



مقایسه انتظارات بیماران با ادراکات آنها از کیفیت خدمات بهداشتی درمانی در بیمارستان های آموزشی شهرستان نیشابور با استفاده از مدل سروکوال

الهه دقیق بین^{۱*}، یزدان عبدالمحمدی^۲

۱- گروه مامایی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۲- گروه پرستاری، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده	مقاله پژوهشی اصیل
مقدمه در حال حاضر برآورده کردن نیازها و انتظارات بیماران از اهداف اصلی سازمان های ارائه کننده ی خدمات سلامت بشمار می آید. با توجه به این که آگاهی از ادراکات و انتظارات بیماران نقش مهمی در ارائه ی بهتر و با کیفیت تر خدمات بهداشتی درمانی می شود، این پژوهش با هدف مقایسه انتظارات بیماران با ادراکات آنها از کیفیت خدمات بهداشتی درمانی در بیمارستان های آموزشی شهرستان نیشابور با استفاده از مدل سروکوال انجام شد. مواد و روش ها این مطالعه یک پژوهش مقطعی است که در سال ۹۷-۹۶ بر روی ۲۷۱ نفر از بیماران بستری در بیمارستان های حکیم و ۲۲ بهمن نیشابور انجام شد. روش نمونه گیری طبقه ای تصادفی و ابزار جمع آوری داده ها با پرسشنامه ی ۲۲ سوالی سروکوال بود. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (تی مستقل، تی زوجی و ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه) انجام شد. یافته ها نتایج نشان داد که در تمام ابعاد پنجگانه ی کیفیت خدمات ارائه شده، بین انتظار و ادراک بیماران تفاوت معنادار آماری وجود داشته ($P < 0/05$) و میانگین نمرات بیماران در ابعاد مربوط به انتظار بیشتر از ادراک است. بیشترین تفاوت ادراک و انتظار مربوط به ابعاد قابلیت اطمینان ($-6/57$) و پاسخگویی ($-5/27$) و کمترین تفاوت مربوط به بعد همدلی ($-2/94$) بود. نتیجه گیری تحلیل کیفیت خدمات سبب آگاهی مسئولین از حوزه های نارضایتی بیماران و بکار بستن اقدامات لازم شده و فاصله بین انتظارات و ادراکات بیماران را کاهش می دهد. کلید واژه ها کیفیت خدمات بیمارستانی، مدل سروکوال، بیمار، انتظارات، ادراکات	تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۵/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۲۹ *نویسنده مسئول: الهه دقیق بین، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، گروه مامایی تلفن: ۰۹۱۵۳۰۹۴۲۵۲ پست الکترونیک: Daghighbine971@mums.ac.ir Elahe.Daghighbin@yahoo.com



مقدمه

مشتری محوری به عنوان عاملی مهم در موفقیت سازمان‌ها محسوب می‌شود. در بخش بهداشت و درمان، به لحاظ اهمیت نوع خدمات و سر و کار داشتن با جان انسان‌ها، اعتدای کیفیت و تضمین آن برای نظام بهداشت و درمان و مردم مورد توجه قرار گرفته است، از اینرو تقاضای بالا برای فعالیت‌های مدیریت کیفیت، بطور فزاینده‌ای گسترش یافته است (۱). در حال حاضر سازمان‌های ارائه دهنده خدمات به مشتریان در بخش سلامت و بویژه بیمارستان‌ها تلاش فراوانی در جهت برآورده کردن نیازها و انتظارات فزاینده‌ی بیماران انجام می‌دهند. بنابراین بیماران تنها مرجع حائز شایستگی برای قضاوت درباره کیفیت خدمت می‌باشند و هرگاه برداشت بیمار درباره یک خدمت بدین صورت باشد که کیفیت آن از انتظارات اولیه فراتر باشد آنگاه می‌توان ادعا نمود که بیمارستان، خدمات با کیفیتی را ارائه می‌دهد (۲). مشکل کیفیت خدمات بیشتر در سازمان‌هایی بوجود می‌آید که بر شناخت و برآوردن نیازها و خواسته‌های مشتریان تمرکز نمی‌کنند. عدم ارتباط با مشتری در نهایت سبب می‌شود عملکرد خدمت نتواند پاسخگوی انتظارات مشتریان باشد (۳). کیفیت هرچیز بخشی از سرشت آن است و طبعاً جزئی از آن پدیده محسوب می‌شود؛ از این رو تعریف دقیق و یکسان کیفیت خدمات نیز، کار سخت و پیچیده‌ای است. کیفیت عبارت است از درجه و جهت اختلاف بین انتظارات و ادراکات مشتریان از خدمات (۴) و منظور از ادراک مشتری از کیفیت خدمت این است که مشتری خدمت دریافتی را چگونه ارزیابی می‌نماید. کیفیت ادراک شده، شکلی از یک نگرش است مرتبط با رضایت و نتایج حاصل از مقایسه بین انتظارات و ادراکات. بایستی توجه کرد که ادراک مشتری همیشه به طور نسبی با انتظارات وی در ارتباط است.

همچنین با توجه به ماهیت پویای انتظارات، ارزیابی مشتری از خدمت در طول زمان دچار تغییر شده و یا از فرد یا فرهنگی به فرد یا فرهنگ دیگر متفاوت است (۵). کیفیت خدمات، مقایسه آنچه مشتری احساس می‌کند (انتظارات) با آنچه دریافت داشته است (ادراکات) می‌باشد. اگر انتظارات بیش از ادراکات باشد، از دید مشتری کیفیت خدمات دریافت شده کمتر است و نارضایتی وی را به دنبال دارد (۶).

شاید بتوان پیش‌تازان مطالعات مربوط به کیفیت خدمات را پاراسورمان^۱ و زیتامل^۲ و بیری^۳ دانست. پاراسورمان و همکارانش موفق به ارائه مدل سروکوال^۴ شدند. این مدل از طریق تحلیل شکاف میان انتظار و درک مشتری، میزان کیفیت خدمات را می‌سنجد (۷). سروکوال وسیله‌ای است که در اصل ده بعد کیفیت خدمات شامل: اعتبار، پاسخگویی، کفایت، ادب و مهربانی، دستیابی، ارتباطات، فهمیدن یا شناختن مشتری و محسوسات را می‌سنجد. در اوایل دهه نود پاراسورمان و همکارانش در مطالعات بعدی عوامل ده گانه را به پنج عامل کاهش دادند و این مدل را به پاتر^۵ اصلاح کردند (۸). این مدل اصلاح شده به فارسی بصورت "اپاهم" در آمده است. در واقع این مدل اصلاح شده، کیفیت خدمات ارائه شده را از پنج بعد مورد ارزیابی قرار می‌دهد، که شامل: ۱- اعتبار؛ توانایی سازمان ارائه دهنده خدمت در عمل به وعده‌های خود به صورت دقیق و مناسب، ۲- پاسخگویی؛ تمایل و اشتیاق کارکنان برای کمک به مشتریان و ارائه خدمات سریع، ۳- اعتماد و تضمین؛ دانش و مهارت و شایستگی کارکنان در القای

¹ Parasurman

² Zeithaml

³ Bery

⁴ SERVQUAL

⁵ Pater

⁶ Reliability

⁷ Responsiveness

⁸ Assurance



حس اعتماد و اطمینان به مشتری، ۴- همدلی^۱: نزدیکی و همدلی با مشتری و توجه ویژه و فردی به وی و تلاش در جهت درک نیازهای مشتری و ۵- ملموسات^۲: تجهیزات و ابزار فیزیکی موجود در محل کار، ظاهر کارکنان می‌باشد (۹). این مدل تاکنون برای بررسی کیفیت خدمات در بسیاری از سازمان‌ها و صنایع مورد استفاده قرار گرفته و در محیط‌های بیمارستانی نیز در مطالعات مختلفی از آن استفاده شده و قابلیت اطمینان آن تایید شده است (۱۰). این مدل، فعالیت‌های عمده‌ای از سازمان را نشان می‌دهد که ادراک از کیفیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به علاوه این مدل، تعامل بین این فعالیت‌ها را نیز نشان داده و اتصالات بین فعالیت‌های سازمان را که به ارائه‌ی سطحی رضایت بخش از کیفیت خدمات مربوط است، معرفی می‌کند. این اتصالات به عنوان شکاف یا عدم تطابق‌ها توصیف می‌شوند. این مدل، مدیریت را قادر می‌کند که به شکاف‌های خدماتی و علل وقوع این شکاف‌ها پی ببرد (۱۱). با توجه به این موضوع که آگاهی از ادراکات و انتظارات بیماران نقش مهمی در ارائه‌ی بهتر و با کیفیت‌تر خدمات بهداشتی درمانی دارد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان انتظارات بیماران با ادراکات آنها از کیفیت خدمات بهداشتی درمانی در بیمارستان‌های آموزشی شهرستان نیشابور با استفاده از مدل سروکوال انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر به صورت مقطعی بود که بر روی بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی نیشابور (بیمارستان‌های حکیم و ۲۲ بهمن) در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. نمونه‌گیری به شیوه‌ی طبقه‌ای تصادفی بوده و جامعه آماری در برگیرنده‌ی کلیه‌ی بیماران

بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهرستان نیشابور بود. به طور تصادفی از هر بیمارستان ۳ بخش شامل بخش‌های داخلی، جراحی و زایشگاه از بیمارستان حکیم و بخش‌های داخلی، جراحی و قلب از بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور انتخاب شدند. پس از مطالعه مقدماتی (پایلوت) و با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه در آزمون مقایسه میانگین دو جامعه با واریانس یکسان، با در نظر گرفتن حدود اطمینان ۹۵ درصد، α برابر ۰/۰۵، β برابر با ۰/۱ و t برابر ۰/۴۸، جمعیت مورد نیاز ۲۶۰ نفر محاسبه شد، که با در نظر گرفتن ۵ درصد احتمال ریزش نمونه، ۲۸۰ پرسشنامه تکمیل شد. در نهایت، ۹ پرسشنامه مخدوش حذف و تعداد ۲۷۱ پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفتند. تعداد نمونه از هر بیمارستان بر اساس نسبت تخت‌های بستری آن بیمارستان به تعداد کل نمونه محاسبه شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی استاندارد سروکوال استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه سن بالای ۱۵ سال و داشتن سلامت کامل روحی و روانی بیماران بود. پرسشنامه‌ها بعد از انجام کارهای ترخیص تکمیل شدند. از آنجا که معیار سطح تحصیلات مطرح نبود و به منظور بررسی طیف بیشتری از افراد، افراد بی سواد نیز در پژوهش شرکت داده شدند و از این رو کلیه پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر تکمیل شدند. پرسشنامه شامل دو بخش مشخصات دموگرافیک بیماران بستری در بیمارستان و بخش ابعاد پنج‌گانه کیفیت خدمات ارائه شده نسخه ترجمه شده‌ی پرسشنامه سروکوال شامل ابعاد ملموس یا فیزیکی، پاسخگویی، اطمینان، قابلیت تضمین و همدلی بود. پایایی و روایی پرسشنامه سروکوال در مطالعات دیگر بررسی شده است، به طوری که روایی و پایایی این پرسشنامه توسط حیدرنیا و همکاران (۱۳۹۳) مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که نسخه ترجمه شده این پرسشنامه از پایایی و روایی قابل قبولی در بررسی

^۱ Empathy

^۲ Tangibles



کیفیت خدمات بیمارستانی برخوردار است (۱۰). پایایی این ابزار همچنین با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در مطالعات مختلف دیگر نیز از جمله مطالعه لین ($\alpha > 0.953$)، طبیعی ($\alpha = 0.893$) (۱۲) محمدی نیا ($\alpha = 0.76$) (۱۳) بررسی و تایید شده است. در این مطالعه نیز روایی این ابزار با اعتبار محتوا و تحلیل عاملی و با استفاده از نظرات محققین و اساتید و پایایی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد ($\alpha = 0.79$). پرسشنامه حاوی ۲۲ سؤال است بطوری که ابعاد ملموس بودن، قابلیت اطمینان و پاسخگویی هر کدام ۴ سؤال و ابعاد تضمین و همدلی هر کدام ۵ سؤال را شامل می‌شوند. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای است و به هر کدام از پاسخ‌ها، نمره ۱ تا ۵ اختصاص داده شده است. در بخش ادراکات نمره ۱ وضعیت خیلی ضعیف و نمره ۵ وضعیت عالی را نشان می‌دهد و در بخش انتظارات نمره ۱ مربوط به موارد دارای حداقل اهمیت و نمره ۵ مربوط به موارد بسیار مهم می‌باشد. در پژوهش حاضر بعد ملموس بودن، فضای فیزیکی بیمارستان و تجهیزات و امکانات آن، بعد پاسخگویی، تمایل پرسنل برای کمک به بیمار، بعد اطمینان، توانایی انجام خدمت به شکل قابل اعتماد، بعد تضمین، شایستگی پرسنل بیمارستان برای القای حس اعتماد و اطمینان به بیمار و بعد همدلی برخورد خاص با بیماران با توجه به روحیات آنها بود. در قسمت ادراک، وضعیت ادراک شده با مشخص کردن نقاط ۳۳/۳ درصدی تقسیم بندی شد به طویکه زیر ۳۳٪، وضعیت ادراک شده ضعیف، بین ۳۳٪ تا ۶۶٪، وضعیت ادراک شده متوسط و بالای ۶۶٪، وضعیت ادراک شده خوب در نظر گرفته شد. برای تعیین تفاوت انتظارات و ادراکات بیماران از کیفیت خدمات، نمره ادراک مراجعین نسبت به وضعیت موجود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی با انتظار آن‌ها از کیفیت خدمات مورد مقایسه قرار گرفت. نمره‌ی حاصل

در صورت مثبت بودن بیانگر این بود که خدمات آموزشی ارائه شده بیشتر از حد انتظارات مراجعین است و در صورت منفی بودن حاکی از آن بود که خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده، انتظارات مراجعین را برآورده نمی‌کند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ انجام شد. از آمار توصیفی جهت تهیه جداول، تعیین میانگین، انحراف معیار و فراوانی نسبی و مطلق داده‌ها استفاده شد. پس از تست نرمالیتی داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک، فرض نرمال بودن داده‌ها در تمام حیطه‌های مربوط به ادراک و انتظار و شکاف کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ($P > 0.05$) تایید شد و پس از آن، با توجه به نرمال بودن داده‌ها از آمار استنباطی ضریب همبستگی پیرسون، آزمون آنالیز واریانس یک طرفه "one way ANOVA" و آزمون تعقیبی توکی، آزمون تی زوجی "Paired t-test" و تی مستقل "Independent t test" و آزمون لون "Leven" برای بررسی همگنی واریانس‌ها در آزمون تی مستقل برای تحلیل اطلاعات استفاده شد. در تمام موارد سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تعریف شده بود. پس از تصویب طرح در کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیستی و اخذ شناسه اخلاق (IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1395.3)، انجام کار با اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد نیشابور جهت ارائه به روسای بیمارستان‌ها و پس از کسب اجازه از حراست بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی نیشابور (بیمارستان ۲۲ بهمن و بیمارستان حکیم) با توضیح اهداف تحقیق به کلیه‌ی شرکت کنندگان و کسب رضایت آگاهانه از آنها صورت گرفت، شرکت کنندگان حق انتخاب جهت شرکت یا عدم شرکت در تحقیق را داشتند و هیچ اجباری به درج نام و نام خانوادگی آنها نبود. تفاوت سطح انتظار افراد از محدودیت‌های تحقیق بود که تا حدودی با بررسی ارتباط



سطح تحصیلات، شغل، سن، وضعیت تاهل با میزان انتظار به این تفاوت پرداخته شده است.

یافته ها

بر اساس نتایج این مطالعه از مجموع ۲۷۱ بیمار، ۱۷۷ نفر (۶۵/۳ درصد) را مردان و ۹۴ نفر (۳۴/۷ درصد) را زنان تشکیل داده بودند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۳۸/۱۶±۱۴/۱۸ سال با بیشینه و کمینه به ترتیب ۱۵ و ۸۷ سال بود. ۹۰ نفر (۳۳/۲ درصد) از شرکت کنندگان مجرد و ۱۸۱ نفر (۶۶/۸ درصد) متاهل بودند. ۱۴۵ نفر از شرکت کنندگان (۵۳/۵ درصد) دارای تحصیلات در حد سیکل و ۱۸ نفر (۶/۶ درصد) بی سواد، ۶۸ نفر (۲۵/۱ درصد) دیپلم و ۴۰ نفر (۱۴/۸ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. بیشتر شرکت کنندگان در پژوهش (۲۶/۲ درصد) شغل آزاد داشته و ۴/۸ درصد کارمند بودند، ۲۳۴ نفر (۸۶/۳ درصد) دارای بیمه بودند که از این تعداد ۷۷ نفر (۲۸/۴ درصد) دارای بیمه تامین اجتماعی، ۲۶ نفر (۹/۶ درصد) بیمه خدمات درمانی، ۱۶ نفر (۵/۹ درصد) بیمه نیروهای مسلح و ۱۱۵ نفر از واحدهای مورد پژوهش (۵۶/۱ درصد) دارای سایر بیمه‌ها بودند. ۱۶۵ نفر (۶۰/۹ درصد) فاقد سابقه بستری و ۱۰۶ نفر (۳۹/۱) با سابقه بستری در بیمارستان بودند. نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که بین سن و ابعاد انتظار پاسخگویی، تضمین، همدلی و ادراک ملموسات، پاسخگویی، همدلی و تضمین و همچنین انتظار و ادراک کلی رابطه‌ی مثبت و معنادار آماری وجود دارد ($p < 0.05$)؛ بدین معنی که هر چه سن افراد بیشتر باشد انتظار و ادراک آنها بیشتر خواهد بود، همچنین در قسمت انتظار، در ابعاد ملموسات، قابلیت اطمینان، پاسخگویی و تضمین و همچنین نمره کلی انتظار بین مردان و زنان اختلاف معنادار آماری وجود داشت ($p < 0.001$). در قسمت انتظار در همه ابعاد ذکر شده مردان نمره میانگین بالاتری را نسبت به زنان

کسب کردند. ولی بین جنس و سایر ابعاد در قسمت انتظار و همچنین ابعاد پنجگانه ادراک رابطه معنادار آماری یافت نشد ($P \geq 0.05$). برای بررسی رابطه بین شغل و ابعاد انتظار و ادراک از آزمون آماری آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد. نتیجه نشان داد که بین شغل و ابعاد انتظار شامل قابلیت اطمینان و پاسخگویی و انتظار کلی و همچنین ادراک ملموسات رابطه معنادار آماری وجود داشت. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد افرادی که شغل آزاد داشتند نسبت به افراد خانه‌دار و بیکار دارای نمرات بالاتری بودند همچنین رابطه معناداری بین وضعیت تاهل و ابعاد ادراک و انتظار وجود نداشت. جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بین دارا بودن بیمه با انتظار ملموسات، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، تضمین، همدلی و انتظار کلی رابطه معنادار آماری وجود داشت ($p < 0.01$). بدین ترتیب که افراد دارای بیمه از میانگین نمره انتظار بالاتری برخوردار بودند. نتایج نشان می‌دهد که بین میزان تحصیلات و ابعاد انتظار تضمین و ادراک ملموسات و همدلی ($p < 0.001$) اختلاف معنادار آماری وجود دارد. بدین ترتیب که افراد بی‌سواد نسبت به افراد دارای سیکل، دیپلم و تحصیلات دانشگاهی انتظار تضمین و ادراک ملموسات و همدلی پایین‌تری داشتند. نتایج نشان داد که بین نوع بیمه و ابعاد ملموسات و قابلیت اطمینان در قسمت انتظار و ابعاد پاسخگویی، تضمین، همدلی در قسمت ادراک و همچنین میانگین کل نمرات انتظار و ادراک اختلاف معنادار آماری وجود دارد ($p < 0.001$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد افرادی که بیمه تامین اجتماعی داشتند، نسبت به افراد با بیمه‌های خدمات درمانی و نیروهای مسلح در ابعاد ملموسات و قابلیت اطمینان در قسمت انتظار، میانگین نمرات بیشتری نسبت به افراد با بیمه خدمات درمانی داشتند، میانگین کل نمره ادراک در افراد دارای بیمه نیروهای مسلح در مقایسه با سه



نوع دیگر بیمه بالاتر بود. نتایج نشان داد که بین انتظار قابلیت اطمینان با سابقه بستری رابطه معنادار آماری وجود دارد ($p < 0.001$) بدین ترتیب که افرادی که سابقه بستری را ذکر کرده بودند، نمره انتظار بالاتری در این بعد داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- بررسی رابطه بین مشخصات فردی و ابعاد انتظار و ادراک بیماران

مشخصات فردی							
سن		جنس		شغل		تاهل	
p-value	r	p-value	t	p-value	f	p-value	t
۰/۱۴	NS	۲/۴	<۰/۰۰۱	۱/۵	NS	۰/۶۵	NS
۰/۱۱	NS	۱/۹۸	<۰/۰۰۱	۲/۶۳	۰/۰۱	۰/۳۱	NS
۰/۱۴	۰/۰۱	۱/۹۶	<۰/۰۰۱	۲/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۰۲	NS
۰/۱۲	۰/۰۳	۲/۲۱	<۰/۰۰۱	۱/۸۳	NS	۰/۷۳	NS
۰/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۵	NS	۱/۳۶	NS	۱/۱۲	NS
۰/۱۲	۰/۰۳	۲/۵۷	<۰/۰۰۱	۲/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۲۵	NS
۰/۱۶	<۰/۰۰۱	۲/۵۷	NS	۳/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۸	NS
۰/۰۳	NS	۰/۱۹	NS	۱/۶۰	NS	۰/۰۲	NS
۰/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۷	NS	۰/۸۴	NS	۰/۱۸	NS
۰/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۱	NS	۰/۵۴	NS	۰/۹۸	NS
۰/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	NS	۱/۲۵	NS	۰/۶۰	NS
۰/۱۵	۰/۰۱	۰/۴۱	NS	۱/۲۳	NS	۰/۲۵	NS
آزمون مورد استفاده		Pearson correlation		Independent t-Test		ANOVA	
Independent t-Test							



ادامه جدول ۱- بررسی رابطه بین مشخصات فردی و ابعاد انتظار و ادراک بیماران

نوع بیمه		میزان تحصیلات		بیمه		
p-value	f	p-value	f	p-value	t	
۰/۰۱	۳/۵۸	NS	۱/۶۲	<۰/۰۰۱	۴/۱۷	ملموسات
۰/۰۲	۳/۱۸	NS	۱/۱۲	<۰/۰۰۱	۴/۴۳	قابلیت اطمینان
NS	۲/۴۷	NS	۲/۵۲	<۰/۰۰۱	۴/۴۹	پاسخگویی
NS	۲/۰۶	۰/۰۳	۲/۸۴	<۰/۰۰۱	۳/۷۰	تضمین
NS	۱/۵۳	NS	۱/۱۵	<۰/۰۰۱	۴/۵۵	همدلی
۰/۰۳	۲/۹۳	NS	۲/۵۵	<۰/۰۰۱	۵/۵۳	نمره کل
NS	۲/۱۳	<۰/۰۰۱	۵/۶۱	NS	۰/۶۶	ملموسات
NS	۲/۵۹	NS	۰/۷۱	NS	۰/۳۰	قابلیت اطمینان
<۰/۰۰۱	۶/۹۱	NS	۱/۹۵	NS	۱/۰۵	پاسخگویی
<۰/۰۰۱	۸/۹۵	NS	۲/۰۵	NS	۰/۴۶	تضمین
<۰/۰۰۱	۸/۹۴	<۰/۰۰۱	۵/۵۷	NS	۰/۴۲	همدلی
<۰/۰۰۱	۶/۴۶	NS	۲/۰۲	NS	۰/۱۹	نمره کل
ANOVA		ANOVA		Independent t-Test		آزمون مورد استفاده

در حالی است که ۲۷۰ نفر (۹۹/۶ درصد) از شرکت کنندگان در پژوهش، انتظار شرایط خوب را در ابعاد پنجگانه داشتند.

در قسمت انتظار، بیشترین میانگین نمرات مربوط به بعد قابلیت اطمینان ($2/059 \pm 22/94$) و کمترین میانگین نمرات مربوط به بعد همدلی ($7/353 \pm 11/57$) و در قسمت ادراک نیز بیشترین میانگین مربوط به بعد اطمینان ($5/911 \pm 16/37$) و کمترین آن مربوط به بعد همدلی ($3/154 \pm 8/63$) بود. جدول شماره ۲ بیانگر آن است که در تمام ابعاد پنجگانه کیفیت خدمات بین انتظار و ادراک بیماران تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($p < 0/001$).

در قسمت ادراک، وضعیت ادراک شده با مشخص کردن نقاط ۳۳/۳ درصدی تقسیم بندی شد به طویکه زیر ۳۳٪، وضعیت ادراک شده ضعیف، بین ۳۳٪ تا ۶۶٪، وضعیت ادراک شده متوسط و بالای ۶۶٪، وضعیت ادراک شده خوب در نظر گرفته شد. بر اساس نقاط مشخص شده نمرات ادراک شده ۱۷۰ نفر (۶۲/۷ درصد) از شرکت کنندگان از وضعیت موجود در در بعد ملموسات، ۱۵۵ نفر (۵۷/۲ درصد) در بعد قابلیت اطمینان، ۱۶۳ نفر (۶۰/۱ درصد) در بعد پاسخگویی، ۱۹۲ نفر (۷۰/۸ درصد) در بعد تضمین، ۱۸۳ نفر (۶۷/۵ درصد) در بعد همدلی و در مجموع نمره کلی ۱۶۶ نفر (۶۱/۳ درصد) در قسمت ادراک خوب بود. این



جدول ۲- مقایسه میانگین بین انتظارات و ادراکات واحدهای پژوهش در ابعاد پنجگانه کیفیت خدمات

آزمون تی زوجی							۹۵ درصد فاصله اطمینان اختلاف
ابعاد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	آماره آزمون تی	df	p-value
ملموسات	۴/۰۹۶	۳/۸۴۰	۳/۶۳۷	۴/۵۵۵	۱۷/۵۵۹	۲۷۰	<۰/۰۰۱
قابلیت اطمینان	۶/۵۷۶	۵/۹۵۹	۵/۸۶۳	۷/۲۸۸	۱۸/۱۶۵	۲۷۰	<۰/۰۰۱
پاسخگویی	۵/۲۷۳	۴/۸۵۳	۴/۶۹۳	۵/۸۵۳	۱۷/۸۸۹	۲۷۰	<۰/۰۰۱
تضمین	۳/۳۳۲	۳/۷۸۲	۲/۸۸۰	۳/۷۸۴	۱۴/۵۰۳	۲۷۰	<۰/۰۰۱
همدلی	۲/۹۳۷	۳/۲۲۴	۲/۵۵۲	۳/۳۲۳	۱۴/۹۹۹	۲۷۰	<۰/۰۰۱
نمره کلی	۲۱/۸۸۶	۱۸/۴۹۴	۱۹/۶۷۴	۲۴/۰۹۷	۱۹/۴۸۱	۲۷۰	<۰/۰۰۱

با توجه به میانگین نمرات، میانگین نمرات بیماران در قسمت انتظار ($7/357 \pm 84/11$) بیشتر از میانگین نمرات در قسمت ادراک ($18/439 \pm 62/22$) بود. در همه‌ی موارد نمرات کسب شده نشان دهنده این بود که کیفیت خدمات،

انتظارات بیماران را برآورده نمی‌کند. بیشترین تفاوت ادراک با انتظار مربوط به ابعاد قابلیت اطمینان ($-6/57$) و پاسخگویی ($-5/27$) و کمترین اختلاف مربوط به بعد همدلی ($-2/94$) بود (جدول ۳).

جدول ۳- تفاوت میانگین ابعاد انتظار و ادراک برحسب نمرات اخذ شده

ابعاد	انتظار		ادراک		تفاوت ادراک و انتظار (انتظار-ادراک)
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
ملموسات	۱/۲۱۳	۱۵/۴۵	۳/۵۶۳	۱۱/۴۶	-۳/۹۹
قابلیت اطمینان	۲/۰۵۹	۲۲/۹۴	۵/۹۱۱	۱۶/۳۷	-۶/۵۷
پاسخگویی	۱/۷۶۲	۱۹/۱۷	۴/۷۴۹	۱۳/۹	-۵/۲۷
تضمین	۱/۵۶۳	۱۵/۲۴	۳/۶۶۶	۱۱/۹۱	-۳/۳۳
همدلی	۱/۱۳۴	۱۱/۵۷	۳/۱۵۴	۸/۶۳	-۲/۹۴
نمره کلی	۷/۳۵۷	۸۴/۱۱	۱۸/۴۳۹	۶۲/۲۲	-۲۱/۸۹

بحث

در مجموع آنچه از نتایج این پژوهش مشخص است آن است که اگرچه میانگین نمرات در قسمت ادراک بیماران در بیشتر موارد نسبت به کیفیت خدمات بهداشتی درمانی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی نیشابور خوب می‌باشد اما به لحاظ آماری در تمام ابعاد شکاف

کیفیت خدمات دیده می‌شود. میانگین نمرات در ابعاد پنجگانه در قسمت انتظار بیشتر از ادراک بود و این مسئله نشان دهنده‌ی این موضوع است که هنوز برای جلب رضایت کامل مراجعین به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی نیشابور فاصله وجود دارد. در این میان بیشترین نمره انتظار مربوط به بعد قابلیت اطمینان با نمره کل



۲۲/۰۵۹ ± ۲۲/۹۴ (میانگین نمره بیمارستان‌های حکیم و ۲۲ بهمن) و سپس مربوط به بعد پاسخگویی با نمره کل ۱۷/۷۶۲ ± ۱۹/۱ و بیشترین نمره‌ی ادراک نیز در همین ابعاد با نمره‌ی کل ۵/۹۱۱ ± ۱۶/۳۷ برای بعد قابلیت اطمینان و نمره‌ی کل ۴/۷۴۹ ± ۱۳/۹ برای بعد پاسخگویی است. کمترین نمره‌ی انتظار مربوط به بعد همدلی با نمره‌ی کل ۷/۳۵۳ ± ۱۱/۵۷ در قسمت انتظار و نمره ۳/۱۵۴ ± ۸/۶۳ در قسمت ادراک بود. بیشترین تفاوت بین انتظارات و ادراکات مربوط به بعد قابلیت اطمینان ۶/۵۷- و سپس بعد پاسخگویی با نمره ۵/۲۷- بود. با مرور مطالعات مشابه این نکته قابل توجه است که در اغلب موارد میزان انتظارات بیماران از خدمات بیمارستان بالاتر از میزان ادراکات آنها است. یسیلادا و دایرکتوری آدر سال ۲۰۱۰ با بررسی کیفیت خدمات مراقبت‌های سلامت با استفاده از مدل سروکوال به این نتیجه رسیدند که شکاف کیفیت خدمات در بیمارستان‌های عمومی گسترده‌تر از بیمارستان‌های خصوصی است (۱۴). پژوهشگران نیز در مطالعه اخیر، به نتایج مشابهی در بیمارستان‌های عمومی رسیدند که می‌تواند ناشی از حجم بالای مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های عمومی باشد. البته بیمارستان‌های خصوصی در این مطالعه مورد ارزیابی قرار نگرفتند. می‌توان گفت در بیمارستان‌های عمومی با توجه به کثرت بیماران و تعداد محدود پرسنل بیمارستانی قاعدتاً از کیفیت خدمات کاسته می‌شود. رنجبر در بررسی تحلیل شکاف کیفیت خدمات در بیمارستان شهید رهنمون یزد (۱۳۹۲) نیز به این نتیجه رسید که بین کیفیت مورد انتظار و کیفیت ادراک شده بیماران از خدمات بیمارستان شکاف وجود دارد. در آن مطالعه رغبت پرسنل برای برطرف کردن نیازهای بیماران،

ارائه خدمات با کیفیت مناسب، فراهم کردن محیط فیزیکی مناسب مهم‌ترین عوامل مسئله ساز و استفاده از تجهیزات مناسب، الویت بندی کارها در ساعت ترافیک بخش‌ها و داشتن دانش کافی پرستاری مهم ترین عوامل بحران ساز بودند که نامطلوب بودن آن‌ها منجر به ایجاد شکاف شده بود (۱۵). از سال ۱۳۹۳ که طرح تحول سلامت در بیمارستان‌های کشور انجام شد به نظر می‌رسد تاثیرات عمده‌ای بر رضایت بیماران داشته است و در همه‌ی زمینه‌ها ادراک بیماران از کیفیت خدمات بهداشتی خوب بود و مشکلات اشاره شده در مطالعه رنجبر که در سال ۱۳۹۲ یعنی قبل از اجرای طرح تحول سلامت انجام شده بود، در این مطالعه جزو مشکلات اصلی بیماران نبود. دیان‌در سال ۱۹۹۹ در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی طرح سروکوال در مراکز مراقبت مادر و فرزند در استرالیا نشان داد که شکاف کیفیت خدمات (تفاوت ادراک و انتظار) در این مراکز وجود دارد که محسوس بودن همدلی و قابلیت اطمینان خدمات مسائل مهم و قابل توجه در این مرکز بود (۱۶). مطالعه اخیر نیز نشان داد که بیشترین میزان تفاوت انتظار و ادراک بیماران در زمینه بعدهای قابلیت اطمینان و پاسخگویی بود. نکات قابل توجه برای مراجعه کنندگان، میزان اشتیاق مراقبین و ارائه دهندگان خدمت، در دسترس بودن ارائه دهندگان به هنگام نیاز، قابل اطمینان بودن ارائه دهندگان و احساس امنیت بیماران بود که با وجود این میزان در زمینه ادراک نسبت به کیفیت خدمات ارائه شده خوب بود (۱۷). به احتمال زیاد یکی از عوامل تاثیرگذار بر این زمینه که سبب می‌شود ارائه دهندگان خدمات نتوانند همیشه در دسترس بیماران باشند تعداد کم پرسنل به نسبت تعداد بیماران می‌باشد. در کشور ما اجرای طرح تحول سلامت توانست ارتباط و تعامل بین بیمار و پزشک را بهتر کند و

¹ Yesilada² Directori¹Dean



بیماران کیفیت خدمات ارائه شده را خوب می‌دانند که احتمالاً به جهت رعایت منشور حقوق بیماران و طرح تکریم ارباب رجوع در این بیمارستان‌هاست. این در حالی است که آقاملای و همکاران در مطالعه خود در دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان در سال ۱۳۸۶ بیان کردند که ۶۴ درصد افراد کیفیت خدمات ارائه شده را متوسط ارزیابی کرده‌اند و شکاف معناداری بین کیفیت ادراک شده و کیفیت مورد انتظار وجود دارد (۱۸).

نتیجه‌گیری

پژوهشگران زیادی در بخش سلامت سعی داشته‌اند با مقایسه تفاوت انتظارات و ادراکات بیماران کیفیت خدمات را بهبود بخشند. لذا یافته‌های پژوهش اخیر نیز می‌تواند به مدیران بیمارستان‌های آموزشی نیشابور در جهت افزایش کیفیت خدمات بهداشتی درمانی کمک کند. با توجه به اینکه در این مطالعه بیشترین انتظار بیماران در زمینه‌ی بعد قابلیت اطمینان و پاسخگویی می‌باشد به نظر می‌رسد برگزاری دوره‌های آموزشی و توجه به نیازهای انگیزشی پرسنل تاثیر مثبتی در این زمینه داشته باشد. برگزاری کلاس‌های آموزشی در افزایش تعهد حرفه‌ای مراقبین بهداشتی نیز می‌تواند مفید باشد. به نظر می‌رسد با اهمیت ترین مساله در بیمارستان‌های آموزشی شهرستان نیشابور توجه ویژه به واحد بهبود کیفیت در بیمارستان و برنامه‌ریزی دقیق در این زمینه می‌باشد که بدین وسیله بتوان کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را افزایش داد و فاصله‌ی بین ادراکات و انتظارات بیماران را کم کرد. به منظور افزایش رضایتمندی بیماران پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

افزایش تعداد پرسنل در شیفت‌های بیمارستان به منظور تسریع در پاسخگویی به بیماران شناسایی نیازها و انتظارات بیماران و برنامه‌ریزی برای رفع آنها توجه به نیازهای پرسنل و کشف عوامل انگیزشی آنها در ارائه مطلوب کار پیشنهاد

پزشکان رفتار متعارف نسبت به بیماران خود اعمال کنند ولی به نظر می‌رسد توجه کمتر به پیراپزشکان و تعداد غیر استاندارد آنها نسبت به بیماران (عدم تناسب نسبت پرستار و ماما به بیمار) سبب عدم برآورده شدن انتظار بیماران در بعد پاسخگویی و قابلیت اطمینان می‌باشد. در زمینه ارتباط نوع بیمه با میزان انتظارات بیماران از کیفیت خدمات بهداشتی درمانی باید گفت که اگرچه مطالعه گرجی و همکاران (۱۳۹۰) که مدل شکاف کیفیت خدمات سروکوال را در مجتمع آموزشی درمانی امام خمینی ((ره)) تهران تفاوت آماری معناداری را در زمینه ارتباط متغیر زمینه‌ای نوع بیمه با شکاف خدمات نشان داد (۳)، نتایج مطالعه اخیر نشان داد افراد دارای بیمه تامین اجتماعی نسبت به بیمه خدمات درمانی و نیروهای مسلح انتظارات ملموسات ($p=0/01$) و قابلیت اطمینان ($p=0/02$) بالاتری دارند. مطالعه اخیر بیانگر این مطلب بود که افراد تحت پوشش نیروهای مسلح ادراک کلی بالاتر نسبت به هر سه نوع بیمه و افراد تحت پوشش خدمات درمانی ادراک پاسخگویی و تضمین بالاتری را داشتند. در کشور ما اصلی‌ترین و مهم‌ترین ارگان بیمه‌ای کشور تامین اجتماعی است، بیمه تامین اجتماعی همچنین نظام بیمه اجباری است بنابراین انتظاراتی را برای بیمه شوندگان ایجاد می‌کند و از طرفی حق بیمه زیادی از افراد تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی کسر می‌شود بنابراین ممکن است باعث شود افراد تحت پوشش این بیمه انتظارات بالاتری داشته باشند. در بیمه خدمات درمانی و نیروهای مسلح نسبت به بیمه تامین اجتماعی، افراد کمتری از جامعه تحت پوشش هستند و قاعدتاً هرچه فراوانی در یک جا بیشتر باشد میزان انتظارات افراد در آن زمینه بیشتر خواهد بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی نیشابور در مجموع موارد ادراک شده، ۶۳/۶۶ درصد



پژوهشگران از حوزه پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور به خصوص معاونت محترم علمی پژوهشی که تامین کننده اعتبار مالی این طرح بودند و از مدیریت، حراست و پرسنل محترم بیمارستان‌های حکیم و ۲۲ بهمن شهرستان نیشابور که در انجام این طرح صمیمانه همکاری داشتند، کمال تشکر را دارند.

تعارض منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچگونه تعارض منافع نداشته‌اند.

می‌شود در آینده کیفیت خدمات بهداشتی درمانی در بیمارستان‌های عمومی و خصوصی شهرستان نیشابور به صورت دوره‌ای و به تفکیک بخش‌ها مورد ارزیابی قرار گیرد و روند بهبود کیفیت خدمات با مطالعه‌ی اخیر مقایسه شود تا انتظارات بیماران به طور دقیق‌تر مورد شناسایی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش، ماحصل طرح پژوهشی مصوب ۱۳۹۵/۸/۲۲ کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیستی با شناسه IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1395.3 می‌باشد.

References

1. Adhami moghadam F, Saheb Zamani M, Rohafza M. Evaluation of service quality gap from patients viewpoints in hospitals of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch. JHM. 2017; 8(2): 19-29 [persian]
2. Wager KA, Wickham F, Glaser J. Managing Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Executives. 4th ed. New York: John Wiley & Sons. 2005, 14-16.
3. Gorji H, Tabatabaee M. Application of service gap model in Imam Khomeini therapeutic training complex. JOHM. 2013; 16(51): 7-18 [persian]
4. Sahney SD, Banwet K, Karunes S. An Integrated Framework for Quality in Education: Application of Quality Function Deployment, Interpretive Structural Modeling and Path Analysis. JTQM & BE. 2006; 17(2): 265-285
5. Parasuraman A, Zeithaml VA. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. JOR. 2000; 64(1): 12-40
6. 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. s m yafte. 2012; 14(1): 13-21 [persian]
7. Teas RK. Expectations, performance evaluation and consumer's perception of quality. J Marketing. 1993; 57(4): 18-34
8. Heidarnia MA, Riazee S. Localization and validation and reliability of SERVQUAL questionnaire to assess the quality of hospital services. JORIM. 1393; 38(2): 98-105 [persian]
9. Caruana A, Ewing MT. Assessment of the three column format SERVQUAL: an experimental approach. JOBR. 2000; 49: 57-65.
10. Crosby p, Philip B. Quality without tears: the art of Hassel free management. MC Graw.Hill. New yourk. MC Graw Hill. 1995 <https://trove.nla.gov.au/version/21545204>
11. Ghalavandi H, Beheshtirad R, Ghale'ei A. Investigating the Quality of Educational Services in the University of Urmia through SERVQUAL Model. JMDP. 2012; 25(3): 49-66 [persian]
12. Tabibi SJ, Gohari MR, Shahri S, Aghababa S. Assessment Of Health Care Services In Outpatient Clinics Based On SERVQUAL Model In Hospitals Of Tehran Payavard Salamat. 2012; 5(4): 49-56 [persian]
13. Mohammad nia M, Delgoshaei B, TofighiSh, Riahi L, Omrani A. Evaluation of nursing services quality using SERVQUAL model in Tehran social security hospitals. Quarterly JOH; 2010; 68-73 [Persian]
14. Luke GJ. An assessment of the service quality expectations and perceptions of the payients of Awali hospital in the kingdom of Bahrain. Adissertation submitted to the Rhodes Investec Business School in partial fulfillment of the requirements for the degree of master in business administration. [thesis]. 2007
15. Mirghafoori H, Zare Ahmadabadi H. Analysis of the Service Quality of Medical Centers Using Servqual Model (Case: Shaheed Rahnemoon Hospital). JSSU. 2007; 15(2): 84-92 [persian]



16. Dean A. M. The Applicability of SERVQUAL in Different Health Care Environments. *HMQ*.1999: 16(3): 1-21
17. Hang K, Bradley G. Measuring the performance of IT service: An assessment of SERVQUAL. *JOAIS*.2002: 3(4): 151-164
18. Aghamolaei T, Zare Sh. Quality gap of educational services in viewpoint of students in Hormozgan university of medical sciences. *BMC medical education (open access)*.2008: 8(34)[persian]



Comparison between expectations and perceptions of the patient about quality services in training centers of Neyshabour University of Medical Sciences with SERVQUAL model

Elahe Daghighbin^{1*}, Yazdan Mohammadi²

1-Department of Midwifery, Neyshabur branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

2-Department of Nursing, Neyshabur branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Original Article

Received: 1 Aug 2019

Accepted: 8 Feb 2020

***Corresponding Author:** Elahe Daghighbin, Islamic Azad University, Neyshabur branch
TEL: 09153094252
Email:
Daghighbine971@mums.ac.ir
Elahe.daghighbin@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction

It is currently fulfilling the needs and expectations of patients and providing their satisfaction from the main goals of the organization of health services. Because awareness of patients' perceptions and expectations plays an important role in providing better and more quality health care services, this study aimed to compare expectations of patients with their perceptions of health care quality among educational hospitals in Neyshabur city using the servqual model.

Materials and Methods

A recent cross-sectional study was conducted on 271 patients admitted to Hakim hospitals and 22 Bahman Neyshabur hospitals from 2017 to 2018. A Systematic random sampling method and 22-Question SERVQUAL Questionnaire was used to collect data. Data were analyzed by SPSS software ver 17 and using descriptive and inferential statistics (Independent t, Paired t, Pearson correlation, one-way ANOVA).

Results

The results showed that there is a significant difference between the quality of services provided and the expectations and perceptions of patients in all aspects of the five dimensions ($p < 0.05$). The difference between expectation and perception was related to the dimensions of reliability (-6.57) and responsiveness (-5.27) and the lowest gap was related to the dimension of empathy (-2.94).

Conclusion

The quality analysis of services has led to the awareness of authorities in the areas of patient dissatisfaction and the use of procedures and reduces the distance between expectations and perceptions of patients.

Keywords

Hospital service quality, servqual model, patient, expectations, perceptions.

► **Please cite this article as:** Daghighbin E, Abdol Mohammadi Y. Comparison between expectations and perceptions of the patient about quality services in training centers of Neyshabour University of Medical Sciences with SERVQUAL model. J Neyshabur Univ Med Sci 2020;8(2):82-94.