

تحلیل شکاف کیفیت مناسب‌سازی فضای شهری از دید نایب‌نایان با استفاده از مدل SERVQUAL در شهرستان اصفهان

مسلم قاسمی
دکتر محمد سعید محمدی

مقدمه

امروزه کیفیت خدمات به ویژه در سازمان‌هایی که با افراد معلول در ارتباط هستند، اهمیت فزاینده‌ای پیدا کرده است و می‌توان آن را به عنوان یک استراتژی ضروری در نظر گرفت که به سازمان‌ها کمک می‌کند تا به نتایج مطلوب‌تری دست یابند. بهبود کیفیت خدمات برای سازمان‌های اجرایی و خدماتی جهت برآورده شدن انتظارات گیرندگان خدمات و رضایتمندی آنها به یک چالش عمده تبدیل شده است (پوناکیتی کاشم^۱، ۲۰۱۲).

یکی از بارزترین گروه افراد نیازمند به دریافت خدمات از سوی سازمان‌ها، معلولان کم بینا و نابینا هستند. به طور کلی ۲۸۵ میلیون نفر در سراسر دنیا دچار آسیب بینایی هستند که در این میان ۳۹ میلیون نفر نابینا هستند (پاسکولینی و ماریوتی^۲، ۲۰۱۲).

در دهه اخیر توجه به مشکلات و چالش‌های زندگی نابینایان بیشتر شده است. بسیاری از مشکلات نابینایان در محیط شهری، با ابعاد گوناگون طراحی شهری مرتبط است. محیط شهری باید ارائه‌دهنده خدمات بیشتر به اقشار آسیب‌پذیر از جمله نابینایان باشد تا این گروه از صحنه جامعه محو نگردند و به فراموشی سپرده نشوند. مناسب‌سازی فضاهای شهری بستر کالبدی در جهت رسیدن به فرصت‌های برابر برای همه افراد و اقشار جامعه به منظور تحرک و جابجایی در سطح شهر و دسترسی هر فرد به تمامی فضاهای شهری از ضروریات رشد و توسعه جامعه محسوب می‌شود (داوری نژاد مقدم و رهنما، ۱۳۹۳).

موضوع مناسب‌سازی در کشور ما از اولویت‌های اصلی مدیریت و برنامه‌ریزی شهری در سال‌های پس از جنگ بوده است، اما با وجود اهمیت این مسئله به خوبی به آن پرداخته نشده است و معلولان از جمله نابینایان با مسائل بسیاری در این خصوص مواجهند. با وجود ارزیابی‌های مثبت در خصوص برخی اقدامات

1. Punnakitikashem
2. Pascolini&Mariotti

مربوط به مناسب‌سازی محیط شهری با استناد به کمیت اقدامات صورت پذیرفته به ندرت به این موضوع توجه شده که این اقدامات تا چه حدی در مراحل مختلف تصمیم‌گیری و اجرا، با مشارکت جمعیت هدف (نابینایان) انجام شده و یا رضایت آنها را جلب کرده است. ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده از منظر جامعه هدف موجب می‌شود که اقدامات انجام شده از کارایی بیشتری برخوردار باشند.

یکی از راه‌های ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده توسط سازمان‌ها و ارگان‌ها، مدل سروکوال^۱ است. مدل سروکوال یکی از مدل‌هایی است که از طریق تحلیل شکاف بین انتظار و ادراک دریافت‌کننده خدمات سعی در سنجش میزان کیفیت خدمات دارد. این مدل همچنین به مدل تحلیل شکاف^۲ نیز معروف است (بروکز و همکاران^۳، ۱۹۹۹). مدل سروکوال توسط پاراسورامان و زیت هامل ابداع گردید (کاروانا و اوینگ^۴، ۲۰۰۱). مدل سروکوال تلاش می‌کند تا فعالیت‌های عمده سازمان که ادراک از کیفیت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، نشان دهد. علاوه بر این، تعاملات بین این فعالیت‌ها را نشان داده و ارتباط بین فعالیت‌های سازمان را که مرتبط با ارائه سطح رضایت‌بخش از کیفیت خدمات است، معرفی می‌نماید. این ارتباطات به عنوان شکاف‌های عدم تطابق‌ها توصیف می‌شوند.

مدل سروکوال بر اساس ۲۲ مؤلفه (حول ابعاد ۵ گانه) انتظارات مشتریان از خدمات و ادراک آنها را مورد سنجش قرار می‌دهد که این پنج بعد عبارتند از:

- فیزیکی و ملموسات: ظاهر تجهیزات و وسایل و ابزار فیزیکی موجود در محل کار و کارکنان.
- اعتماد: توانایی سازمان خدمت‌دهنده در عمل به وعده‌های خود به طور دقیق و مستمر.
- پاسخگویی: تمایل و اشتیاق سازمان برای کمک به جامعه هدف و ارائه به موقع و سریع خدمات.
- تضمین: دانش و مهارت و شایستگی کارکنان و سازمان ارائه‌دهنده خدمت در القای حسن اعتماد و اطمینان به افراد جامعه هدف.
- دلسوزی و همدلی: نزدیکی و همدلی با افراد جامعه هدف و توجه ویژه و فردی به وی و تلاش در جهت درک نیازها و خواسته‌های او.

مدل مفهومی سروکوال در شکل ۱ نشان داده شده است. همان‌گونه که در شکل پیداست، این الگو مشتمل بر پنج شکاف می‌باشد (پاراسورامان و زیت هامل^۵، ۱۹۸۸) که عبارتند از: تفاوت بین ادراکات مدیریت از آنچه دریافت‌کنندگان خدمات انتظار دارند و انتظارات واقعی دریافت‌کنندگان خدمات، تفاوت بین ادراکات مدیریت و مشخصات کیفیت خدمات با استانداردهای کیفیت خدمات، تفاوت بین مشخصات کیفیت خدمت و ارائه خدمت واقعی و این که آیا استانداردها به طور مداوم رعایت شده‌اند، تفاوت بین ارائه خدمت و آنچه که در خارج از سازمان مورد نظر است (آیا به تعهدات به صورت مداوم عمل شده؟) و تفاوت بین آنچه که دریافت‌کنندگان خدمات از کیفیت خدمت انتظار دارند و آنچه را که

1. Servqual Service Quality Model

2. Gap Analysis Model

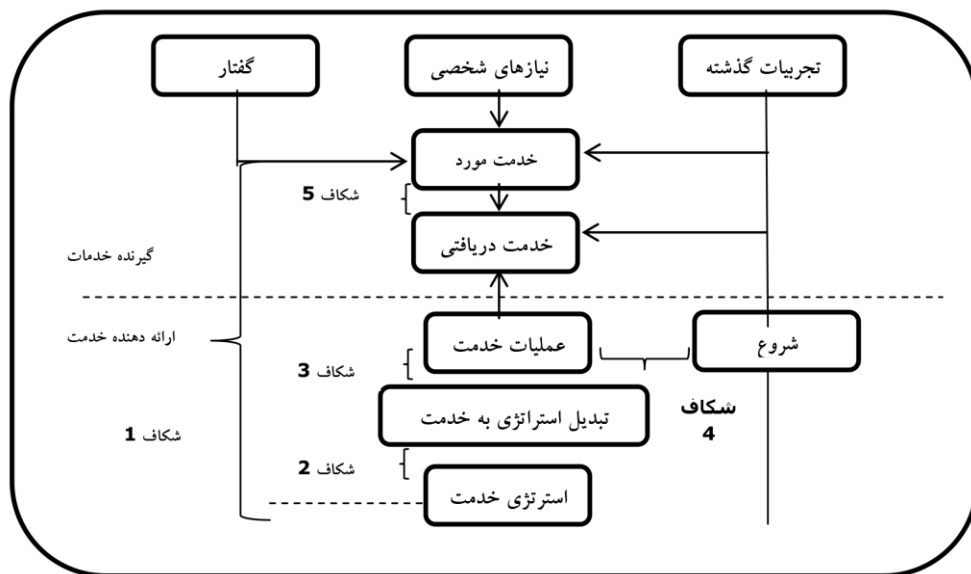
3. Brooks et al &

4. Caruana & Ewing

5. Parasuraman & Zeithaml

عملاً دریافت می‌کنند (این شکاف مربوط به فرد دریافت‌کننده خدمات و ادراک او از کیفیت خدمتی است که دریافت نموده است). در واقع می‌توان گفت این مدل روشی برای شناخت هدفمند نقاط قوت و ضعف کیفیت خدمات در سازمان بوده و برای اندازه‌گیری و مقایسه ادراکات و انتظارات دریافت‌کنندگان خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرد و بر این فرض استوار است که دریافت‌کنندگان خدمات قادرند انتظارات خود را از ویژگی‌های عمومی و تعیین‌کننده‌های کیفیت خدمت به وضوح بیان نمایند و نیز بین این انتظارات و ادراک خود از کیفیت خدمت واقعی و فعلی برای فراهم‌کننده خدمت خاص برای یک فرد تمایز قائل شوند (بهادری و همکاران، ۱۳۹۲).

با تعیین شکاف بین ادراکات و انتظارات دریافت‌کنندگان خدمات از کیفیت خدمات ارائه شده به آنان، می‌توان فرآیند ارائه خدمات را بهبود بخشید و رضایت دریافت‌کنندگان خدمات را به عنوان عنصری بسیار حساس تأمین کرد، و با ارزیابی میزان اثربخشی این خدمات، از کیفیت ارائه این خدمات اطمینان حاصل نمود (کرونین و تیلور^۱، ۲۰۰۴).



شکل ۱- مدل مفهومی سروکوال ارائه شده توسط پاراسورامان و زیت هامل (۱۹۸۸)

همان‌طور که پیشتر اشاره گردید علیرغم اهمیت مسئله مناسب‌سازی در زندگی اجتماعی افراد معلول و از جمله نابینایان، تاکنون در هیچ پژوهشی کیفیت اقدامات انجام شده از منظر خود نابینایان و میزان رضایت آنها از خدمات ارائه شده مورد بررسی قرار نگرفته است. لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده در زمینه مناسب‌سازی فضای شهری برای نابینایان شهرستان اصفهان و تعیین شکاف بین انتظارات

و ادراکات نابینایان از کیفیت خدمات و اقدامات صورت گرفته انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر به صورت توصیفی در سال ۱۳۹۵ در شهرستان اصفهان انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد کم بینا و نابینا بود که در سازمان بهزیستی شهرستان اصفهان دارای پرونده بودند (۲۸۲۱ نفر، ۲۰۸۳ نفر مرد و ۷۳۸ نفر زن). برای تعیین حجم نمونه با بررسی مطالعات مشابه، ۲۰۰ نفر از افراد نابینا و کم بینا به طور تصادفی انتخاب شدند (۱۰۰ نفر زن و ۱۰۰ نفر مرد).

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو قسمت بود. قسمت اول سوالاتی در مورد اطلاعات دموگرافیک افراد و قسمت دوم نیز سوالاتی جهت سنجش کیفیت خدمات ارائه شده که ادراکات و انتظارات بیماران را مورد سنجش قرار می‌دهد. بدین منظور براساس مدل سروکوال پرسشنامه‌ای طراحی گردید. این پرسشنامه شامل ۲۲ سؤال بود که در ابعاد ۵ گانه کیفیت پاراسورامان-زیت هامل تقسیم شده بود. ترکیب سؤالات بدین صورت بود که ۶ سؤال اول اندازه‌گیری شکاف‌های کیفی در بعد فیزیکی و ملموسات، ۴ سؤال بعدی کیفیت را از نظر اعتماد، بعد پاسخگویی در ۴ سؤال بعد، ۴ سؤال اختصاص به تضمین و درنهایت ۴ سؤال نیز اندازه‌گیری کیفیت از نظر همدلی در ارائه خدمت را محقق می‌ساخت.

روایی و پایایی پرسشنامه سروکوال در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است. به عنوان مثال میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه ابولقاسم گرچی و همکاران (۱۳۹۲) به میزان ۰/۹۴۵ و در مطالعه طبایی و همکاران (۱۳۹۱) به میزان ۰/۸۹۳ نشان‌دهنده پایا بودن این پرسشنامه است. میزان پایایی پرسشنامه طراحی شده در پژوهش حاضر براساس مدل سروکوال نیز ۰/۸۹۱ به دست آمد.

روش انجام کار در پژوهش حاضر به این صورت بود که بعد از انتخاب تصادفی نمونه‌ها، به صورت تلفنی با آنها تماس گرفته شد و از آنها خواسته شد به سؤالات پرسشنامه مورد نظر به صورت تلفنی پاسخ دهند. شرکت کنندگان به سؤالات فوق ۲ بار پاسخ دادند؛ یک بار ادراک خود را در خصوص خدمات ارائه شده بیان نمودند که به این ترتیب نمره ادراک به دست آمد. بار دیگر از آنها خواسته شد تا انتظاراتشان را از خدمتی که باید ارائه می‌شد، بیان کنند که به این ترتیب نمره‌های انتظارات نیز به دست آمد.

شکاف کیفیت خدمات از تفاضل نمره ادراکات (وضعیت موجود کیفیت خدمات) با نمرات انتظارات (وضعیت مطلوب کیفیت خدمات) به دست آمد. نمره حاصل در صورت مثبت بودن بیانگر این است که خدمات ارائه شده بیشتر از حد انتظارات دریافت کنندگان خدمات می‌باشد و در صورت منفی بودن حاکی از آن است که خدمات ارائه شده، انتظارات دریافت کنندگان خدمات را برآورده نمی‌کند و شکاف کیفیت وجود دارد و در صورتی که نمره حاصل برابر با صفر شود به معنی عدم وجود شکاف کیفیت در نظر گرفته می‌شود که نشان‌دهنده در حد انتظار بودن خدمات ارائه شده به دریافت کنندگان خدمات می‌باشد.

جهت حفظ امانتداری و رعایت حریم خصوصی شرکت کنندگان در پژوهش به آنها اطمینان خاطر داده شد که نام و مشخصات آنها محرمانه بوده و اظهارات آنها مانعی برای دریافت خدمات از سوی هیچ سازمانی نخواهد بود. با این حال افرادی که به هر دلیل مایل به شرکت در پژوهش نبودند از مطالعه حذف و فرد دیگری به طور تصادفی جایگزین او می‌شد.

به منظور انجام تجزیه و تحلیل آماری، ابتدا نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها از طریق آزمون کلموگراف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت، سپس برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری t مستقل، t زوجی و آنالیز واریانس یکطرفه (استفاده از آزمون لوین جهت تعیین همگنی واریانس‌ها) توسط نرم‌افزار آماری SPSS-18 استفاده گردید. مقدار ۰/۰۵ به عنوان اختلاف معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد ۲۰۰ نفر از نابینایان دارای پرونده در سازمان بهزیستی بر حسب تمایل به پاسخگویی وارد مطالعه شدند. این ۲۰۰ نفر شامل ۱۰۰ زن (۵۰٪) و ۱۰۰ مرد (۵۰٪) بود. از نظر سنی، کوچک‌ترین و بزرگ‌ترین شرکت‌کننده به ترتیب ۱۶ و ۶۵ سال سن داشتند و میانگین سنی افراد $31/11 \pm 38/52$ سال بود. از لحاظ سطح تحصیلات، کمترین تعداد شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر (۵/۵ درصد) و بیشترین تعداد دارای مدرک تحصیلی لیسانس (۱۷/۵) بودند.

از نظر فراوانی شغلی شرکت‌کنندگان، ۷/۵٪ دارای مشاغل دولتی، ۲۵٪ دارای مشاغل آزاد و ۶۷/۵٪ خانه دار یا بیکار بودند.

میانگین امتیازات ادراکات شرکت‌کنندگان یا وضعیت موجود خدمات مناسب‌سازی، میانگین امتیازات انتظارات یا وضعیت مطلوب و مورد انتظار نابینایان و شکاف کیفیت خدمات ارائه شده در زمینه مناسب‌سازی (تفاوت وضعیت موجود از وضعیت مطلوب) از دیدگاه نابینایان و به تفکیک ابعاد ۵ گانه کیفیت در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- میانگین امتیازات ادراکات و انتظارات نابینایان از کیفیت خدمات مناسب‌سازی در شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۵

ابعاد کیفیت	مؤلفه‌ها	وضع موجود (ادراک شده)	وضع مطلوب (مورد انتظار)	شکاف کیفیت
بعد ملموس و فیزیکی	رعایت استانداردهای مناسب‌سازی در پیاده‌روها مانند خطوط راهنما	۳/۴۸±۱/۰۷	۳/۸۲±۱/۱۹	-۰/۳۳
	دسترس‌پذیر بودن وسایل حمل و نقل عمومی و قابلیت استفاده برای نابینایان مانند مترو و BRT	۳/۴۵±۱/۱۳	۳/۹۰±۱/۳۱	-۰/۴۵
	وضعیت مناسب‌سازی در مراکز اداری- تفریحی و ورزشی	۳/۹۱±۱/۱۵	۴/۱۶±۱/۱۱	-۰/۲۳
	وضعیت مناسب‌سازی در بناها و مراکز خدمات عمومی مانند فروشگاهها	۳/۱۵±۱/۲۸	۳/۵۶±۱/۳۱	-۰/۴۵
	وجود علائم و راهنماهای مناسب مانند نوشته‌های بریل، خطوط درشت و سیستم‌های گویا در فضای شهری	۳/۰۵±۱/۱۵	۳/۷۰±۱/۳۵	-۰/۶۵
	استفاده از متریاك مناسب و تکنولوژی‌های بروز در طرح‌های مناسب‌سازی	۳/۳۹±۱/۲۲	۳/۷۸±۱/۱۵	-۰/۴۰
بعد قابلیت اطمینان خدمات	انجام طرح‌های مربوط به مناسب‌سازی در زمانی که وعده داده‌اند	۲/۸۲±۱/۲۸	۳/۶۶±۱/۳۷	-۰/۸۱
	دادن اطلاعات دقیق به نابینایان درباره روند و زمان انجام طرح‌ها	۳/۰۲±۱/۲۳	۳/۶۲±۱/۴۶	-۰/۶۲
	دسترسی به اطلاعات مربوط به طرح‌های مناسب‌سازی برای نابینایان	۳/۱۹±۱/۲۱	۳/۸۱±۱/۲۹	-۰/۶۱
	حرفه‌ای و ذی صلاح بودن افراد مؤثر در اجرای طرح‌های مناسب‌سازی	۳/۳۹±۱/۲۰	۳/۸۴±۱/۱۸	-۰/۴۲
بعد پاسخگویی ارائه دهندگان خدمت	پاسخگو بودن دستگاه‌های اجرایی نسبت به مسائل مربوط به طرح‌های مناسب‌سازی	۲/۷۶±۱/۲۶	۳/۷۹±۱/۳	-۱/۰۱
	امکان اعمال نظر انجمن‌ها و افراد نابینا در برنامه‌های مناسب‌سازی	۲/۹۷±۱/۲۲	۳/۷۶±۱/۲۸	-۰/۷۹
	پاسخگویی دستگاه‌های اجرایی در خصوص روند اجرای طرح‌های مناسب‌سازی	۲/۳۳±۱/۲۵	۳/۴۲±۱/۵۲	-۱/۱۴
	سهولت دسترسی نابینایان به مسئولین دستگاه‌های اجرایی برای انتقال نظرات و پیشنهادات درباره مسائل مربوط به مناسب‌سازی	۲/۹۶±۱/۲۳	۳/۸۶±۲/۵۷	-۰/۹۳

۰/۵۸-	۳/۵۲±۱/۲۲	۲/۹۶±۱/۲۹	گوش دادن به ایده‌ها و نظرات افراد نابینا و مطلع نگه داشتن آنها از طرح‌های مناسب‌سازی	بعد تضمین خدمات تعهد شده
۰/۶۱-	۳/۸۳±۱/۱۴	۳/۲۲±۱/۲۰	دریافت بازخورد از نابینایان در خصوص مناسب‌سازی	
۰/۴۷-	۴/۰۱±۱/۱۳	۳/۵۴±۱/۲۴	توجه به نیازهای خاص نابینایان در زمینه دسترس‌پذیری و درک آنها	
۰/۲۳-	۴/۰۵±۱/۱۲	۳/۸۲±۱/۱۵	نشان دادن اهمیت دسترسی نابینایان از جانب دستگاه‌های اجرایی	
۰/۴۲-	۳/۷۵±۱/۳۵	۳/۳۳±۱/۳۲	افزایش دسترس‌پذیری برای نابینایان در محیط شهری	بعد دلسوزی و همدلی
۰/۴۱-	۳/۵۱±۱/۲۱	۳/۱۰±۱/۱۴	اطلاع‌رسانی به نابینایان در خصوص طرح‌های مناسب‌سازی شده و یا در دست اجرا	
۰/۵۸-	۴/۱۱±۱/۲۱	۳/۵۳±۱/۱۳	برخورداری مجریان طرح‌ها از دانش تخصصی در خصوص نیازهای افراد نابینا	
۰/۳۸-	۴/۰۹±۱/۲۴	۳/۴۱±۱/۰۹	نظارت انجمن‌های نابینایان بر تصمیم‌گیری‌ها و اجرای طرح‌های مناسب‌سازی	

همان‌گونه که یافته‌های جدول نشان می‌دهد، در بعد ملموس و فیزیکی " وجود علائم و راهنماهای مناسب مانند نوشته‌های بریل، خطوط درشت و سیستم‌های گویا در فضای شهری " دارای بیشترین شکاف کیفیت (۰/۶۵-) و " وضعیت مناسب‌سازی در مراکز اداری - تفریحی و ورزشی " دارای کمترین میانگین شکاف کیفیت خدمات (۰/۲۳-) بوده است. در بعد قابلیت اطمینان خدمت نیز " انجام طرح‌های مربوط به مناسب‌سازی در زمانی که وعده داده‌اند " دارای بیشترین میانگین شکاف کیفیت خدمات (۰/۸۱-) و " حرفه‌ای و ذیصلاح بودند افراد موثر در اجرای طرح‌های مناسب‌سازی " متضمن کمترین شکاف (۰/۴۲) به زعم نابینایان است. در بعد سوم یعنی بعد پاسخگویی ارائه دهندگان خدمت، بیشترین میانگین شکاف کیفیت (۱/۱۴-) مربوط به " پاسخگویی دستگاه‌های اجرایی در خصوص روند اجرای طرح‌های مناسب‌سازی " و کمترین میانگین (۰/۷۹-) مربوط به " امکان اعمال نظر انجمن‌ها و افراد نابینا در برنامه‌های مناسب‌سازی " بود. در بعد تضمین خدمات تعهد شده، " دریافت بازخورد از نابینایان در خصوص مناسب‌سازی " به عنوان بیشترین شکاف (۰/۶۱-) و " نشان دادن اهمیت دسترسی نابینایان از جانب دستگاه‌های اجرایی " به عنوان کمترین شکاف کیفیت خدمات (۰/۲۳-) مطرح شده است و در نهایت در بعد همدلی نیز به ترتیب " برخورداری مجریان طرح‌ها از دانش تخصصی در خصوص نیازهای افراد نابینا " و " نظارت انجمن‌های نابینایان بر تصمیم‌گیری‌ها و اجرای طرح‌های مناسب‌سازی " دارای بیشترین (۰/۵۸-) و کمترین (۰/۳۸-) میانگین شکاف کیفیت خدمات بوده‌اند.

در مجموع می‌توان گفت، میانگین شکاف کلی کیفیت ۰/۵۲- به دست آمده است که بیشترین میانگین

شکاف مربوط به بعد پاسخگویی (۰/۹۷-) و کمترین شکاف مرتبط به بعد ملموس و فیزیکی (۰/۴۲-) بوده است.

سایر یافته‌های حاصل از تحلیل میانگین ادراکات و انتظارات نایبانیان برحسب هر بعد و اختلاف بین میانگین‌ها با استفاده از آزمون t زوجی به شرح جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- مقایسه میانگین وضع موجود و وضع مورد انتظار برحسب ابعاد کیفیت خدمات مناسب‌سازی برای نایبانیان در شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۵

ابعاد	انتظارات انحراف معیار \pm میانگین	ادراکات انحراف معیار \pm میانگین	مقدار p
ملموس و فیزیکی	۳/۴۱ \pm ۱/۱۷	۳/۸۲ \pm ۱/۲۴	< ۰/۰۰۱
قابلیت اطمینان خدمت	۳/۱۱ \pm ۱/۲۳	۳/۷۳ \pm ۱/۳۳	< ۰/۰۰۱
پاسخگویی ارائه دهندگان خدمت	۲/۷۶ \pm ۱/۲۴	۳/۷۱ \pm ۱/۶۷	< ۰/۰۰۱
تضمین خدمات تعهد شده	۳/۳۹ \pm ۱/۲۲	۳/۸۱ \pm ۱/۱۵	< ۰/۰۰۱
دلسوزی و همدلی	۳/۳۴ \pm ۱/۱۷	۳/۸۷ \pm ۱/۲۵	< ۰/۰۰۱

آزمون t زوجی، $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار

این جدول، میانگین ابعاد پرسشنامه را به تفکیک انتظارات نایبانیان و ادراک آنان از خدمات واقعی دریافت شده ارائه می‌دهد. همان گونه که از یافته‌های جدول برمی‌آید، بعد "ملموس و فیزیکی" دارای بیشترین میانگین انتظارات (۳/۴۱) و نیز ادراک نایبانیان (۳/۸۲) بوده است. این در حالی است که بعد "پاسخگویی ارائه کنندگان خدمت" از نظر انتظارات نایبانیان (۲/۷۶) و نیز از نظر ادراک نایبانیان دارای کمترین میانگین (۳/۷۱) بوده است.

سایر یافته‌های جدول ۲ متضمن آن است که بین انتظارات و ادراکات نایبانیان در هر ۵ بعد ملموس و فیزیکی، قابلیت اطمینان خدمت، پاسخگویی ارائه کنندگان خدمت، تضمین خدمات تعهد شده و همدلی، تفاوت آماری معنی‌داری ($p < ۰/۰۰۱$) وجود دارد.

تحلیل نتایج حاصل از مطالعه برحسب جنسیت شرکت کنندگان به شرح جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- مقایسه میانگین شکاف وضع موجود و وضع مورد انتظار از ابعاد کیفیت خدمات مناسب‌سازی در شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۵

ابعاد کیفیت جنسیت	ملموس و فیزیکی	قابلیت اطمینان خدمات	پاسخگویی ارائه دهندگان خدمات	تضمین خدمات تعهد شده	دلسوزی و همدلی
زن (n=۱۰۰)	-۰/۳۹±۱/۰۸	-۰/۵۸±۰/۲۳	-۰/۶۸±۱/۲۴	-۰/۴۳±۱/۲۲	±۱/۱۶ -۰/۴۱
مرد (n=۱۰۰)	-۰/۴۵±۱/۰۵	-۰/۶۶±۱/۳۵	-۰/۷۰±۱/۳۶	-۰/۵۱±۱/۱۷	±۱/۲۶ -۰/۴۷
مقدار p	۰/۲۵۶	۰/۳۱۱	۰/۶۵۱	۰/۴۲۱	۰/۱۷۱

آزمون t مستقل، $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی‌دار

همان‌طور که یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، بین میانگین شکاف ابعاد کیفیت با جنسیت پاسخ‌دهندگان رابطه آماری معنی‌دار وجود ندارد.

علاوه بر آنچه گفته شد نتایج حاصل از آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که شکاف کیفیت هیچ‌یک از ابعاد پرسشنامه با شغل شرکت‌کنندگان ارتباط آماری معنی‌داری ندارد.

در نهایت، شکاف کیفیت در ۴ بعد ملموس و فیزیکی ($p = ۰/۰۱۱$)، قابلیت اطمینان خدمات ($p = ۰/۰۱۸$)، پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمات ($p = ۰/۰۳۲$) و تضمین خدمات تعهد شده ($p = ۰/۰۲۰$) با سطح تحصيلات شرکت‌کنندگان ارتباط آماری معنی‌داری نشان داد، بدین صورت که در افراد دارای تحصيلات بالاتر، میانگین شکاف کیفیت ابعاد مذکور کمتر بود.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین میزان شکاف کیفیت خدمات مناسب‌سازی در شهرستان اصفهان با استفاده از الگوی سروکوال بود که از طریق دریافت دیدگاه‌های نایبانیان به انجام رسید. براساس نتایج این پژوهش، در تمامی ابعاد کیفیت خدمات ارائه شده و مؤلفه‌های مربوط به سنجش آن، شکاف منفی کیفیت وجود داشت. همچنین نمره انتظارات (وضع مطلوب) در افراد نایبانیان از نمره ادراک‌شان (وضع موجود) بالاتر بود. این بدان معناست که نیازها و انتظارات نایبانیان از خدمات ارائه شده در زمینه مناسب‌سازی به خوبی برآورده نگردیده و در نتیجه آنها کیفیت خدمات را ضعیف ارزیابی کرده‌اند. هر چه شکاف بین ادراکات و انتظارات افراد از کیفیت خدمات بیشتر باشد نشان‌دهنده این است که کمتر به این بعد از کیفیت خدمات توجه شده است و این امر می‌طلبد که برنامه‌ریزی‌های بیشتر بر ابعدی متمرکز باشد که بیشترین شکاف در آنها وجود دارد.

مطابق یافته‌های این مطالعه، بیشترین میانگین شکاف کیفیت مربوط به بعد پاسخگویی بود. این بدان معناست که نایبانیان در شهرستان اصفهان از وضعیت خدمات رسانی، رفتار و برخورد پرسنل دستگاه‌های اجرایی در زمینه پاسخ به سؤالات در مورد طرح‌های مناسب‌سازی و ... رضایت چندانی نداشته‌اند. عدم

پاسخگویی و بی‌میلی از سوی کارکنان دستگاه‌های اجرایی مرتبط با طرح‌های مناسب‌سازی می‌تواند موجب اتلاف وقت، منابع و انرژی دریافت کنندگان خدمت شده و ناراحتی‌های جسمی، روحی و روانی و ناکامی‌های آنها را به دنبال داشته باشد. در اکثر مطالعات مربوط به بررسی کیفیت خدمات نیز بیشترین میزان شکاف در بعد پاسخگویی بوده است و نتایج این پژوهش با یافته‌های لیم و تانگ^۱ (۲۰۰۰)، کاریدیس و همکاران^۲ (۲۰۰۱)، کیریایی و همکاران (۱۳۸۳) و روحی و همکاران (۱۳۹۰) همخوانی دارد. طبق نتایج مطالعه، کمترین میانگین شکاف کیفیت مربوط به بعد ملموس و فیزیکی بوده است. این بیانگر آن است که دستگاه‌های اجرایی شهرستان اصفهان با انجام اقدامات عملی و اجرای طرح‌هایی در زمینه مناسب‌سازی توانسته‌اند نمره کیفیت بالاتری نسبت به سایر ابعاد به دست آورند و ناینایان از این بعد رضایت بیشتری نسبت به سایر ابعاد اعلام کردند. در زمینه مناسب‌سازی فضای شهر برای ناینایان، بعد ملموس و فیزیکی اهمیت بسیار زیادی دارد چرا که زمینه استقلال و مشارکت فعال آنان در جامعه را فراهم می‌آورد، بنابراین این بعد نیازمند توجه ویژه است.

میانگین شکاف کیفیت در هر پنج بعد ملموس و فیزیکی، قابلیت اطمینان خدمت، تضمین خدمت، پاسخگویی ارائه‌کنندگان و همدلی با متغیرهای جنسیت و شغل شرکت‌کنندگان رابطه معنی‌داری را نشان نداد. اما ۴ بعد ملموس و فیزیکی، قابلیت اطمینان خدمت، پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمت و تضمین خدمات تعهد شده بر حسب سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد. زارعی و همکاران (۱۳۹۰) تفاوت معنی‌دار بین ادراکات و انتظارات را ناشی از سطح تحصیلات می‌دانند. باکار و همکاران^۳ (۲۰۰۸) نیز در بخشی از یافته‌های خود میزان تحصیلات را یک عامل مؤثر در شکل‌گیری سطح انتظارات دریافت‌کنندگان خدمات معرفی می‌کند.

با توجه به نتایج به دست آمده لازم است مدیران دستگاه‌های اجرایی تلاش نمایند برای جلب اعتماد و رضایت بیشتر معلولان و از جمله ناینایان، اطلاعات مرتبط با طرح‌های انجام شده و یا در دست اجرا را به نحو مناسب به آنها اطلاع‌رسانی کنند و نسبت به رفع ابهامات و سوالات آن‌ها خود را موظف بدانند. در این راستا سازمان‌ها برای جلب اعتماد بیشتر می‌توانند از خود افراد ناینایان و انجمن‌های ناینایان بازخورد گرفته و از آنها به عنوان ناظر در اجرای طرح‌ها کمک بگیرند. توجه به نیازهای عاطفی، شرایط روحی روانی و مشکلات جانبی افراد ناینایان و درک کردن شرایط آنها از سوی ارائه‌دهندگان خدمت عامل دیگری است که می‌تواند موجب اعتماد و رضایت بیشتر این افراد شود. همچنین سازمان‌ها با به کارگیری نیروهای متخصص که هم به نیازهای افراد ناینایان آگاه باشند و هم اطلاعات کافی در مورد روش‌های مناسب‌سازی داشته باشند، می‌توانند زمینه اجرای با کیفیت‌تر طرح‌های مناسب‌سازی را فراهم آورند.

مطالعه حاضر با محدودیتهایی به شرح زیر مواجه بوده است: محدودیت جامعه پژوهش از این لحاظ که ناینایان فقط یک گروه از دریافت‌کنندگان خدمات مناسب‌سازی هستند؛ در این رابطه پیشنهاد

1. Lim & Tang
2. Karydis
3. Bakar& et al

می‌گردد مطالعات مشابه دیگری در سایر گروه‌های دریافت‌کننده خدمات مناسب‌سازی مانند معلولان جسمی حرکتی، ناشنویان و ... نیز انجام شود. همچنین، بررسی انتظارات و ادراکات دریافت‌کنندگان خدمات با استفاده از روشهای صرفاً کمی همچون پرسشنامه، بیان خواسته‌های آنها را با محدودیت مواجه می‌کند که در این رابطه پیشنهاد می‌شود با استفاده از رویکرد کیفی در مطالعات آتی به تبیین تجربه عمیق دریافت‌کنندگان خدمات و انتظارات واقعی آنها پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

از دیدگاه ناینویان شهرستان اصفهان، تمام ابعاد کیفیت خدمات دارای نمرات منفی بود. این امر نشانگر وجود شکاف بین انتظارات و ادراکات دریافت‌کنندگان خدمات از کیفیت خدمات ارائه شده بوده که نیازمند بهبود در کلیه ابعاد آن می‌باشد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود مدیران دستگاه‌های اجرایی برای کاستن شکاف کیفی موجود، به نیازهای دریافت‌کنندگان خدمات و ارائه مطلوب خدمات توجه بیشتری نمایند. تلاش برای کاهش شکاف و فاصله میان انتظار و ادراک دریافت‌کنندگان خدمات منجر به رضایت بیشتر و در نهایت سرزندگی و نشاط آنها خواهد بود. همچنین با بکارگیری الگوی سروکوآل (به عنوان یکی از ابزارهای سنجش کیفیت)، مدیران قادر به ارزیابی کیفیت خدمات از دید دریافت‌کنندگان خدمات شده و با برنامه‌ریزی صحیح و اصلاح نابسامانیها و نقاط ضعف موجود، نهایتاً بهبود کیفیت خدمات را ممکن خواهند ساخت.

منابع

۱. ابوالقاسم گرگی ه، طباطبایی سم، اکبری آ، سرخوش س، خراسانی س. ۱۳۹۲. استفاده از مدل شکاف کیفیت خدمات (سروکوآل) در بیمارستان آموزشی امام خمینی. مجله اداره بهداشت و درمان، ۱۶(۵۱): ۷-۱۸.
۲. بهادریم، موسویسم، صادقی فرج، حقیق. ۱۳۹۲. پایایی و اجرای پرسشنامه سروکوآل در ارزیابی کیفیت خدمات آموزش بهداشتی. مجله بین‌المللی تحقیقات بیمارستان، ۲(۱): ۳۹-۴۴.
۳. داوری نژاد مقدم، رهنما م. ۱۳۹۳. مناسب‌سازی فضاهای شهری با تأکید بر نیازهای افراد کم‌توان (مطالعه موردی: پیاده راه خیابان زند شیراز). فصلنامه آموزشی پژوهشی و اطلاع‌رسانی مدیریت شهری نوین، ۲(۵): ۴۷-۶۶.
۴. روحی ج، آسایش ه، عبدالمهی الف، عباسی آ. ۱۳۹۰. بررسی انتظارات مشتری و برداشت شکاف در مورد کیفیت اولیه خدمات بهداشتی در مراکز بهداشتی شهر گرگان. مجله دانشگاه علوم پزشکی جهرم، ۹(۳): ۴۱-۴۷.
۵. زارعی ی، قاضی طباطبایی م، رحیمی فروشانی آ، رشیدیان الف، عربم. ۱۳۹۰. ارزیابی کیفی دیدگاه‌های بیماران از مراقبت‌های بیمارستانی: یک مطالعه مقطعی در بیمارستان‌های خصوصی تهران. پی‌اورد سلامت، ۵(۴): ۶۶-۷۶.
۶. طباطبایی س ج، شهری س، آقا بابا س. ۱۳۹۱. ارزیابی خدمات مراقبت سلامت در درمانگاه براساس مدل سروکوآل در بیمارستان‌های تهران. پی‌اورد سلامت، ۵(۴): ۴۹-۵۶.

۷. کبریایی الف، اکبری ف، حسینیم، افتخار اردبیلی ه، پوررضا الف. ۱۳۸۳. بررسی شکاف کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز سلامت کاشان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۸(۳۱): ۸۸-۸۲.
8. Bakar C, Akgün HS, Al Assaf AF. 2008. The role of expectations in patients' hospital assessments: a Turkish university hospital example. *Int J Health Care QualAssur*, 21(5): 503-16.
9. Brooks RF, Lings, IN and Botschen MA. 1999. Internal Marketing and customer driven wavefronts. *Service Industries Journal*, 4: 49-67.
10. CaruanaA, Ewing MT. 2001. Assessment of the three column format SERVQUAL: an experimental approach. *Journal of Business Research*, 49: 57-65.
11. Cronin JJ, Taylor SH. 2004. Measuring Service Quality: A reexamination and extension. *Journal of marketing*, 12(8): 32-45.
12. Karydis A, Komboli M, Pannis V. 2001. Expectation and perception of Greek patients regarding the quality of dental health care. *Int J Qual Health C*, 13(5): 409-16.
13. Lim PC, Tang NKH. 2000. A study of patients 'expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(6-7): 290-9.
14. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. 1988. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1): 12- 40.
15. Pascolini D, Mariotti SP. 2012. Global estimates of visual impairment: 2010. *British Journal of Oph- thalmology*, 95(5): 614-618.
16. Punnakitikashem P, Buavaraporn N, Maluesri P, Leeartapin K. 2012. Health Care Service Quality: Case Example of a Hospital with Lean Implementation. POMS 23rd Annual Conference, Chicago, Illinois, U.S.A. April 20 to April 23, Abstract number: 025-1232.