراک پاسخگویان معنادار است. لذا در مجموع می‌توان گفت مطابق با نتایج آزمون سروکوال، کیفیت خدمات ارائه‌شده در مراکز بهداشتی شهر خرم‌آباد از سطح مورد انتظار مراجعین کمتر است و باید این مجموعه‌ها در جهت ارتقای کیفیت خدمات خود گام بردارند.

جدول ۴- نتایج بررسی معناداری اختلاف بین انتظارات و ادراکات مراجعین

معیار کیفیت خدمات	مقدار عددی Z	سطح خطا	سطح معناداری
عوامل محسوس	-۱۵,۲۲۶	۰,۰۵	۰,۰۰
قابلیت اعتماد	-۱۳,۶۱۱	۰,۰۵	۰,۰۰۲
پاسخگویی	-۱۳,۸۲۱	۰,۰۵	۰,۰۰
تضمین	-۱۴,۹۳۷	۰,۰۵	۰,۰۰
همدلی	-۱۳,۶۰۷	۰,۰۵	۰,۰۰۳
کیفیت کلی خدمات	-۱۴,۴۳۷	۰,۰۵	۰,۰۰

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

هدف اصلی پژوهش حاضر، ارزیابی کیفیت خدمات و مقایسه ادراکات و انتظارات مراجعین پایگاه‌های بهداشتی شهر خرم‌آباد بود. در این تحقیق در ابتدا با بررسی پیشینه تحقیقات داخلی و خارجی تلاش شد تا در ابعاد مدل سروکوال با تنظیم گویه‌هایی نظر طیف‌های مختلف مراجعین پایگاه‌ها اخذ شود. با توجه به تعدد و دولتی بودن این پایگاه‌ها افزایش کیفیت خدمات می‌تواند نقش چشم‌گیری در رضایت عمومی از فعالیت‌های بخش بهداشت داشته باشد.

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، خدمات ارائه‌شده در ابعاد پنج‌گانه پایین‌تر از انتظارات مراجعین است که مدیران مربوطه باید در جهت کاهش هرچه بیشتر شکاف برنامه‌ریزی کنند. مکان عمده پایگاه‌های بهداشتی استیجاری هست و آن‌ها را با محدودیت‌هایی مواجه ساخته است؛ در بررسی صورت گرفته روشن شد که شکاف بعد عوامل محسوس نسبت به ابعادی همچون تضمین و همدلی محسوس‌تر است و باید توجه ویژه‌تری به آن داشت؛ اما بیشترین شکاف به بعد قابلیت اعتماد اختصاص یافته است که ناشی از عواملی از قبیل عدم دقت در پایبندی به قوانین و مقررات و نداشتن مهارت کافی در برخی از کارکنان این پایگاه‌ها است. با این وجود در مواردی از قبیل تأمین فضای آرام هنگام گفتگو با پزشک و سایر کارکنان، احساس همدلی و دلسوزی کارکنان و اهمیت به حل مشکل مراجعه‌کننده وضعیت قدری مطلوب‌تر است.

در مجموع ضروریست که پایگاه‌های بهداشتی این شهر به ترتیب با اولویت قابلیت اعتماد، عوامل محسوس، پاسخگویی، تضمین و همدلی به کاهش شکاف موجود پرداخته و انتظارات و ادراکات مراجعین را تا حد ممکن به یکدیگر نزدیک سازند. در پایان در جهت بهبود سطح خدمات ارائه‌شده در پایگاه‌های بهداشتی شهر خرم‌آباد موارد ذیل پیشنهاد می‌گردد:

۱. در جهت کاهش شکاف در بعد عوامل محسوس توصیه می‌شود نسبت به ارتقای تجهیزات و لوازم اداری پایگاه‌های بهداشتی اقدام شود؛
۲. در بعد قابلیت اعتماد دوره‌هایی برای آشنایی پرسنل پایگاه‌های بهداشتی با قوانین و مقررات موجود برگزار گردد، همچنین در ارزیابی فعالیت پایگاه‌های بهداشتی این موضوع مورد توجه قرار گیرد؛
۳. برنامه‌ریزی در جهت استقرار پایگاه‌های بهداشتی در ساختمان‌هایی با مالکیت علوم پزشکی و جلوگیری از جابه‌جایی‌های سالانه به دلیل استیجاری بودن بسیاری از ساختمان‌ها؛
۴. برگزاری دوره‌های تخصصی برای برخورد و رفتار مناسب پرسنل با مراجعین پایگاه‌ها و ایجاد ساختارهای در جهت نظارت بر عملکرد رفتاری پرسنل.

منابع

۱. ابوالحسنی، فریدون، و سلمانی، محمدرضا (۱۳۸۸). برون‌سپاری خدمات سلامتی چاپ اول، نشر پونه.
۲. آقامیرزایی محلی، طاهره، بابازاده، محمد، رحیم‌پورکامی، باقر، و صالحی عمران، ابراهیم (۱۳۹۶). ارزیابی و رتبه بندی کیفیت خدمات آموزشی از دیدگاه دانشجویان (مطالعه موردی دانشگاه علوم و فنون مازندران)، دومانامه علمی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج).

۳. امن پور، ناصر (۱۳۹۱). ارزیابی کیفیت خدمات با استفاده از مدل Servqual در بانک صنعت و معدن (شعب تهران) و رتبه بندی شعب با تکنیک Topsis. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت - گروه مدیریت صنعتی، دانشگاه آزاد اسلامی-واحد تهران مرکزی.
۴. امید، نبی، امید، محمدرضا، عسگری، حشمت اله، و خلیلی، کرم (۱۳۹۶). ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده بیمارستان های منتخب تهران با استفاده از مدل سروکوال. مجله پژوهش سلامت، دوره ۲، شماره ۴.
۵. پیله رودی، سیروس (۱۳۷۶). شبکه بهداشت و درمان شهرستان. چاپ اول، انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
۶. توکلی، جعفر، و ذوالفقاری، حسن (۱۳۹۴). ارزیابی کیفیت خدمات دانشگاهی با استفاده از ابزار سروکوال. چشم اندازه مدیریت دولتی، شماره ۲۲، تابستان ۱۳۹۴.
۷. توکلی نیا، جمیله، و هرائینی، مصطفی (۱۳۹۷). ارزیابی میزان رضایت مندی گردشگران از کیفیت خدمات گردشگری بر اساس مدل کانو و سروکوال (مطالعه موردی: واحدهای پذیرائی محله دربند تهران). نشریه تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی سال هجدهم، شماره ۴۹.
۸. شمس، لیدا، محمودی، سعید، ملکی، محمدرضا، عاملی، الهام، و موسوی، سیدمیشم (۱۳۹۲). بررسی کیفیت خدمات آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی تهران: دیدگاه دانشجویان. مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۲۱، شماره ۱۲۴.
۹. کبریایی، علی، اکبری، فیض الله، حسینی، سید مصطفی، افتخار اردبیلی، حسن، و پوررضا، ابوالقاسم (۱۳۸۱). شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی شهرستان کاشان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، شماره ۳۱.
۱۰. کوبیان، پژمان (۱۳۸۵). میزان رضایت مندی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین. پایان نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
۱۱. گرجی، حسن ابوالقاسم، طباطبایی، سید مهدی، اکبری، امین، سرخوش، سمانه، و خراسانی، سهیلا (۱۳۹۱). به کارگیری مدل شکاف کیفیت خدمات در مجتمع آموزشی درمانی امام خمینی (ره). مجله مدیریت سلامت، شماره ۵۱، ۱۳۹۲.
۱۲. وظیفه، زهرا، و استانستی، صدف (۱۳۹۷). ارزیابی مقایسه ای کیفیت خدمات بیمارستانی با استفاده از روش سروکوال وزن دهی شده ی فازی در شهر زاهدان. مجله دانشکده پزشکی زابل، دوره ۱، شماره ۱.
۱۳. یحیی پور، مهدی، و هاشمی، سیدمناف (۱۳۹۰). اصول و مبانی مدیریت خدمات شهری شهرداری. چاپ اول، انتشارات سازمان شهرداری ها و دهیاری های کشور.

۱۴. fields, T and Comez, P.S. (2001). Utilizing patient satisfaction survey to prepare for medical management care". J health care, 12 (1), 59-76

۱۵. Ghobadian, A., Speller, S., & Jones, M., (1994). Service quality: concepts and models, International Journal of Quality & Reliability Management, vol.11, No. 9, ۴۳-۶۶.

۱۶. Gholami, A., Noori, A., Khojastepoor, M., Asgari, M., & Sajadi, H. (2011). Gaps in the quality of primary health care services provided by health centers - Care Nishapur city Scientific Journal of shahed university, 18(92), pp1-11.[Persian].
۱۷. Gronroos, C. (2000). Service Management and Marketing JohnWiley&Sons,Ltd
۱۸. Kotler, p., & gary, A. (2000). marketing management”prentice Hall,USA
۱۹. Lim PC, TN. (2000). A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance, 13
۲۰. Mik, W. HW. (2005). Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic. International Journal of Health Care quality Assurance, 18
۲۱. Moqbel Baarz, A., Mohammadi, A. (2008). Examination the quality of services provided in health care centers in the province Fars. Shiraz Univ Humanit Soc Sci, ۳۸(۲), ۵۴-۶۲
۲۲. Murphy, KA. (2007). Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland, J Clin Nurs, 16, 477-85



Evaluation and analysis of service quality of health centers in Khorramabad city based on SERVQUAL model

Mina Sadat Hashemi Kasvaei^۱

Sajjad Bazgir^{۱*}

Abstract

Health centers are among the government centers in the field of health that deal with a large number of clients on a daily basis. Therefore, the level of quality of services provided in these centers is effective in creating public satisfaction. The aim of the present study is to evaluate the quality of services of Khorramabad health centers based on the Servqual model. This research is applied research in terms of purpose and descriptive-analytical in terms of the research problem and data collection and analysis. The statistical population of the study is all households referring to health centers in Khorramabad city. The sample size was 380 people using the Cochran formula. The data collection tool in this study was a questionnaire that consists of 24 questions to evaluate the quality of services. These questionnaires have been provided to the clients several times in different centers by making the necessary arrangements. Based on the findings of this study, the services provided in five dimensions are lower than the expectations of clients and the gap in the dimension of tangible factors is greater than dimensions such as assurance and empathy. The Wilcoxon nonparametric test was used to evaluate the significance of the gaps. According to the results of this test, at the error level of 0.05%, the overall quality of the services provided in the five dimensions is significant.

Keywords: service evaluation, quality of public services, SERVQUAL, health center.

^۱Ph.D. Student in Public Administration, Faculty of Management, University of Tehran.

^{*}MS in Civil Engineering, Malek Ashtar University of Technology