

Assessment of The Quality of Transport Services at A Military Healthcare Center Using SERVQUAL Model

Bahadori M.¹ PhD, Abdi M.¹ MSc, Teimourzadeh E.¹ MSc, Ayoubian A.*² MSc,
Yaghoubi M.¹ PhD

¹ Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: This study aimed to analyze the gap between expectations and perceptions in transportation system of a military healthcare center using SERVQUAL approach.

Methods: This study is a descriptive-analytic study in which 104 employees were selected from a military healthcare center through random sampling in 2012. Data collecting tool was SERVQUAL questionnaire consisting of 22 items. Service receivers in the part of expectations answered questions on ideal situation and in the part of perceptions, questions about current status thereby assessing the quality of transport services. Data were analyzed by SPSS 16.0 software.

Results: Perceptions of the receivers from transportation and ambulance services in terms of five dimension quality was low and expectations were high. According to the negative gap transportation and ambulance services do not meet receivers' expectations. The largest gap was observed in physical dimension (-1.19) and narrowest in empathy (-0.6).

Conclusion: In order to improve the quality of transport services, following devices are to be enforced: integrated management, abandonment of old vehicles and ambulances, classification of ambulances in accordance with the type of services, testing the physical health of drivers, defining a sort of driving licence only for ambulance drivers and giving private licence plates to particular vehicle.

Key Words: Quality dimensions, Transport Services, SERVQUAL Model, Military Healthcare Center

بررسی میزان کیفیت خدمات ترابری در یک مرکز درمانی نظامی بر اساس مدل سروکوال

محمد کریم بهادری^۱ PhD، مناف عبدی^۱ MSc، احسان تیمور زاده^۱ MSc، علی ایوبیان^{۲*} MSc
مریم یعقوبی^۱ PhD

^۱ مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران
^۲ مرکز تحقیقات بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: این پژوهش با هدف تحلیل شکاف بین انتظارات و واقعیات در پنج بعد کیفیت خدمات ترابری در یک مرکز درمانی نظامی با استفاده از رویکرد سروکوال انجام پذیرفت.

روش‌ها: این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی-تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۱ در یک مرکز درمانی نظامی انجام پذیرفت. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۱۰۴ نفر از کارکنان یک مرکز درمانی نظامی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد مدل سروکوال با ۲۲ سؤال بود. دریافت‌کنندگان خدمت در بخش انتظارات در مورد وضعیت ایده آل یا مطلوب و در بخش ادراکات در مورد وضعیت موجود یا آنچه هست به سؤالات پاسخ دادند و بر این اساس شکاف کیفیت تعیین شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آمار SPSS ۱۶ و با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی همچون جداول فراوانی و انحراف معیار و همچنین روش‌های آمار تحلیلی انجام شد. **یافته‌ها:** بر اساس نتایج ارائه‌شده ادراک گیرندگان خدمات ترابری و آمبولانس در هر پنج بعد کیفیت خدمات پایین و انتظاراتشان بالا می‌باشد، در هر پنج بعد کیفیت خدمات، شکاف منفی وجود دارد که نشان می‌دهد از دید گیرندگان خدمات ترابری و آمبولانس، ارائه خدمات در حد انتظار آن‌ها نیست. بیش‌ترین شکاف در بعد ملموس و فیزیکی (۱/۱۹-) و کمترین شکاف در بعد همدمی (۰/۶-) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: به منظور افزایش کیفیت خدمات ترابری در مرکز درمانی، اداره متمرکز ترابری سبک، از رده خارج کردن خودروها و آمبولانس‌های فرسوده، سطح‌بندی نمودن آمبولانس‌ها متناسب با نوع خدمات، انجام تست سلامت جسمانی رانندگان، گواهینامه‌های مخصوص رانندگان آمبولانس و پلاک شخصی نمودن برخی خودروها مورد نیاز است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت، خدمات ترابری، مدل سروکوال، مرکز درمانی نظامی

مقدمه

کیفیت به معنای تولید محصول یا ارائه خدمات به گونه‌ای است که نیازهای مشتریان را برآورده ساخته و آن‌ها را راضی کند [۲، ۱]. اگر چه سازمان‌های خدماتی نیاز به اصلاح کیفیت را مورد تأکید قرار داده‌اند و برنامه‌های زیادی برای اصلاح کیفیت خدمات تهیه کرده‌اند لیکن به دلایلی هنوز کیفیت بزرگ‌ترین مشکل پیش روی این سازمان‌ها محسوب می‌شود [۳].

تنها حدود سه دهه از انجام تحقیقات در این زمینه می‌گذرد. بسیاری از محققان معتقدند مفهوم کیفیت خدمات مبهم، پیچیده و غیرقابل تبیین است چرا که کیفیت کالا را می‌توان به وسیله معیارهای عینی مانند دوام یا تعداد نقایص موجود در کالا اندازه‌گیری کرد ولی کیفیت خدمات، ساختاری انتزاعی و مبهم دارد. این در حالی است که ارتقاء کیفیت خدمات از اهمیت زیادی برخوردار است چرا که بر کاهش هزینه‌ها، افزایش سطح رضایت‌مندی، حفظ و نگهداری مشتری، افزایش سودآوری و تبلیغات دهان به دهان تأثیر قابل توجهی برجای می‌گذارد [۴، ۵].

به عقیده اکثر صاحب‌نظران مطمئن‌ترین راه به منظور کسب موفقیت، باقی ماندن در ذهن مشتریان است و این مهم تنها در سایه تولیدات و خدمات باکیفیت به دست می‌آید. آگاهی از مفهوم کیفیت خدمات و تلاش برای بهبود آن به ارائه خدمات باکیفیت منجر شده و با افزایش سطح کیفیت خدمات می‌توان رضایت مشتریان را افزایش داد؛ صنایع خدماتی محصولی به نام خدمت دارند که ویژگی‌های خاص خود را دارد و لاجرم فرایند بازاریابی، تولید و عرضه آن با بازاریابی، تولید و عرضه محصولات فیزیکی تفاوت دارد. کیفیت خدمت از مباحثی است که در بازاریابی خدمات به آن توجه ویژه‌ای می‌شود. تلاش برای درک و اندازه‌گیری کیفیت خدمات از چالش‌های مدیران، به خصوص در دهه‌های اخیر می‌باشد. کیفیت خدمات به ابزار کلیدی بازاریابی برای دستیابی به تمایز رقابتی و ترویج وفاداری مشتریان تبدیل شده است. در صنایع و بخش‌های مختلف، شرکت‌ها به دنبال متمایز جلوه دادن خود و حفظ مشتریان از طریق ارائه خدمات برتر هستند [۶، ۷].

برای سال‌های متمادی پژوهشگران، کیفیت خدمات را با استفاده از مقیاس‌های تک بعدی اندازه‌گیری می‌کردند، درحالی‌که مقیاس‌های تک بعدی برای اندازه‌گیری یک مفهوم چندبعدی مانند کیفیت، مناسب نیستند [۸]. یکی از روش‌هایی که غالباً در ارزشیابی کیفیت خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرد مدل سروکوال (SERVQUAL) است که توسط پاراسورامان ابداع شد [۹]. این ابزار، ادراک مشتریان را در پنج بعد خدمت شامل: ابعاد فیزیکی یا ملموس، اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی اندازه‌گیری می‌نماید [۱۰]. سروکوال ابزار معتبری برای ارزشیابی کیفیت خدمات است و در قیاس با سایر روش‌های ارزشیابی کیفیت مزایایی دارد که امکان تطبیق ابعاد آن با انواع مختلف

محیط‌های خدماتی، پایایی و اعتبار بالای آن در مقایسه ادراک و انتظار مشتریان، اهمیت نسبی ابعاد پنج‌گانه آن در درک کیفیت خدمات و توانایی تحلیل بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی، روان‌شناختی و سایر زمینه‌ها از جمله این مزایا است [۱۱].

الگوی سروکوال در رشته‌های مختلف از قبیل بانکداری، بورس، ساختمان، بازاریابی، هتلداری، شرکت‌های خدماتی، بهداشت و درمان، کشتی‌رانی و آموزش عالی به کار گرفته شده است [۱۲-۱۴].

کیفیت خدمات دریافتی مشتریان از مقایسه آنچه که مشتریان تصور می‌کنند ارائه‌دهنده خدمات باید عرضه کند (یعنی انتظارات مشتریان) با آنچه را که ارائه‌دهنده خدمات عملاً ارائه می‌دهد ناشی می‌شود، به همین دلیل مدیران موفق در مراکز بهداشتی و درمانی استراتژی‌های خدمات خود را بر بازخورد مستمر از مشتری به منظور شناسایی نیازهای وی و ارضاء آن‌ها و در نهایت اندازه‌گیری رضایت مشتری متمرکز نموده‌اند. رمز موفقیت در گروه آن است که انتظارات مشتریان را نسبت به کیفیت خدمت برآورده سازیم یا حتی از آن پیشی بگیریم، به عبارتی دیگر می‌توان گفت اولین قدم برای ارائه خدمات باکیفیت به مشتری و جلب رضایت او، شناخت ابعاد کیفیت خدمات و میزان اهمیت هر یک از این ابعاد برای مشتری و نیز تحلیل انتظارات و ادراک او در رابطه با هر کدام از این ابعاد می‌باشد [۱۵]. در برخی کشورها مخصوصاً کشور ایران، به منظور افزایش کیفیت خدمات و رضایت‌مندی، در حوزه ترابری، علاوه بر افزایش کیفیت خودروها، استانداردهای جدیدی برای آمبولانس‌ها تدوین شده است [۱۶-۱۸].

در حوزه بهداشت و درمان پژوهش‌های متعددی با استفاده از رویکرد سروکوال در داخل و خارج از کشور انجام شده است. در عربستان سعودی، مطالعه‌ای به منظور رضایت بیماران از کیفیت خدمات با استفاده از این روش در بیمارستان‌های این کشور در سال ۲۰۱۲ انجام گرفت [۱۹]. در کشور کرواسی، این روش در سال ۲۰۱۰ به منظور بررسی کیفیت خدمات در مؤسسات ارائه‌دهنده مراقب‌های سلامت اولیه انجام شد [۱۲]. در سال ۲۰۱۲، آنتنوس و همکاران، روش سروکوال را با روش‌های تحلیل سلسله مراتبی و فرآیند شبکه‌های تحلیلی، به منظور سنجش کیفیت در بیمارستان‌های ترکیه ترکیب نمودند [۲۰].

هوه‌ای، در سال ۲۰۱۲ روش سروکوال را با رویکرد فازی باهدف تحلیل شکاف کیفیت خدمات در ارائه خدمات سرپایی بیمارستان، در کشور تایوان انجام دادند [۲۱].

در مراکز درمانی همانند سایر سازمان‌ها، توجه به کیفیت اهمیت ویژه‌ای دارد و نقش شایسته‌ای در پیشبرد اهداف سازمانی دارد. این پژوهش با هدف تحلیل شکاف بین انتظارات و واقعیات در پنج بعد کیفیت خدمات ترابری مرکز درمانی نظامی با استفاده از رویکرد سروکوال انجام گرفت.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام پذیرفت. جامعه پژوهش تعداد کل کارکنان یک مرکز درمانی نظامی بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۱۰۴ نفر انتخاب شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی برای انجام پژوهش به مراجع ذیصلاح اطلاع‌رسانی شد و ضمن حفظ محرمانگی اطلاعات، نتایج حاصله به سازمان مورد مطالعه اعاده گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد مدل سروکوال بود. این پرسشنامه دارای ۲ بخش اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش و ابعاد پنج‌گانه کیفیت خدمات (ابعاد فیزیکی، تضمین خدمات، پاسخگویی، اطمینان خدمات و همدلی) با ۲۲ سؤال بود. بعد فیزیکی با ۴ سؤال، شرایط و فضای فیزیکی محیط ارائه خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات و کارکنان، بعد تضمین خدمات با ۶ سؤال، شایستگی و توانایی کارکنان برای القای حس اعتماد و اطمینان، بعد پاسخگویی با ۴ سؤال، تمایل همکاری و کمک به مشتری، بعد اطمینان خدمات با ۴ سؤال، توانایی انجام خدمت به شکل قابل اطمینان و در بعد همدلی با ۴ سؤال، احساس تعلق و تعهد کارکنان می‌باشد.

کارکنان در بخش انتظارات در مورد وضعیت ایده آل یا مطلوب و در بخش ادراکات در مورد وضعیت موجود یا آنچه هست به سؤال پاسخ دادند. برای تعیین شکاف کیفیت، نمره کارکنان 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 قرار گرفت. نمره حاصل در صورت مثبت بودن بیانگر این بود که خدمات ارائه شده بیشتر از حد انتظارات کارکنان است و در صورت منفی بودن حاکی از آن بود که خدمات ارائه شده، انتظارات کارکنان را برآورده نمی‌کند و شکاف کیفیت وجود دارد. در صورتی که نمره حاصل برابر با صفر می‌شد، به معنی عدم وجود شکاف کیفیت در نظر گرفته می‌شد و نشان‌دهنده در حد انتظار بودن خدمات ارائه شده به کارکنان بود.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی همچون جداول فراوانی و انحراف معیار و همچنین روش‌های آمار تحلیلی انجام شد. جهت برآورد شکاف بین انتظارات و ادراکات از آزمون t زوجی و همچنین برای برآورد میانگین شکاف کیفیت خدمات ترابری در هر یک از ابعاد پنج‌گانه کیفیت خدمات آموزشی با متغیرهای دموگرافیک از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون t دو نمونه‌ای استفاده شد.

نتایج

نتایج نشان می‌دهد که از نمونه مورد بررسی، ۸۳ نفر (۷۹/۸ درصد) مرد و ۲۱ نفر (۲۰/۲ درصد) زن بوده‌اند که بیشترین تراکم مربوط گروه مردان می‌باشد. از نمونه مورد بررسی ۵ نفر (۴/۸ درصد) کمتر از ۳۰ سال، ۷۶ نفر (۷۳/۱ درصد) در گروه سنی ۳۰-۴۵ سال و ۲۳ نفر

(۲۲/۱ درصد) در گروه سنی ۴۰-۶۰ سال سن دارند؛ بیشترین تراکم سنی مربوط به گروه ۳۰-۴۵ سال (۷۳/۱ درصد) و کمترین تراکم سنی مربوط به گروه کمتر از ۳۰ سال (۴/۸ درصد) می‌باشد و میانگین سنی در نمونه مورد بررسی ۲۴/۴ سال می‌باشد. همچنین از نمونه مورد بررسی ۹۹ نفر (۹۵/۲ درصد) متأهل و ۵ نفر (۴/۸ درصد) مجرد هستند که بیشترین تراکم مربوط به گروه متأهل می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که از نمونه مورد بررسی، ۲ نفر (۱/۹ درصد) دیپلم، ۱۵ نفر (۱۴/۴ درصد) فوق‌دیپلم، ۵۹ نفر (۵۶/۷ درصد) لیسانس، ۱۵ نفر (۱۴/۴ درصد) فوق‌لیسانس و ۷ نفر (۶/۷ درصد) دکترای عمومی و ۶ نفر (۵/۸ درصد) دکترای تخصصی هستند که بیشترین فراوانی مربوط به گروه لیسانس و کمترین فراوانی مربوط به گروه دیپلم می‌باشد. همچنین از نمونه مورد بررسی، ۹۸ نفر (۹۴/۲ درصد) عضویت رسمی داشته‌اند و ۶ نفر (۵/۸ درصد) دارای سایر عضویت‌ها بوده‌اند.

نتایج نشان می‌دهد که از میزان دفعات استفاده از خودرو در ماه در گروه کمتر از ۵ مرتبه، ۶۶ نفر (۶۳/۵ درصد)، گروه ۱۰-۵ مرتبه ۱۱ نفر (۱۰/۶ درصد) و گروه ۲۰-۱۱ مرتبه ۲۷ نفر (۲۶ درصد) بوده است که بیشترین تراکم مربوط به گروه کمتر از ۵ مرتبه است.

نتیجه آزمون t زوجی نشان داد برای همه ابعاد پنج‌گانه کیفیت خدمات آموزشی و همه شاخص‌ها، تفاوت ما بین میانگین انتظارات و ادراکات (شکاف) در سطح $P < 0.001$ معنادار است. (جدول ۲).

میانگین نمرات انتظارات و ادراکات و شکاف کیفیت خدمات ترابری حاصل از تفاضل آن‌ها در جدول زیر نشان داده شده است. بر این اساس، انتظارات کارکنان در همه ابعاد و شاخص‌ها بالاتر از وضعیت موجود بود. بیشترین میانگین نمره در بخش انتظارات مربوط به بعد قابلیت اطمینان (۴/۲۱) و کمترین نمره مربوط به ابعاد فیزیکی و پاسخگویی (۳/۶۵) بود. در بخش ادراکات، بالاترین امتیاز به بعد تضمین خدمات (۳/۵۵) و کمترین امتیاز به بعد فیزیکی (۲/۴۶) تعلق گرفت. پس از محاسبه اختلاف بین میانگین نمرات انتظارات (ایده آل) با ادراکات (وضع موجود)، در همه ابعاد شکاف وجود داشت. بیشترین میانگین نمره شکاف منفی مربوط به بعد قابلیت اطمینان خدمات (۱/۱۸-) و کمترین آن مربوط به بعد همدلی (۰/۶-) بود (جدول ۱).

میانگین شکاف در ابعاد پنج‌گانه کیفیت بر اساس جنسیت، تأهل، سن، تحصیلات، نوع عضویت و تعداد دفعات استفاده از خودرو با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس و t دو نمونه‌ای انجام گرفت که فقط در متغیر جنسیت و سن در ابعاد پاسخگویی، همدلی و تضمین معنی‌دار بود. (جدول ۳).

بحث

کیفیت یکی از راهبردهای اساسی در مراکز درمانی محسوب می‌شود که نقش اساسی در رضایتمندی دارد. این مطالعه باهدف بررسی کیفیت خدمات ترابری در یک مرکز درمانی انجام گرفت. بر اساس نتایج یک مطالعه که به منظور مطالعه کیفیت خدمات در بیمارستان‌های خصوصی و عمومی انجام گرفت، سروکوال

جدول ۱. میانگین نمرات انتظارات و واقعیت‌ها و شکاف کیفیت خدمات در هر یک از ابعاد کیفیت خدمات ترابری در مرکز درمانی مورد مطالعه

ابعاد کیفیت	انتظارات	ادراکات	شکاف کیفیت
ملموس و فیزیکی	۳/۶۵	۲/۴۶	-۱/۱۹
قابلیت اطمینان خدمات	۴/۲۱	۳/۰۳	-۱/۱۸
پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمات	۴/۰۹	۳/۰۳	-۱/۰۶
تضمین خدمات تعهد شده	۴/۲	۳/۵۵	-۰/۶۵
همدلی	۳/۸۹	۳/۲۹	-۰/۶

جدول ۲. بررسی معناداری تفاوت ما بین میانگین انتظارات و ادراکات (شکاف) در همه ابعاد کیفیت خدمات ترابری در مرکز درمانی مورد مطالعه

P-Value	تفاوت زوجی					ابعاد		
	Df	T	۹۵٪ فاصله اطمینان		میانگین			
			پایین	بالا	میانگین خطای استاندارد	انحراف معیار		
۰/۰	۱۰۳	۱۰/۷۲	۱/۴۱	۰/۹۷	۰/۱۱	۱/۱۳	۱/۱۹	فیزیکی (انتظارات-ادراکات)
۰/۰	۱۰۳	۱۰/۰۹	۱/۴۱	۰/۹۵	۰/۱۱	۱/۱۹	۱/۱۸	اطمینان خدمات (انتظارات-ادراکات)
۰/۰	۱۰۳	۹/۷۳	۱/۲۷	۰/۸۴	۰/۱	۱/۱۱	۱/۰۶	پاسخگویی(انتظارات-ادراکات)
۰/۰	۱۰۳	۷/۳۳	۰/۸۲	۰/۴۷	۰/۰۸۸	۰/۹	۰/۶۴	تضمین خدمات(انتظارات-ادراکات)
۰/۰	۱۰۳	۵/۴۸	۰/۸۲	۰/۳۸	۰/۱۱	۱/۱۲	۰/۶	همدلی(انتظارات-ادراکات)

جدول ۳. میانگین شکاف کیفیت خدمات ترابری در هر یک از ابعاد پنج‌گانه کیفیت خدمات آموزشی به تفکیک جنسیت، وضعیت تأهل، سن، نوع عضویت و تعداد دفعات استفاده از خودرو در مرکز درمانی مورد مطالعه

متغیرها	ابعاد کیفیت خدمات					همدلی
	فیزیکی	اطمینان	پاسخگویی	تضمین	همدلی	
جنسیت	مرد	۱/۱۵ (-۱/۱۲)	۱/۱۴ (-۱/۰۴)	۱/۰۲ (-۰/۹۷)	۰/۸۲ (-۰/۶۸)	۱ (-۰/۵۸)
	زن	۱/۰۴ (-۱/۵۰)	۱/۲۳ (-۱/۷۶)	۱/۳۶ (-۱/۴۳)	۱/۱۶ (-۰/۵۲)	۱/۵۴ (-۰/۶۹)
تأهل	متأهل	۱/۱۵ (-۱/۲۰)	۱/۲۲ (-۱/۱۸)	۱/۱۲ (-۱/۰۹)	۰/۹۱ (-۰/۶۸)	۱/۱۴ (-۰/۶۱)
	مجرد	۰/۷۲ (-۱/۱۵)	۰/۵۷ (-۱/۳۰)	۰/۶۰ (-۰/۴۰)	۰/۳۶ (-۰/۰۷)	۰/۶۲ (-۰/۶۰)
سن	زیر ۳۰ سال	۱/۰۳ (-۰/۸۰)	۰/۹۰ (-۰/۹۵)	۱/۲۹ (-۱/۳۵)	۰/۸۵ (-۰/۵۷)	۰/۷۴ (-۰/۱۰)
	۳۰-۴۵ سال	۱/۱۹ (-۱/۱۹)	۱/۲۰ (-۱/۲۰)	۱/۰۴ (-۱/۰۸)	۰/۸۰ (-۰/۶۹)	۱/۰۹ (-۰/۶۳)
تحصیلات	دبیر	۰/۵۳ (-۰/۳۸)	۰/۱۷ (-۰/۱۳)	۰/۰۰ (-۰/۷۵)	۱/۱۷ (-۰/۳۳)	۰/۰۰ (-۰/۲۵)
	فوق‌دبیر	۱/۰۲ (-۰/۸۰)	۱/۱۶ (-۰/۹۸)	۰/۹۵ (-۰/۷۷)	۰/۸۳ (-۰/۳۹)	۰/۸۷ (-۰/۳۵)
نوع عضویت	رسمی	۱/۱۳ (-۱/۲۴)	۱/۱۷ (-۱/۱۹)	۱/۰۸ (-۱/۰۹)	۰/۸۸ (-۰/۶۶)	۱/۱۲ (-۰/۶۳)
	سایر	۰/۹۴ (-۰/۴۶)	۱/۶۷ (-۱/۱۳)	۱/۴۳ (-۰/۵۴)	۱/۲۷ (-۰/۴۷)	۱/۱۸ (-۰/۲۱)
تعداد دفعات استفاده از خودرو در ماه	کمتر از ۵	۱/۱۹ (-۱/۲۷)	۱/۲۴ (-۱/۲۸)	۱/۱۱ (-۱/۰۹)	۰/۸۳ (-۰/۷۰)	۱/۱۹ (-۰/۶۹)
	۵-۱۰	۰/۸۱ (-۰/۷۰)	۱/۰۱ (-۰/۸۶)	۰/۹۴ (-۰/۷۵)	۰/۶۴ (-۰/۳۵)	۰/۵۴ (-۰/۰۲)
نتیجه آزمون t دو نمونه‌ای	نتیجه آزمون t دو نمونه‌ای	۰/۴۶	۰/۶۴	۰/۷۰	۰/۴۹	۰/۶۵
	نتیجه آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه	۰/۳۱	۰/۵۰	۰/۶۱	۰/۴۸	۰/۱۴

می‌باشد. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده در هر پنج بعد کیفیت خدمات، شکاف منفی وجود دارد که نشان می‌دهد از دید کارکنان ارائه خدمات آموزشی در حد انتظار آن‌ها نیست و برای بهبود کیفیت خدمات فرصت‌هایی وجود دارد که باید از آن‌ها

ابزار مناسبی برای سنجش و پایش کیفیت خدمات و کمک به کارکنان برای شناسایی حوزه‌هایی است که نیازمند بهبود از منظر مشتریان است [۱۳]. نتایج این مطالعه نشان داد، ادراک کارکنان در هر پنج بعد کیفیت خدمات پایین و انتظاراتشان بالا

نامطلوب گزارش شدند [۲۶]. در پژوهشی که در خصوص کیفیت خدمات در دانشگاه مدیریت بازرگانی دانشگاه رابرسون در تورنتو کانادا انجام شد، فقط در بعد تضمین بیشترین شکاف منفی کیفیت مشاهده شد [۲۷].

کشور انگلیس، به منظور افزایش کیفیت خدمات، استانداردهایی جدیدی را برای خودروهای آمبولانسها تدوین نموده است [۲۸]. در کشور استرالیا، افزایش تقاضا برای آمبولانسها، شاخصهای کیفی و ایمنی خودروها را افزایش داده است [۲۹]. در مطالعه‌ای که در میان پرستاران آمبولانس انجام شده است تمرکز بر جنبه‌های سازمانی، می‌تواند کیفیت سلامت پرستاران را افزایش دهد. در مطالعه حاضر نیز توجه به جنبه‌های سازمانی می‌تواند رضایت از کیفیت خدمات را افزایش دهد و همچنین نقش بسزایی در سلامت کارکنان داشته باشد [۳۰].

تعیین شکاف کیفیت خدمات می‌تواند مبنای مناسبی برای برنامه‌ریزی، اولویت‌بندی و تصمیم‌گیری در مورد اختصاص بودجه به ابعادی که دارای بیشترین شکاف هستند، باشد [۳۱]. می‌توان گفت که با کاهش شکاف در این ابعاد سایر ابعاد نیز بهبود خواهد یافت. زیرا وجود داشتن نقص و شکاف و بالعکس افزایش کیفیت در یک بعد، اثر تشدیدکنندگی دارد؛ بدین معنا که موجب افت کیفیت یا افزایش کیفیت در سایر ابعاد از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمات می‌شود [۳۲]. تزوکاتوس و همکاران در پژوهشی به بررسی کیفیت خدمت در صنعت بیمه دو کشور یونان و کنیا با استفاده از رویکرد سروکوال پرداخته‌اند. یافته‌های آن حاکی از وجود شکاف کیفیتی در صنعت بیمه دو کشور است. همچنین آن‌ها نشان دادند که شکاف کیفیتی در دو کشور مورد مطالعه شبیه هم بوده و بیشترین شکاف در دو بعد قابلیت اطمینان و همدلی بوده و بعد محسوس بودن کمترین شکاف را دارد [۳۳].

با نگاهی به پژوهش‌های انجام‌شده در داخل و خارج می‌توان شکاف کیفیت را در تمامی یا برخی از ابعاد کیفیت مشاهده کرد؛ به دلیل تفاوت‌ها در کارکنان، تجهیزات، تسهیلات، مشخصه‌های فرهنگی و اجتماعی و سایر عوامل دیدگاه گیرندگان خدمت نسبت به کیفیت خدمات و ادراکات و انتظارات آن‌ها متفاوت خواهد بود. لذا نتایج این مطالعه قابل تعمیم به سازمان‌های دیگر نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

خدمات ارائه‌شده به کارکنان در این مرکز درمانی نظامی مطابق انتظارات آن‌ها نبوده است و مدیریت این سازمان بایستی بر اساس ابعاد کیفیت اولویت‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب انجام دهد. همچنین به منظور افزایش کیفیت خدمات ترابری در مرکز درمانی، اداره متمرکز ترابری سبک، از رده خارج کردن خودروهای فرسوده، انجام تست سلامت جسمانی رانندگان و پلاک شخصی نمودن برخی خودروها مورد نیاز است.

استفاده کرد. بیشترین شکاف در بعد ملموس و فیزیکی (۱/۱۹-) مشاهده شد. سایر بعدها به ترتیب عبارت‌اند از قابلیت اطمینان خدمات (۱/۱۸-)، پاسخگویی ارائه‌کننده خدمات (۱/۰۶-)، تضمین خدمات تعهد شده (۰/۶۵-) و همدلی (۰/۰۶-). وجود شکاف کیفیت بیانگر این است که سازمان مربوطه نسبت به تعهدات خود در زمینه برآورده کردن انتظارات کارکنان خود اقدام مناسبی انجام ن داده است.

در مطالعه‌ای که البوری و همکاران، در سال ۲۰۱۲ در بیمارستان‌های ریاض با استفاده از مدل سروکوال انجام دادند به این نتیجه رسیدند که جنسیت، آموزش و سطح تحصیلات به طور معنی‌داری در رضایت بیماران تأثیرگذار است [۱۹]. در حالی که در مطالعه حاضر، میانگین شکاف در ابعاد پنج‌گانه کیفیت بر اساس جنسیت، تأهل، سن، تحصیلات و نوع عضویت با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس و t دو نمونه‌ای انجام گرفت که فقط در متغیر جنسیت و سن در ابعاد پاسخگویی، همدلی و تضمین معنی‌دار بود. نتایج مطالعات البوری، داسن، که به بررسی کیفیت خدمات ارائه‌شده در مراکز درمانی در کشورهای عربستان و کرواسی می‌پرداخت حاکی از آن است که بین انتظارات و ادراکات مشتریان شکاف وجود دارد [۱۲، ۱۹]. بر اساس نتایج مطالعه بات و همکاران که به بررسی کیفیت مراقبت سلامت در مراکز خصوصی کشور مالزی پرداختند، کیفیت خدمات ذکرشده از منظر بیماران رضایت‌بخش نبوده و بین همه ابعاد کیفیت، شکاف وجود دارد که با نتایج مطالعه حاضر مشابه است [۹]. در مطالعه‌ای که توسط تسای و همکاران "به منظور تدوین شاخص‌های کیفی برای پزشکی چینی با استفاده از پرسشنامه سروکوال" بیشترین وزن مربوط به بعد قابلیت اطمینان خدمات و کمترین وزن مربوط به بعد فیزیکی و ملموس بود. که با نتایج مطالعه حاضر شباهت دارد. بعد اطمینان، موارد مهمی مانند ارائه خدمات در زمان مقرر، حرفه‌ای و ذی‌صلاح بودن کارکنان و دسترسی به موقع را مورد توجه قرار می‌دهد و از منظر دریافت‌کنندگان خدمات در سطح بالایی از انتظار قرار دارد [۲۲].

در مطالعه دیگری که در کشور پاکستان با هدف بررسی رضایت بیماران از مراکز بهداشتی درمانی روستایی با استفاده از مدل سروکوال انجام گرفت، نتایج نشان داد که بعد همدلی بیشترین تأثیر و بعد پاسخگویی کمترین تأثیر را بر روی رضایت بیماران دارد که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است. نتایج پژوهش‌های آقامولایی و همکاران [۲۳] کبریایی و رودباری [۲۴] و آربونی و همکاران [۲۵] در دانشگاه‌های زاهدان، هرمزگان و زاهدان از کیفیت خدمات نشان می‌دهد شکاف منفی در ابعاد پنج‌گانه کیفیت خدمات وجود دارد که بیانگر آن است که خدمات از کیفیت مطلوبی برخوردار نیست. رضاییان و همکاران در پژوهشی که با استفاده از مدل سروکوال در دانشگاه پیام نور واحد فسا انجام دادند، به جز عامل تضمین، دیگر عوامل در وضعیت

منابع

1. American Society for Quality (ASQ) 2004. Available from: www.asq.org.
2. Wolniak R, Skotnicka-Zasadzien B. The concept study of Servqual method's Gap. *Quality and Quantity*. 2012;46(4):1239-47.
3. Oh H. Service quality, customer satisfaction, and customer value: A holistic perspective. *Int J Hospit Manag*. 1999;18:67-82.
4. Haque A, Sarwar Aa-M, Yasmin F, Anwar A. The impact of customer perceived service quality on customer satisfaction for private health centre in Malaysia: a structural equation modeling approach. *Information Management And Business Review*. 2012;4(5):257-67.
5. Jimmieson NL, Griffin MA. Linking client and employee perceptions of the organization: A study of client satisfaction with health care services. *J Occup Organ Psychol*. 2011;71(1):81-96.
6. Karl KA, Harland LK, Peluchette JV, Rodie AR. Perceptions of service quality: what's fun got to do with it? *Health Market Q*. 2010;27(2):155-72.
7. Ladhari R. A review of twenty years of SERVQUAL research. *International Journal of Quality and Service Sciences*. 2009;1(2):172-98.
8. Adee A, Bernie OD. Exploring graduates' perceptions of the quality of higher education [Internet]. *Australasian Association for Institutional Research Inc*; 2007. Available from: <http://www.Aair.Org.Au/Jir/May94/Athiyaman>.
9. Butt MM, De Run EC. Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *Int J Health Care Qual Assur*. 2010;23(7):658-73.
10. Bahadori M, Sadeghifar J, Nejati M, Hamouzadeh P, Hakimzadeh M. Assessing quality of educational service by the SERVQUAL model: Viewpoints of paramedical students at Tehran university of medical science. *Tech Technol Educ Ma*. 2011;6(4):1058-65.
11. Carrasco RA, Munoz-Leiva F, Sanchez-Fernandez J, Liebana-Cabanillas FJ. A model for the integration of e-financial services questionnaires with SERVQUAL scales under fuzzy linguistic modeling. *Expert Syst Appl*. 2012;39(14):11535-47.
12. Dosen DO, Skare V, Skare T. Measuring health care services quality Using SERVQUAL. *Revija Za Socijalnu Politiku*. 2010;17(1):27-44.
13. Isik O, Tengilimoglu D, Akbolat M. Measuring health care quality with the Servqual method: a comparison in public and private hospitals. *Healthmed*. 2011;5(6):1921-30.
14. Rahman MS, Khan AH, Haque MM. A Conceptual Study on the Relationship between Service Quality towards Customer Satisfaction: Servqual and Gronroos's Service Quality Model Perspective. *Asian Soc Sci*. 2012;8(13):p201.
15. Roohi G, Asayesh H, Abdollahi AA, Abbasi A. Evaluation of clients' expectations and perception gap regarding the quality of primary healthcare service in healthcare centers of Gorgan. *J Jahrom Univ Med Sci*. 2011;9(3):40.[Persian]
16. Bahadori M, Nasiripur A, Tofighi S, Gohari M. Emergency medical services in Iran: An overview. *Australas Med J*. 2010;3(6):335-9.
17. Bahadori M, Ravangard R, Nejati M. Development of emergency medical services (EMS) in Iran: Component of transportation. *Healthmed*. 2012;6(3):826-31.
18. Lyon RM, Clarke S, Gowens P, Egan G, Clegg GR. Resuscitation quality assurance for out-of-hospital cardiac arrest - Setting-up an ambulance defibrillator telemetry network. *Resuscitation*. 2010;81(12):1726-8.
19. Al-Borie HM, Damanhoury AMS. Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: a SERVQUAL analysis. *Int J Health Care Qual Assur*. 2013;26(1):20-30.
20. Altuntas S, Dereli T, Yilmaz MK. Multi-criteria decision making methods based weighted SERVQUAL scales to measure perceived service quality in hospitals: A case study from Turkey. *Total Qual Manag Bus Excel*. 2012;23(11-12):1379-95.
21. Hu HY, Lee YC, Yen TM. Service quality gaps analysis based on Fuzzy linguistic SERVQUAL with a case study in hospital out-patient services. *TQM Journal*. 2010;22(5):499-515.
22. Tsai WC, Kung PT, Weng RH, Chang YH, Lee SY. Applying the SERVQUAL questionnaire to establish quality indicators for Chinese Medicine. *Taiwan J Publ Health*. 2008;27(4):309-19.
23. Aghamollayi T, Zare S, Abedini S. Quality Gap of Educational Services for Students in Hormozgan University of Medical Sciences. *Journal of Strides in Development of Medical Education*. 2006;3(2):78-85. [Persian].
24. Kebriaei A, Roudbari M. . Quality Gap in Educational Services at Zahedan University of Medical Sciences: Students View Points about Current and Optimal Condition Iranian. *J Med Educ*. 2005;5(1):53-61.[Persian]
25. Arbooni F ,Shoghli AR, Badri S, Mohajeri M. Study of the Gap between Expect at Ions and Educational Services to Students at Zanjan University of Medical Sciences. *Journal of Strides in Development of Medical Education*. 2005;5(1):17-25. [Persian].
26. Rezaeeian S, Abolhasanzadeh F, Rezaeeian M. Use Constraints Servqual Model of Service Quality in Academic in Stitutions: Case Study of Payame Noor University. *Fifth Conference of the Quality Evaluation in Educational System*; Tehran 2011.
27. Chua C, editor *Perception of quality in higher education. Proceedings in the australian universities quality forum 2004, AUQA occasional publication*; 2004: Citeseer.
28. Perkins GD, Cooke MW. Variability in cardiac arrest survival: the NHS Ambulance Service Quality Indicators. *Emerg Med J*. 2012;29(1):3-5.
29. De Vincentis PA. Increasing ambulance demand requires enhanced indicators of quality and safety. *Med J Aus T*. 2011;195(9):p515.
30. Sili A, Fida R, Vellone E, Gianlorenzi A, Alvaro R. Organizational health and quality of life: survey

among ambulance nurses in prehospital emergency care. *Med Lav*. 2011;102(6):511-22.

31. Campbell J, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care*. 2001;10(2):90-5.

32. Lamei A. Total quality management in health care. Tehran: Ministry of Health and Education; 2000.

33. Tsoukatos E, Marwa S, Rand G. Diagnosis and improvement of service quality in the insurance industries of Greece and Kenya. 2004.