فاصله میان ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات مراکز درمانی شهر زاهدان بـا اسـتفاده از مدل سروکوال

حسین جناآبادی: استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان
خدایار ابیلی: دانشیار، گروه مدیریت و برنامه ریزی آموزشی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران
ناصر ناستی زایی: * دانشجوی دوره دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه تهران و مربی گروه مدیریت و برنامه ریزی، دانشگاه سیستان و بلوچستان
نورمحمد یعقوبی: دانشیار، گروه مدیریت، دانشکده مدیریت، دانشگاه سیستان و بلوچستان

فصلنامه پایش
سال دهم شماره چهارم پاییز ۱۳۹۰ صص ۴۵۷-۴۴۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۲/۱۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۴ مهر ۱۳۹۰]

چکیده

همانند اکثر خدمات، کیفیت خدمات بهداشتی ـ درمانی نیز زودگذر و زوال پـذیر اسـت و رؤسـای بیمارسـتان‌هـا، پزشـکان و مـسؤلان ذی‌ربط به خوبی از این موضوع آگاهند، در نتیجه ارزیابی‌های مجدد کیفیت خدمات نه تنها برای درک کیفیـت زنـدگی افـراد بلکـه بـرای بهبود ارائه خدمات مجدد نیز ضروری است. هدف این مطالعه بررسی فاصله موجود میان ادراکات و انتظارات بیمـاران از کیفیـت خـدمات مراکز درمانی است.

این مطالعه ازنوع توصیفی ـ تحلیلی به صورت مقطعی بوده که در آن تعداد ۲۰۰ بیمار (حداقل با سه روز بـستری در بیمارسـتان هـای شهر زاهدان) به صورت نمونه گیری هدفمند از طریق پرسشنامه سروکوال پاراسورامان و همکاران در ۲ مرحلـه قبـل از مراقبـت و بعـد از مراقبت مورد مطالعه قرار گرفتند و یک بار ادراکات و بار دیگر انتظارات خود را در خصوص کیفیت خدمات درمانی بیان کردند.

بر اساس یافته‌های تحقیق، تفاوت‌هایی بین میانگین نمرات ادراک و انتظار در تمام ابعاد کیفیت وجود داشت. ایـن بـدان معناسـت کـه مراکز درمانی در مورد هیچ یک از مؤلفه های پنج گانه کیفیت خدمات نتوانسته‌اند به سطح انتظارات بیماران پاسخ دهند و همواره کیفیت درک شده از کیفیت مورد انتظار کمتر بوده است. اختلاف بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمـانی در ابعـاد ملموسـات (۰/۶۹-)، اطمینان (۰/۶۸۵-)، پاسخگویی (۰/۷۹۵-)، تضمین (۰/۷۵۵-)، همدلی (۰/۸۴-) و کیفیت کلی (۰/۷۷۵-) بود.

یافته‌هانشان داد بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب کیفیت خدمات درمانی فاصله وجود دارد که با برنامه ریزی، مـدیریت و آمـوزش صحیح می‌توان این فاصله را کاهش داد. کادر پزشکی همیشه باید این مطلب را مد نظر خویش قرار دهند که انتظار بیماران از آنان عـلاوه بر دارو درمانی، مهربانی، همدلی و غمخواری، اطمینان دادن، احترام گذاشتن، علاقه و توجه نشان دادن و نیـز احـساس مـسئولیت کـردن است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت خدمات، مراکز درمانی، الگوی سروکوال، انتظارات و ادراکات

* نویسنده پاسخگو: زاهدان، خیابان دانشگاه، دانشگاه سیستان و بلوچستان، گروه مدیریت و برنامه ریزی آموزشی
تلفن: ۰۵۴۱-۸۰۵۲۲۱۱
E-mail: n_nastie1354@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.5.6]

مقدمه

صاحبان حرفه و دانشگاهیان مفاهیمی مانند بازاریابی خدمات، بازاریابی هدفمند وبازاریابی جامع را مطرح کردند، اما امروزه به طور فزاینده‌ای پیرامون کیفیت خدمات (Service Quality)، رضایت مشتری (Customer's Satisfaction)، لذت و ارزش گفتگو می‌کنند [۱] و در نتیجه، مفهوم سازی و ارزیابی ادراکات مشتری (Customer Perception) مهم‌ترین موضوع در ادبیات تحقیق پیرامون کیفیت خدمات است [۲]. رضایت مشتری، کیفیت و مراقبت، موضوعات جهانی هستند که همه سازمان‌ها (کوچک و بزرگ، انتفاعی و غیرانتفاعی، جهانی و محلی) را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. اکثر سازمان‌ها با هدف بهبود رضایت مشتری و در نتیجه بقا و دوام خود علاقمند به ارزیابی استراتژی‌های کیفیت خدمات خود هستند و به همین دلیل مشتری را به عنوان شاخص کلیدی در این ارزیابی تلقی می‌کنند [۳].

این حقیقت دارد که ادراکات درباره کیفیت خدمات دارای ابعاد چندگانه است، اما هنوز توافقی عمومی پیرامون ماهیت این ابعاد وجود ندارد و به همین دلیل ارزیابی آن بسیار پیچیده و مشکل است [۴]. با این وجود، گسترش مفهوم رضایت مشتری در حیطه مراقبت‌های بهداشتی ـ درمانی، همانند سایر حیطه‌های خدمات، به شروع نهضت علمی ۱۹۸۰ [۵] خصوصاً در کشورهای پیشرفته برمی‌گردد.

ساسر و همکاران ابعاد سه گانه کیفیت را مواد و وسایل، تسهیلات و کارکنان [۶] می‌دانند و پاراسورمان ابعاد پنج گانه کیفیت را: ۱- توانایی پاسخگویی سریع به مسائل و شکایات مشتری و سرعت خدمات، ۲-ظاهر تمیز و منظم اجزای ملموس مثل تسهیلات، لباس کارکنان، ۳- توانایی ارائه درست و به موقع و قابل اطمینان خدمت، ۴- ایجاد اعتماد و اطمینان در مشتری و داشتن مهارت و صلاحیت حرفه ای کافی و ۵- توجه و ملاحظه در رفتار و رعایت شئونات انسانی [۷] می‌داند.

هدف اصلی از تلاش‌های اصلاحی در خدمات عمومی، ارائه خدمات مشتری گرا (Customer Oriented) و کوشش اصلی، در جهت تدارک خدمات با کیفیت است که نیازهای مشتریان را بر یک مبنای مداوم برآورده سازد. حد مورد نیاز مشارکت مشتری در روند خدمات رسانی بسیار متفاوت است و می‌تواند از کمترین شکل آن که تنها بیان صریح نیازمندی‌ها است تا نقطه‌ای که مشتری در آن عملاً به عنوان عضوی موقت در سازمان مطرح می‌گردد، متغیر باشد [۸]. مطالعات اولیه نیز در این زمینه نشان می‌دهد که بین رضایت مشتری و سودآوری (Profitability) سازمان رابطه تنگاتنگی وجود دارد [۹]. بسیاری از محققان، رضایت مشتری را به عنوان احساس خوشی (Good Feeling) یا ناخوشی (Disease) فرد در نظر می‌گیرند که از مقایسه ادراکات با انتظاراتش در زمینه محصول/خدمت دریافت شده منتج می‌شود [۱۱، ۱۰].

تعاریف مختلفی از کیفیت خدمات وجود دارد. به عنوان مثال، کیفیت خدمات به معنای برداشت کلی فرد درباره ضعف یا برتری سازمان و خدماتش است [۱۲]، در حالی که محققان دیگر [۱۴، ۱۳] کیفیت خدمات را به عنوان شکلی از نگرش در نظر می‌گیرند که بر اثر ارزیابی درازمدت ظاهر می‌شود. کیفیت خدمات به عنوان کارکردی از تفاوت بین انتظارات (Expectations) و عملکرد (Performance) به همراه ابعاد کیفیت (Quality Dimensions) است [۷]. بنابراین می‌توان پذیرفت کیفیت خدمات نوعی قضاوت است که مشتریان بر اساس ادراک خود پس از یک فرایند دریافت خدمت انجام می‌دهند که آنان با این قضاوت انتظارات خود را با خدماتی که دریافت آن را ادراک کرده‌اند مقایسه می‌کنند [۱۵]. منظور از انتظارات، خواسته‌های مشتریان است؛ یعنی آنچه آنها احساس می‌کنند که عرضه کننده خدمات بایستی ارائه نماید و ادراک به ارزشیابی مشتری از نحوه ارائه خدمت بر می‌گردد.

مراقبت سلامتی، پدیده‌ای پرهزینه، کاملاً پیچیده و جهانی است و خدماتی را مورد استفاده قرار می‌دهد که بر اقتصاد و کیفیت زندگی افراد به طور معناداری تأثیر می‌گذارد و همچنین یکی از سریع‌ترین حیطه‌های رو به گسترش در خدمات اقتصادی هستند [۱۶]. این رشد تا حدودی مدیون جمعیت سالخورده، افزایش فشارهای رقابتی (Competitive pressures)، گسترش مشتری مداری و ظهور شیوه‌های درمان و فناوری‌های جدید [۱۷] است. مدیران مراکز بهداشتی ـ درمانی با مسائل و مشکلات چالش برانگیزی در این زمینه مواجه هستند [۱۸] به عنوان مثال، آمریکا در زمینه مراقبت‌های سلامتی در سال ۲۰۰۶ بیش از ۲ تریلیون دلار (تقریباً برای هر نفر ۷۰۰۰ دلار) هزینه کرده است [۱۹]. با وجود این تنها حدود ۴۴ درصد افراد از کیفیت خدمات سلامتی رضایت داشتند [۲۰].

در حال حاضر، مبحث کیفیت در مراقبت های بهداشتی ـ درمانی طلایه دار توجهات حرفه‌ای، سیاسی و مدیریتی است؛ زیرا نه تنها به عنوان ابزاری برای رسیدن به پشتیبانی بیشتر، مزایای رقابتی و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.5.6]

سودآوری طولانی مدت در نظر گرفته می‌شود، بلکه به عنوان رویکردی جهت رسیدن به پیامدهای بهداشتی ـ درمانی برای ارباب رجوع مطرح می‌شود و در نتیجه کیفیت خدمات می‌تواند یک راهبرد مهم برای سازمان‌های بهداشتی ـ درمانی تلقی گردد.

در رویکرد سنتی، ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی ـ درمانی با استفاده از معیارهای عینی (Objective Criteria) از قبیل میزان مرگ و میر و شیوع بیماری‌ها انجام می‌شد. اگرچه این شاخص‌ها برای ارزیابی کیفیت خدمات بالینی ضروری هستند، اما امروزه اغلب ارزیابی‌های ذهنی‌تر (More Mental Evaluation) رایج‌تر شده‌اند. در حقیقت، حیطه مراقبت‌های بهداشتی ـ درمانی از رویکرد عرضه خدمات (Supply Services) به سوی ارزیابی کیفیت خدمات در حرکت است و در این راستا نقش بیماران در تعریف کیفیت خدمات می‌تواند به عنوان معیار رقابتی مهم در نظر گرفته شود [۱۷]. در نتیجه ارائه دهندگان خدمات در تلاش هستند تا ابزارهای ارزیابی کیفیتی را که به طور معناداری بر مشتری محوری تأکید می‌کنند، به کار ببرند [۲۱]. خدمات بهداشتی ـ درمانی برای افراد، بدون توجه به ویژگی‌ها و خصوصیات آنها، فراهم می‌شوند و به همین دلیل افراد جزء لاینفک در ارزیابی این نوع خدمات هستند و بیماران در هر محلی که خدمات را دریافت می‌کنند (مطب یا بیمارستان) می‌توانند به ارزیابی کیفیت آن بپردازند.

از نظر اکثر بیماران کیفیت به عنوان تلاش‌های پزشکان که شامل هرگونه تلاش ممکن برای بیماران است، تعریف می‌شود [۲۲]. کیفیت هنگامی به دست می‌آید که کادر پزشکی به درستی به بیمار کمک کند تا به سطح مطلوب سلامتی دست یابد [۲۳].

کارآمدی خدمات بهداشتی ـ درمانی یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت است؛ زیرا منابع مراقبت‌های بهداشتی ـ درمانی محدود هستند. سرویس‌های خدماتی کارآمد در حالی که که حداکثر بهره را از منابع موجود می‌برند، مراقبت‌های بهینه، حداکثر مراقبت، را برای بیماران و جامعه فراهم نمی‌کنند. در واقع کارآمدی نظام، اشاره به پایین آوردن هزینه‌ها بدون آن که کاهشی در نتایج مطلوب رخ دهد، دارد [۲۴].

توجه به کیفیت خدمات در بخش سلامت و به ویژه بیمارستان‌ها در ایران از موضوعات مورد توجه بوده و هست؛ به طوری که کنترل بر تمامی واحدهایی که در زمینه بهداشت و درمان در کشور فعالیت می‌کنند، طبق قانون از وظایف مهم و اساسی وزارت بهدشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب می‌شود و طی سال‌های ۱۳۶۳-۱۳۴۶ تهیه و تنظیم ضوابط و معیارها و کنترل واحدهای درمانی به هنگام شروع برنامه سوم عمرانی در قالب مجموعه‌ای از چک لیست‌ها شکل گرفت. این روند تا سال ۱۳۶۵ که دستورالعمل چگونگی کنترل مؤسسات و مراکز درمانی تدوین گردید، ادامه یافت و در سال ۱۳۷۶ دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور تنظیم گردید. در سال‌های اخیر نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متعهد گردیده است تا سال ۱۳۸۶ شاخص‌های کیفیت را در جهت کنترل کیفیت خدمات بیمارستانی تدوین نماید [۸].

ضرورت پرداختن به ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی ـ درمانی را می‌توان از زوایای گوناگون بررسی کرد. در بخش خدمات بهداشتی، موضوع کیفیت دارای جایگاه ویژه‌ای است؛ زیرا وظیفه و رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه بر عهده این بخش است. بیمارستان‌ها مهم‌ترین عنصر نظام مراقبت بهداشتی هستند که از نظر منابع حدوداً ۵۰ درصد از مخارج مراقبت بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند[۸] و بنابر این ارزیابی کیفیت خدمات آنها ضروری به نظر می‌رسد.

در سالیان اخیر توجه دولت به ارائه خدمات با کیفیت به مردم بیش از گذشته نمایان شده است. با توجه به این که بیمارستان‌های شهر زاهدان دارای مالکیت دولتی هستند، مسؤلان مایلند به منظور جلب اعتماد مردم و افزایش سرمایه اجتماعی، خدماتی ارائه نمایند که رضایت مردم و شهروندان و سطح مشارکت آنان را در فعالیت‌های اجتماعی افزایش دهند. در نتیجه در مدیریت دولتی نوین، دولت‌ها با این پرسش مواجه هستند که چگونه می‌توانند خدماتی سریع‌تر، بهتر، کم هزینه‌تر و با کیفیت بالاتر ارائه دهند [۲۵].

کیفیت خدمات می‌تواند به عنوان یک ابزار راهبردی جهت موفقیت در موقعیت‌های رقابتی به کار برده شود و مراکز درمانی بایستی برای کسب و دستیابی به کیفیت برتر بکوشند [۲۶] و دستیابی به خدمات عاری از نقص نیازمند تلاش‌های مستمر برای بهبود کیفیت ارائه خدمات است [۲۷].

از طرف دیگر، همانند اکثر خدمات، کیفیت خدمات بهداشتی ـ درمانی نیز زودگذر و زوال پذیر است و رؤسای بیمارستان‌ها و پزشکان به خوبی از این موضوع آگاهند. در نتیجه ارزیابی و ارزیابی‌های مجدد کیفیت خدمات نه تنها برای درک کیفیت زندگی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.5.6]

افراد، بلکه برای بهبود ارائه خدمات مجدد نیز ضروری است. همچنین تحقیقات گوناگون نشان داد که بین کیفیت خدمات و رضایتمندی مشتری و درنتیجه بقا و دوام سازمان رابطه وجود دارد.

با توجه به این که یکی از مهم‌ترین گروه‌ها در ارزیابی کیفیت خدمات درمانی بیماران هستند. این مطالعه به دنبال بررسی نظرات این گروه است. بیمار در بیمارستان محور اصلی است و همه خدمات بیمارستانی برای او انجام می‌شود. رضایت او نشان دهنده انجام صحیح خدمات بوده و این رضایت نمی‌تواند صرفاً از تکنولوژی بالا به دست آید، بلکه بیشتر ناشی از رفتار کارکنان و عملکرد آنهاست. در واقع مشتری باید مشخص نماید که چه جنبه‌هایی از خدمت سودمندترین است و نه آن که ارائه دهنده خدمات آن را مشخص سازد.

بنابراین هدف اصلی این مطالعه بررسی فاصله موجود بین انتظارات و ادراکات بیماران درباره کیفیت خدمات درمانی با استفاده از مدل سروکوال در پنج زیر مقیاس ملموسات، پاسخگویی، تضمین، همدلی و قابلیت اعتماد است. در ضمن ابعاد کیفیت با توجه به متغیرهای جنسیت، سن، تحصیلات و مدت زمان بستری بیماران مورد بررسی قرار می‌گیرند.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی ـ تحلیلی، به صورت مقطعی بوده که جمعیت مورد مطالعه آن بیماران بیمارستان‌های شهر زاهدان (با حداقل ۳ روز بستری) بوده که به صورت نمونه گیری هدفمند تعداد ۲۰۰ بیمار برحسب حجم بیمارستان‌ها و بخش‌ها مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه سروکوال پاراسورامان و همکارانش استفاده شد. با کمک این ابزار پاسخگویان انتظارات خود را از یک سازمان در حوزه‌ها و ابعاد معین می‌سنجند و متعاقباً از آنها خواسته می‌شود که ادراک خودشان از عملکرد دریافتی سازمان در همان مشخصات رتبه بندی نمایند. وقتی رتبه بندی عملکرد دریافت شده پایین‌تر از انتظار باشد، نشانه کیفیت ضعیف است و بالعکس. این الگو مقبولیت زیادی در سطح جهان یافته است و در صنایع خدماتی مختلف از قبیل مدارس پزشکی، بیمارستان‌ها، خرده فروشی‌ها و فروشگاه‌های زنجیره‌ای، مؤسسات آموزش عالی و دانشگاه‌ها، مؤسسات گردش گری، بانک‌ها، هتل‌ها و غیره مورد استفاده قرار گرفته است [۲۸]. آنان بر اساس ایده شکاف میان انتظارات و ادراکات، پنج بعد اصلی کیفیت خدمات را مشخص کردند که عبارتند از: ۱- ملموسات (جذابیت تسهیلات، تجهیزات، آراستگی ظاهر کارکنان، ظاهر مناسب، موارد مکتوب)، ۲- پاسخگویی (تمایل به کمک به مشتریان و فراهم ساختن سریع خدمات)، ۳- تضمین (توانایی انجام خدمات تعهد شده به طور مطمئن، دقیق و صحیح در زمان موعود)،۴- قابلیت اعتماد (دانش، ادب و توانایی کارکنان برای ایجاد اعتماد و اطمینان خاطر در مشتریان) و ۵- همدلی (درک مشکلات، هم دردی و توجه فردی به مشتریان) [۲۹].

در این مطالعه دو بخش پرسشنامه جهت ارزیابی کیفیت درک شده (تجربه شده) طراحی گردید؛ یک بخش مربوط به انتظارات بیماران از کیفیت خدمات است و بخش دوم به ادراک بیماران از کیفیت خدمات دریافت شده مربوط است. هر بخش در بر گیرنده سه گروه اطلاعات است: الف) اطلاعات مربوط به مشخصات جمعیتی ب) عبارت مربوط به ابعاد مختلف کیفیت خدمات و ج) سؤال مربوط به اهمیت نسبی ابعاد کیفیت خدمات از نقطه نظر بیماران. اعتبار و پایایی این ابزار توسط کبریایی در ایران مورد مطالعه قرار گرفته است [۳۰]. پرسشنامه حاوی ۲۲ گویه بود که ۴ گویه به بعد ملموسات، ۴ گویه به بعد تضمین، ۴ گویه به بعد پاسخگویی، ۵ گویه به بعد همدلی و ۵ گویه به بعد قابلیت اعتماد می‌پرداخت که بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده و به صورت مصاحبه از بیماران تکمیل گردید.

بیماران ۲ بار به آن پاسخ دادند. بدین ترتیب که یک بار قبل از مراقبت، از آنها درباره وضع مطلوب کیفیت مراقبت (انتظار آنها از کیفیت مراقبت) پرسیده شد و بار دیگر پس از مراقبت، دیدگاه آنها درباره وضع موجود کیفیت خدمات (ادراک آنها از کیفیت مراقبت) مورد پرسش قرار گرفت تا بدین ترتیب مشخص گردد که آیا وضع موجود یا وضع مطلوب کیفیت خدمات ارائه شده از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات با هم تفاوتی دارد؟ اگر تفاوت وجود دارد شکاف کیفیت چقدر است و هر یک از ابعاد پنجگانه کیفیت خدمات چه سهمی در ایجاد این شکاف دارند.

نحوه نمره گذاری پرسشنامه به این شرح بود: (۱= کاملاً نامناسب/کاملاً بی اهمیت، ۲ = نامناسب/ بی اهمیت، ۳= متوسط/تاحدودی، ۴= مناسب/ مهم و ۵= کاملاً مناسب/ خیلی مهم). همچنین میانگین نمرات برای هر پنج بعد کیفیت خدمات بین نمره ۱ تا ۵ بود. روایی این پرسشنامه از طریق مطالعه و تأیید گروهی از صاحب نظران در همان زمینه تعیین شده و برای محاسبه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.5.6]

پایایی آن از ضریب آلفا کرانباخ استفاده شده است که مقدار ضریب محاسبه شده ۰/۸۷ بود.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۲۰۰ بیمار شرکت داشتند که (۵۹ درصد) مرد، (۶۱/۵ درصد) بی سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی، (۳۱ درصد) بالای ۳۰ سال و (۴۴/۵ درصد) سابقه ۳ روز بستری شدن را داشتند (جدول شماره ۱). برای ارزیابی کیفیت خدمات درمانی، نمرات ادراکات و انتظارات بیماران با استفاده از آزمون ویلکاکسون مورد تحلیل قرار گرفتند که یافته‌های مربوطه در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول شماره۱- وضعیت جمعیتی بیماران

مشخصات	تعداد	درصد
جنسیت		
زن	۸۲	۴۱
مرد	۱۱۸	۵۹
سن (سال)		
زیر ۲۰	۴۷	۲۳/۵
۲۰-۲۵	۴۳	۲۱/۵
۲۶-۳۰	۴۸	۴۸
بالاتر از ۳۰	۶۲	۶۲
سطح تحصیلات		
بی سواد و ابتدایی	۱۲۳	۶۱/۵
متوسطه و زیر متوسطه	۶۰	۳۰
تحصیلات دانشگاهی	۱۷	۱۷
مدت زمان بستری شدن (روز)		
۳	۸۹	۴۴/۵
۴-۷	۷۴	۳۷
بیش از ۷	۳۷	۱۸/۵

جدول شماره ۲- میانگین نمرات ادراک، انتظار و اختلاف در ابعاد پنجگانه کیفیت خدمات درمانی

ابعاد کیفیت	میانگین نمرات ادراک معیار (۱-۵)	میانگین نمرات انتظار معیار (۱-۵)	اختلاف کیفیت	نتایج آزمون ویلکاکسون	
				Z	P
ملموسات	۴/۲۵۵	۴/۹۴۵	-۰/۶۹	-۹/۳۴۵	<۰/۰۰۰۱
اطمینان	۴/۱۹۵	۴/۸۸	-۰/۶۸۵	-۸/۹۳۳	
پاسخگویی	۴/۱۳	۴/۹۲۵	-۰/۷۹۵	-۹/۸۰۷	
تضمین	۴/۰۸	۴/۸۳۵	-۰/۷۵۵	-۸/۳۷۲	
همدلی	۳/۹۷۵	۴/۸۱۵	-۰/۸۴	-۸/۶۳۰	
کیفیت کلی	۴/۱۷۵	۴/۹۵	-۰/۷۷۵	-۹/۳۸۴	

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد تفاوت‌های بین میانگین نمرات ادراک و انتظار در تمام ابعاد کیفیت وجود دارد و این بدان معناست که مراکز درمانی در مورد هیچ یک از مؤلفه‌های پنج گانه کیفیت خدمات نتوانسته‌اند به سطح انتظارات بیماران پاسخ دهند و همواره کیفیت درک شده از کیفیت مورد انتظار کمتر بوده است.

در ضمن یافته‌های فوق با توجه به متغیرهای جنسیت، سن، تحصیلات و مدت زمان بستری بیماران مورد تحلیل قرار گرفتند که نتایج آن در جدول‌های شماره ۳ و ۴ گزارش شده است.

جدول شماره ۳- یافته‌های تحقیق با توجه به متغیر جنسیت بیماران

ابعاد کیفیت	اختلاف کیفیت	Z	P
ملموسات	۰/۲۰۹	-۱/۲۵۷	-۰/۱۳۶
اطمینان	۰/۷۶۷	-۰/۲۹۶	-۰/۱۰۶
پاسخ گویی	۰/۱۴۵	-۱/۴۵۸	-۰/۲۷۲
تضمین	۰/۰۸۳	-۱/۷۳۲	-۰/۳۰۸
همدلی	۰/۲۴۷	-۱/۱۵۷	-۰/۱۸۳
کیفیت کلی	۰/۱۹۳	-۱/۳۰۱	-۰/۱۷۶

جدول شماره ۴- یافته‌های تحقیق با توجه به متغیرهای سن، تحصیلات و مدت زمان بستری بیماران

	ملموسات	اطمینان	پاسخ گویی	تضمین	همدلی	کیفیت کلی
سن						
χ^2	۲/۴۸۶	۳/۴۵۵	۵/۶۵۶	۱/۰۰۳	۲/۱۹	۲/۳۲۶
DF	۳	۳	۳	۳	۳	۳
P	۰/۴۷۸	۰/۳۲۷	۰/۱۳	۰/۸	۰/۵۳۴	۰/۵۰۸
تحصیلات						
χ^2	۰/۸۶۲	۳/۶۸	۴/۴۱۵	۲/۴۹۸	۱/۵۷۶	۰/۶۴۶
DF	۲	۲	۲	۲	۲	۲
P	۰/۶۵	۰/۱۵۹	۰/۱۱	۰/۲۸۷	۰/۴۵۵	۰/۷۲۴
مدت زمان بستری						
χ^2	۰/۶۷۱	۰/۶۳	۳/۷۰۱	۳/۰۳	۱/۹۵۷	۰/۷۸۸
DF	۲	۲	۲	۲	۲	۲
P	۰/۷۱۵	۰/۷۳	۰/۱۵۷	۰/۲۲	۰/۳۷۶	۰/۶۷۴

یافته‌های جدول‌های شماره ۳ و ۴ نشان می‌دهد تفاوت معناداری در زمینه اختلاف بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات دریافتی با توجه به متغیرهای جنسیت، سن، تحصیلات و مدت زمان بستری وجود ندارد و دیدگاه بیماران با توجه به متغیرهای فوق یکسان است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.5.6]

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی شکاف میان ادراکات و انتظارات از کیفیت خدمات مراکز درمانی شهر زاهدان با استفاده از ابزار سروکوال انجام گرفت. ابزار فوق کیفیت خدمات را در پنج بعد ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، تضمین و همدلی مورد بررسی قرار می‌دهد. در این راستا تمرکز مطالعه بر بیماران به عنوان جمعیت مورد مطالعه بود.آکلند معتقد است که کیفیت، برآورده ساختن نیازها و خواسته‌های مشتریان است و از این رو این مشتریان هستند که می‌توانند آن را مشخص سازند. او همچنین بر روابط مشتریان و عرضه کنندگان خدمات تأکید می‌کند و بیان می‌دارد که نظام کیفیت باید بر پیشگیری محور باشد نه درمان نگر [۶]. در این مطالعه از نظر ابعاد کیفیت، بیشترین میانگین نمره در بعد ملموسات (۴/۲۵۵) و کم‌ترین میانگین نمره در بعد همدلی (۳/۹۷۵) بود که این یافته با یافته‌های محمدی و همکاران [۶] همخوانی دارد. دیگر یافته‌های تحقیق نشان داد مراکز درمانی در مورد هیچ یک از مؤلفه‌های پنج گانه کیفیت خدمات نتوانسته‌اند به سطح انتظارات بیماران پاسخ دهند و همواره کیفیت درک شده از کیفیت مورد انتظار کمتر بوده است (جدول شماره ۲).

یافته‌ها نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمانی در بعد ملموسات تفاوت معناداری وجود دارد. یکی از مهم‌ترین عوامل فیزیکی و ظاهری در افزایش رضایت بیماران، تجهیزات پزشکی مراکز درمانی است. تجهیزات پزشکی با تشخیص و درمان سریع و صحیح، میانگین مدت اقامت بیماران را کاهش داده و از طرف دیگر عملکرد بیمارستان را بهبود می‌بخشند [۳۱].یکی دیگر از ابعاد ملموسات، ظاهر هر شخص در محیط کاری است که در بهبود کیفیت خدمات اهمیت زیادی دارد. در تحقیق مدنی و همکاران مشخص شد بیشترین رضایت بیماران مربوط به تمیزی لباس و نظافت شخصی کادر پزشکی بوده است [۳۲]. بنابراین جای دارد که مسئولان بخش‌های خدمات درمانی با رسیدگی به وضعیت ظاهری و فیزیکی محیط بیمارستان و کارکنان آن و تجهیز بیمارستان‌ها به تجهیزات جدید و روزآمد تا حد زیادی ارزیابی‌های ذهنی بیماران از کیفیت خدمات درمانی را مثبت سازند.

یافته‌ها نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمانی در بعد پاسخگویی تفاوت معناداری وجود دارد. 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، داروها به موقع داده شود بیمار احساس می‌کند که کادر پزشکی در دسترس است [۳۳]. زمان نیز یک عنصر مهم در بعد پاسخگویی بوده و بیماران از مراکزی که زمان جلسات درمانی را با توجه به مشاغل آنان تعیین می‌کنند، سریع بیمار را مورد پذیرش قرار می‌دهند، زمان و مدت درمان را برای بیمار تعریف می‌کنند و به نظر بیمار در ارتباط با تعداد جلسات هفتگی، مدت درمان و زمان درمان توجه می‌کنند، رضایت بالاتری دارند [۳۵، ۳۴].

یافته‌ها نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمانی در بعد همدلی تفاوت معناداری وجود دارد. برخورد صحیح، فراهم کردن یک حمایت معنوی همه جانبه (مواردی مانند امیدواری دادن به بیمار، همدلی با بیمار، تشویق کردن بیمار در جهت پیمودن روند بهبودی) همراه با دارو درمانی می‌تواند در بهبود حال بیمار مؤثر واقع شود. از لحاظ اخلاقی، سالم بودن محیط مراکز درمانی، یک زمینه مناسب را برای ارتقای بهبودی بیماران فراهم می‌نماید و بیمارانی که در یک محیط ناسالم قرار دارند از شانس کمتری برای بهبودی برخوردار هستند [۳۶]. در بخش خدمات درمانی چون فرایند بر روی یک انسان صورت می‌پذیرد و هر انسانی دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص خود است، باید به هرکدام از آنها توجه ویژه و خاصی شود و برای جبران این شکاف به نظر می‌رسد که آموزش دروس روان شناسی به خصوص روان شناسی، ویژگی‌های فردی می‌تواند کمک مؤثری باشد [۳۷].

یافته‌ها نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمانی در بعد اعتماد تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه بر انجام کارها مطابق تعهدات داده شده، میزان علاقه مندی کارکنان در انجام کارها و ارائه خدمات، نحوه صحیح انجام خدمات در اولین مراجعه، ارائه خدمات در زمان وعده داده شده و نگهداری دقیق سوابق و پرونده مراجعه کنندگان یکی از مهم‌ترین مواردی که سبب افزایش اعتماد بین کادر پزشکی و بیمار می‌شود بحث حقیقت گویی است. حقیقت گویی در حرفه پزشکی عبارت است از ارائه اطلاعات لازم به بیمار برای ایجاد توانایی جهت اخذ تصمیم‌های آگاهانه راجع به مراقبت‌های پزشکی و سایر جنبه‌های زندگی و آگاه ساختن وی از وضعیتی که در آن قرار دارد [۳۸]. واژه بیان حقایق، فقط در زمینه بیان اطلاعات لازم برای تصمیم گیری درمانی بیماران به کار نمی‌رود، بلکه دربرگیرنده تمامی جنبه‌های مربوط به سلامت فرد، حتی اگر در فرد منجر به تصمیم گیری درمانی نشود،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.5.6]

است [۳۹]. از آنجا که بیماران به علت داشتن بیماری دچار استرس و ناراحتی هستند، می‌توان با ارائه اطلاعات درست و به موقع در زمینه بیماری، مراحل و مدت درمان به کاهش شکاف در بعد اعتماد اقدام کرد.

یافته‌ها نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمانی در بعد تضمین کیفیت تفاوت معناداری وجود دارد. تضمین کیفیت (Quality Assurance) در برگیرنده تمام قواعد و فعالیت‌هایی است که برای حفظ، تداوم و ارتقای کیفیت ضروری هستند [۴۰]. به لحاظ فقدان کمیته تضمین کیفیت در بیمارستان‌های ایران، مشکلات عدیده‌ای در عرضه خدمات مطلوب به بیماران وجود دارد. در تمام کشورهای پیشرفته، سال‌های مدیدی است که کمیته تضمین کیفیت زیر نظر مدیر بیمارستان و با ترکیب نمایندگان سایر بخش‌های بیمارستان تشکیل شده است که با شرح وظایف و برنامه‌های مشخص، موجبات اجرائی‌تر شدن برنامه‌های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی را فراهم نموده‌اند. در ایران نیز اخیرا با تمایل بیمارستان‌ها به کسب گواهی نامه‌های ایزو و تشکیل کمیته‌های مدیریت کیفیت گام‌های اولیه برداشته شده است [۸].

با توجه به این که بیماران ناراضی کمتر از سایر بیماران، دستورات پزشک و استفاده صحیح از داروها را رعایت می‌کنند و روند بهبود این بیماران کندتر از سایرین است [۴۱]، بنابراین لازم است مراکز درمانی به ارزیابی مستمر کیفیت خدمات خویش بپردازند، زیرا بهبود کیفیت خدمات درمانی، بیماران را به انجام صحیح و به موقع دستورالعمل‌های درمانی خویش ترغیب نموده و موجب تسریع پیشرفت معالجات و دستیابی به هدف اصلی درمان یعنی بهبود بیماران می‌گردد. کادر پزشکی همیشه باید این مطلب را مد نظر خویش قرار دهد که انتظار بیماران از آنان علاوه بر دارو درمانی، مهربانی، همدلی و غمخواری، اطمینان دادن، احترام گذاشتن، علاقه و توجه نشان دادن و نیز احساس مسئولیت کردن است.

با توجه به یافته‌های این مطالعه، جهت کاهش شکاف میان ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات مراکز درمانی راهکارهای ذیل پیشنهاد می‌گردد:

رفتار و برخورد متواضع به همراه رعایت شئونات انسانی با بیماران، پاسخگویی سریع به مشکلات بیماران، مجهز نمودن مراکز درمانی به جدیدترین تجهیزات پزشکی، مجهز نمودن کادر پرستاری و پزشکی به آخرین مهارت‌ها و دانش‌های علمی، اطلاع رسانی دقیق و کامل درباره بیماری و درمان آن به بیماران. هر چند که در این مطالعه یافته‌های تحقیق با توجه به متغیرهای جنسیت، سن، تحصیلات و مدت زمان بستری بیماران مورد تحلیل قرار گرفتند، پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات دیگر، کیفیت خدمات دریافتی با توجه به متغیرهای محل سکونت، سطح درآمد، دفعات مراجعه، نوع بیماری بیماران، بخش ارائه خدمات مورد مطالعه قرار گیرد.

سهم نویسندگان

حسین جناآبادی: طراحی و ارائه طرحنامه

خدایار ابیلی: طراحی و ارائه طرحنامه

ناصر ناستی زایی: مجری طرح، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، تهیه مقاله

نورمحمد یعقوبی: تحلیل داده‌ها

تشکر و قدردانی

در پایان برخود لازم می‌دانیم از زحمات کلیه کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند، خصوصا آقای سجاد کاظمی و خانم مهدیه هزاره مقدم که در توزیع و جمع آوری پرسشنامه‌ها نقش داشتند تشکر و قدردانی نماییم.

منابع

1. Niraj R, Mahendra G, Chakarvarti N. Customer profitability in a supply chain. Journal of Marketing 2001; 65: 1-16

2. Brady MK, Cronin J. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. Journal of Marketing 2001; 65: 34-49

3. Kaplan RS, Norton DP. The strategy-focused organization: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment. 1 st Edition, Harvard Business School Press: UK, 2001

4. Carman JM. Consumer perceptions of service quality: an Assessment of the Servqual dimensions. Journal of Retailing 1990; 66: 33-55

5. Woodside AG, Lisa LG, Robert TD. Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention. Journal of Health Care Marketing 1989; 17: 61-68

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.5.6]

6. Mohammadi A, Eftekhare Ardabili H, Akbari Hagigi F, Mahmudi M, Purreza A. Measurement quality of services based on expectations and perceptions of patients in the hospital of Zanjan. Journal of School Health and Health Research Institute 2003; 2: 71-84 [Persian]
7. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing 1985; 49; 41-50
8. Logmaniyan MKh, Tabibi SJ, Karimi A, Delgoshayi B. Design quality assurance model for hospital services in Iran. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2008; 36: 209-308 [Persian]
9. Reichheld FF, Sasser WE. Zero defections: quality comes to services. Harvard Business Review 1990; 68: 105-12
10. Brady MK, Robertson CJ. Searching for a consensus on the antecedent role of service quality and satisfaction: an exploratory cross-national study. Journal of Business Research 2001; 51: 53-60
11. Lovelock CH., Patterson PG, Walker RH. Services marketing: an Asia-Pacific perspective. 2nd Edition, Prentice Hall: Australia, 2001
12. Bitner MJ, Booms BH, Mohr LA. Critical service encounters: the employee viewpoint. Journal of Marketing 1994; 58: 95-106
13. Cronin JJ, Taylor SA. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. Journal of Marketing 1994; 58: 125-31
14. Taylor SA; Cronin JJ. Modeling patient satisfaction and service quality. Journal of Health Care Marketing 1994; 14: 34-44
15. Ruset RT; Lemon KN, Zeithaml V. Return on marketing: using customer equity to focus marketing strategy. Journal of Marketing 2004; 68: 109-27
16. Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. Social Science & Medicine 2001; 52: 1359-70
17. O'Connor SJ, Trinh H, Shewchuk RM. Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality. Health Care Management Review 2000; 25: 7-23
18. Berry LL, Bendapudi N. Health care: a fertile field for service research. Journal of Service Research 2007; 10: 111-22
19. Heffler S, Sheila S, Sean K, Christine BM, Kent C; Christopher TUS. Health spending projections for 2004-2014. Health Affairs-Web Exclusive 2005; 5: 74-85
20. ABC News/Kaiser Family Foundation/USA Today Survey Project . Health Care in America 2006 Survey, 2006 October 15. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation
21. Clemens ML, Lucie KO, Walter LL. Patients' perceptions of service quality dimensions: an empirical examination of health care in New Zealand. Health Marketing Quarterly 2001; 19: 3-22
22. Piligrimiene Z, Bucionien I. Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? Engineering Economics 2008; 1: 104-10
23. Helminen SE. Quality of care provided for young adults and adolescents in the Finnish public oral health service / Academic dissertation, Helsinki, 2000
24. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. 1 st Edition, Oxford University Press: Oxford, 2003
25. Reyahi B, Alvani SM. New theory of total quality management in the public sector in Iran, Tahavole Edari 2003; 41-42: 41-84 [Persian]
26. Lim PC, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. International. Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership Health Services 2000; 13: 290-9
27. Tang KH, Nelson KH. Study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership Health Services 1995; 8: 25-33
28. Hagigi M, Mogimi M, Kimasi M. Service loyalty: effects of service quality and mediator role of customer satisfaction. Knowledge Management 2003; 16: 53-72 [Persian]
29. Wong A, Sohal A. Service quality and customer loyalty perspectives on two levels of retail relationships. Journal of Service Marketing 2003; 17: 495-513
30. Agamolayi T, Zare Sh, Kebriyayi A, Pudat A. Quality primary health care from the perspective of women referred to Bandar Abbas health centers. Payesh 2008, 7: 121-27 [Persian]
31. Ameriyun A, Asani BH, Mohebi H. Medical equipment maintenance management in two selected military hospitals. Military Medicine 2010; 9: 189-95
32. Madani SG, Farzan A, Rabiyi M. The study Patient satisfaction of medical services, nursing. Nursing and Midwifery Research 2005, 9: 15-22 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.5.6]

33. Mahasti Juybari L, Hagdust Oskuyi SF, Ahmadi F. The relief nurse: patient experiences and views. Tehran University of Medical Sciences 2005, 12: 59-68 [Persian]
34. Kaldenberg DO. Patient' satisfaction and health status. Health Mark Quarterly 2001; 18: 81-101
35. Corley MC, Jacobs M. Patient satisfaction with participation in decision making. Nursing Administration Quarterly 2000; 24: 83-86
36. Dapuye Sh. Survey of relevant factors associated with improved recovery in patients with schizophrenia referred to Roozbeh hospital. PhD thesis, Tehran University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, 2001 [Persian]
37. Mogbel Baarz A, Mohammadi A. The study quality provided in health care centers in Fars Province. Journal of Social Sciences and Humanities: Shiraz University 2003; 19: 54-63 [Persian]
38. Hebert PC, Hoffmaster B, Glass KC, Singer PA. Bioethics for clinicians: 7 truth telling. Canadian Medical Association Journal 1997; 156: 225-28
39. Kazemiyan A, Parsapur A. The study view of physicians about the facts relating to difficult refractory patients. Ethics in Science and Technology Journal 2006; 1: 61-67 [Persian]
40. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. Quality in Health Care 1992; 1: 247-51
41. Khademi Z. Understanding the relationship between patients 'and nurses' caring behaviors in a hospital affiliated to Tehran University of Medical Sciences, Master thesis. Tehran University of medical Sciences, 2002

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.5.6]