

## بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در درمانگاههای سرپایی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران براساس الگوی سروکوال در سال ۹۴

الهام حق شناس<sup>۱</sup>، محمد عرب<sup>۲</sup>، عباس رحیمی فروشانی<sup>۳</sup>، الهام موحد<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۱

تاریخ دریافت: ۹۵/۴/۲۷

### چکیده:

**زمینه و هدف:** کیفیت خدمات، مقایسه‌ای است میان آنچه از دیدگاه مشتری باید وجود داشته باشد (انتظارات مشتری) با آنچه که دریافت کرده است. اگر انتظارات مشتری بیش از ادراکات او باشد، ازدیدمشتری کیفیت خدمات دریافت شده کمتر است و نارضایتی وی رابه دنبال دارد. پژوهش حاضر باهدف تعیین کیفیت خدمات ارائه شده و مورد انتظار بیماران سرپایی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی و مقطعی بود که در سال ۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاههای بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. نمونه پژوهش طبق فرمول حجم نمونه ۲۲۵ نفر تعیین شد. برای گردآوری داده های کیفیت خدمات ارائه شده و مورد انتظار از پرسشنامه ۲۲ سوالی استاندارد سروکوال استفاده شد و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS با آزمون های تی زوجی، من ویتنی و کروسکال والیس صورت گرفت.

**یافته ها:** نتایج مطالعه حاکی از این امر بود که در تمام ابعاد کیفیت خدمات ارائه شده شکاف منفی وجود داشت. بیشترین شکاف مربوط به بعد پاسخگویی (۰/۹۷) و کمترین شکاف مربوط به بعد عوامل محسوس (۰/۶۹) بود. همچنین در خصوص ارتباط متغیرهای دموگرافیک با کیفیت خدمات درک شده، میان نوع بیمه در بعد قابلیت اطمینان و همدلی و بیمه تکمیلی با بعد عوامل محسوس و قابلیت اطمینان ارتباط معنادار وجود داشت.

**نتیجه گیری:** شکاف منفی (انتظارات بالاتر از ادراکات) در تمام ابعاد کیفیت نشان داد که ارتقای کیفیت در همه ابعاد لازم است. به ویژه در بعد پاسخگویی ضروری است تدابیری در این زمینه اتخاذ شود. اصلاح فرآیندهای مدیریتی، کاهش زمان انتظار و افزایش انگیزه در کارکنان به منظور پاسخگویی مناسبتر به بیماران از این تدابیر است.

**کلمات کلیدی:** سروکوال، کیفیت خدمات، بیمار سرپایی، درمانگاه

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (\* نویسنده مسئول)، آدرس: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، تلفن: ۰۲۱۸۸۹۸۹۱۲۹ [arabmoha@tums.ac.ir](mailto:arabmoha@tums.ac.ir)

<sup>۳</sup> استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**مقدمه:**

سازمان هابایستی باراضی نگهداشتن دریافت کنندگان خدمات فعالیت شان را توسعه دهند تا اینکه در محیط های رقابتی بتوانند مزایا را برای خود حفظ نمایند (۱). بنابراین اکثر سازمانها با انتخاب شاخص رضایت مشتری به عنوان یک معیار کلیدی، از طریق ارزیابی کیفیت خدمات خود به دنبال بهبود رضایت مشتری و در نتیجه بقا و دوام خود هستند (۲).

کیفیت خدمات در مقام تبیین کننده اصلی موفقیت یک سازمان در محیط رقابتی امروز شناخته شده است (۳). امروزه کیفیت را خواسته مشتری تعریف می کنند و ادراکات و انتظارات مشتری را اصلی ترین عامل تعیین کننده کیفیت می دانند (۴ و ۵) به طوری که مشتریان یا دریافت کنندگان خدمت، کیفیت خدمت را با مقایسه ادراکات و انتظارات خود از خدمت دریافت شده ارزیابی می کنند (۶). کیفیت خدمات مقایسه آنچه مشتری احساس می کند که باید باشد (انتظارات) با آنچه که دریافت داشته است (ادراکات) می باشد. اگر انتظارات بیش از ادراکات باشد، از دید مشتری کیفیت خدمات دریافت شده کمتر است و نارضایتی را به دنبال دارد (۷).

انتظارات مشتری در واقع عقایدی است درباره ی ارائه خدمت و این عقاید زمانی که مشتری عملکرد ارائه دهنده خدمت را مورد ارزیابی قرار می دهد، به عنوان نقاط مرجع و استاندارد عمل می نمایند. با توجه به اینکه مشتریان در ارزیابی کیفیت خدمات، ادراک خود از عملکرد را با این نقاط مرجع مقایسه می نمایند. درک دقیق انتظارات مشتری به منظور ارائه خدمات با کیفیت، مهم و ضروری است. به عبارت دیگر عدم آگاهی از آنچه که مشتری می خواهد به معنی صرف منابع در اموری است که برای مشتریان مهم نیستند که این امر می تواند منجر به از دست دادن مشتری شود. در عین حال منظور از ادراکات مشتری از خدمت این است که مشتری خدمت دریافتی را چگونه ارزیابی می کند (۸).

اگرچه پایش و کنترل کیفیت تاریخچه ای بسیار طولانی دارد ولی استفاده از مدل سروکوال جهت سنجش کیفیت حدود دو دهه است که به طور جدی مورد توجه قرار گرفته است (۹ و ۱۰). 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 محیط های خدماتی، اهمیت نسبی ابعاد پنجگانه آن در ادراک کیفیت خدمات و توانایی تحلیل بر اساس ویژگیهای جمعیت شناختی، روانشناختی و سایر زمینه ها است (۱۱ و ۱۲).

از آنجایی که یکی از مشخصه های وضعیت مطلوب در بیمارستان، برآورده شدن انتظارات بیماران از فرآیند خدمات ارائه شده است، با بررسی شکاف بین وضع موجود و وضع

مطلوب می توان این مهم را تعیین نمود. هرچه شکاف بین انتظارات بیماران و خدمات ارائه شده کمتر باشد، نشان دهنده کیفیت مطلوب خدمات ارائه شده می باشد. گام اساسی برای جبران این شکاف، شناخت ادراک و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات و تعیین نقاط ضعف و قوت خدمات ارائه شده و در پی آن اتخاذ استراتژیهای برای کاهش شکاف و تأمین نظر بیماران می باشد (۱۳).

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. از آن جمله می توان به پژوهشهای خارج از کشور همچون پژوهش ویکس و همکاران، مصطفی و همکاران، آندرسون، پوتوین و حداد اشاره نمود (۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷). آراسلی و همکاران در سال ۲۰۰۸ به بررسی مداخله ای جهت تعیین کیفیت خدمات در بیمارستانهای دولتی و خصوصی قبرس پرداختند، در این پژوهش کیفیت خدمات بیمارستانی مورد مطالعه قرار گرفت و نتایج این پژوهش نشان داد هیچ یک از بیمارستانهای دولتی و خصوصی نتوانسته اند انتظارات بیماران بستری را برآورده سازند (۱۸).

همچنین پژوهش هایی نیز در داخل کشور صورت گرفته به عنوان نمونه میرغفوری و زارع احمدآبادی (۱۳۸۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بیماران بخش داخلی بیمارستان شهید رهنمون یزد از نحوه پاسخگویی ارائه دهندگان خدمت رضایت دارند، اما بین انتظارات و ادراکات آنها از کیفیت خدمات در سایر حوزه ها تفاوت معنی داری مشاهده گردید (۱۹).

مطالعات انجام شده، یکی از مشکلات موجود در سازمان ها رابی توجهی و یا کم توجهی به نیازها و خواسته های مشتریان معرفی کرده اند، پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت خدمات ارائه شده و مورد انتظار بیماران سرپایی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

**مواد و روش ها:**

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی- تحلیلی و مقطعی بود که از اوایل دی ماه تا اواخر اسفند ۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاههای بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران بود و محیط پژوهش شامل ۱۴ بیمارستان مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، بیمارستان شریعتی، بیمارستان سینا، بیمارستان ضیائی، بیمارستان بهارلو، بیمارستان فارابی، بیمارستان بهرامی، بیمارستان رازی، بیمارستان روزبه، مرکز طبی کودکان، بیمارستان آرش، بیمارستان امیراعلم، بیمارستان جامع زنان محب یاس و مرکز قلب بود.

بیمارنبا استفاده از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت به شرح ذیل انجام شد: بسیار بی اهمیت (۱ نمره)، بی اهمیت (۲ نمره)، متوسط (۳ نمره)، با اهمیت (۴ نمره) و بسیار با اهمیت (۵ نمره).

پرسشنامه های این مطالعه ابتدا کدگذاری شدند و وارد نرم افزار SPSS version ۱۵ گردیدند و در دوسطح آمار توصیفی و تحلیلی مورد بررسی قرار گرفتند. در سطح آمارهای توصیفی از آماره هایی نظیر میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای قسمت تحلیلی از آزمون تحلیلی پارامتریک شامل آزمون تی زوجی، کروسکیال والیس و من ویتنی استفاده شد.

رعایت حقوق و کسب اعتماد پرسش شوندهگان، کسب اجازه از پرسش شوندهگان و رعایت احترام آنها هنگام تکمیل پرسشنامه، حفظ و محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیماران شامل جنسیت، تحصیلات، سن، وضعیت تاهل، نوع بیمه و وضعیت بیمه تکمیلی، عدم ثبت نام و نام خانوادگی افراد در هنگام تکمیل پرسشنامه و هماهنگی با مدیران و روسای مراکز درمانی از جمله ملاحظات اخلاقی در این مطالعه بود.

### یافته ها:

جدول ۱: توزیع فراوانی خصوصیات دموگرافیک بیماران مورد مطالعه

متغیر	گروه	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۱۳۷	۶۱/۲٪
	مرد	۸۷	۳۸/۸٪
وضعیت تاهل	مجرد	۵۱	۲۴/۴٪
	متاهل	۱۵۸	۷۵/۶٪
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۶۰	۲۶/۸٪
	دیپلم و کاردانی	۶۹	۳۰/۸٪
سن	کارشناسی	۷۵	۳۳/۵٪
	ارشد و بالاتر	۲۰	۸/۹٪
نوع بیمه تکمیلی	> ۲۰ سال	۲۲	۱۰٪
	۲۱-۳۵ سال	۸۸	۴۰٪
	۳۶-۵۰ سال	۷۴	۳۳/۶٪
	< ۵۱ سال	۳۶	۱۶/۴٪
نوع بیمه	تامین اجتماعی	۱۳۵	۶۰/۳٪
	خدمات درمانی	۵۵	۲۴/۶٪
	سایر	۳۴	۱۵/۲٪
بیمه	دارد	۵۳	۲۴/۸٪
	ندارد	۹۱	۴۳/۲٪

تعداد نمونه براساس فرمول حجم نمونه برای ضریب همبستگی طوری تعیین شد که با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ اگر این همبستگی ۰.۲ یا بیشتر باشد از نظر آماری معنی دار به دست آید. از فرمول زیر تعداد نمونه بدست آمد:

$$R=0.2$$

$$W=0.203$$

$$n = \frac{(z1-\alpha/2+z1-\beta)2}{w2} = \frac{(1.96+0.84)2}{(0.203)2} = 7.84 = 191$$

با توجه به اینکه پاسخ های بیماران مراجعه کننده به هر درمانگاه ممکن است همبستگی داشته باشد و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی حجم نمونه فوق تعدیل شده است و با احتساب ۱۵٪ ریزش تعداد نمونه نهایی به صورت زیر بدست آمد:

$$n = \frac{n}{1-r} = \frac{191}{1-0.15} = \frac{191}{0.85} = 225$$

نمونه گیری متوالی در هر درمانگاه انجام شد. یعنی تلاش کردیم به تعداد نمونه محاسبه شده برای هر درمانگاه پرسشنامه جمع کنیم. جمع آوری پرسشنامه در تمام روزهای فعالیت درمانگاه و هر دو نوبت صبح و عصر انجام شد تا تنوع بیماران مراجعه کننده در مطالعه لحاظ گردد. اگر بیماری مایل به همکاری نبود بیمار بعدی جایگزین آن می شد تا به تعداد محاسبه شده برای هر درمانگاه پرسشنامه جمع آوری شود. توزیع پرسشنامه در بیمارستان ها به این صورت بود که ابتدا متوسط مراجعه بیماران به درمانگاهها در طول یک هفته و یا یک ماه سوال شد و این میزان بر تعداد کل پرسشنامه تقسیم شده و تعداد پرسشنامه برای هر بیمارستان مشخص شد. در نهایت برای اطمینان بیشتر ۲۳۱ پرسشنامه توزیع شد و همین تعداد نیز تکمیل و جمع آوری شد، بنابراین نرخ پاسخگویی ۱۰۰ درصد بود.

برای گردآوری داده های از پرسشنامه سروکوال استفاده گردید که ضریب آلفا کرونباخ آن در مطالعه عامریون و همکاران (۱۳۹۲) ۰/۸۵ محاسبه شده است (۲۰). بخش اول پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک بود و بخش دوم آن برای سنجش کیفیت خدمات ارائه شده و مورد انتظار با ۲۲ سوال استاندارد سروکوال (Parasuraman, et al. ۱۹۸۸) شامل مولفه های عوامل محسوس (سوال ۴-۱)، قابلیت اطمینان (سوال ۹-۵)، پاسخگویی کارکنان (سوال ۱۳-۱۰)، تضمین خدمات (سوال ۱۷-۱۴) و همدلی (سوال ۲۲-۱۸) بود.

این پرسشنامه شامل دو قسمت ادراک و انتظار بود که ۲۲ سوال مربوط به ادراک بیماران (بررسی وضع موجود) و ۲۲ سوال دیگر نیز مربوط به سوالات انتظار بیماران (بررسی وضع مطلوب) تنظیم شده بود. نمره دهی پرسشنامه ادراک

عوامل محسوس (۰/۰۳۳) و قابلیت اطمینان (۰/۰۱۹) کیفیت خدمات درک شده ارتباط معنادار وجود داشت. نمرات میانگین انتظار و ادراک بیماران از ابعاد مختلف کیفیت خدمات سرپایی محاسبه شده و به همراه نمره شکاف میان آن دو، در جدول شماره ۴ ارائه شده است. با توجه به خروجی آزمون تی زوجی مشخص است که تفاوت (شکاف) میان انتظار و ادراک بیماران پیرامون خدمات سرپایی ارائه شده با احتمال ۹۵٪ معنادار می باشد ( $P\text{-value} < 0.05$ ). در کلیه ابعاد پنج گانه مورد بررسی سطح انتظارات بیماران از خدمات از سطح ادراک بیشتر بوده و شکاف منفی وجود داشت. بیشترین شکاف مربوط به بعد پاسخگویی (۰/۹۷-) و کمترین شکاف مربوط به بعد عوامل محسوس (۰/۶۹-) است. بیشترین میانگین نمره در انتظارات بیماران مربوط به بعد تضمین کیفیت (۴/۴۴) و کمترین آن مربوط به عوامل محسوس (۴/۴۱) است. در خصوص کیفیت خدمات درک شده بیشترین میانگین نمره مربوط به عوامل محسوس (۳/۷۲) و کمترین مربوط به پاسخگویی (۳/۴۶) بود.

در جدول ۱ مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در این مطالعه بیان شده است. اکثر افراد شرکت کننده در این مطالعه را زنان تشکیل می دادند (۶۱/۲٪). ۳۳/۵٪ شرکت کنندگان دارای مدرک کارشناسی، ۶۰/۳٪ دارای بیمه تامین اجتماعی و ۶۳/۲٪ فاقد بیمه تکمیلی بودند. در این مطالعه رابطه بین مشخصات دموگرافیک با کیفیت خدمات درک شده و مورد انتظار بیماران از طریق آزمون های من ویتنی و کروسکیال والیس بررسی شد. ارتباط بین ۵ بعد کیفیت خدمات درک شده و مورد انتظار با متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، نوع بیمه و بیمه تکمیلی بررسی شد و در مورد متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات ارتباط معنادار وجود نداشت ( $p\text{-value} > 0.05$ ). در جدول شماره ۲ و ۳ تنها متغیرهایی که با ۵ بعد کیفیت خدمات درک شده و مورد انتظار ارتباط معنادار داشتند، قرار گرفته شده است. در مورد نوع بیمه (جدول ۱) نیز در بعد قابلیت اطمینان (۰/۰۳۵) و همدلی (۰/۰۵۱) کیفیت خدمات درک شده و قابلیت اطمینان (۰/۰۴۲) کیفیت خدمات مورد انتظار ارتباط معنادار مشاهده شد. در مورد بیمه تکمیلی (جدول ۲) در بعد

جدول ۲: ارتباط میان نوع بیمه درمانی بیماران و ابعاد کیفیت درک شده و مورد انتظار

ابعاد	نوع بیمه	تعداد	میانگین رتبه		P-value
			مورد انتظار درک شده	مورد درک شده	
عوامل محسوس	تامین اجتماعی	۱۳۵	۱۱۵/۵۲	۱۰۷/۸۶	۰/۴۰
	خدمات درمانی	۵۵	۱۱۷/۱۶	۱۱۹/۷۰	
	سایر	۳۴	۹۲/۹۷	۱۱۹/۲۶	
قابلیت اطمینان	تامین اجتماعی	۱۳۵	۱۱۶/۳۴	۱۰۴/۳۵	۰/۰۴۲*
	خدمات درمانی	۵۵	۱۱۹/۲۱	۱۲۰/۴۷	
	سایر	۳۴	۸۶/۴۰	۱۳۱/۹۷	
پاسخگویی کارکنان	تامین اجتماعی	۱۳۵	۱۱۵/۳۱	۱۰۵/۱۲	۰/۰۹۶
	خدمات درمانی	۵۵	۱۱۵/۹۹	۱۲۲/۶۴	
	سایر	۳۴	۹۵/۶۸	۱۲۵/۴۱	
تضمین خدمات	تامین اجتماعی	۱۳۵	۱۱۳/۴۴	۱۰۸/۹۰	۰/۵۶
	خدمات درمانی	۵۵	۱۱۷/۶۹	۱۱۷/۲۸	
	سایر	۳۴	۱۰۰/۳۵	۱۱۹/۰۷	
همدلی	تامین اجتماعی	۱۳۵	۱۱۷/۷۴	۱۰۶/۶۰	۰/۰۲۰۷
	خدمات درمانی	۵۵	۱۱۴/۶۷	۱۲۳/۱۲	
	سایر	۳۴	۸۸/۱۸	۱۱۸/۷۵	

\*به معنای معناداری است و سطح معناداری ۰/۰۵ است

جدول ۳: ارتباط میان وضعیت بیمه تکمیلی بیماران و ابعاد کیفیت درک شده و مورد انتظار

ابعاد	بیمه تکمیلی	میانگین رتبه ای		P-value	
		درک شده	مورد انتظار	درک شده	مورد انتظار
عوامل محسوس	دارد	۶۲/۹۳	۷۷/۰۸	۰/۰۳۳*	۰/۳۰
	ندارد	۷۸/۰۷	۶۹/۸۳		
قابلیت اطمینان	دارد	۶۱/۸۹	۷۲/۷۵	۰/۰۱۹*	۰/۹۵
	ندارد	۷۸/۶۸	۷۲/۳۶		
پاسخگویی کارکنان	دارد	۶۵/۲۲	۷۶/۷۹	۰/۱۰۶	۰/۳۲
	ندارد	۷۶/۷۴	۷۰		
تضمین خدمات	دارد	۶۴/۵۲	۷۵/۹۷	۰/۰۷۵	۰/۴۲
	ندارد	۷۷/۱۵	۷۰/۴۸		
همدلی	دارد	۶۵/۱۹	۷۸/۰۸	۰/۱۰	۰/۲۰
	ندارد	۷۶/۷۶	۶۹/۲۵		

\* به معنای معناداری است و سطح معناداری ۰/۰۵ است.

جدول ۴: تعیین شکاف میان انتظار و ادراک ابعاد کیفیت خدمات سرپایی توسط بیماران

ابعاد	انتظارات		ادراکات		شکاف (میانگین)	خروجی آزمون تی زوجی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
عوامل محسوس	۴/۴۱	۰/۴۷	۳/۷۲	۰/۵۵	-۰/۶۹	۱۳/۵
قابلیت اطمینان	۴/۴۳	۰/۴۸	۳/۵۹	۰/۶۱	-۰/۸۳	۱۴/۹
پاسخگویی کارکنان	۴/۴۳	۰/۴۶	۳/۴۶	۰/۶۶	-۰/۹۷	۱۶/۲
تضمین خدمات	۴/۴۴	۰/۴۵	۳/۵۹	۰/۶۶	-۰/۸۵	۱۴/۷
همدلی	۴/۳۴	۰/۴۸	۳/۵۴	۰/۶۴	-۰/۸۱	۱۳/۵

### بحث و نتیجه گیری:

نقش بیمارستان ها به عنوان یکی از سازمانهای بزرگ و پیچیده خدماتی و مهمترین واحدهای خدمات درنظام سلامت، بسیار برجسته است (۲۱). از آنجاکه ریسک خدمات این سازمان بالا است باید خدمات ارائه شده دارای کیفیت قابل قبولی باشد (۲۲). اولین قدم جهت طراحی برنامه های حفظ یا ارتقاء کیفیت مراقبت، بررسی میزان کیفیت می باشد (۲۳) آنچه که امروزه در خدمات به عنوان کیفیت مطرح میشود ارائه خدمتی (محصول) مطابق با میل مشتری است (۲۴). از آنجایی که یکی از مشخصه های وضعیت مطلوب در بیمارستان، برآورده شدن انتظارات بیماران از فرآیند خدمات

ارائه شده است، با بررسی شکاف بین وضع موجود و وضع مطلوب می توان این مهم را تعیین نمود. هرچه شکاف بین انتظارات بیماران و خدمات ارائه شده کمتر باشد، نشان دهنده کیفیت مطلوب خدمات ارائه شده می باشد. گام اساسی برای جبران این شکاف، شناخت ادراک و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات و تعیین نقاط ضعف و قوت خدمات ارائه شده و در پی آن اتخاذ استراتژی هایی برای کاهش شکاف و تأمین نظر بیماران می باشد (۱۳). بدین منظور سنجش کیفیت خدمات درک شده و مورد انتظار با مقاصد رفتاری بیماران به منظور ارتقا و بهبود خدمات موثر خواهد بود.

نتایج این مطالعه نشان می دهد که در خصوص متغیرهای تحصیلات، سن، وضعیت تاهل و جنسیت در هر ۵ بعد (عوامل محسوس، قابلیت اطمینان، پاسخگوئی کارکنان، تضمین خدمات، همدلی) کیفیت خدمات درک شده ارتباط معناداری وجود نداشت. مطالعه گرجی و همکاران (۱۳۹۱) نیز به همین نتایج رسید (۲۱). در مطالعه محبی فر و همکاران (۱۳۹۳) بین سن و تحصیلات نیز با کیفیت خدمات درک شده ارتباط معنادار وجود نداشت (۲۵). در مطالعه عامریون و همکارانش (۱۳۹۲) نیز بین جنسیت و تحصیلات و نوع بیمه با کیفیت خدمات ارتباط معنادار وجود نداشت، اما بین وضعیت تاهل در بعد همدلی رابطه معنادار وجود داشت (۲۶). بدین معنا که تاهل در توجه و افزایش اهمیت به مواردی از قبیل درک نیازهای خاص هر بیمار و علاقه به بیماران نسبت به افراد مجرد بیشتر است.

در خصوص نوع بیمه در بعد قابلیت اطمینان و همدلی ارتباط معنادار وجود داشت و در زمینه بیمه تکمیلی هم با عوامل محسوس و قابلیت اطمینان رابطه معنادار وجود داشت. هر چه پوشش دهی با توجه به نوع آن بیشتر باشد قابلیت اطمینان و عوامل مرتبط با آن برای بیمار اهمیت بیشتری پیدا می کند.

در خصوص ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با ابعاد کیفیت خدمات مورد انتظار بین متغیرهای تحصیلات، سن، وضعیت تاهل، جنسیت و بیمه تکمیلی در هر ۵ بعد (عوامل محسوس، قابلیت اطمینان، پاسخگوئی کارکنان، تضمین خدمات، همدلی) با کیفیت خدمات مورد انتظار ارتباط معناداری وجود نداشت. در مطالعه گرجی و همکاران نیز در ۴ بعد (عوامل محسوس، قابلیت اطمینان، پاسخگوئی کارکنان، تضمین خدمات، همدلی) با در مورد متغیر نوع بیمه تنها در بعد قابلیت اطمینان با کیفیت خدمات مورد انتظار ارتباط معنادار وجود دارد و در سایر ابعاد ارتباط معنادار وجود ندارد. مطالعه گرجی و همکاران (۱۳۹۱) بین انتظارات بیماران با متغیرهای سن، وضعیت تاهل، نوع بیمه و جنسیت رابطه معنادار وجود ندارد و تنها با تحصیلات ارتباط معنادار وجود داشت (۲۱). نتایج مطالعه محبی فرو و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که بین کیفیت خدمات مورد انتظار با سن و تحصیلات ارتباط معنادار وجود ندارد و تنها با جنسیت ارتباط معنادار دارد (۲۵).

نتایج این پژوهش حاکی از این امر بود که میانگین شکاف انتظارات و ادراک بیماران در ۵ بعد (عوامل محسوس، قابلیت اطمینان، پاسخگوئی کارکنان، تضمین خدمات، همدلی) منفی بوده است و این امر نشان می دهد که انتظار بیماران در همه ابعاد بیشتر از خدماتی که دریافت کرده اند، بوده است و انتظارات آنان برآورده نشده است.

مطالعه کبیر و همکاران (۲۰۰۸) با نتایج این مطالعه منطبق بوده و در آن شکاف بین انتظارات و کیفیت خدمات درک شده منفی است. شکاف منفی بیانگر این نکته است که انتظارات خدمت گیرندگان در این دو بعد فراتر از ادراکات آنها از وضعیت موجود می باشد و فاصله زیادی برای جلب رضایت مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی و رسیدن به وضعیت مطلوب وجود دارد. هر چه شکاف بین ادراکات و انتظارات افراد از هر یک از ابعاد مربوط به کیفیت خدمات بهداشتی درمانی بیشتر باشد، نشان دهنده این است که کمترین آن بعد از کیفیت خدمات توجه شده است و این امری طلبد که برنامه ریزی ها بیشتر بر ابعدی متمرکز باشد که بیشترین شکاف در آنها وجود دارد، زیرا کیفیت نامطلوب در یک بعد از کیفیت خدمات اثر تشدید کننده دارد، به این معنی که موجب افت کیفیت در سایر ابعاد از دیدگاه دریافت کننده خدمت می گردد (۲۷).

مطالعه دی ران و بوت نیز به وجود شکاف منفی در تمام ابعاد به خصوص بعد تضمین در بیمارستانهای مالزی اشاره می کند (۲۸).

نکوی مقدم و میراسماعیلی، در مطالعه خود نشان دادند که تفاوت بین ادراکات کیفیت و انتظارات معنی دار هستند. بر اساس یافته های این تحقیق، بیمارستانها انتظارات بیماران را برآورده نمی کنند و قادر به ارائه خدمات درمانی مطابق با انتظارات بیماران نیستند (۲۹). در مطالعه گرجی و همکاران (۱۳۹۱) شکاف منفی بین ابعاد کیفیت خدمات مورد انتظار و خدمات درک شده وجود داشت که مطابق با نتایج این مطالعه است. بهرامی و همکاران با استفاده از مدل سروکوال به وجود شکاف بین ادراکات و انتظارات در تمامی ابعاد در بیمارستان افشار یزد اشاره می کند و بیشترین شکاف را در بعد ملموسات و پاسخگوئی می داند که با نتایج این مطالعه مطابقت دارد (۲۱).

یافته های مطالعه رنجبر (۳۰)، طبیبی (۳۱)، جنآبادی (۲۰) و عامریون و همکاران (۲۶) نشان داد که بیمارستان های مورد مطالعه در مورد هیچ یک از مؤلفه های پنجگانه کیفیت خدمات نتوانسته اند به سطح انتظارات بیماران پاسخ دهند و همواره کیفیت درک شده از کیفیت مورد انتظار کمتر بوده است که با نتایج این مطالعه هم خوانی دارد. نتایج پژوهش هایاندرسون (۱۶) و لیم و نلسونتنگ (۳۳)، یوزان (۳۴) و کیلوبوم و همکاران (۳۵) نیز در راستای پژوهش حاضر است.

در نتایج پژوهش آراسلی و همکاران (۱۸) همچنین بارکر و همکاران (۳۶) نیز هیچ یک از بیمارستانها نتوانستند انتظارات بیماران را برآورده سازند. جوزف و همکاران (۳۷) اشاره می کنند شکاف عملکرد خدمت (آنچه انتظاری رود و آنچه ارائه می شود) را میتوان با آموزش بهتر و بیشتر کارکنان کاهش داد.

قابلیت اطمینان و میزان همدلی را انتظارات بیماران بیشتر می کند. در خصوص کیفیت خدمات درک شده بین عوامل محسوس و قابلیت اطمینان با بیمه تکمیلی ارتباط معنادار وجود دارد که مسلماً داشتن بیمه تکمیلی امکان استفاده از هتلینگ بهتر و حاشیه اطمینان بیشتر را برای بیماران فراهم می کند. این پژوهش در بیمارستان های دولتی انجام شده اما در همین بیمارستان ها درمانگاه های شیفت عصر با دریافت هزینه بیشتر خدمات ارائه می کردند و این امر امکان مقایسه را فراهم آورده است.

در انجام این پژوهش محدودیت هایی نیز وجود داشت که از آن جمله می توان: عدم همکاری برخی از مصاحبه شوندگان (بیماران)، کمسودی یا بیسودی بیماران، مسن بودن و... که مانع از تمایل به انجام مطالعه می شد، برخی بیماران وضعیت مناسب جسمی برای شرکت در مطالعه را نداشتند و عدم همکاری برخی بیمارستانها که از مطالعه حذف شدند، اشاره کرد.

### تقدیر و تشکر:

این پژوهش حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران است. از کسانی که در این مطالعه همکاری کردند، مراجعین درمانگاهها، مدیران بیمارستانهای مورد مطالعه و پرسنل درمانگاهها، معاونت پژوهشی دانشکده و دانشگاه تشکر می شود.

یکی از ابعاد پاسخگویی، در دسترس بودن کادر پزشکی است. در صورتی که مسئولان مراکز درمانی بیمار را منتظر نگذارند، تعویض ملحفه، پانسمان و سرم به موقع انجام شود و داروها به موقع داده شود، بیمار احساس می کند که کادر پزشکی در دسترس است (۳۸). زمان نیز یک عنصر مهم 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 (۳۹). نتایج این مطالعه حاکی از این امر است که بین کیفیت خدمات درک شده و مورد انتظار در هر ۵ بعد شکاف منفی وجود داشته و این امر از عدم برآورده شدن انتظارات بیماران حکایت دارد. با توجه به این امر که بیشترین شکاف مربوط به بعد پاسخگویی کارکنان بوده است، رعایت برخی اصول از جمله: توجه به ظاهر کارکنان بیمارستان، 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 یکی از مهمترین مواردی که سبب افزایش اعتماد بین کادر پزشکی و بیماری شود و به کاهش شکاف موجود کمک خواهد کرد. در کنار این موارد ارتقا کیفیت اتاق انتظار و وسایل رفاهی کارکنان و سایر خدمات ارائه شده در کاهش شکاف خدمات موثر خواهد بود. در خصوص ارتباط معنا دار بین نوع بیمه و قابلیت اطمینان و همدلی چون بیمه باعث ایجاد حاشیه امن مالی البته تا حدودی با توجه به اجرای طرح تحول نظام سلامت می شود،

## References

- 1-Serkan A & Gökhan Ö. National customer satisfaction indices: an implementation in the Turkish mobile telephone market. *Journal of Marketing Intelligence & Planning*. 2005; 23(5): 486-504.
- 2-Kaplan RS, Norton DP. *The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Harvard Business Press; 2000.
- 3-Ghobadian A, Speller S, Jones M. Service quality: concepts and models. *International journal of quality & reliability management*. 1994; 11(9):43-66.
- 4-West E. Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *Quality in Health Care*. 2001; 10(1):40-48.
- 5-Sharma B, Gadenne D. An investigation of the perceived importance and effectiveness of quality management approaches. *The TQM Magazine*. 2001; 13(6):433-445.
- 6-Cheng Lim P, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2000; 13(7):290-299.
- 7-Sahney S, Banwet DK, Karunes S. An integrated framework for quality in education: Application of quality function deployment, interpretive structural modelling and path analysis. *Total Quality Management & Business Excellence*. 2006; 17(2):265-285.
- 8-Kang H, Bradley G. Measuring the performance of IT services: An assessment of SERVQUAL. *International journal of accounting information systems*. 2002; 3(3):151-164.
- 9-Çaha H. Service quality in private hospitals in Turkey. *Journal of Economic and Social Research*. 2007; 9(1):55-69.
- 10-Tan KC, Pawitra TA. Integrating SERVQUAL and Kano's model into QFD for service excellence

- development. *Managing Service Quality: An International Journal*. 2001;11(6):418-430.
- 11- Zafiroopoulos C. Student's attitudes about educational SERVICE quality. *The cyprus journal of sciences*. 2006;4:13-23.
  - 12- Arambewela R, Hall J. A comparative analysis of international education satisfaction using SERVQUAL. *Journal of Services Research*. 2006;6:141.
  - 13- Mirghafoori H, Zare-Abadi H. Analysis of hospital service quality using SERVQUAL model (Acase study of Shahid Rahnemon Hospital). *Yazd University Med Sciences Journal*. 2007;15:84-92. [In Persian].
  - 14- Wicks AM, Chin WW. Measuring the three process segments of a customer's service experience for an outpatient surgery center. *International journal of health care quality assurance*. 2008;21(1):24-38.
  - 15- Mostafa MM. An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2005;18(7):516-532.
  - 16- Anderson EA. Measuring service quality at the University of Texas MD Anderson Cancer Center. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1996;9(7):9-22.
  - 17- Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Family practice in Oxford Journals*. 2000;17(1):21-9.
  - 18- Arasli H, Haktan Ekiz E, Turan Katircioglu S. Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. *International Journal of health care quality Assurance*. 2008;21(1):8-23.
  - 19- Mirghafoori H, Zare Ahmadabadi H. Analysis of the Service Quality of Medical Centers Using Servqual Model (Case: Shaheed Rahnemoon Hospital). *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2007;15(2):84-92. [In Persian].
  - 20- Jana-Abadi H. Distance between patients' perceptions and expectations of service quality using SERVQUAL model health centers in Zahedan. *Payesh Health Monit*. 2011; 10: 449-455. [In Persian].
  - 21- Abolghasem Gorji H, Tabatabaei SM, Akbari A, Sarkhosh S, Khorasan S. Using the service quality gap's model (SERVQUAL) in Imam Khomeini teaching hospital: 2012. *Journal of Health Administration*. 2013;16(51):7-18. [In Persian].
  - 22- Kazemi M, fanodi S. Decrease Service quality gap In order to increase customer created value by SERVQUAL model (Case study: a public hospital in Mashhad). *Tomorrow Management*. 2012;3:11-33. [In Persian].
  - 23- Mohammadnia M, Delgoshahi B, Tofighi SH, Riahi L, Omrani A. Survey on Nursing Service Quality by SERVQUAL at Tehran Social Security Organization Hospitals. *Journal of Hospital*. 2010;8(3):68-73. [In Persian].
  - 24- Jamali R. Provide a model for improving the quality of education in higher education institutions SERVQUAL and QFD approach to fuzzy Graduate students at Yazd University. Master's Thesis executive Management 2011. Yazd University. [In Persian].
  - 25- 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). *Journal of Hospital*. 2015: 97-104. [In Persian].
  - 26- Ameryoun A, Dopeykar N, Nasiri T, Meskarpour Amiri M, Gholami-Fesharaki M, Karamali M. Assessment the Gap between Patients' Expectations and the Services Provided to them in Selected Hospitals of Tehran in 2012. *Journal of Police Medicine*. 2013;2(1):1-10. [In Persian].
  - 27- Tarrahi MJ, Hamouzadeh P, Bijanvand M, Lashgarara B. The quality of health care services provided in health care centers of Khorramabad using SERVQUAL model in 2010. *Yafteh Journal*. 2012;14(1):13. [In Persian].
  - 28- Muhammad Butt M, Cyril de Run E. Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *International journal of health care quality assurance*. 2010;23(7):658-673.
  - 29- Nekoei-Moghadam M, Amiresmaili M. Hospital services quality assessment: Hospitals of Kerman University of Medical Sciences, as a tangible example of a developing country. *International journal of health care quality assurance*. 2011;24(1):57-66. [In Persian].
  - 30- Ranjbar EM, Bahrami MA, ZARE AH, Nasiri S, Arab M, Hadizadeh F, Hataminasab SH. Gap analysis between perceptions and expectations of service recipients through Servqual approach in Yazd, Afshar Hospital. 2010: 75-85. [In Persian].
  - 31- Tabibi SJ, Gohari MR, Shari S, Aqababa S. Quality of services provided in outpatient clinics at hospitals in Tehran based on SERVQUAL Model. *Payavard Salamat*. 2011;5:49-56. [In Persian].
  - 32- Anderson EA. Measuring service quality at a university health clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1995;8(2):32-37.
  - 33- Olorunniwo F, Hsu MK, Udo GJ. Service quality, customer satisfaction, and behavioral intentions in the service factory. *Journal of Services Marketing*. 2006;20(1):59-72.
  - 34- Uzun Ö. Patient satisfaction with nursing care at a university hospital in Turkey. *Journal of Nursing Care Quality*. 2001;16(1):24-33.
  - 35- Kilbourne WE, Duffy JA, Duffy M, Giarchi G. The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality. *Journal of services Marketing*. 2004;18(7):524-533.
  - 36- Bakar C, Seval Akgün H, Al Assaf AF. The role of expectations in patient assessments of hospital care: an example from a university hospital network, Turkey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2008;21(4):343-355.
  - 37- Joseph M, Stone G, Anderson K. Insurance customers' assessment of service quality: a critical evaluation. *Journal of Small Business and Enterprise Development*. 2003;10(1):81-92.
  - 38- Juybari ML, Oskuyi HS, Ahmadi F. The relief nurse: Patient experiences and views. *Tehran University Medical Sciences*. 2005;12:59-68.
  - 39- Kaldenberg DO. Patient satisfaction and health status. *Health marketing quarterly*. 2001;18(3-4):81-101.

## Assessing the quality of services provided at outpatient clinics among hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences based on SERVQUAL Model in 2015

Submitted: 2016.7.17

Accepted: 2016.11.21

Haghshenas E<sup>1</sup>, Arab M<sup>2\*</sup>, Rahimi Foroshani A<sup>3</sup>, Movahed E<sup>4</sup>

### Abstract

**Background:** The quality of services is a comparison of the customer's perspective (expectations) with what it has received. If the expectations are more than perceptions, the quality of received services is not sufficient based on customer's view which resulted in his/her dissatisfaction. The present study performed with the purpose of determining the quality of provided and expected services to outpatients among hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences.

**Material and Methods:** The present study is a descriptive- analytics and cross sectional one which has been done in 2015. The study population included all outpatients attending hospital clinics affiliated to Tehran University of Medical Sciences. The sample size was calculated 225 participants based on formula. In order to data gathering in quality of provided and expected services, a 22-items standard questionnaire of Servqual was utilized. Data analysis performed by SPSS using paired t-test, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests.

**Results:** The study findings represented that there was a negative gap in the quality of services provided. The highest gap was related to accountability (-0.97) and the lowest gap related to tangibles factors (-0.69). Moreover, regarding to relationship between demographic variables with perceived service quality, there were significant relationship between insurance type with reliability and empathy dimensions and supplementary insurance with tangibles factors and reliability.

**Conclusion:** Negative gap (higher expectations than perception) in all aspects of quality improvement is required in all dimensions. Especially, it is necessary to adopt some strategies in the accountability dimension. Reforming management processes, reducing waiting times and increasing employees' motivation in order to achieve appropriate accountability are in this kind of strategies.

**Keywords:** Servqual, Quality of services, Outpatient, Clinic

<sup>1</sup> Msc. In Health care Management. Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\* Corresponding Author), Email: [arabmoha@tums.ac.ir](mailto:arabmoha@tums.ac.ir), Telefax: 02188989129

<sup>3</sup> Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> PhD in Health care Management, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran