

بررسی کیفیت خدمات در مراکز ترک اعتیاد با استفاده از مدل سروکوال (مطالعه در استان بوشهر)

مسعود حراقی^۱، مریم حراقی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۲

چکیده

هدف: امروزه خدمات در بخش بهداشت دارای جایگاه ویژه‌ای می‌باشد و سنجش کیفیت خدمات پیش شرط اساسی به منظور بهبود کیفیت می‌باشد. این مطالعه با هدف سنجش کیفیت خدمات براساس ادراک و انتظار مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد در سطح استان بوشهر صورت گرفته است. **روش:** این پژوهش به صورت مقطعی، طی نه ماه اول سال ۹۵ به منظور بررسی نظرات ۶۵۰ نفر از مراجعین به مراکز ترک اعتیاد مستقر در سطح استان بوشهر صورت گرفته است. در روند جمع آوری اطلاعات پژوهش، از ابزار سروکوال در قالب دو پرسشنامه ۲۹ گویه‌ای (در دو بخش انتظارات و ادراکات) برای سنجش کیفیت خدمات استفاده شده است. روایی و اعتبار ابزار مذکور با استفاده از آزمون‌های آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفته است. **یافته‌ها:** براساس یافته‌های پژوهش بیشترین شکاف کیفیت خدماتی (۰/۷۴۴-) مربوط به بعد دسترسی و کمترین شکاف کیفیت خدمات (۰/۴۰۴-) مربوط به بعد پاسخ‌گویی می‌باشد. بررسی مراکز ترک اعتیاد برحسب نمره کیفیت خدمات نشان می‌دهد که مراکز خلیج فارس، جم و پیام آرامش دارای پایین‌ترین نمره کیفیت خدمات و مراکز نوین، سلامت گستر و عسلویه دارای بالاترین نمره کیفیت خدمات می‌باشند. همچنین در تمامی ابعاد کیفیت خدمات مورد بررسی در پژوهش بین انتظارات و ادراکات از خدمات ارائه شده تفاوت معناداری وجود دارد و شکاف کیفیت خدمات منفی می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** نیاز به بهبود در کلیه ابعاد کیفیت خدمات در مراکز ترک اعتیاد وجود دارد. پیشنهاد می‌شود مدیران مراکز برای کاستن شکاف کیفی موجود به نیازهای مراجعین و نظرات آن‌ها توجه بیشتری نمایند و مطلوبیت کیفیت خدمات خود را ارتقا بخشند.

کلیدواژه‌ها: انتظارات، ادراکات، مراکز ترک اعتیاد، سروکوال، کیفیت خدمات

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران، پست الکترونیکی:

Haraghy@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

مقدمه

در محیط‌های رقابتی امروز که سازمان‌ها برای جذب مشتری با یکدیگر رقابت می‌کنند، رضایت مشتری عنصری کلیدی در کسب برتری و عاملی مهم برای موفقیت سازمان محسوب می‌شود؛ زیرا موجب سودآوری و وفاداری مشتریان به سازمان می‌شود (مانول^۱، ۲۰۰۸). در این وضعیت، بسیاری از سازمان‌ها به دنبال راه‌هایی هستند تا از طریق آن به مزیت رقابتی دست یابند و خدمات و محصولات خود را از دیگر سازمان‌ها متمایز سازند. یکی از استراتژی‌های موجود برای دستیابی به این مهم، ارائه خدمات با کیفیت می‌باشد (گیتمن و مک‌دانیل^۲، ۲۰۰۹). امروزه با توجه به رشد تکنولوژی و تحقیقات، علاوه بر سازمان‌ها مردم نسبت به خدمات نگاه متفاوتی پیدا کرده‌اند و خواستار گستره کاملی از خدمات براساس قدرت مالی خود هستند و در واقع می‌توان بیان نمود که نیازها و انتظارات آن‌ها نسبت به گذشته تغییرات زیادی داشته است (مک‌کی و هیلی^۳، ۲۰۰۰). درک صحیح و ارزیابی دقیق انتظارات مراجعه‌کنندگان تعیین‌کننده خط مشی آینده مجموعه و نقطه شروع فعالیت‌های بعدی خواهد بود. با توجه به این موضوع ارزیابی و مشاهده دنباله‌دار کیفیت خدمات از اهمیت بسزایی برخوردار است و فراهم آوردن اطلاعات کافی در زمینه محتوای ادراک مشتری از کیفیت خدمت می‌تواند سازمان‌ها را در شناسایی فرصت‌های یاری‌کننده و از اتلاف منابع در سازمان جلوگیری نماید (استیگلینگ^۴، ۲۰۰۹). با توجه به اهمیت یافتن روزافزون جایگاه کیفیت در امور خدماتی، اندازه‌گیری و مدیریت کیفیت خدمات برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی نیز به امری حیاتی تبدیل شده و مجموعه این مسائل باعث شده تا ارائه‌دهندگان خدمات مراکز بهداشتی و درمانی این انتظارات را ارزیابی کرده تا در بلندمدت بتوانند علاوه بر بالا بردن استانداردهای‌شان، زمینه‌ها و ابعادی که مزیت رقابتی سازمان را تحت تاثیر قرار می‌دهند شناسایی و منافع بلندمدت خود را تضمین نمایند (یئومان^۵ و همکاران، ۲۰۰۳).

1. Manuel

2. Gitman, & McDaniel

3. McKee, & Healy

4. Stiglingh

5. Yeoman

براساس آمار رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر هم‌اکنون ۱۳۲۵۰۰۰ نفر مبتلا به وابستگی به مواد مخدر یا معتاد در کشور وجود دارد و با توجه به این که از این تعداد تنها ۷۵۰ هزار نفر در حال درمان توسط ۶۷۰۰ مرکز درمانی و ترک اعتیاد می‌باشند، از این رو استمرار درمان برای معتادینی که هم‌اکنون در حال درمان می‌باشند و نیز جذب و ترغیب معتادین جدید به منظور شروع درمان به عنوان یکی از چالش‌های پیش‌روی این مراکز و نهادهای حاکمیتی ذی‌ربط مطرح می‌شود. اندازه‌گیری و بررسی شکاف کیفیت خدمات به عنوان یکی از پیش‌زمینه‌های ارتقا کیفیت مطرح می‌باشد. براساس پژوهش‌های انجام شده، کیفیت ادراک شده در برابر کیفیت مورد انتظار مهمترین عامل در شکل‌گیری ذهنیت بیمار از ارزش خدمات است و در بسیاری از مراکز ارائه خدمات بین این دو شکاف وجود دارد. بر این اساس انتظارات مشتری، یعنی "عقاید از پیش فرض شده در مورد کالا و یا خدمات"؛ ادراکات، به معنی "ارزش واقعی درک شده از خدمات"؛ کیفیت شامل "مجموعه‌ای از ویژگی‌های یک کالا و یا یک خدمت" می‌باشد و خدمات نیز "فرآورده‌های ناملموسی هستند که نیازمند دخالت مشتری می‌باشد و در زمان ارائه به مصرف می‌رسد" (لی و یوم، ۲۰۰۷). جهت تعیین اختلاف موجود میان آنچه ارائه می‌شود و آنچه دریافت می‌شود به ابزاری مناسب نیاز است که البته پرسش‌نامه سروکوال که توسط پاراسورامان و همکارانش تهیه و ارائه شد با این هدف طراحی گردید و سال‌هاست که در بیمارستان‌ها و بعضاً مراکز درمانی دیگر مورد استفاده قرار گرفته است. اما در مورد مراکز توانبخشی و از جمله مراکز ترک اعتیاد استفاده از این ابزار با تناقضاتی همراه بوده است. بدین ترتیب طراحی پرسش‌نامه‌ای جهت بررسی کیفیت خدمات در مراکز ترک اعتیاد ضروری می‌باشد و مسلماً با استانداردسازی آن می‌توان به ابزاری مفید جهت سنجش در سایر مراکز نیز دست یافت.

هدف اصلی از انجام پژوهش، علاوه بر طراحی پرسش‌نامه‌ای مبتنی بر ابعاد کیفیت خدمات سروکوال مختص به مراکز ترک اعتیاد؛ ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز ترک اعتیاد مستقر در استان بوشهر می‌باشد. در این پژوهش با بررسی ابعاد کیفیت

خدمات در مراکز ترک اعتیاد در واقع شکاف بین انتظارات دریافت کنندگان خدمات و ارزیابی ذهنی آن‌ها اندازه‌گیری می‌گردد و بر حسب اهمیت هر شاخص، زمینه‌های بهبود کیفیت خدمات دریافتی شناسایی و تحت عنوان پیشنهاد کاربردی ارائه می‌گردد. با توجه به چندبعدی بودن مفهوم خدمات، تعاریف متعددی از آن ارائه شده که در ادامه به ذکر دو تعریف مهم در این زمینه پرداخته خواهد شد: کاتلر و آرم‌استرانگ^۱ (۲۰۱۰)، خدمت را "فعالیت یا منفعتی تعریف می‌نماید که یک طرف به طرف دیگر عرضه می‌نماید به طوری که خدمت اساساً نامحسوس بوده و مالکیت چیزی را در بر ندارد، خدمت ممکن است به همراه محصول فیزیکی یا غیرمادی ارائه گردد". گرانروز^۲ (۲۰۰۴)، خدمت را "فرآیندی مشتمل بر مجموعه‌ای از فعالیت‌های کم و بیش نامحسوس معرفی می‌نماید که به طور طبیعی اما نه لزوماً همیشگی، در تعاملات بین مشتریان و کارکنان و یا منابع فیزیکی یا کالاها و یا سیستم‌های ارائه‌کننده خدمت، روی داده تا راه‌حلی برای برطرف نمودن مسائل و نیازهای مشتریان باشد". علاوه بر رشد روزافزون اهمیت خدمات، امروزه کیفیت نیز به عنوان جز جدایی‌ناپذیر و یکی از عوامل کلیدی موفقیت در رقابت بین کسب و کارها مطرح شده است (نوربخش، میرابراهیم اصفهانی، و وهابی، ۱۳۹۱). با توجه به شدت گرفتن رقابت جهانی، امکان تامین نیازهای مشتری تنها از طریق ارائه محصولات مرسوم وجود ندارد، بلکه باید با تولید محصولات ابداعی و با کیفیت متعالی نسبت به تامین رضایت مشتریان اقدام نمود. از این رو اندازه‌گیری و ارتقا مستمر کیفیت همواره به عنوان یکی از رسالت‌های نوظهور سازمان‌های کنونی مطرح می‌باشد.

توجه و تاکید بر ارائه خدمات با کیفیت می‌تواند به عنوان یک مزیت رقابتی در سازمان‌های امروزی مورد پیگیری قرار گیرد (فیضی و تاتاری، ۱۳۸۳) و سازمان‌ها نیز با دائمی نمودن ارائه خدمات با کیفیت به عنوان یک استراتژی رقابتی به انتظارات مشتریان سازمان و یا حتی فراتر از انتظارات مشتری پاسخ دهند. البته سازمان‌ها باید کیفیت خدماتی را تعهد نمایند که در توان آن‌ها می‌باشد و در عمل بیش از آنچه تعهد نموده‌اند، تلاش نمایند. موسسه نباید فراتر از توان خود خدماتی را تعهد نماید زیرا تعهد ارائه خدماتی که

مؤسسه قادر به ارائه آن‌ها نیست موجب نارضایتی مراجعین به موسسات خواهد شد. این انتظارات خدمت‌گیرندگان اساساً بر اثر تجربیات گذشته، تبلیغات دهان به دهان و آگهی‌های تبلیغاتی مؤسسه‌های خدماتی به وجود می‌آیند. مشتریان، غالباً خدمات ارائه شده یک مؤسسه را با خدمات مورد انتظار خود مقایسه می‌کنند. آن‌ها در صورتی مجدداً به این مؤسسه مراجعه می‌کنند که خدمات ارائه شده بیش از خدمات مورد انتظار ایشان یا حداقل برابر با آن باشد (گنگالی و روی، ۲۰۱۰). تعاریف کیفیت خدمات، معمولاً چارچوبی کلی دارند و به ابعاد آن اشاره نمی‌نمایند، مثلاً یکی از تعاریف رایج کیفیت خدمات به این صورت است که «کیفیت خدمات عبارت است از: فضاوت مشتریان در مورد برتری یک خدمت» (زیتامل، ۲۰۰۶). از این رو گرونروز (۲۰۰۴) کیفیت خدمات را به دو دسته کلی کیفیت فنی و کیفیت عملکردی تقسیم کرده است. از نظر وی، خدمات در تعاملات میان خریدار و فروشنده ارائه می‌شود و کیفیت آن از دو بعد فنی و عملکردی مورد ارزیابی مشتری قرار می‌گیرد؛ که بعد فنی شامل نتیجه واقعی خدمات و بعد عملکردی شامل نحوه ارائه خدمات است. وی معتقد بود، این که مشتری پس از ارائه خدمات چه چیزی دریافت می‌کند، بعد فنی کیفیت است و این که چگونه آن را دریافت کرده است، بعد عملکردی کیفیت را تشکیل می‌دهد. در نتیجه از نظر وی، کیفیت خدماتی که به مشتری عرضه می‌شود از مجموعه ابعادی تشکیل شده که برخی از این ابعاد به طور ذاتی فنی و برخی دیگر عملکردی هستند و لازمه درک چگونگی ارزیابی کیفیت توسط مشتری این است که عوامل تاثیرگذار بر ابعاد کیفیت فنی و کیفیت عملکردی شناسایی و نحوه تاثیر آن‌ها روشن شود. کیفیت فنی به تنهایی نمی‌تواند عامل دستیابی سازمان به کیفیت جامع خدمات باشد زیرا علاوه بر مهارت‌های فنی کارکنان، روابط بین فردی و نحوه تعاملات انسانی نیز مهم و حیاتی هستند (فرگوسن و استوکس، ۲۰۰۹). مدل سروکوال مدلی جامع است که هر دو بعد فنی و عملیاتی را مورد سنجش قرار می‌دهد. شرکت‌هایی که عمیقاً کیفیت‌گرا می‌شوند، کیفیت را در هر دو جنبه فرهنگ درونی و

شهرت بیرونی توسعه می‌دهند. کیفیت خدمات درک شده را نتیجه مقایسه تجربه واقعی و انتظارات مشتری قبل از دریافت خدمت بیان می‌گردد. پاراسورامان کیفیت خدمات را به صورت شکاف میان آنچه مشتریان درباره خدمات حس می‌کنند (انتظارات مشتریان) و درک آن‌ها از خدمات ارائه شده (خدمات دریافت شده)، تعریف کرده است (شاهین و جنتیان، ۱۳۸۹). پاراسورامان، زیتامل، و بری^۱ (۱۹۹۶)، ده بُعد برای کیفیت معرفی کردند که شامل قابلیت اطمینان، شایستگی، دسترسی، ارتباطات، ادب و تواضع، تضمین، امنیت، درک مشتری، پاسخگویی و ملموسات می‌باشد. سپس این ابعاد در پنج بعد اصلی به شرح ذیل خلاصه گردید: قابلیت اطمینان^۲: توانایی انجام خدمت قول داده شده به مشتری به دقت و مرتبط با خواسته مشتری، اجرای قابل اعتماد خدمات، مورد توقع مشتری است. پاسخ‌دهی: اشتیاق برای کمک به مشتری و عرضه خدمات به آنان بدون اتلاف وقت، معطل نگه داشتن مشتریان به خصوص اگر دلیل خاصی وجود نداشته باشد، نارضایتی و برداشت منفی را نسبت به کیفیت خدمات ارائه شده ایجاد می‌نماید. تضمین^۳: دانش و تواضع کارکنان و توانایی آن‌ها برای ایجاد اطمینان و اعتماد به مشتری در حین ارائه خدمت این بعد شامل شایستگی ارائه خدمات، احترام گذاشتن به مشتری، مؤدب بودن و باور بر این اصل کلی که محبت و اعتماد مشتری نسبت به فرد خدمت‌گذار برترین امتیاز و منفعت برای اوست. همدلی^۴: توجه ویژه و خاص سازمان خدماتی به یکایک مشتریان، همدلی شامل این ویژگی‌هاست: مشتری بتواند به فرد نزدیک شود (گرم و خوش اخلاق بودن)، حساس بودن نسبت به نیازهای مشتری و تلاش برای درک آن‌ها. ملموسات^۵: توجه به امکانات فیزیکی، تجهیزات و ظاهر کارکنان و ابزار ارتباطی موجود در محل عرضه خدمات (شاهین و جنتیان، ۱۳۸۹).

مدل سروکوال یکی از مدل‌های تجزیه و تحلیل شکاف کیفیت می‌باشد که توسط پاراسورامان ارائه گردید. در این مدل فعالیت‌های برجسته سازمان خدماتی و تعامل و ارتباط بین آن (که بر درک کیفیت و ارائه سطح رضایت‌مندان از کیفیت خدمت تأثیر

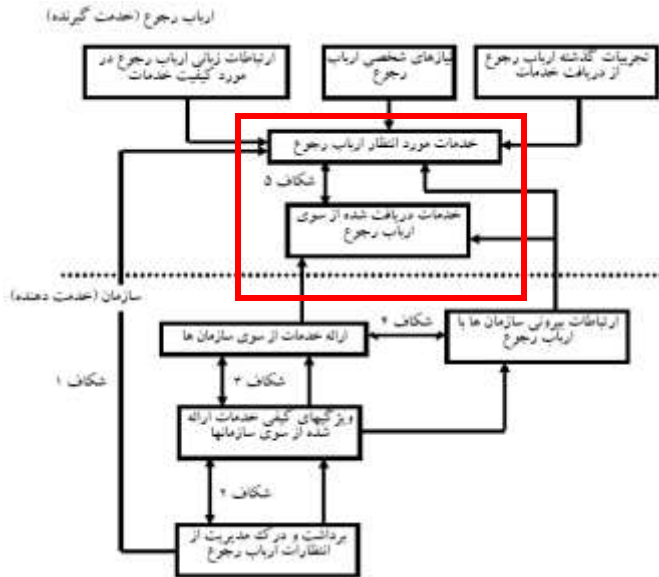
1. Parasuraman, Zeithaml, & Berry
2. Reliability
3. assurance

4. empathy
5. tangibility

دارند) مشخص می‌شود. این ارتباطات به وسیله شکاف‌ها یا مغایرت‌ها این‌گونه توصیف می‌شوند که «یک شکاف مانع مهمی برای دست یافتن به سطح رضایت بخش کیفیت خدمت است». مدل‌های تحلیل شکاف کیفی هر یک با یک تمرکز و تأکید متفاوت طراحی شده‌اند. ضمن آن که هر مدل برای زمینه‌های متفاوتی، مفید است؛ ولی به طور کلی مدل‌های مفهومی کیفیت به دلایلی از قبیل تعیین عوامل موثر بر کیفیت خدمات سازمان، تعیین چگونگی نواقص کیفی و تعیین چارچوبی برای انجام برنامه‌های بهبود کیفیت مهم تلقی می‌شوند. یک مدل کیفیت مطلوب، باید مدیریت را در تشخیص منابع، کشف مشکلات، مشخص کردن علل مشکل مشاهده شده در زمینه کیفیت و ارائه راهکارهای عملی ممکن، یاری رساند (پاراسورامان و همکاران، ۱۹۹۴).

سطوح شکاف‌های مدل پاراسورامان عبارتند از: شکاف (۱) انتظار مشتری - درک مدیریت: مدیریت ممکن است درک نادرستی از انتظارات واقعی مشتری داشته باشد. دلیل این شکاف فقدان تمرکز مناسب بر مشتری یا بازار است. حضور یک بخش بازاریابی لزوماً تضمین‌کننده تمرکز بر بازار نیست، بلکه نیاز به فرآیند مدیریت مناسب، ابزارها و نگرش تجزیه و تحلیل بازار دارد. شکاف (۲) مشخصات کیفیت خدمات: ممکن است سازمان در ترجمه انتظارات مشتری به ویژگی‌های کیفی خدمت ناتوان باشد. این شکاف به جنبه‌های طراحی خدمت مرتبط است. شکاف (۳) ارائه خدمت: دستورالعمل‌ها در مورد ارائه یا عملکرد خدمت به تنهایی تضمین‌کننده ارائه خدمت با کیفیت بالا نیست. دلایل چندی برای این مورد وجود دارد: فقدان حمایت کافی از کارکنان خط مقدم، مشکلات فرآیندی، تغییر پذیری عملکرد کارکنان خط مقدم/ارتباطی. شکاف (۴) ارتباطات خارجی: انتظارات مشتری بوسیله ارتباطات خارجی یک سازمان شکل داده می‌شود. یک انتظار واقع‌گرا، درک مثبت از کیفیت خدمت را ارتقاء می‌دهد. لذا بخش بازاریابی یک سازمان خدماتی باید خدمات و روش ارائه خدمات را بطور دقیق توصیف کند. شکاف (۵) خدمت مورد انتظار - خدمت درک شده: کیفیت درک شده خدمت بستگی به اندازه (تفاوت میان ادراک و انتظارات) و جهت شکاف پنجم دارد. تفاوت منفی بین انتظارات و ادراکات مشتری، بیانگر سطحی از کیفیت خدمات کمتر از حد انتظار مشتری است و

بالعکس، که در مجموع با ماهیت شکاف‌های بازاریابی، طراحی و ارائه خدمت ارتباط دارد.



نمودار ۱: مدل مفهومی پژوهش

مشاهده می‌شود که مهمترین شکاف در این مدل، شکاف مشتری یا شکاف پنجم (فاصله بین خدمت مورد انتظار و خدمت درک شده از سوی مشتری) می‌باشد و عامل کلیدی در کاهش آن، رفع شکاف‌های چهارگانه دیگر است (فیلیپ و هازلت، ۲۰۰۷). در این پژوهش شکاف پنجم یعنی فاصله بین خدمت مورد انتظار و خدمت درک شده از سوی مشتری مورد بررسی و مطالعه قرار می‌گیرد. خاکی، کارگر، پرهام، و محبی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با نظرخواهی از ۴۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به مراکز مذکور شکاف کیفیت خدمات ارائه شده را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد در تمامی ابعاد کیفیت خدمات شکاف منفی وجود دارد. آذری و علیاری (۱۳۹۴) در پژوهشی به سنجش کیفیت خدمات بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران براساس مطالعه ۳۳۰ نفر از بیماران پرداختند. نتایج نشان داد نوع معاینه اولویت اول را در دریافت خدمات بیمارستانی دارد و نظافت بخش و سرویس‌های بهداشتی دارای آخرین اولویت می‌باشد. در مورد

مشخصه زمان انتظار بین ورود به بیمارستان تا زمان بستری شدن، علامت منفی بود که نشان دهنده تأثیر معکوس این مشخصه بر ترجیحات بیماران می‌باشد. نوشیروانی، سالارزهی و کرد (۱۳۹۱)، در پژوهشی به بررسی نظرات ۹۷ نفر از بیماران بیمارستان پرداختند و نتایج نشان داد در راستای جلب وفاداری بیماران به عنوان مهم‌ترین سرمایه‌های بیمارستان ارتقاء برنامه‌های کیفیت خدمات پزشکی می‌تواند موجبات وفاداری و رضایت‌مندی بیماران را فراهم سازد. این بیمارستان و بیمارستان‌های مشابه با توجه به رقابتی شدن خدمات درمانی می‌توانند با سرمایه‌گذاری روی ابعاد کیفی خدمات درمانی، خدمات بهتری به جامعه بیماران ارائه نمایند. محمدی و شغلی (۱۳۸۷) در پژوهشی با مطالعه نظرات ۳۰۰ نفر از مراجعین به بررسی کیفیت خدمات مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان زنجان پرداختند. نتایج نشان داد بعد اطمینان خدمت (توانایی ارائه درست و به موقع خدمت) مهمترین مسئله پیش روی مراکز بهداشتی شهرستان زنجان می‌باشد. انتظارات دریافت‌کنندگان خدمات در رابطه با این بعد خدمت بالاترین است. برآوردن بعد اطمینان خدمت از نقطه نظر دریافت‌کنندگان خدمت به عواملی همچون ارائه خدمات بهداشتی درست در اولین مراجعه، نگهداری درست و دقیق مدارک و پرونده‌ها و ارائه خدمات در زمان تعیین شده و تعهد شده بستگی دارد. ابزار کیفیت خدمات (سرو کوال) می‌تواند مراکز بهداشتی را در شناسایی ابعاد مهم خدمت و حوزه‌های نیازمند اصلاح از نظر دریافت‌کنندگان خدمات کمک نماید.

۱۹۷

197

سال دوازدهم، شماره ۴۶، تابستان ۱۳۹۷
Vol. 12, No. 46, Summer 2018

دیک و دوگلاس^۱ (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی روش‌ها، تعهد کارکنان، موانع و عوامل موثر بر موفقیت طرح‌های بهبود کیفیت خدمات پرداختند. نتایج نشان داد اجرای طرح‌های بهبود کیفیت خدمات تاثیر مثبتی بر ایمنی و مراقبت از بیماران دارد و از طریق درگیر کردن پزشکان در این گونه طرح‌ها و جلب مشارکت پرستاران می‌توان کیفیت خدمات را ارتقا داد. پای و چاری^۲ (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی نظرات ۵۰۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی پرداختند. نتایج پژوهش مذکور به ارائه مدل و نیز ابزار اندازه‌گیری کیفیت خدمات بیمارستانی منجر گردید و در نهایت ابعاد مختلف مورد

1. Dick, & Douglas

2. Pai, & Chary

بررسی در کیفیت خدمات بر حسب شکاف کیفیتی موجود چینش شدند. حسین و عمال^۱ (۲۰۱۳) در پژوهشی با نظرخواهی از ۱۰۰۰ مراجعه کننده به مجموعاً ده بیمارستان از کشور عربستان سعودی به اندازه گیری شکاف کیفیت خدمات و نیز بررسی ارتباط آن با رضایت بیماران اقدام نمودند. در این پژوهش پنج بعد از مجموعه ابعاد کیفیت خدمات توسط ابزار سروکوال مورد بررسی قرار گرفت و نتایج پژوهش نشان داد که در ابعاد مورد بررسی شکاف منفی وجود دارد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

با توجه به هدف اصلی پژوهش که بررسی و ارزیابی کیفیت خدمات مراکز ترک اعتیاد می باشد، می توان بیان نمود پژوهش فعلی از نوع کاربردی است؛ همچنین پژوهش از منظر نحوه اجرا توصیفی- پیمایشی می باشد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد تحت درمان در مراکز ترک اعتیاد مستقر در استان بوشهر می باشد که حجم نمونه آماری با استفاده از فرمول کوکران معادل با ۳۴۴ نفر تعیین گردید اما با توجه به گستردگی حجم جامعه آماری و به منظور اطمینان از دستیابی به نتیجه مطلوب تعداد ۶۵۰ نفر نمونه به شیوه نمونه گیری طبقه ای تصادفی بر حسب شهرستان های استان بوشهر (به عنوان طبقه) و نیز به نسبت تعداد مراجعین به مراکز، به شرح جزئیات جدول شماره (۱) انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند.

جدول ۱: نحوه محاسبه حجم نمونه مورد بررسی در هر شهرستان

شهرستان	تعداد مراجعین به مراکز	درصد توزیع جامعه آماری	نمونه آماری
بوشهر	۱۳۰۴	۴۰.۰	۲۶۱
برازجان	۷۲۴	۲۲.۰	۱۴۵
جم	۱۶۷	۰۵.۰	۳۳
کنگان	۲۱۵	۰۷.۰	۴۳
گناوه	۲۰۸	۰۶.۰	۴۲
خورموج	۳۶۲	۱۱.۰	۷۲
عسلویه	۲۷۰	۰۸.۰	۵۴
جمع	۳۲۵۰	۱۰۰.۰	۶۵۰

لازم به توضیح است پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش از ۶۵۰ پرسش‌نامه توزیع شده، ۶۳۸ پرسشنامه قابل اتکا مرجوع و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

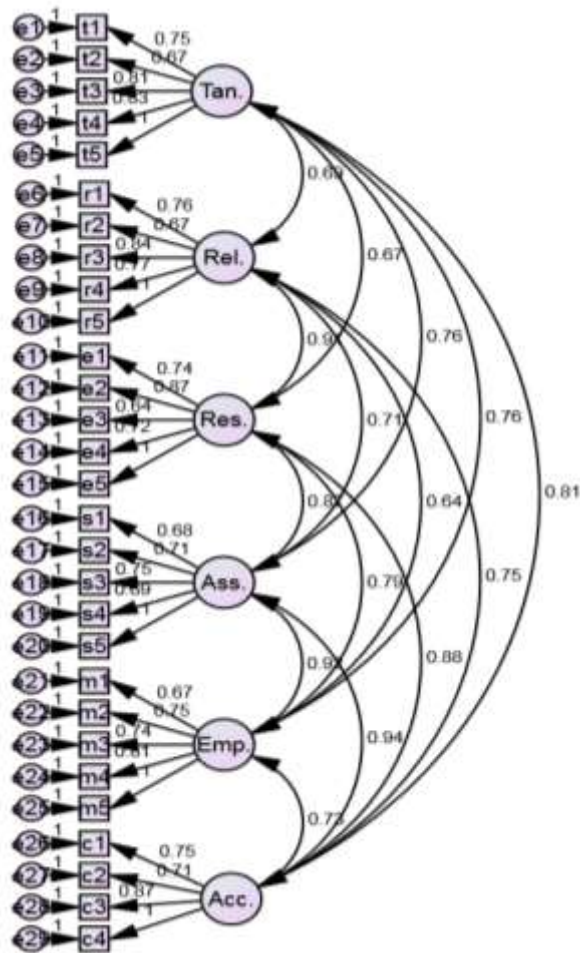
ابزار

به منظور جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسش‌نامه ۵۸ گویه‌ای متشکل از دو بخش مجزا شامل ادراکات و انتظارات استفاده شد، که پاسخ‌های آن به صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از "خیلی زیاد" تا "خیلی کم" ساختار یافته است. در پژوهش فعلی به منظور بررسی اعتبار از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره (۲) ارائه شده است. به منظور بررسی روایی پرسش‌نامه از طریق تحلیل عاملی تاییدی، نخست از آزمون KMO جهت بررسی کفایت نمونه استفاده شد. در آزمون مذکور اگر مقدار آماره KMO بیش از ۰/۷ باشد می‌توان بیان نمود که نمونه‌گیری مناسبی از متغیرها صورت گرفته است و هر چه مقدار شاخص مذکور بیشتر و نزدیک به ۱ باشد، می‌توان بیان نمود کفایت بهتری در انتخاب معرف‌ها وجود دارد.

جدول ۲: بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه

اعتبار	روایی		شماره سوالات	مؤلفه‌ها	متغیرها
	درصد واریانس تبیین شده	معناداری KMO			
آلفای کرونباخ	۰/۷۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۳	Q1-Q5	ملموسات
	۰/۸۴	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸	Q6-Q10	قابلیت اطمینان
	۰/۶۹	۰/۰۰۰۵	۰/۹۵	Q11-Q15	پاسخگویی
	۰/۵۳	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹	Q16-Q20	تضمین خدمات
	۰/۶۹	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶	Q21-Q24	همدلی
	۰/۸۱	۰/۰۰۰۵	۰/۹۱	Q25-Q29	دسترسی
	۰/۷۶	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱	Q30-Q34	ملموسات
	۰/۸۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶	Q35-Q39	قابلیت اطمینان
	۰/۸۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶	Q40-Q44	پاسخگویی
	۰/۷۳	۰/۰۰۰۵	۰/۹۲	Q45-Q49	تضمین خدمات
	۰/۷۶	۰/۰۰۰۵	۰/۸۰	Q50-Q53	همدلی
	۰/۶۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۳	Q54-Q58	دسترسی
	۰/۸۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۳	Q1-Q58	کل پرسشنامه
	۰/۸۱	۰/۰۰۰۵	۰/۹۴		
	۰/۷۸	۰/۰۰۰۵			
	۰/۶۸	۰/۰۰۰۵			

مدل تخمینی تحلیل عاملی تائیدی در نمودار ۲ ارائه شده است.



نمودار ۲: مدل تخمین تحلیل عاملی تائیدی

پس از انجام آزمون KMO و اطمینان از کفایت نمونه مورد مطالعه، به منظور انجام تحلیل عاملی تائیدی، نخست باید مدل اندازه گیری پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار باشد، جدول ۳ مدل نهایی تحلیل عاملی، روابط بین متغیرها به همراه ضرایب آن که توسط نرم افزار آموس ترسیم و آزمون گردید را نمایش می دهد.

جدول ۳: شاخص‌های برازش گزارش شده برای مدل نهایی پژوهش

شاخص‌ها	اختصار	مقدار برآورد شده	برازش قابل قبول
شاخص کای اسکوئر بهنجار یا نسی	χ^2/df	۱/۶۸۷	بین ۱ تا ۳
شاخص بنتلر-بونت	NFI	۰/۹۴۷	بیش از ۰/۹
نیکویی برازش	GFI	۰/۹۳۸	بیش از ۰/۹
نیکویی برازش اصلاح شده	AGFI	۰/۹۶۷	بیش از ۰/۹
شاخص تاکر-لوئیز	TLI	۰/۹۹۷	بیش از ۰/۹
شاخص برازندگی تطبیقی	CFI	۰/۹۸۱	بیش از ۰/۹
شاخص برازش افزایشی	IFI	۰/۹۷۶	بیش از ۰/۹
شاخص برازش مقتصد هنجار شده	PNFI	۰/۷۵۸	بزرگتر از ۰/۵ یا ۰/۶
شاخص نسبت مقتصد بودن	PRATIO	۰/۹۸۱	بیش از ۰/۹
شاخص برازش تطبیقی مقتصد	PCFI	۰/۸۳۴	بزرگتر از ۰/۵ یا ۰/۶
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰/۰۵۴	کمتر از ۰/۱

جدول شماره ۳، شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و نتایج مقدار برآورد شده و مقدار مطلوب هر شاخص در ابعاد شش‌گانه کیفیت خدمات را نشان می‌دهد. مقدار تمامی شاخص‌های برآورد شده مدل اندازه‌گیری کیفیت خدمات، در بازه مطلوب و قابل قبول می‌باشد. می‌توان بیان نمود مدل اندازه‌گیری از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشند. در صورتی که نشانگرهای سازه‌های مورد مطالعه دارای مقدار نسبت بحرانی کمتر از ۱/۹۶ باشند، از اهمیت لازم برای اندازه‌گیری برخوردار نیستند و از این رو بایستی از فرایند تحلیل کنار گذاشته شوند؛ با توجه به نتایج به‌دست آمده (جدول ۴) می‌توان گفت وجود تمام گویه‌ها به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، مناسب ارزیابی می‌شود.

جدول ۴: نتایج تحلیل عاملی پرسش نامه

معداداری	نسبت	بار	رابطه مورد بررسی	معداداری	نسبت	بار	رابطه مورد بررسی
	بحرانی	عاملی			بحرانی	عاملی	
۰/۰۰۰۵	۶/۸۱۲	۰/۶۸۲	s1 <-- Ass.	۰/۰۰۳	۳/۴۷۸	۰/۷۵۳	t1 <-- Tan.
۰/۰۰۰۵	۴/۶۴۴	۰/۷۰۸	s2 <-- Ass.	***	۴/۴۹۸	۰/۶۷۲	t2 <-- Tan.
۰/۰۰۰۵	۶/۸۹۴	۰/۷۴۶	s3 <-- Ass.	***	۵/۵۱۸	۰/۸۱۶	t3 <-- Tan.
۰/۰۰۰۵	۴/۵۱۵	۰/۶۹۲	s4 <-- Ass.	***	۳/۸۱۸	۰/۸۳۲	t4 <-- Tan.
-	-	۱	s5 <-- Ass.	-	-	۱	t5 <-- Tan.
۰/۰۰۰۵	۲/۶۵۸	۰/۶۶۹	m1 <-- Emp.	***	۵/۰۵۳	۰/۷۵۹	r1 <-- Rel.
۰/۰۰۰۵	۸/۲۰۳	۰/۷۵۳	m2 <-- Emp.	***	۷/۷۶۳	۰/۶۷۲	r2 <-- Rel.
۰/۰۰۰۵	۳/۱۶۷	۰/۷۴۳	m3 <-- Emp.	***	۳/۰۵۷	۰/۸۴۳	r3 <-- Rel.
۰/۰۰۰۵	۶/۰۰۱	۰/۸۱۳	m4 <-- Emp.	***	۶/۸۸۹	۰/۷۶۹	r4 <-- Rel.
-	-	۱	m5 <-- Emp.	-	-	۱	r5 <-- Rel.
۰/۰۰۰۵	۶/۸۴۹	۰/۷۵۱	c1 <-- Acc.	***	۶/۷۷۵	۰/۷۳۸	e1 <-- Res.
۰/۰۰۰۵	۶/۸۴۴	۰/۷۰۸	c2 <-- Acc.	***	۶/۴۳۸	۰/۸۷۱	e2 <-- Res.
۰/۰۰۰۵	۴/۰۳۹	۰/۸۶۹	c3 <-- Acc.	***	۵/۷۲۹	۰/۶۴۳	e3 <-- Res.
-	-	۱	c4 <-- Acc.	***	۳/۸۱۷	۰/۷۲۳	e4 <-- Res.
-	-	-	-	-	-	۱	e5 <-- Res.

یافته‌ها

تعداد ۶۰۴ نفر (۹۴/۶۷٪) از گروه نمونه مرد و ۳۴ نفر (۵/۳۳٪) زن بودند. تعداد ۱۶۸ نفر (۲۶/۳۳٪) مجرد، ۴۱۷ نفر (۶۵/۳۶٪) متاهل، و ۵۳ نفر (۸/۳۱٪) متارکه کرده بودند. تعداد ۴۴۷ نفر (۷۰/۰۶٪) زیر دیپلم و دیپلم، ۱۳۷ نفر (۲۱/۴۷٪) فوق دیپلم، ۴۷ نفر (۷/۳۷٪) لیسانس، و ۷ نفر (۱/۱۰٪) فوق لیسانس و بالاتر بودند. تعداد ۴۲۲ نفر (۶۶/۱۴٪) شغل آزاد، ۵۵ نفر (۸/۶۲٪) کارمند، ۱۷ نفر (۲/۶۷٪) دانشجو، ۷۳ نفر (۱۱/۴۴٪) بیکار، و ۷۱ نفر (۱۱/۱۳٪) سایر بودند. تعداد ۲۶ نفر (۴/۰۸٪) کمتر از ۲۰ سال، ۶۶ نفر (۱۰/۳۴٪) ۲۰ تا ۲۵ سال، ۱۳۲ نفر (۲۰/۶۹٪) ۲۵ تا ۳۰ سال، ۱۴۱ نفر (۲۲/۱۰٪) ۳۰ تا ۳۵ سال، ۹۷ نفر (۱۵/۲۰٪) ۳۵ تا ۴۰، ۹۷ نفر (۱۵/۲۰٪) ۴۰ تا ۴۵، و ۷۸ نفر (۱۲/۳۸٪) بیش از ۴۵ سال

داشتند. تعداد ۴۴ نفر (۶/۹۰٪) کمتر از یک سال، ۱۰۰ نفر (۱۵/۶۷٪) یک تا سه سال، ۱۵۴ نفر (۲۴/۱۴٪) سه تا شش سال، ۱۱۶ نفر (۱۸/۱۸٪) شش تا نه سال، ۵۹ نفر (۹/۲۵٪) نه تا دوازده سال، ۳۵ نفر (۵/۴۹٪) دوازده تا پانزده سال، ۱۳۰ نفر (۲۰/۳۸٪) بیش از پانزده سال سابقه اعتیاد داشتند. تعداد ۱۹۴ نفر (۳۰/۴۱٪) کمتر از پانصد هزار تومان، ۱۷۵ نفر (۲۷/۴۳٪) پانصد هزار تا یک میلیون تومان، ۱۳۹ نفر (۲۱/۷۹٪) یک میلیون تا یک و نیم میلیون تومان، ۵۱ نفر (۷/۹۹٪) یک و نیم تا دو میلیون تومان، ۳۱ نفر (۴/۸۶٪) دو میلیون تا دو و نیم میلیون تومان، ۴۰ نفر (۶/۲۷٪) دو و نیم میلیون تا سه میلیون تومان، ۸ نفر (۱/۲۵٪) بیشتر از سه میلیون تومان درآمد داشتند. به منظور اولویت بندی شکاف شاخص‌هایی مورد بررسی، نیاز به تعیین وزن ابعاد مختلف کیفیت خدمات با استفاده از فرمول (۱) می‌باشد:

$$W_i = \frac{\text{میانگین اهمیت هر بعد}}{\text{مجموع میانگین اهمیت همه ابعاد}} \quad \text{فرمول (۱)}$$

نتایج محاسبه وزن ابعاد مختلف کیفیت خدمات در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: وزن و میزان اهمیت هر یک از ابعاد کیفیت خدمات

ردیف	ابعاد مختلف کیفیت خدمات	میانگین میزان اهمیت هر بعد	مجموع میانگین میزان اهمیت ابعاد مختلف	وزن بعد براساس فرمول (۱)
۱	پاسخ‌گویی	۹/۰۴۴	۲۴۶/۹۹	۰/۱۸۳
۲	تصمیم‌خدمات	۸/۸۴۴	۲۴۶/۹۹	۰/۱۷۹
۳	قابلیت اطمینان	۸/۵۸۶	۲۴۶/۹۹	۰/۱۷۴
۴	دسترسی	۸/۲۰۸	۲۴۶/۹۹	۰/۱۶۶
۵	ملموسات	۸/۰۵۵	۲۴۶/۹۹	۰/۱۶۳
۶	همدلی	۸/۳۲۵	۲۴۶/۹۹	۰/۱۳۵

از نظر مراجعین به مراکز ترک اعتیاد، بعد پاسخ‌گویی دارای بیشترین میزان اهمیت (معادل با ضریب ۰/۱۸۳) و بعد همدلی (معادل با ضریب ۰/۱۳۵) دارای پایین‌ترین اولویت به لحاظ اهمیت بود.

بررسی شکاف ابعاد کیفیت خدمات: به منظور محاسبه شکاف موجود در ابعاد کیفیت خدمات نخست میانگین نمرات حاصل از ادراکات و انتظارات افراد به تفکیک ابعاد کیفیت تعیین و سپس با استفاده از فرمول (۲) شکاف کیفیت خدمات در هر بُعد محاسبه گردید (فرمول (۲) میانگین انتظارات (Eij) - میانگین ادراکات (Pij) = شکاف کیفیت خدمات).

جدول ۶: شکاف کیفیت خدمات مراکز ترک اعتیاد به تفکیک ابعاد

ردیف	ابعاد کیفیت خدمات	میانگین ادراکات افراد (رضایت)	میانگین انتظارات افراد	شکاف کیفیت خدمات
۱	پاسخ‌گویی	۴/۵۳۲	۴/۱۲۸	-۰/۴۰۴
۲	تصمیم‌خدمات	۴/۵۲۰	۴/۰۷۴	-۰/۴۴۶
۳	قابلیت اطمینان	۴/۴۷۶	۳/۹۷۸	-۰/۴۹۸
۴	همدلی	۴/۴۵۸	۳/۹۳۲	-۰/۵۲۶
۵	ملموسات	۴/۴۳۷	۳/۸۵۲	-۰/۵۸۵
۶	دسترسی	۴/۴۵۶	۳/۷۱۱	-۰/۷۴۴

همانطور که مشاهده می‌شود، کیفیت خدمات در بُعد پاسخ‌گویی دارای بیش‌ترین میزان شکاف و در بُعد دسترسی دارای کم‌ترین میزان شکاف می‌باشد.

تعیین نمره نهایی کیفیت خدمات و اولویت‌بندی ابعاد کیفیت خدمات جهت انجام اقدامات اصلاحی: در نظر گرفتن شکاف کیفیت خدمات به تنهایی نشانگر تصویر دقیقی از کیفیت خدمات نخواهد بود، زیرا ابعاد مختلف کیفیت خدمات مراکز ترک اعتیاد از نظر مراجعین دارای اهمیت یکسانی نمی‌باشند. بنابراین باید میزان اهمیت ابعاد مختلف کیفیت خدمات را در ارزیابی‌ها اعمال نمود. مطابق با فرمول ۳ به منظور محاسبه نمره کیفیت خدمات نهایی، باید میزان اهمیت هر شاخص در میزان شکاف محاسبه شود.

$$SQ = [Wi*(P_{ij} - E_{ij})] \quad \text{فرمول (۳)}$$

جدول ۷: اولویت‌بندی ابعاد کیفیت خدمات جهت انجام اقدامات اصلاحی

رتبه جهت اقدام	نمره کیفیت	میزان اهمیت	شکاف کیفیت	ابعاد کیفیت
اصلاحی	خدمات	مولفه	خدمات	خدمات
۱	-۰/۱۲۳۶	۰/۱۶۶	-۰/۷۴۴	دسترسی
۲	-۰/۰۹۵۳	۰/۱۶۳	-۰/۵۸۵	ملموسات
۳	-۰/۰۸۶۵	۰/۱۷۴	-۰/۴۹۸	قابلیت اطمینان
۴	-۰/۰۷۹۸	۰/۱۷۹	-۰/۴۴۶	تصمیم خدمات
۵	-۰/۰۷۳۹	۰/۱۸۳	-۰/۴۰۴	پاسخ‌گویی
۶	-۰/۰۷۰۹	۰/۱۳۵	-۰/۵۲۶	همدلی

با توجه به نمره نهایی کیفیت خدمات به دست آمده برای هر یک از ابعاد، می‌توان بیان نمود که بعد دسترسی دارای بیشترین شکاف کیفیتی خدمات و بالاترین اولویت جهت اصلاح می‌باشد و از سوی دیگر بعد همدلی دارای کمترین شکاف کیفیتی خدمات و پایین‌ترین اولویت جهت اقدامات اصلاحی نسبت به سایر ابعاد مورد بررسی می‌باشد.

نمره نهایی کیفیت خدمات مراکز ترک اعتیاد: نمره نهایی کیفیت خدمات مراکز ترک اعتیاد که حاصل مجموع نمرات ابعاد شش‌گانه می‌باشد در جدول ۸ ارائه شده است. مراکزی که دارای کمترین نمره کیفیت خدمات می‌باشند در اولویت به منظور اصلاح شاخص‌های کیفی خدمات قرار دارند؛ مثلاً مرکز خلیج فارس پایین‌ترین نمره کیفیت خدمات (برابر با ۱/۹۲۳-) را کسب نموده و دارای بیشترین شکاف بین انتظارات مراجعین و خدمات ارائه شده از سوی مرکز می‌باشد. در حالی که مرکز نوین دارای بالاترین نمره کیفیت خدمات (برابر با ۰/۰۵۲-) می‌باشد و علی‌رغم شکاف منفی کیفیت خدمات نسبت به سایر مراکز دارای کمترین شکاف کیفیتی می‌باشد.

جدول ۸: چینش مراکز بر حسب نمره کل کیفیت خدمات (مجموع نمره تمامی ابعاد)

رتبه	نام مرکز	نمره کیفیت خدمات نهایی	رتبه	نام مرکز	نمره کیفیت خدمات نهایی
۱	مرکز خلیج فارس	۹۲۳.۱-	۱۵	مرکز میلاد	۵۶۷.۰-
۲	مرکز جم	۵۸۱.۱-	۱۶	مرکز عبرت	۴۷۸.۰-
۳	مرکز پیام آرامش	۵۳۷.۱-	۱۷	مرکز شفا	۴۷.۰-
۴	مرکز تنگستان	۵۱۳.۱-	۱۸	مرکز رها	۳۱۶.۰-
۵	مرکز شهید گنجی	۳۷۶.۱-	۱۹	مرکز رهایی	۲۸۱.۰-
۶	مرکز نشاط گستر	۱۶۲.۱-	۲۰	مرکز بیداری	۰,۲۵۹-
۷	مرکز طنین بهشت	۰۵.۱-	۲۱	مرکز حکیم	۲۳۵.۰-
۸	مرکز امید جنوب	۹۱۳.۰-	۲۲	مرکز ایلیا	۲۲۶.۰-
۹	مرکز حیاتی نو	۸۹۲.۰-	۲۳	مرکز خلیج فارس (۲)	۲۲۴.۰-
۱۰	مرکز ندای آرامش	۸۶۴.۰-	۲۴	مرکز احمدزاده	۲۱۶.۰-
۱۱	مرکز صبا	۷۰۵.۰-	۲۵	مرکز نوید	۱۹۵.۰-
۱۲	مرکز توانگر	۶۱۸.۰-	۲۶	مرکز عسلویه	۱۶۶.۰-
۱۳	مرکز روزنه	۵۹۷.۰-	۲۷	مرکز سلامت گستر	۰۷۵.۰-
۱۴	مرکز طلوعی سبز	۵۶۹.۰-	۲۸	مرکز نوین	۰۵۲.۰-

به منظور بررسی فرضیات پژوهش که میزان شکاف بین کیفیت خدمات دریافتی و کیفیت مورد انتظار را مورد بررسی قرار می دهند، از آزمون تی همبسته استفاده شد که نتایج در جدول ۹ ارائه شده اند.

جدول ۹: نتایج آزمون t وابسته برای بررسی شکاف کیفیت خدمات دریافتی و کیفیت مورد انتظار

فرضیه ها	میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۰/۹۵	درجه آزادی	سطح معناداری	نتیجه	
فرضیه نخست	۰/۵۸۵۲	۱/۰۰۹	۰/۴۷۸۷	۰/۶۹۱۶	۶۳۷	۱۰/۸۱۴	قبول
فرضیه دوم	۰/۴۹۸۱	۱/۰۲۶	۰/۳۸۹۷	۰/۶۰۶۲	۶۳۷	۹/۰۴۹	قبول
فرضیه سوم	۰/۴۰۳۸	۱/۱۱۵	۰/۲۸۶۲	۰/۵۲۱۴	۶۳۷	۶/۷۵۳	قبول
فرضیه چهارم	۰/۴۶۰۱	۰/۹۷۲	۰/۳۵۷۵	۰/۵۶۲۷	۶۳۷	۸/۸۲۲	قبول
فرضیه پنجم	۰/۵۲۵۵	۱/۰۷۹	۰/۴۱۱۷	۰/۶۳۹۳	۶۳۷	۹/۰۸۵	قبول
فرضیه ششم	۰/۷۴۴۱	۱/۰۲۷۵	۰/۶۳۵۷	۰/۸۵۲۴	۶۳۷	۱۳/۵۰۹	قبول

همانگونه که در جدول ۹ مشاهده می‌شود، می‌توان با اطمینان بیان نمود بین کیفیت خدمات دریافتی توسط افراد تحت درمان در مراکز ترک اعتیاد و انتظارات افراد از خدمات دریافتی در تمامی شش بعد شکاف وجود دارد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، در میان ابعاد مختلف کیفیت خدمات، بعد پاسخ‌گویی دارای بیشترین اهمیت و پس از آن ابعاد تضمین خدمات، قابلیت اطمینان، دسترسی و ملموسات قرار دارند و در نهایت بعد همدلی نیز کمترین اهمیت را از نظر مراجعین دارد. نتایج به دست آمده در این مطالعه با یافته‌های پژوهش یوسف، نل، و بووارد^۱ (۱۹۹۶)، در خصوص کیفیت خدمات از دیدگاه بیماران در بیمارستان‌های طب ملی انگلستان، پژوهش لی و یوم^۲ (۲۰۰۷)، در خصوص بررسی تطبیقی ادراک بیماران و پرستاران از کیفیت خدمات در بیمارستان‌های کره و پژوهش پاراسورامن و همکاران (۱۹۹۴) در خصوص کیفیت خدمات نظام بانکی و بیمه مطابقت دارد. ولی با نتایج پژوهش تانگ و لیم (۲۰۰۰) در بیمارستان‌های سنگاپور و پژوهش محمدی و شغلی (۱۳۸۷) پیرامون مدیریت کیفیت خدمات در بیمارستان‌های زنجان متفاوت است. در این مطالعات بیماران بیشتر بر روی بعد تضمین خدمت تاکید کرده بودند، زیرا در محیط‌های بیمارستانی تشخیص درست، درمان و مراقبت پرستاری مناسب (بعد تضمین خدمات) برای بیماران حائز اهمیت می‌باشد در حالی که در مراکز ترک اعتیاد به دلیل شرایط خاص فیزیکی مراجعین، پاسخ‌گویی سریع و به موقع دارای بیشترین اهمیت می‌باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده توصیه می‌شود مدیران مراکز ترک اعتیاد به منظور بهبود ادراک خدمت گیرندگان در بعد پاسخ‌گویی به جنبه‌های وظیفه‌ای و در بعد تضمین خدمات به خواسته‌ها و انتظارات دریافت کنندگان خدمت توجه نمایند. فقدان هماهنگی، بدقولی و عمل نکردن به تعهدات می‌تواند تا حدودی موجب طولانی شدن زمان انتظار برای دریافت کنندگان خدمت شوند و بر کیفیت خدمات، تاثیر منفی گذارد. در ادامه به

بررسی اولویت‌های مورد انتظار مراجعین به مراکز ترک اعتیاد به تفکیک هر یک از ابعاد پرداخته خواهد شد.

در بُعد ملموسات و تجهیزات فیزیکی، ظاهر آراسته پرسنل، محیط فیزیکی جذاب و بهداشتی، تجهیزات به روز، نصب علائم و تابلوهای راهنما و در نهایت سالن انتظار و اتاق بستری مناسب و تمیز به ترتیب بالاترین اولویت مراجعین به مراکز ترک اعتیاد می‌باشد. در بُعد قابلیت اطمینان، ارائه خدمات به موقع، ذی صلاح و حرفه‌ای بودن پرسنل، تعادل بین هزینه پرداختی و خدمات ارائه شده، ارائه اطلاعات دقیق در خصوص روند درمان، مستندسازی دقیق مدارک مربوط به خدمات ارائه شده به ترتیب بالاترین اولویت مراجعین به مراکز ترک اعتیاد می‌باشد. در بُعد پاسخ‌گویی، نحوه راهنمایی مسئول پذیرش مرکز، حوصله و صحت پاسخ‌های پرسنل به مراجعین، برخورد مناسب و دوستانه پرسنل، تمایل مداوم پرسنل برای کمک به بیمار و سرعت قابل قبول در ارائه خدمات به بیماران به ترتیب بالاترین اولویت‌های مراجعین به مراکز ترک اعتیاد می‌باشد. در بُعد تضمین خدمات، رعایت شئون انسانی و برخورد محترمانه با بیماران، حفظ حریم خصوصی بیمار، دانش و تخصص پرسنل، ارائه توضیحات در خصوص روند درمان، دریافت خدمات همراه با احساس امنیت به ترتیب بالاترین اولویت‌های مراجعین به مراکز ترک اعتیاد می‌باشد. در بُعد همدلی، علاقمندی پرسنل در ارائه خدمت به مراجعین، توجه به ایده‌ها و نظرات مراجعین، بازخورد گرفتن از بیماران و درک و توجه به نیازهای خاص بیماران به ترتیب بالاترین اولویت‌های مراجعین به مراکز ترک اعتیاد می‌باشد. در بُعد دسترسی، امکان دسترسی آسان به پرسنل هنگام نیاز، مکان جغرافیایی مناسب مرکز، قابل دسترس بودن مرکز برای افراد با توان مالی پایین، دسترسی به محل اقامت و انتظار برای همراهان و ارائه خدمات در تمامی مواقع و روزها به ترتیب بالاترین اولویت‌های مراجعین به مراکز ترک اعتیاد می‌باشد.

بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش در میان ابعاد کیفیت خدمات، بعد دسترسی از نظر مراجعین دارای بالاترین اولویت اصلاحی و پس از آن ابعاد ملموسات، قابلیت اطمینان، تضمین خدمات و پاسخ‌گویی قرار دارند و بعد همدلی نیز دارای پایین‌ترین

اولویت جهت اصلاح از نظر مراجعین می‌باشد. چینش ابعاد کیفیت خدمات تصویری کلی از مجموعه اقدامات به منظور برطرف نمودن شکاف کیفیت خدمات را ارائه می‌دهد، با این وجود به منظور بررسی دقیق‌تر شکاف کیفیتی خدمات و اولویت‌بندی شاخص‌های کیفیت خدمات، اقدام به چینش شاخص‌های مختلف فارغ از در نظر گرفتن ابعاد آن شاخص‌ها شد، که در ادامه ده اولویت حائز اهمیت به منظور اصلاح معرفی می‌گردد.

اولویت اول: هزینه‌های دریافتی از مراجعین به مراکز ترک اعتیاد باید به گونه‌ای تدوین شود که بتواند امکان دسترسی برای افراد با توان مالی پایین را فراهم آورد. از آنجا که براساس یافته‌های پژوهش، اغلب مراجعین به این مراکز دارای سطح درآمدی کمتر از ۵۰۰ هزار تومان در ماه هستند، لذا کاهش سهم پرداختی مراجعین از طرق مختلف مانند تحت پوشش بیمه قرار گرفتن خدمات ارائه شده و یا سایر راه‌حل‌ها باید از سوی مسئولین ذیربط مورد بررسی قرار گیرد. اولویت دوم: از نظر مراجعین به مراکز ترک اعتیاد، باید خدمت‌رسانی از سوی مراکز در روزهای تعطیل، مناسبت‌های گوناگون (مانند اعیاد، پایان هفته و ...) و حتی‌المقدور در ساعات بیشتری از شبانه روز صورت گیرد، در واقع مراجعین به مراکز مذکور توقع دارند که همانند سایر مراکز درمانی و بهداشتی دامنه ارائه خدمات از نظر زمانی گسترده‌تر باشد. اولویت سوم: از نظر مراجعین به مراکز ترک اعتیاد، مدیریت مراکز باید تسهیلات مناسبی مانند اتاق انتظار، صندلی راحتی و سایر تجهیزات رفاهی (کولر، آبسردکن و...) برای همراهان مراجعه‌کنندگان به این مراکز در نظر بگیرند. اولویت چهارم: از نظر مراجعین به مراکز ترک اعتیاد، باید تسهیلات و تجهیزات درمانی و خدمت‌رسانی به آن‌ها باید به روز و مناسب باشد. اولویت پنجم: از نظر مراجعین به مراکز ترک اعتیاد، سالن انتظار و اتاق بستری باید دارای امکانات رفاهی مناسب، تمیز و بهداشتی باشد. اولویت ششم: از نظر مراجعین به مراکز ترک اعتیاد سطح هزینه‌های دریافتی از سوی این مراکز بالا و منطبق با خدماتی نیست که به آن‌ها ارائه می‌گردد و خواستار تعادل بخشی بین خدمات ارائه شده از سوی مرکز و هزینه‌های پرداختی از جانب خودشان هستند. اولویت هفتم: از نظر مراجعین به مراکز ترک اعتیاد دسترسی به پزشک، مشاور یا پرستاری که وظیفه ارائه خدمات بهداشتی-درمانی به آن‌ها را برعهده دارد، باید به

سهولت امکان پذیر باشد. اولویت هشتم: از نظر مراجعین به مراکز ترک اعتیاد، در خصوص خوب یا بد بودن (به لحاظ کیفی) و همچنین میزان خدمات ارائه شده، باید از آنان بازخورد گرفته شود و در واقع انتظار مراجعین به مراکز مذکور به گونه‌ای است که ارتباط بین آن‌ها و مراکز، دوطرفه و مبتنی بر احترام به نظرات ارباب رجوع باشد. اولویت نهم: از نظر مراجعین به مراکز ترک اعتیاد، باید نیازهای خاص افراد مراجعه کننده که در واقع معتادان هستند (بسته به این که در چه رده سنی هستند، چه سابقه اعتیادی دارند و چه نوع مصرفی (صنعتی یا سنتی) دارند و سایر شرایط خاص) مد نظر قرار گیرد و نوع خدماتی که ارائه می شود یا میزان خدمات بر اساس فاکتورهایی شفاف، ارائه شود. اولویت دهم: از نظر مراجعین به مراکز ترک اعتیاد محیط فیزیکی مرکز ترک اعتیاد باید جذاب و به لحاظ بهداشتی تمیز باشد. در واقع احساس آرامش درونی که فرد از رنگ در و دیوار، فضای مطبوع، آراسته شده و نیز بهداشتی به دست می آورد در روند بهبود درمان وی تاثیرگذار خواهد بود. بنابراین توصیه می شود در طراحی مراکز ترک اعتیاد نظرات روان شناسانه جهت فراهم آوری محیط مطبوع و دلپذیر اعمال گردد. به این گونه می توان فرد را به ادامه درمان و در مراجعه‌های بعدی ترغیب نمود.

پیشنهادات بر گرفته از تحقیق عبارتند از: با توجه به این که پرسش نامه طراحی شد مورد تایید گروه‌های ذینفع و ناظر مراکز ترک اعتیاد می باشد پیشنهاد می شود که به منظور ارزیابی و کنترل کیفیت خدمات مراکز ترک اعتیاد، از پرسش نامه مذکور استفاده شود. از آن جا که ارزیابی و کنترل کیفیت امری مستمر و دائمی است و پژوهش فعلی وضعیت مراکز ترک اعتیاد را در قطعی از سال ۱۳۹۴ به تصویر می کشد، پیشنهاد می شود بر اساس شاخص‌های مطرح شده در پرسش نامه، کیفیت خدمات مراکز ترک اعتیاد به صورت دوره‌ای (سه ماهه) مورد ارزیابی قرار گیرند و نتایج ارزیابی در کارگروهی به ریاست شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر و دبیری سازمان بهزیستی و با حضور سایر سازمان‌های مرتبط و ذینفع مانند علوم پزشکی، مطرح گردد و نتایج ارزیابی مذکور به عنوان یکی از مبنای (با ضریب اهمیت بالا) برای ادامه فعالیت مراکز در نظر گرفته شود. پیشنهاد می شود اجرای دقیق دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده و برخورد با بیماران

معتادان) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد که تا حدودی به بهبود کیفیت خدمات ارائه شده منجر خواهد شد، مورد نظارت دائم قرار گیرد. پیشنهاد می شود ضمانت های اجرایی لازم از سوی مراجع ناظر و نیز مجوزدهنده به منظور رعایت شاخص های کیفی خدمات در مراکز ترک اعتیاد لحاظ گردد. این اقدامات می تواند پیش از اعطای مجوز فعالیت (در ابعاد ملموسات، دسترسی و تضمین خدمات) و یا هنگام تمدید مجوز فعالیت مراکز ترک اعتیاد (در تمامی ابعاد علی الخصوص پاسخ گویی، قابلیت اطمینان و همدلی) صورت گیرد. در بخش خدمات بهداشتی و درمانی، چون فرایند خدمت رسانی بر روی یک انسان با ابعاد رفتاری پیچیده و منحصر به فرد صورت می گیرد و رفتار فرد بیمار (معتاد) نیز تحت تاثیر شرایط خاص روانی و جسمانی او می باشد، پیشنهاد می شود پرسنل مراکز ترک اعتیاد آموزش های روان شناسانه در خصوص برخورد مقتضی در شرایط متفاوت را ببینند. از آنجا که بخشی از نمره کیفیت خدمات را تعاملات دو سویه بین پرسنل و مراجعین مراکز ترک اعتیاد تعیین می نماید، شکاف کیفیت خدمات را می توان با آموزش بهتر و بیشتر کارکنان کاهش داد. در این راستا، برگزاری مستمر دوره های آموزشی جهت درک و شناخت نیازهای مراجعین به مراکز ترک اعتیاد، برقراری سیستم های پاداش و رویه های ارزشیابی مناسب به ویژه در اصلاح و تدوین رفتار محترمانه با مراجعین می تواند مفید واقع شود. در این پژوهش ابعاد شش گانه کیفیت خدمات به ترتیب از بالاترین اولویت تا پایین ترین اولویت به صورت دسترسی، ملموسات، قابلیت اطمینان، تضمین خدمات، پاسخ گویی و همدلی تعیین گردید. اولویت بندی مذکور باید به عنوان مبنایی برای تعیین تقدم و تأخر برنامه های ارتقای کیفیت مراکز ترک اعتیاد قرار گیرد و برنامه ریزان مراکز با تاکید بر ابعدی که دارای اولویت بالاتری می باشد، از منابع سازمان به صورت اثربخش تری استفاده نمایند. از آن جا که تبادل تجارب و دانش می تواند به کاهش هزینه های ارتباطی و سریع تر شدن حل مشکل کمک نماید، پیشنهاد می شود مجمعی سطح بندی شده متشکل از مدیران، پزشکان، پرستاران و پرسنل هر کدام به صورت جداگانه تشکیل شود تا بتوانند از طریق انتقال و اشتراک تجارب، دستاوردها و نظرات به یکدیگر زمینه افزایش کارایی چه در بخش ارتقا کیفیت خدمات و چه در سایر بخش ها را فراهم نمایند.

منابع

- آذری، صمد و علیاری، ابوالفضل (۱۳۹۴). دیدگاه بیماران در خصوص کیفیت خدمات بیمارستانی در یک بیمارستان دانشگاهی شهر تهران. *فصلنامه تصویر سلامت*، ۶(۳)، ۴۰-۳۲.
- خاکی، محمد حسین؛ کارگر، مهدی؛ پرهام، محمود و محبی، سیامک (۱۳۹۴). بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در درمانگاه‌های سرپایی بیمارستانهای آموزشی شیراز بر اساس الگوی سروکوال. *پژوهش پرستاری*، ۱۰(۸)، ۸۱-۸۸.
- شاهین، آرش و جنتیان، نسیه (۱۳۹۰). «طراحی اثرزدای کیفیت خدمات با تلفیق آزمایشهای تاگوچی و روش سروکوال در یک آژانس مسافرتی». *مجله علمی پژوهشی مدیریت تولید و عملیات*، ۲(۲)، ۱۰۶-۸۳.
- فیضی، کامران و تاتاری، سعید (۱۳۸۳). بهبود کیفیت خدمات در پروازهای شرکت هواپیمایی جمهوری اسلامی ایران (پیمایشی بر مبنای مدل کیفیت خدمات). *فصلنامه مطالعات جهانگردی*، ۵(۵)، ۸۴-۵۳.
- محمدی، علی و شغلی، علیرضا (۱۳۸۷). کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان زنجان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۱۶(۶۵)، ۱۰۰-۸۹.
- نوربخش، کامران؛ میرابراهیم اصفهانی، سید عباس و وهابی، سیده رقیه (۱۳۹۱). ارزیابی میزان رضایت مشتریان شرکت ایساکو از خدمات پس از فروش با استفاده از مدل کانو. *فصلنامه مدیریت*، ۹(۲۵)، ۶۵-۵۵.
- نوشیروانی، یوسف؛ سالارزهی، حبیب‌الله و کرد، باقر (۱۳۹۱). بررسی ابعاد کیفیت خدمات درمانی با رضایتمندی و وفاداری بیماران در بیمارستان سینا مشهد. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی زابل*، ۴(۴)، ۷۰-۶۳.
- Zoutman, D. E., & Ford, D. B. (2017). "Quality improvement in hospitals: barriers and facilitators". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(1), 16-24.
- Ferguson, A., & Stokes, D. (2009). "Brand name audit pricing, industry specialization and industry leadership premiums post Big 8 and Big 6 mergers" *Contemporary Accounting Research*, DOI: 10.1506/VF1T-VRT0-5LB3-766M.
- Ganguli, S. & Roy, S. K. (2000). "Service quality dimensions of hybrid services". *Managing Service Quality: An International Journal*, 20(5), 404 - 424.
- Gitman, L. J., McDaniel, C. (2009). *The Future of Business: The Essentials (4th ed.)*. Mason, Ohio: South-Western Cengage Learning.

- Grönroos, C. (2004). *Service Management and Marketing: a customer Relationship Management Approach*, 2nd Ed., England: John Wiley & Sons, Ltd.
- AlBorie, H. M., Sheikh Damanhour, A. M. (2013). "Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: A SERVQUAL analysis". *International Journal of Health care Quality assurance*, 26(1), 20-30.
- Lee, M. A. & Yom, Y. H. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(4), 545-555.
- Manuel N. (2008). *Customer perception of service quality at the business studies unit of the Durban University of Technology*. Submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Masters in Business Administration, Business Studies Unit, Faculty of Management Sciences, Durban University of Technology.
- McKee, M. & Healy J. (2000). The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization*. 78(6), 803-810.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1994). Reassessment of expectation as a comparison standard in measuring service quality: Implications for future research. *Journal of Marketing*, 58(1), 111-124.
- Phillip, G. & Hazlett, S. A. (2007). The measurement of service quality: A new p-c-p Attributes Model. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 14(3), 260-286. DOI: 10.1108/02656719710165482.
- Stiglingh, M. (2009). *Developing a model to evaluate the quality of the services rendered by the South African Revenue Service*. Unpublished thesis. Pretoria: University of Pretoria.
- Tang, N. K., & Lim, P. C. (2000). Study of patients' expectation and satisfaction in Singapore hospitals. *International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services*, 13(6-7), 290-299.
- Yeoman, A., Cooper, J., Armstrong, Ch., Fenton, R., Lonsdale, R., Spink, S., ... Light, A., (2003). Critical incident technique and explication interviewing in studies of information behavior. *Library & Information Science Research*, 25, 63-88.
- Pai, Y. P., Chary, S. T. (2016) "Measuring patient-perceived hospital service quality: A conceptual framework". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(3), 300-323.
- Youssef, F. N., Nel, D., Bovaird, T. (1996). Health care quality in NHS hospitals. *International journal of health care quality assurance*, 9(1), 15-28.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L. & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing Management*, 60(2), 31-46.

