مجله ره آورد سلامت،دوره ۲،شماره ۲، تابستان ۱۳۹۵ http://Rsj.iums.ac.ir مقاله اصیل

تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشکان خانواده شهرستان شاهرود براساس مدل سروکوال در سال ۹۴

مهشید باوفا: کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران. mahshid.bvf@gmail.com
داوود رباط سرپوشی: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مرکز بهداشت سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران. davoodrobat@gamil.com
نسیم میرزایی: دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. mirzaeinasim@yahoo.com
پروانه استاجی: کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران(* مولف مسئول). parvaneh.estaji@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، بخشی از فرایند اصلاح نظام سلامت در ایران است. اصلی ترین محور اجرای برنامه پزشک خانواده، پایش عملکرد پزشک خانواده است؛ اما در عین حال در فرایند ارزشیابی پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمات نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. مطالعه ی حاضر با هدف تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشکان خانواده شهرستان شاهرود براساس مدل سروکوال انجام شده است.

روش کار: این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی بوده و به شیوه مقطعی در سال ۱۳۹۴ انجام شد.جامعه پژوهش شامل مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی مجری طرح ملی پزشک خانواده (۲۰ مرکز بهداشتی درمانی) بود. با توجه به روش نمونه گیری تصادفی طبقاتی و با توجه به حجم مراجعین برای هر مرکز، تعداد ۴۶۹ پرسشنامه تکمیل و عودت داده شد. برای جمع آوری داده ها، پرسشنامه استاندارد SERVQUAL استفاده شد. تحلیل داده ها توسط spss11 انجام شد.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نمرات انتظارات و ادراکات و شکاف کیفیت خدمات درمانی حاصل از تفاضل آنها، نشان داد که انتظارات بیماران درتمامی پنج بعد مثبت و پایین تر از وضعیت موجود بود. بیشترین میانگین نمره در بخش انتظارات، مربوط به بعد تضمین ۵/۶۴±۲۷/۵۲ و کمترین نمره مربوط به بعد فیزیکی ۴/۲۱±۱۸/۴۷ بود. همچنین بالاترین میانگین نمره در بخش ادراکات مربوط به بعد تضمین و کمترین نمره مربوط به بعد همدلی بود. نتایج نشان می دهد در تمامی ابعاد میانگین وضع موجود از وضع مورد انتظار بالاتر به دست آمده است و این تفاوت در تمامی ابعاد معنی دار است ($p<0.001$).

نتیجه گیری: بررسی نتایج حاصل از محاسبه شکاف موجود در ابعاد مختلف کیفیت خدمات بهداشتی درمانی شاهرود نشان می دهد که آنچه در قالب خدمات و مراقبت به آنها ارائه شده است فراتر از آن چیزی بوده که انتظار آن را داشته اند و در مجموع شکاف کیفیتی مثبت مشاهده شد و این امر نشان دهنده رضایت مراجعه کنندگان از مراقبت ارائه شده توسط پزشکان خانواده، در مراکز بهداشتی شهرستان شاهرود است.

کلید واژه ها: شکاف کیفیت خدمات، پزشک خانواده ، شاهرود، مدل سروکوال

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

مقدمه

دستاوردهای شگرف و غیرقابل تصور ایران در حیطه بهداشتی و مراقبت های بهداشتی اولیه که به خوبی در سطوح بین المللی انعکاس یافته اند در دهه های اخیر با چالش های مرتبط با نیازهای تغییر شکل یافته، گذارهای جمعیتی اپیدمیولوژیکی، افزایش هزینه ها و مشتریان آگاه تر مواجه گردید (۱)؛ که پاسخگویی به این نیازها وابسته به ایجاد تغییرات و اصلاحاتی در نظام سلامت است (۱-۴). طرح پزشک خانواده بعنوان شالوده دست زدن به اصلاح نظام سلامت انتخاب شده است (۵). طرح ملی پزشک خانواده ازسال ۱۳۸۴ در پاسخ به مشکلات مرتبط با کیفیت، عدالت، اثر بخشی و ارتقای سلامت و رفع چالش های فوق در روستاها و شهرهای زیر۲۰ هزار نفر جمعیت در کشور اجرا شد (۱-۴). این طرح، دومین تغییر بزرگ بعد از راه اندازی شبکه های بهداشتی محسوب می شود (۱).

پزشک خانواده یک تخصص پزشکی است که مراقبت های بهداشتی مداوم و جامعی را برای افراد و خانواده ها فراهم می کند. خدماتش در برگیرنده همه سنین، جنس ها، بیماری ها و سیستم های ارگانیک با توجه به علوم رفتاری، بالینی و زیست محیطی می باشد (۶). یکی از مهم ترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات نمی توان از اصطلاح پزشک خانواده برای صرف خدمات درمانی استفاده کرد (۷).

خدمات بهداشتی درمانی باید دارای ویژگی هایی باشد تا رضایت بیمار را تضمین کند از جمله: اثربخشی، کارایی، کیفیت، از عهده برآمدن، موجود بودن، در دسترس بودن، عمومیت، جامعیت، عادلانه بودن، به موقع بودن و مناسب بودن. لذا جلب رضایت هرچه بیشتر بیماران ضمن ترغیب آن ها به انجام صحیح و به موقع دستورالعمل درمانی، موجب تسریع پیشرفت درمان و دستیابی به هدف اصلی آن یعنی بهبود بیماران می گردد (۸).

رضایتمندی بیماران نشان دهنده ارائه صحیح خدمات بوده و از نشانگرهای مهم کیفیت مراقبت بهداشتی درمانی محسوب می شود. بازتاب نظر بیمار درباره مراقبت و خدمات بهداشتی- درمانی برای مدیران، ارائه دهندگان مراقبت و خود بیماران، معتبر و ارزشمند است (۵).

در نتیجه ارائه دهندگان خدمات در تلاش هستند تا ابزارهای ارزیابی کیفیتی را که به طور معناداری بر مشتری محوری تأکید می کنند، به کاربرند. در بخش خدمات بهداشتی، موضوع کیفیت دارای جایگاه ویژ ه ای است؛ زیرا وظیفه و رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه بر عهده این بخش است (۹).

کیفیت خدمات نظام سلامت از طرق گوناگون مورد ارزیابی و سنجش قرار می گیرد. رشد بسیاری از پژوهش ها پیرامون کیفیت در تلاشند تا از ابزاری استفاده نمایند که معتبر و قابل تکرار باشد از این رو شاید یکی از بهترین و رایج ترین ابزارهای شناخته شده، استفاده از ابزار سروکوال[۱] باشد که برای نخستین بار توسط پاراسورمن و همکاران ارائه گردیده است. پژوهشهایی که بر سنجش کیفیت خدمات با استفاده از الگوی سروکوال تمرکز دارند، شکاف (اختلاف) انتظارات و ادراکات بیماران را مورد بررسی قرار داده اند (۱۰).

این مدل کیفیت خدمات ارایه شده را از 5 بعد مورد ارزیابی قرار می دهد. این پنج بعد عبارتند از:

ملموسات[۲]: ظاهر تجیهزات و وسایل و ابزار فیزیکی موجود در محل کار و کارکنان.

اعتماد[۳]: توانایی سازمان خدمت دهنده در عمل به وعده های خود به طور دقیق و مستمر.

پاسخگویی[۴]: تمایل و اشتیاق سازمان برای کمک به مشتریان و ارایه به موقع خدمات.

[۱] SERVQUAL

[۲] Tangibility

[۳] Reliability

[۴] Responsiveness

Email:rsj@iums.ac.ir

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

تضمین[۵]: دانش و مهارت و شایستگی کارکنان و سازمان در القای حسن اعتماد و اطمینان به مشتری.
دلسوزی[۶]: نزدیکی و همدلی با مشتری و توجه ویژه و فردی به وی و تلاش در جهت درک (۱۱).
سروکوال ابزار معتبری برای ارزشیابی کیفیت خدمات است و در مقایسه با سایر روشهای ارزشیابی کیفیت دارای مزایایی از قبیل پایایی و اعتبار بالا، امکان تطبیق ابعاد آن با انواع محیطهای خدماتی، اهمیت نسبی ابعاد پنج گانه آن در ادراک کیفیت خدمات و توانایی تحلیل بر اساس ویژگیهای جمعیت شناختی، روانشناختی و سایر زمینه ها است. کلیه سازمان ها می توانند با توجه به ویژگیها و نیازهای متفاوت خود، جهت ایجاد تغییرات مناسب، به طور اختصاصی از این مدل استفاده نمایند (۱۲).
در مطالعات مختلف و متنوعی از این ابزار جهت سنجش شکاف کیفیت خدمات استفاده شده است که به عنوان نمونه، در مطالعه ی آقاملایی و همکاران مشخص گردیدکه تمام ابعاد پنجگانه کیفیت خدمات دارای شکاف منفی می باشد. نتایج مطالعات کبریایی و غلامی نیز نشان داده که شکاف کیفیت در تمام ابعاد پنجگانه خدمت منفی بوده است. در مطالعهای دیگر تانر و آنتونی که با استفاده از ابزار سروکوال صورت پذیرفت؛ بیان گردید که رضایت بیماران بستری در بیمارستانهای خصوصی بیشتر از بیماران بستری در بیمارستانهای عمومی می باشد. در مطالعه برادلی به روش سروکال مشخص شد که در تمام ابعاد خدمت، شکاف منفی کیفیت وجود دارد (۱۳).
با توجه به مطالب ارائه شده و جستجوهای به انجام رسیده توسط پژوهشگر، تا به حال مطالعه ای پیرامون سنجش کیفیت خدمات پزشکان خانواده شهرستان شاهرود براساس مدل سروکوال، انجام نشده است و ژوهش حاضر باهدف تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشکان خانواده شهرستان شاهرود براساس مدل سروکوال در شهرستان شاهرود به انجام رسید.

روش کار

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی ی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش شامل مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی مجری طرح ملی پزشک خانواده (۲۰ مرکز بهداشتی درمانی) بود. با توجه به روش نمونه گیری تصادفی طبقاتی و با توجه به حجم مراجعین برای هر مرکز، ۵۰۰ پرسشنامه توزیع و تعداد ۴۶۹ پرسشنامه تکمیل و عودت داده شد.
برای جمع آوری داده ها، از نسخه ترجمه شده پرسشنامه استاندارد SERVQUAL استفاده شد که پایایی و روایی آن در بسیاری از مطالعات از جمله حیدری و همکاران گزارش شده است (۱۰). این پرسشنامه مشتمل بر دو بخش مشخصات دموگرافی بیماران (جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، محل سکونت و بخش ارائه کننده خدمت) و ۲۲ جفت سوال متناظر است که پنج بعد کیفیت خدمات از جمله بعد فیزیکی و ملموس خدمت، تضمین ، پاسخگوئی، قابلیت اطمینان خدمت و همدلی کارمندان، را مورد ارزشیابی قرار می دهد.
در بعد فیزیکی، تأسیسات فیزیکی، وسایل، کارکنان و کانال های ارتباطی؛ در بعد تضمین، توانایی اجرای خدمات به بیماران؛ در بعد پاسخگوئی، میزان پاسخگویی کارکنان در قبال خدمات ارائه شده به بیماران؛ در بعد اطمینان، توانایی، دانش و مهارت کارکنان در ایجاد اطمینان در بیماران، در بعد همدلی، احساس تعلق و تعهد کارکنان نسبت به کلیه بیماران مورد سؤال قرار گرفت. سؤالات پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج گزینه ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) تنظیم شد.
بیماران در بخش انتظارات در مورد وضعیت ایده آل و مطلوب و در بخش ادراکات در مورد وضعیت موجود به پرسشنامه پاسخ دادند. چنانچه بیماری سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه را نداشت، پژوهشگر با پرسش از بیمار، خود اقدام به تکمیل پرسشنامه می کرد. برای تعیین شکاف کیفیت، نمره بیماران به وضعیت موجود کیفیت خدمات (ادراک آنها از کیفیت خدمات ارائه شده)، با نمره آنها به وضعیت مطلوب کیفیت خدمات (انتظار آنها از کیفیت خدمات) مورد مقایسه قرارگرفت. مثبت شدن نمره حاصل نشانگر این است که خدمات و مراقبتهای درمانی ارائه شده بیشتر از حد انتظارات بیماران می باشد و منفی بودن نمره

[۵] Assurance
[۶] Empathy

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

حاصل نشان از آن است که خدمات ارائه شده، انتظارات بیماران را برآورده نمی سازد و شکاف کیفیت وجود دارد و در صورتی که نمره حاصل برابر با صفر شود به معنی عدم وجود شکاف کیفیت در نظر گرفته می شود که نشان دهنده در حد انتظار بودن خدمات ارائه شده به بیماران می باشد.لازم به ذکر است قبل از پرکردن پرسشنامه ها از بیماران رضایت کتبی به عمل آمد.

داده های جمع آوری شده بااستفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار)، تی مستقل و نرم افزار SPSS۱۱ تحلیل شد. سطح معنی داری در تمام آزمون ها 0.05 در نظرگرفته شد.

یافته ها:

از ۴۶۹ نفر، ۶۸/۷٪ زن و بقیه مرد بودند. میانگین سنی مراجعه کنندگان در زنان برابر با ۳۶/۱۷±۰/۹۳ و در مردان برابر با ۲۹/۹۱±۰/۴۶ بود؛ در این بررسی بیشترین مراجعه کنندگان به مراکز درمانی را افراد متاهل تشکیل داده اند (۷۸٪). از نظر سطح تحصیلات ۱۷/۳٪ بی سواد، ۱۹/۶٪ راهنمایی، ۳۷/۵٪ دیپلم، ۱۸/۶٪ لیسانس و ۳٪ بالاتر از لیسانس بودند. بیشترین درصد مراجعه کنندگان از مراکز کالپوش (۱۱/۷٪)، مجن (۹/۴٪) و بسطام (۸/۵٪) بودند.

میانگین و انحراف معیار نمرات انتظارات و ادراکات و شکاف کیفیت خدمات درمانی حاصل از تفاضل آنها در جدول ۲ نشان داده شده است. بر این اساس، انتظارات بیماران درتمامی پنج بعد مثبت و پایین تر از وضعیت موجود بود. بیشترین میانگین نمره در بخش انتظارات مربوط به بعد تضمین ۵/۶۴±۲۷/۵۲ و کمترین نمره مربوط به بعد فیزیکی ۴/۲۱±۱۸/۴۷ بود. همچنین بالاترین میانگین نمره در بخش ادراکات مربوط به بعد تضمین و کمترین نمره مربوط به بعد همدلی بود. نتایج نشان می دهد در تمامی ابعاد میانگین وضع موجود از وضع مورد انتظار بالاتر به دست آمده است و این تفاوت در تمامی ابعاد معنی دار است (p<0/001).

جدول۱. فراوانی متغیرهای دموگرافیک مراجعین به مرکز ارائه دهنده پزشک خانواده

متغیر		تعداد	درصد
جنس	مرد	۱۳۸	۲۹/۴
	زن	۳۲۲	۶۸/۷
وضعیت تاهل	مجرد	۷۱	۱۵/۱
	متاهل	۳۶۶	۷۸
	مطلقه و بیوه	۳	۰/۶
تحصیلات	ابتدایی	۸۱	۱۷/۳
	راهنمایی	۹۲	۱۹/۶
	دیپلم	۱۷۶	۳۷/۵
	لیسانس	۸۷	۱۸/۶
	بالاتر از لیسانس	۱۴	۰/۳

پس ازمحاسبات اختلاف بین میانگین نمرات انتظارات (ایده آل) با ادراکات (اوضاع موجود)، بیشترین و کمترین شکاف مثبت به ترتیب مربوط به بعد تضمین و همدلی بود. میانگین نمرات انتظارات و واقعیتها و شکاف کیفیت خدمات در هر یک از ابعاد شش گانه سروکوال در جدول ۱ ارائه شده است.

میانگین نمرات ادراکات ، انتظارات و واقعیتها و شکاف کیفیت خدمات در هر یک از ابعاد شش گانه سروکوال در جدول ۲ آورده شده است. از ۲۰ مرکز تنها در مراکز دهملا و فرومد میانگین نمره مورد انتظار از وضعیت موجود بالاتر بوده است که این تفاوت تنها در مرکز فرومد معنی دار است(جدول ۳). بیشترین رضایت اعلام شده توسط مراجعین با تفاضل نمرات درک وضعیت موجود و وضع مورد انتظار به ترتیب از مراکز کلاته خیج (۲۸/۲۱)، بسطام(۱۸/۹) و بیارجمند (۱۷/۳۴) است(جدول ۴).

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۲. میانگین نمرات انتظارات و واقعیتها و شکاف کیفیت خدمات در هر یک از ابعاد شش گانه سروکوال

ابعاد	وضع موجود (ادراکات)	وضع مورد انتظار (انتظارات)	شکاف کیفیت خدمات	سطح معنی داری
	انحراف معیار ±میانگین	انحراف معیار ± میانگین	تفاضل دو میانگین	<۰/۰۰۱
فیزیکی	۲۱/۴۸±۳/۰۶	۱۸/۴۷±۴/۲۱	۳/۰۱	<۰/۰۰۱
اطمینان	۲۱/۸۴±۳/۳۳	۱۹/۱۳±۴/۲۱	۲/۷۱	<۰/۰۰۱
پاسخگویی	۲۶/۱۴±۳/۸۷	۲۳/۱۱±۵/۰۶	۳,۰۳	<۰/۰۰۱
تضمین	۳۰/۹۱±۴/۴۲	۲۷/۵۲±۵/۶۴	۳/۳۹	<۰/۰۰۱
همدلی	۲۱/۳۸±۳/۸۹	۱۹/۶۵±۴/۰۹	۱/۷۳	<۰/۰۰۱
کل	۱۲۱/۷±۱۵/۷	۱۱۲/۲±۲۱/۱	۹/۵	<۰/۰۰۱

جدول شماره۳- میانگین و انحراف معیار درک وضعیت موجود و وضع مورد انتظار

مراکز	درک وضعیت موجود	وضع مورد انتظار	تفاضل	سطح معنی
	انحراف معیار ± میانگین		دومیانگین	داری
فرومد	۱۲۱/۵۳±۵/۷	۱۲۷/۵۳±۷/۰۷	-۶	<۰/۰۰۱
دهملا	۱۱۲/۹۳±۱۶/۵۵	۱۲۲/۳۳±۱۷/۸۳	-۹/۴	۰/۱۱۹

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

کل۲۰	۱۲۱/۷±۱۵/۷	/۲±۲۱/۱	۹/۵	/۰۰۱
مرکز*		۱۱۲		<۰

جدول شماره۴- مراکز دارای بیشترین رضایت از خدمات پزشک خانواده

مراکز	درک وضعیت موجود	وضع مورد انتظار		
	انحراف معیار ± میانگین		تفاضل دو میانگین	سطح معنی داری
کلاته	۱۱۷/۳۵±۹/۸۲	۸۹/۱۴±۴۳/۱۵	۲۸/۲۱	۰/۰۳۸
بسطام	۱۲۲/۸۲±۱۴/۰۸	۱۰۳/۹۲±۱۷/۰۶	۱۸/۹	<۰/۰۰۱
بیارجمند	۱۲۶/۹۶±۱۲/۶۲	۱۰۹/۶۲±۲۹/۵۵	۱۷/۳۴	۰/۰۰۲
کل۲۰ مرکز*	۱۲۱/۷±۱۵/۷	۱۱۲/۲±۲۱/۱	۹/۵	<۰/۰۰۱

*به علت زیاد بودن مراکز تنها به مهمترین نتایج در جدول فوق بسنده شده است.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

بحث:

رضایت بیمار از خدمات پزشک خانواده یکی از مهمترین شاخص های اثربخشی و کیفیت ارائه خدمات بخش های مختلف مراکز بهداشتی درمانی میباشد. افزایش رضایتمندی مشتریان منجر به نتایج رفتاری مانند تعهد، میل به ماندن (نگهداری مشتری) در مراکز بهداشتی و درمانی می گردد (۸). هدف از انجام این پژوهش نیز تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشکان خانواده شهرستان شاهرود براساس مدل سروکوال در سال ۹۴ بود.

نتایج این پژوهش نشان داد تفاوت معناداری میان ادراک و انتظار تمام مولفه های کیفیت خدمات وجود دارد و نمره ادراکات بیماران از انتظاراتشان بالاتر است. به این معنی که مجموع آنچه در قالب خدمات و تسهیلات به آنها ارائه شده است فراتر از آن چیزی بوده که انتظار آن را داشته اند. براساس مطالعات مشابه چنین نتیجه ای مغایر با سایر مطالعات است چرا که تقریباً در اکثر مطالعات انجام شده در حوزه بیمارستانی در این زمینه، به شکاف منفی کیفیت اشاره شده است؛ مثلا در مطالعه بیکر و همکاران در بیمارستان های وابسته به دانشگاه باسکنت ترکیه، شکاف منفی بین ادراکات و انتظارات بیماران در تمام ابعاد کیفیت مشاهده شد (۱۲).

اسکاردینا با هدف ارزیابی رضایت بیماران از خدمات پرستاری، با استفاده از مدل سروکوال به وجود شکاف منفی در تمامی ابعاد کیفیت اشاره می کند. مطالعه لیم و تانگ، که با هدف ارزیابی ادراکات و انتظارات بیماران در بیمارستان های سنگاپور صورت گرفته است، نشان دهنده شکاف منفی در تمامی ابعاد کیفیت می باشد؛ مطالعه کاراساوید و همکاران با استفاده از مدل سروکوال، وجود شکاف بین تمام ابعاد کیفیت در بیمارستانهای یونان را بیان می کند هاروود و همکاران، با استفاده از ابزار سروکوال شکاف بالایی را بین ادراکات و انتظارات بیماران قبل از ارزیابی بالینی مشخص می کنند (۱۳). محمدی و همکاران در پژوهش خود با هدف سنجش کیفیت خدمات در بیمارستانهای زنجان با استفاده از مدل سروکوال، منفی بودن شکاف کیفیت خدمات در تمامی ابعاد را مشخص می کنند (۱۳،۱۴). در پژوهش غلامی و همکاران، نیز شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی- درمانی نیشابور، در همه ابعاد منفی بوده است (۱۳،۱۵). جناآبادی و همکاران، کیفیت خدمات مراکز درمانی شهر زاهدان را با استفاده از مدل سروکوال بررسی کرده و آن را در تمامی ابعاد، منفی گزارش کردند (۱۳،۹). از سویی دیگر صدیق سهیل، در تحقیق خود در تمامی ابعاد در بیمارستانهای خصوصی مالزی، اختلاف بین انتظارات و ادراکات بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده را بیان کرد که این اختلاف در تمامی ابعاد مثبت بود. ریگایرا مارتینز و همکاران، نیز در مطالعه خود نشان دادند که تفاوت بین ادراکات و انتظارات برای کل معیار سروکوال و نیز برای تک تک ابعاد، از دید بیماران خدمت گیرنده در واحد مراقبتهای ویژه در اسپانیا، مثبت می باشد (۱۳). پژوهش عجم نیز با استفاده از مدل سروکوال در یک بیمارستان صحرایی نشان از شکاف کیفیتی مثبت بوده است و تنها در دو بعد از شش بعد یعنی تضمین و پاسخ گویی با شکاف منفی مواجه شده اند. نوع خاص این مرکز یعنی بیمارستان صحرایی، رایگان بودن خدمات آن و از همه مهم تر محروم بودن قشر دریافت کننده خدمات این بیمارستان همه می توانند دلایلی مهم برای شکل گیری چنین نتیجه ای باشند (۱۶،۱۲). علت مثبت شدن کیفیت خدمات در مطالعه ما می تواند ویژگی های بی نظیر طرح پزشک خانواده همچون کم هزینه بودن مراقبتهای پزشکی، رایگان بودن خدمات پزشکی، ارایه خدمات به صورت تیمی، سیستم ارجاع و پیگیری بیماران را ذکر نمود.

یافته های این پژوهش نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت پزشک خانواده دربعد ملموسات تفاوت معناداری وجود دارد.این یافته با یافته های جنا آبادی که فاصله میان ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات مراکز درمانی شهر زاهدان با استفاده از مدل سروکوال مورد بررسی قرار داد همخوانی دارد.از مهم ترین عوامل فیزیکی و ظاهری در افزایش رضایت بیماران، تجهیزات و تاسیسات پزشکی است (۹). تجهیزات پزشکی با تشخیص و درمان سریع و صحیح، میانگین مدت اقامت بیماران را کاهش داده و از طرف دیگر عملکرد بیمارستان را بهبود می بخشد. یکی دیگر از ابعاد ملموسات، ظاهر و آراستگی هر فرد در محیط

Email:rsj@iums.ac.ir
[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

کاری است که در بهبود کیفیت خدمات اهمیت زیادی دارد (۹،۱۷). در تحقیق مدنی و همکاران مشخص شد بیشترین رضایت بیماران مربوط به تمیز بودن لباس و نظافت شخصی کادر پزشکی بوده است (۹). بنابراین جای دارد که مسئولان بخش های خدمات درمانی با رسیدگی به وضعیت ظاهری و فیزیکی محیط بیمارستان و کارکنان آن و تجهیز بیمارستان ها به تجهیزات جدید و به روز تا حد زیادی ارزیابی های ذهنی بیماران از کیفیت خدمات درمانی را مثبت سازند (۹،۱۷).

در این مطالعه بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت پزشک خانواده در بعد اطمینان تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه بر انجام کارها مطابق تعهدات داده شده، میزان علاقه مندی کارکنان در انجام کارها و ارائه خدمات، نحوه صحیح انجام خدمات در اولین مراجعه، ارائه خدمات در زمان وعده داده شده و نگهداری دقیق سوابق و پرونده مراجعه کنندگان، بحث حقیقت گویی یکی از مهم ترین مواردی که سبب افزایش اعتماد بین کادر پزشکی و بیمار می شود. ازآنجا که بیماران به علت داشتن بیماری دچار استرس و ناراحتی هستند، می توان با ارائه اطلاعات درست و به موقع در زمینه بیماری، مراحل و مدت درمان، به کاهش شکاف در بعد اعتماد اقدام کرد (۹) همچنین سیاست گزاران و مدیران باید مطابق تعهدات داده شده عمل کنند تا بتوانند اطمینان و اعتماد بیماران را جلب کنند (۱۷). استکی نیز پیشنهاد می نماید باید تلاش شود تا اطلاعات مرتبط با دانش و معلومات و توانمندی های کارکنان به اطلاع بیماران رسانده شود تا از این طریق اعتماد بیماران به کارکنان بیشتر شود (۱۶،۱۸).

در این پژوهش بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده در بعد پاسخگویی تفاوت معناداری وجود دارد. در صورتی که مسئولان مراکز درمانی بیمار را منتظر نگذارند، تعویض پانسمان و سرم به موقع انجام شود، داروها به موقع داده شود، بیما ر احساس می کند که کادر پزشکی در دسترس است. زمان عنصر مهم دیگری در بعد پاسخگویی بوده و بیماران از مراکزی که زمان جلسات درمانی را با توجه به مشاغل آنان تعیین می کنند، سریع بیمار را مورد پذیرش قرار می دهند، زمان و مدت درمان را برای بیمار تعریف می کنند و به نظر بیمار در ارتباط با تعداد جلسات هفتگی، مدت درمان و زمان درمان توجه می کنند، رضایت بالاتری دارند (۹).

بین ادراکات و انتظارات بیماران در بعد تضمین کیفیت تفاوت معناداری وجود دارد. تضمین کیفیت در برگیرنده تمام قواعد و فعالیت هایی است که برای حفظ ، تداوم و ارتقای کیفیت ضروری هستند (۹). همچنین نمره بالای انتظارات از بعد تضمین در پژوهش حاضر نشان می دهد که برای بیماران احترام و ادب و نحوه برخورد کارکنان اهمیت فراوانی دارد. نظر به اینکه در بخش خدمات درمانی ضمانت و تضمین خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است، لذا بهبود سطح کیفیت ارائه خدمات درمانی با استفاده از پزشکان متخصص و کارآمد و کنترل و نظارت بیشتر بر نحوه ارائه خدمات آنها می توانند تا حد زیادی این وضعیت را بهبود بخشد. هم چنین با توجه به اینکه در بخش خدمات، مهم ترین رده سازمانی که می تواند بر کیفیت خدمت و رضایت مشتری تأثیر داشته باشد، رده پایین سازمان است پیشنهاد می شود که بر کارکنان رده های پایین تر بویژه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی که ارتباط مستقیمی با مردم دارند، توجه بسیار زیادی شود و در برنامه های آموزشی آنان، آموزش خدمت به مشتری گنجانده شود و بعد تضمین خدمت که بیانگر شایستگی و توانایی کارکنان برای القای حس اعتماد و اطمینان به مراجعین است، در اولویت قرار گیرد (۱۶). نتایج مطالعه مقبل نیز پیرامون بررسی کیفیت خدمات در مراکز درمانی استان فارس، نشان داد که مؤلفه تضمین خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است و در صورتی که پزشک یا پرستار فاقد مهارت های ارتباطی لازم در این زمینه باشند بر روند ارائه خدمت تأثیر نامطلوبی خواهند گذاشت (۱۲). لذا بهبود سطح کیفیت آموزش های حرفه ای و تخصصی در رشته های علوم پزشکی و برگزاری دوره های بازآموزی می تواند تا حد زیادی این وضعیت را بهبود بخشد (۱۶). استکی نیز عنوان می دارد که برنامه ریزی آموزش ضمن خدمت، باعث بالا بردن سطح مهارت های ارتباط می شود که این نیز به نوبه خود باعث افزایش کیفیت خدمات از لحاظ بعد تضمین می گردد (۱۸،۱۶).

همچنین بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات در بعد همدلی تفاوت معناداری وجود دارد. برخورد صحیح،

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

فراهم کردن یک حمایت معنوی همه جانبه (مواردی مانند امیدواری دادن به بیمار، همدلی با بیمار، تشویق کردن بیمار در جهت پیمودن روند بهبود ی) همراه با دارو درمانی می تواند در بهبود حال بیمار مؤثر واقع شود. از لحاظ اخلاقی، سالم بودن محیط مراکز درمانی، یک زمینه مناسب را برای ارتقای بهبودی بیماران فراهم می نماید و بیمارانی که در یک محیط ناسالم قرار دارند احتمال کمتری برای بهبودی دارند (۹). بدلیل اهمیت بعد همدلی در بخش خدمات درمانی و بذ ل توجه خاص به تک تک افراد به عنوان یک انسان و با توجه به نقص این امر در شرایط فعلی، به نظر می رسد آموزش دروس روانشناسی بتواند در این زمینه نقش مهمی ایفا نماید. برگزاری دوره های آموزشی جهت کارکنان و فراهم کردن محیطی معنوی و تهیه منشور اخلاقی می تواند کمک مؤثر دیگری در این زمینه باشد (۹،۱۶). لامعی نیز در تحقیق خود پیشنهاد نمود که با عنایت به تأکید فرهنگ شرقی به کیفیت برقراری ارتباط بین افراد، باید در برنامه ریزی ها و برقراری ارتباط با مراجعین هنگام ارائه خدمت به این بعد توجه بیشتری کرد تا احساس آرامش بیشتری نمایند و موجبات رضایت آنها فراهم شود و برای عملی نمودن این منظور ضرورت برگزاری دوره های آموزش خدمت به مشتری برای کارکنان و کارگاه های افزایش مهارت های ارتباطی کارکنان و نیز لحاظ کردن زمانی که از نظر مشتری برای ارائه خدمت مناسب است، اشاره نمود. طراحی و همکاران نیز پیشنهاد نمودند، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی بایستی بیش از گذشته به ایده ها و نظریات مراجعین توجه نمایند و از انتقادات و پیشنهادات آنها در اصلاح امور و مسائل و مشکلات محیط کار بیشتر استقبال نمایند، در مورد مسائل و نتایج درمان از مراجعین بازخورد بیشتری داشته باشند، ارائه خدمات در تمام ساعات اداری فراهم باشد و منحصر به زمان خاصی نگردد، کارکنان و پزشکان بیش از پیش به بیماران و مراجعین علاقه نشان دهند و با روی گشاده با آنها رفتار نمایند و مسائل و مشکلات آنها را بیشتر درک نمایند(۱۶).

با استفاده از آزمون تی مستقل به مقایسه وضع موجود و وضع مورد انتظار بر حسب کیفیت خدمات در تمامی ۲۰ مراکز پرداخته‌ایم. نتایج حاصل در جدول شماره ۳ گزارش شده است. بر این اساس تنها در مراکز دهملا و فرومد میانگین نمره مورد انتظار از وضعیت موجود بالاتر بوده است (شکاف منفی) که این تفاوت تنها در مرکز فرومد معنی دار است. این امر نشان دهنده حاکی از عدم رضایت مراجعین این مرکز از مراقبت ها و خدمات ارائه شده، توسط تیم پزشکان خانواده است. شکاف منفی بیانگر این نکته است که انتظارات خدمت گیرندگان فراتر از ادراکات آنها از وضعیت موجود می باشد لذا باید شکافها را به طور دقیق بررسی و برنامه ریزی عملیاتی را جهت رفع نواقص پایه گزاری نمود. شکاف عملکرد در سایر مراکز مثبت اعلام شده است. بیشترین رضایت اعلام شده توسط مراجعین به ترتیب از مراکز کلاته خیج، بسطام و بیارجمند است.

نتیجه گیری:

بررسی نتایج حاصل از محاسبه شکاف موجود در ابعاد مختلف کیفیت خدمات بهداشتی درمانی شاهرود نشان می دهد آنچه در قالب خدمات و مراقبت به آنها ارائه شده است فراتر از انتظار مراجعه کنندگان بوده است و در مجموع شکاف کیفیتی مثبت ملاحظه شد و این موضوع نشان دهنده رضایت مراجعه کنندگان از مراقبت ارائه شده توسط پزشکان خانواده، در مراکز بهداشتی شهرستان شاهرود است. اما با این حال از تلاش وتعهد بیشتر برای بهتر شدن کیفیت خدمات در تمام ابعاد و در تمام مراکز نباید غافل شد.

از محدودیتهای اصلی پژوهش حاضر میتوان دشواری در جلب همکاری مراجعین برای تکمیل پرسشنامه و نیز استفاده صرف از ابزار پرسشنامه بیان نمود که مراجعه کنندگان به دلایل مختلف می توانند از ارائه نظرات واقعی شان صرف نظر کنند.

تقدیر وقدردانی:

از کلیه مدیران شبکه بهداشت و درمان و مرکز بهداشت شهرستان شاهرود، و از کلیه پزشکان ، ماماها ، بهورزان و مراجعین شهرستان شاهرود که ما را در انجام این طرح و جمع آوری داده های مورد نیاز صمیمانه یاری نمودند، سپاسگزاریم.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

منابع:

1) Jabbari-biramiH, Gasemzade H, Bakhshian F, Mohammadpourasl A,Asadzade R. Evaluation of Family Physician Program Based on Family Health Indices. Knowledge & Health 2012;7(3):124-128. [Persian]

2) AligolM, MohammadbeigiA. Assessment of private sector physicians'willingness to participate in family physician program using the diffusionof innovation model, Qom, 2012, Iran.Qom Univ Med Sci J 2014;8(1):27-34. . [Persian]

3) Khadivi R, Golshiri P, Farasat E, Khaledi G. Caregiver Satisfaction in Rural Areas in Isfahan district, Iran, after Implementation of the Family Physician Project. J Isfahan Med Sch2013; 31(244): 1048-58. . [Persian]

4) Asgari H, Kheirmand M, Rohani M, Sadoughi S, Malekpour Z. Satisfaction of physicians and midwives participating in the rural family physician and insurance scheme with the plan in Isfahan province. Sjsph. 2012; 10 (2):11-20. . [Persian]

5) Ebrahimipour H, Vejdani M,Vafaee-najar A,Nejatzadegan Z, Amini AR ,Vejdani M, Nezamdoust F .Patients Satisfaction from Family Physicians in Health Centers Affiliated with Sabzevar University of Medical Sciences with EUROPEP2014;Tolooe-Behdasht Journal;13(16):25-34. [Persian]

6) Hafezi Z , Asqari R , Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd,Tolooe-Behdasht Yazd Journal2009;(1)2:16-26

7) Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Shirvani SD. National Family Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of Settings. Hakim Research Journal 2011; 14(2): 123- 129. [Persian]

8) Bagheri RA, Mohammadiki A, KazemianM, Kazemi B, Rezapour M. Satisfaction Rate from the Communication Skills of Family Physicians in Rural Health Centers at Mazandaran University of Medical Sciences2014; Biannual Medical Education,Babol Univ Med Sci; 2(2); Spring& Summer 2014; 30-36. [Persian]

9) JenaAbadiH, Abili Kh, Nastizaei N, Yaghoobi NM.Gap between expectaant and percives of pataint from Zahedan city treatment center with SERVQUAL model.Payesh J.201١;10(4) :.٤٥٧-٤٤٩ . [Persian]

10 Tooshmal Gh, Hakak M, Heidari H. Survey of gap service quality of emergency medical city of Khorramabad using SERVQUAL. Lorestan University of Medical Sciences Journal2015; 17(4). . [Persian]

11) Mirghafoori HA, zareAhmadabadi H. nalysis of the quality of health care services using SERVQUAL Model Case Study: Hospital Rahnemoon.University of Medical Sciences and Health Services - Health Yazd Journal2007; 15(2). . [Persian]

12) Ajam M., Sadeghifar J. Anjomshoa M. Mahmoudi S. Honarvar H, Mousavi SM. Assessing Quality of Healthcare Service by the SERVQUAL Model: A Case Study of a Field Hospital2014; Journal of Military Medicine, Volume 15, Issue 4 Pages: 273-279. . [Persian]

13) Abolghasem Gorji H, Tabatabaei SM, Akbari A, Sarkhosh S, Khorasani S. Using the Service Quality Gap's Model (SERVQUAL) in Imam Khomeini Teaching Hospital: 2012. Journal of Health حذف شودAdministration.2012; 51(16): 7-18. . [Persian]

14) Mohammadi A, Eftekharardabili H,Akbarihaghighi F,Mahmudi M, Poorreza A [mesuring service quality based on patient's Expectations and perceptions in zanjan hospitals] Journal of the Faculty of Health and Medical Research Institute;2003,2(2): 71-84. . [Persian]

15) Gholami A, Noori A, Khojastepoor M, Asgari M, Sajadi H[Gaps in the quality of primary health care services provided by health centers Care Nishapur city] Scientific Journal of shahed university;2011,18(92), 1-11. [Persian]

16) Latifian A, Khadivian AL. analyze Service quality gap based on revised Servqual Case Study: Oil industry Mashhad Health Organization. Health Care Management J 2015; 49-64. [Persian]

17) Mohebbifar R, Barikani A, Hasani H. Measuring hospital Service Quality Gap from the viewpoint of inpatients in educational hospitals of Qazvin University of Medical Sciences (2012-13) 2014 , Hospital Journal.;14(1) :97-104. [Persian]

18) Esteki R, Attafar A. Quality of nursing services (contemporary level of reality and level of expectation) from nurses' viewpoint on the basis of SERVQUAL Model in Al-Zahra Hospital in Isfahan (2010), Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Mid wifery Faculty 2012; 9 (2): 72-79. [Persian]

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

Analysis of service quality gap of Family physicians of Shahrood City based on SERVQUAL model in 2015.

Mahshid Bavafa, BS.C, Public Health Expert University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. mahshid.bvf@gmail.com
Davood Robat-Sarpooshi, MSc in Health Education, Sabzevar health center staff, University of Medical Sciences Sabzevar, Sabzevar Iran. davoodrobat@gamil.com
Nasim Mirzaei, PhD Student in Health Education, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mirzaeinasim@yahoo.com
Parvane Staji, BS.C, Public Health Expert University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. (Corresponding author)
parvaneh.estaji@gmail.com

Background and objective: part of the Health sector reform process in Iran is performances family physician and referral system. The main axis of family physician program is performance monitoring of family physician; but at the same time evaluating the Satisfaction level of clients in evaluation process of family physician is very importan.The present study was conducted with the aim of Analysis of service quality gap of Family Physicians of City Shahroo based on SERVQUAL model.
Materials and Methods: This descriptive-analytic study was from type of practical researches that was done cross-sectional method in 2015. The study population consisted of urban and rural health centers implementing the National Plan of FamilyMedicin (20 health centers). According to the class random sampling method and based on the volume of clients for each center, the number of 469 questionnaires were completed and returned. To collect data, were used standard questionnaire SERVQUAL.Data were analyzed by SPSS software.
Results: The mean and standard deviation of the difference between expectations and perceptions of service quality gap indicated that patients in all five dimensions have positive expectations and lower than the current situation. The highest average score in expectations related to the assurance dimension 64/5 ± 52/27 and the lowest score on the physical dimension 21/4 ± 47/18 respectively. The highest average score in perceptions related to the assurance and the lowest score was related to empathy. The results showed that in all dimensions average expected obtained higher than current situation and this difference is significant in all dimensions ($p<0.001$).
Conclusion: The results of the calculation of the gap in quality of Shahrood health services shows that what is in the form of services and care provided to them beyond what it would have been expected and In total gap was positive and this reflects the patients' satisfaction from the provided care family physicians of by Shahrood city.
Key words: Service quality gap, family physician, Shahrood, SERVQUAL

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]