

## ارزیابی کیفیت خدمات پرستاری با رویکرد تلفیقی IPA و QFD فازی (مورد مطالعه: بیمارستان شهید صدوقی یزد)

سیدحیدر میرفخرالدینی<sup>۱</sup> / اعظم سامیه زرگر<sup>۲</sup>

چکیده

**مقدمه:** بیمارستان‌ها یکی از سازمان‌های بزرگ و پیچیده‌ی خدماتی و مهم‌ترین واحدهای ارائه‌ی خدمات در نظام سلامت هستند و به علت ریسک بالای خدمات این سازمان، خدمات ارائه شده باید دارای کیفیت قابل قبولی باشد. هدف از این مطالعه ارائه‌ی رویکرد جدیدی در زمینه‌ی کیفیت خدمات پرستاری با تلفیق چند مدل کارای سنجش کیفیت می‌باشد.

**روش پژوهش:** پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی تحلیلی - پیمایشی و کاربردی است که به صورت مقطعی در سه ماهه‌ی دوم سال ۱۳۹۳ انجام شده است. داده‌ها از ۱۷۴ بیمار بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد به روش طبقه‌ای تصادفی، با استفاده از پرسشنامه‌ی سروکوال بازنگری شده توسط خبرگان، جمع‌آوری گردید. پایایی پرسشنامه‌ی ادراکات برابر ۰.۹۳۴ و پرسشنامه‌ی انتظارات برابر با ۰/۹۶ بدست آمد. برای اولویت‌بندی شاخص‌ها، از مدل تحلیل اهمیت - عملکرد و به منظور طراحی خدمتی مطابق خواست مشتری، از مدل گسترش عملکرد کیفیت استفاده شد. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS، با استفاده از آزمون ناپارامتریک ویل کاکسون انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از پرسشنامه‌ی سروکوال حاکی از وجود شکاف منفی در تمامی ابعاد بود. با استفاده از ماتریس IPA، ۹ شاخص دارای اولویت شناسایی شدند و به عنوان ورودی مدل QFD قرار گرفتند و سرانجام ۱۳ راهکار به منظور بهبود شاخص‌های مورد نظر اولویت‌بندی شدند. راهکارهای "رعایت الزامات اعتباربخشی"، "نظام قوی تشویق و تنبیه"، "تکمیل فرم رضایت‌سنجی"، "افزایش تعداد پرستاران"، "نظارت دقیق توسط مافوق"، "فرهنگ‌سازی" و "آموزش" به ترتیب دارای بیشترین اولویت بودند.

**نتیجه‌گیری:** بنا بر ضرورت و حساسیت حرفه‌ی پرستاری لازم است که راهکارهای ارائه شده (بعنوان نمونه رعایت الزامات اعتباربخشی)، در عمل مورد توجه قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت خدمات پرستاری، سروکوال، مدل تحلیل اهمیت - عملکرد، مدل گسترش عملکرد کیفیت.

۱- دانشیار گروه مدیریت صنعتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی‌ارشد مدیریت اجرایی، دانشگاه یزد، یزد، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: aszargar@yahoo.com

## مقدمه

است که می توان به واسطه‌ی آن، کیفیت خدمات ارائه شده را براساس کاهش شکاف بین انتظارات و ادراکات مشتری افزایش داد [۶,۷]. این مدل پنج بعد ملموسات، قابلیت اطمینان، پاسخ‌گویی، تضمین و همدلی را جهت اندازه‌گیری کیفیت خدمت، در نظر می‌گیرد. این ابعاد شامل ۲۲ زوج از اظهار نظرات هستند، که هر زوج سطح مورد انتظار پاسخ‌دهنده از یک خدمت و سطح ادراک شده از خدمت ارائه شده، از نظر مشتری را می‌سنجد. کیفیت خدمت از تفاضل بین نمرات سطح درک شده و سطح مورد انتظار خدمت اندازه‌گیری می‌شود [۸].

در ایران و سایر کشورها مطالعاتی برای سنجش کیفیت خدمات بیمارستانی و خدمات پرستاری با استفاده از مدل سروکوال انجام شده که مطالعات انجام شده در ایران در اکثر موارد حاکی از وجود شکاف منفی بین کیفیت مورد انتظار و کیفیت ادراک شده می‌باشد. در پژوهش استکی که کیفیت خدمات پرستاری را از دیدگاه خود پرستاران در بیمارستان الزهراء اصفهان با استفاده از مدل سروکوال مورد بررسی قرار داد، بزرگترین و کمترین شکاف به ترتیب مربوط به بعد ملموسات و بعد همدلی به دست آمد [۹]. در پژوهشی که طراحی و همکاران در مراکز بهداشتی درمانی خرم آباد انجام دادند در تمامی ابعاد پنج گانه کیفیت خدمات ارائه شده (ابعاد: ملموس یا فیزیکی، قابلیت اطمینان، پاسخ‌گویی، تضمین و همدلی) شکاف منفی کیفیت وجود داشت. بیشترین میانگین شکاف کیفیت در بعد همدلی و کمترین میانگین شکاف مربوط به بعد قابلیت اطمینان بود [۱۰]. در مطالعه‌ای که در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهر اراک به منظور بررسی کیفیت خدمات درمانی با افزودن بعد دسترسی به دیگر ابعاد مدل سروکوال انجام شد، نیز در تمام ابعاد کیفیت تفاوت معنی‌داری بین انتظارات و ادراکات مشاهده گردید و بیشترین شکاف مربوط به بعد دسترسی و کمترین شکاف مربوط به بعد تضمین خدمات بود [۱۱]. در مطالعه دیگری که در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تهران با استفاده از مدل سروکوال، با حذف بعد

امروزه کیفیت خدمات بویژه در مؤسساتی که با حجم بالایی از ارباب رجوع مواجه هستند، نظیر خدمات مالی و مراقبتی، اهمیت فزاینده‌ای پیدا کرده است. با توجه به رقابتی شدن فضای موجود در سازمان‌های خدماتی و همچنین افزایش آگاهی مشتریان از خدمات ارائه شده توسط این سازمان‌ها، انتظارات مشتریان افزایش پیدا کرده است. بنابراین به منظور حفظ مشتریان سازمان‌های خدماتی، باید خدمات با کیفیت عالی به آنها ارائه داد. نقش بیمارستان‌ها به عنوان یکی از سازمان‌های بزرگ و پیچیده‌ی خدماتی و مهم‌ترین واحدهای ارائه‌ی خدمات در نظام سلامت، بسیار برجسته است [۱]. از آنجا که ریسک خدمات این سازمان بالا است باید خدمات ارائه شده دارای کیفیت قابل قبولی باشد [۲]. پرستاران را نیز می‌توان یکی از بزرگترین گروه‌های ارائه دهنده‌ی مراقبت‌های بهداشتی - درمانی دانست که بیماران تماس بیشتری با آنها در قیاس با سایر کارکنان ارائه دهنده‌ی مراقبت دارند. از آنجا که مأموریت اصلی بیمارستان‌ها تأمین مراقبت با کیفیت برای برآوردن نیازها و انتظارات بیماران است، ارائه خدماتی پایین‌تر از حد انتظارات همواره موجب می‌شود که مشتریان و بهره‌گیران از خدمات، روز به روز اعتماد کمتری نسبت به ارائه‌دهندگان خدمت پیدا کنند و در نهایت عدم رضایت مشتریان و تبلیغات منفی آنان موجب ضرر و زیان و نابودی سازمان مربوطه می‌شود [۳].

اولین قدم جهت طراحی برنامه‌های حفظ یا ارتقاء کیفیت مراقبت، بررسی میزان کیفیت می‌باشد [۴]. آنچه که امروزه در خدمات به عنوان کیفیت مطرح می‌شود ارائه‌ی خدمتی (محصول) مطابق با میل مشتری است [۵]. برای اندازه‌گیری و ارزیابی کیفیت خدمات مدل‌های متعددی وجود دارد اما مشهورترین و متداول‌ترین مدل در این زمینه مدل سروکوال Service Quality می‌باشد که اولین بار، توسط پاراسورامان و همکارانش در سال ۱۹۸۵ معرفی شد. سروکوال که به مفهوم کیفیت خدمات است، مدلی

پزشکان، رفتار و نگرش کارکنان و داشتن تجهیزات مدرن کافی وجود داشت [۱۵].

اما اکثر مطالعات انجام شده در ایران تنها به بررسی وجود شکاف پرداخته و در هیچ مورد راهکاری که با استفاده از مدل‌های موجود مانند QFD ارائه شده باشد مشاهده نشد. در این تحقیق که برگرفته از پایان‌نامه تحقیقاتی کارشناسی‌ارشد در رشته مدیریت اجرایی است نیز با استفاده از مدل سروکوال به ارزیابی کیفیت خدمات پرستاری به صورت موردی در بیمارستان شهید صدوقی یزد پرداخته می‌شود؛ اما از آنجا که به نظر می‌رسد می‌توان مؤلفه‌های دیگری را نیز در هر یک از ابعاد جای داد، پیش از ارزیابی، ابتدا مؤلفه‌ها با نظر خبرگان بازنگاری و تکمیل شده و با در نظر گرفتن این که ایرادهایی به مدل سروکوال از جمله عدم توجه به اهمیت هر شاخص وارد شده [۱۶]، برای حل این مشکل و اولویت‌بندی شاخص‌ها، از مدل تحلیل اهمیت - عملکرد در کنار این مدل استفاده خواهد شد. همین‌طور با توجه به این که تعیین اولویت‌ها تضمینی برای بهبود کیفیت خدمات نمی‌باشد، از مدل QFD به منظور طراحی خدمتی مطابق میل و خواست مشتری استفاده می‌شود تا به این ترتیب بیشترین رضایت خاطر مشتری فراهم شود [۱۵].

### روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه تحلیلی - پیمایشی و کاربردی است. در این تحقیق، دو جامعه آماری در نظر گرفته شده است. جامعه اول، در برگرفتهی خبرگان پرستاری است که با توجه به روش نمونه‌گیری قضاوتی، تعداد ده نفر از خبرگان پرستاری بیمارستان شهید صدوقی یزد انتخاب شدند. جامعه دوم این تحقیق را کلیه بیماران بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد، در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دهند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی سروکوال بازنگاری شده توسط خبرگان بود. محقق با استفاده از مرور پیشینه در گام اول و سپس با استفاده از نظرات خبرگان پرستاری، ۲۳ شاخص را در ۵ بعد، در قالب

ملموسات انجام شد، میانگین میزان کلی کیفیت خدمات پرستاری از دیدگاه بیماران در بیمارستان‌های مورد مطالعه، ۶۶٪ (در حد خوب) محاسبه شد؛ به گونه‌ای که درصد رضایت‌مندی بیماران در بعد قابلیت اطمینان ۷۴٪، پاسخ‌گویی ۵۸٪، تضمین ۶۹٪ و همدلی ۶۴٪ به دست آمد [۴]. در کشورهای خارجی نیز با استفاده از مدل سروکوال در بخش سلامت مطالعاتی انجام شده، از جمله می‌آی‌لی نظرات ۳۰۰ بیمار و ۳۰۰ پرستار در ۶ بیمارستان کره را با استفاده از پرسشنامه‌ی ۵ بعدی ویرایش شده‌ی سروکوال (شامل ۲۰ آیت) در مورد کیفیت خدمات پرستاری جمع‌آوری کرد. او برای هر دو گروه بیماران و پرستاران بالاترین میزان انتظار و عملکرد را در بعد قابلیت اطمینان و پایین‌ترین را در بعد ملموسات به دست آورد. بعد قابلیت اطمینان پر اهمیت‌ترین و بعد ملموسات کم اهمیت‌ترین بعد شناخته شد. به طور کلی انتظارات و ادراکات پرستاران از بیماران بالاتر بود در حالی که رضایت بیماران از پرستاران و مراقبت‌های پزشکی بیشتر از پرستاران بود [۱۲]. ویکتور لورین با ارسال پرسشنامه‌ی سروکوال به ایمیل ۱۰۰۰ زن در رومانی به این نتیجه رسید که به علت این که بیشتر مشتریان درمان دانش تکنیکی ندارند، سعی می‌کنند خدمات را از بعد ملموسات مانند محیط و قیمت ارزیابی کنند [۱۳]. گرمیر با مروری بر ادبیات در مورد استفاده از گسترش عملکرد کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی، به یک مطالعه موردی در یک کلینیک قلب و عروق در سوئد پرداخت و توانست با استفاده از مدل QFD به میزان ۲۰٪ از زمان تجویز دارو بکاهد و آن را به زمانی که پزشک با بیمار می‌گذراند، بیفزاید [۱۴]. هاتیس کامگز برای بهبود کیفیت در بخش درمان، با ادغام مدل سروکوال و QFD، مطالعه‌ای را در یک بیمارستان خصوصی در استانبول ترکیه انجام داد. نتایج مطالعه‌ی وی نشان داد که رفتار و نگرش کارکنان بالاترین نمره وزن‌دهی را دارد؛ یعنی اگر رفتار و نگرش کارکنان بهبود یابد، حدود ۲۵٪ بهبود حاصل می‌شود. نتیجه‌ی دیگر این که رابطه‌ی قوی میان مهارت

پرسشنامه‌ی سروکوال گردآوری کرد. پس از بررسی روایی محتوایی از سوی خبرگان، به منظور افزایش دقت و صحت این ابزار، روایی سازه‌ی آن نیز مورد ارزیابی قرار گرفت و به این منظور از تحلیل عاملی تأییدی و نرم‌افزار لیزرل ۸.۸ استفاده شد. با استفاده از روش آلفای کرونباخ، پایایی پرسشنامه‌ی ادراکات برابر ۰.۹۳۴ و پرسشنامه‌ی انتظارات برابر با ۰.۹۶۰ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌ها به تفکیک ابعاد نیز محاسبه گردیده است. (جدول ۱)

حجم نمونه با توجه به مطالعات پیشین و با در نظر گرفتن  $\alpha=0/05$  و  $1-\beta=0/90$ ، برابر با ۱۷۴ نفر به دست آمد. بعد از تعیین حجم نمونه، تعداد ۱۷۴ پرسشنامه، به روش طبقه‌ای تصادفی که طبقه‌ی مورد نظر را بخش‌های بستری بیمارستان شهید صدوقی تشکیل می‌دادند، بین بیماران توزیع شد. نسبت تعداد نمونه‌ها در بخش‌های مختلف، براساس تعداد بیماران بستری در این بخش‌ها در سال ۱۳۹۲ تعیین گردید. به دلیل وسواس پژوهش‌گر در شفاف‌سازی پژوهش مورد نظر برای بیماران و شرکت دادن آگاهانه‌ی آنها در این امر، تمامی ۱۷۴ پرسشنامه بازگشت داده شد (نرخ بازگشتی=۱۰۰٪). تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS ۱۹، با استفاده از آزمون ناپارامتریک ویل کاکسون انجام شد. برای اولویت‌بندی شاخص‌ها، از مدل IPA و به منظور طراحی خدمتی مطابق خواست مشتری، از مدل QFD فازی استفاده شد. در ادامه توضیحات مختصری در مورد مدل‌های به کار برده شده، آورده می‌شود.

مدل تحلیل اهمیت - عملکرد: ابزاری آماری است که می‌توان از آن در اولویت‌بندی طرح‌های بهبود استفاده کرد [۱۷]. در مدل IPA، هر مؤلفه از دو بُعد "اهمیت (وضع مطلوب)" و "عملکرد (وضع موجود عوامل)"، مورد سنجش قرار می‌گیرد. در این مدل، معیار اهمیت برای مشخص نمودن این که تخصیص منابع در کجا حیاتی‌تر است، استفاده می‌شود [۱۸]. نقش ماتریس، که در واقع از چهار قسمت یا ربع تشکیل شده و در هر ربع

استراتژی خاصی قرار دارد، کمک به فرآیند شناخت تصمیم‌گیری است.

منطقه‌ی ضعف (Q1): عواملی که در منطقه‌ی ضعف (تمرکز) قرار بگیرند هم از نظر خبرگان دارای اهمیت بالایی می‌باشند و هم وضعیت عملکرد فعلی آنها ضعیف است و برای ایجاد نارضایتی بیماران کلیدی هستند. بنابراین با بهبود آنها می‌توان انتظار داشت که رضایت بیشتری از سوی بیماران جلب شود.

منطقه‌ی قابل قبول (Q2): عواملی که میانگین وضع فعلی آنها در پرسشنامه از نظر بیماران، متوسط و بالایی متوسط ارزیابی شده و همچنین اهمیت آنها نیز از نظر خبرگان متوسط و بالایی متوسط باشد در این منطقه جای خواهند گرفت. عوامل کیفی این منطقه، عواملی خواهند بود که هم مهم هستند و هم پرستاران کیفیت خوبی در این زمینه‌ها ارائه می‌کنند [۱۸].

منطقه‌ی بی‌تفاوتی (Q3): عواملی که میانگین وضع فعلی آنها در پرسشنامه از نظر بیماران کم و خیلی کم ارزیابی شده و همچنین اهمیت آنها نیز از نظر خبرگان کم و خیلی کم باشد، در این منطقه جای خواهند گرفت. عواملی کیفی این منطقه، عواملی خواهند بود که اهمیت چندانی ندارند، اما پرستاران نیز کیفیت خوبی در این زمینه‌ها ارائه نمی‌کنند. با اینکه پرستاران باید در این زمینه‌ها نیز خود را بهبود دهند اما از آنجا که این عوامل مهم نیستند و نقش عمده‌ای در ارزیابی باکیفیت بودن خدمات ندارند، اولویت بالایی برای بهبود ندارند [۱۹].

منطقه‌ی اتلاف (Q4): عواملی که میانگین وضع فعلی آنها در پرسشنامه از نظر بیماران، متوسط و بالایی متوسط ارزیابی شده و همچنین اهمیت آنها نیز از نظر خبرگان کم و خیلی کم باشد، در این منطقه جای خواهند گرفت. عوامل کیفی این منطقه، عواملی خواهند بود که با اینکه اهمیت چندانی ندارند اما پرستاران کیفیت خوبی در این زمینه‌ها ارائه می‌کنند [۱۹].

مدل گسترش عملکرد کیفیت: یکی از تکنیک‌هایی که امروزه جهت برآورده کردن خواسته‌ها و انتظارات مشتریان و انتقال آنها به فرآیند طراحی محصول یا

## ضرب دو عدد فازی مثلثی

$$(a_1, b_1, c_1) \times (a_2, b_2, c_2) = (a_1 a_2, b_1 b_2, c_1 c_2)$$

## دیفازی کردن

برای دیفازی کردن اعداد فازی در این تحقیق از روش یاگر، به عنوان متداولترین روش دیفازی کردن اعداد فازی مثلثی استفاده شده است. مقدار دیفازی شده‌ی یک عدد فازی مانند  $a(l, m, u)$  بدین صورت محاسبه می‌شود:

$$(1+2_{m+u})/4$$

## یافته‌ها

همان‌طور در قسمت روش تحقیق بیان شد پژوهش‌گر با استفاده از مرور پیشینه در گام اول و سپس با استفاده از نظرات خبرگان پرستاری، ۲۳ شاخص را در قالب پرسشنامه گردآوری کرد. به منظور افزایش دقت و صحت این ابزار، پس از بررسی روایی محتوایی از سوی خبرگان، از تحلیل عاملی تأییدی و نرم‌افزار لیزرل ۸.۸، به منظور روایی سازی آن استفاده شد. نتایج نشان داد که تمامی سنج‌ها دارای بار عاملی موجه هستند و مقادیر RMSEA، P-value و  $X^2/df$  در بازه‌ی مناسب قرار دارند و تمامی مقادیر  $t$  در محاسبه‌های فوق بیشتر از ۱.۹۶ بود. کلیه‌ی مقادیر شاخص‌های برازندگی نیز حاکی از تأیید مدل می‌باشد. نتایج ارائه شده در جدول ۳ حاکی از آن است که مدل از نظر تبیین و برازش، از وضعیت مناسب و قابل قبولی برخوردار می‌باشد. (جدول ۳).

بنابراین می‌توان گفت ۲۳ سنج‌ی یاد شده، مؤلفه‌هایی هستند که می‌توان عوامل کیفی خدمات پرستاری را با آنها مورد سنجش و ارزیابی قرار داد. نتایج حاصل از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف حاکی از غیرنرمال بودن داده‌ها بود. بنابراین از آزمون آماری ویل کاکسون برای تشخیص معناداری شکاف‌های بین ادراکات و انتظارات استفاده شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل‌های آماری پاسخ‌های بیماران به کمک نرم‌افزار SPSS در (جدول ۴) آورده شده است.

همان‌گونه که از جدول ۲ استنباط می‌شود با این که سطح ادراکات بیماران در کلیه‌ی عوامل کیفی خدمات

ارائه خدمت به کار گرفته می‌شود، تکنیک QFD است. در این تکنیک خواسته‌های خام مشتریان طی فرآیندی ساده اما دقیق، توسط کارشناسان شناسایی و تحلیل شده و پس از انجام مراحل مختلف، فرآیندها، دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و روش‌هایی را نتیجه می‌دهد که در صورت پیاده‌سازی، خواسته‌های مشتریان در محصول / خدمت بازتاب خواهد یافت [۲۰]. به طور کلی QFD با مدل‌ها و نگرش‌های مختلفی شناخته می‌شود که مدل چهار ماتریس آن، به عنوان ساده‌ترین روش شناخته شده است. در این پژوهش، ما از روش جدید که مخصوص سازمان‌های خدماتی طراحی شده و دارای سه مرحله است استفاده می‌کنیم؛ اما از آنجا که اولین ماتریس QFD یعنی خانه کیفیت، به تنهایی اطلاعات مفیدی را در مورد نحوه‌ی ارضای خواسته‌های مشتری ارائه می‌نماید، تنها به تکمیل همین مرحله اکتفا می‌شود.

عدم قطعیت در اطلاعات و تصمیم‌گیری: اغلب مسائل دنیای واقعی از جنبه‌های متعدد فاقد قطعیت کامل هستند. در بسیاری از حالات، اطلاعات تصمیم‌گیران از یک موضوع، یک مسئله یا یک سیستم، ناقص است. برای مواجهه با عدم قطعیت و ابهام موجود در جهان واقعی، منطق دو ارزشی به تدریج جای خود را به منطق جدیدی به نام منطق فازی می‌سپارد. در منطق فازی ارزش گزاره همواره در یک بازه صفر و یک تعریف می‌شود، نه در مجموعه‌ی صفر و یک، یعنی امکان بیان یک گزاره به صورت نسبتاً درست یا نسبتاً نادرست وجود دارد [۲۱]. از دیدگاه طراحان QFD، فرآیندهای طراحی محصول در محیط‌های مبهم اجرا می‌شوند. بنابراین در ارتباط با ماهیت فازی در فرآیندهای QFD، رویکردهای فازی جهت فرموله نمودن ارتباطات میان نیازهای مشتری و مشخصه‌های فنی و درجه‌ی اهمیت نیازهای مشتری به کاربرده شده‌اند. (جدول ۲)

قوانین عملیاتی اعداد فازی مثلثی مورد استفاده در این پژوهش در روابط زیر آورده شده است:

## جمع و تفریق دو عدد فازی مثلثی

$$(a_1, b_1, c_1) \pm (a_2, b_2, c_2) = (a_1 \pm a_2, b_1 \pm b_2, c_1 \pm c_2)$$

۳- افزایش تعداد پرستاران (رعایت استاندارد نسبت تعداد پرستار به بیمار، داشتن پرستار ذخیره)

۴- افزایش تعداد نیروی خدمات

۵- نظارت دقیق توسط مافوق و پیگیری موارد نارضایتی بیماران

۶- ایجاد زمینه و تشویق به منظور گزارش‌دهی خطا توسط پرستار

۷- ارائه خدمات پرستاری روتین به طور همزمان

۸- نظام قوی تشویق و تنبیه

۹- زمان‌بندی ویزیت روتین رزیدنت‌ها و اینترن‌ها حداکثر تا ساعت نه شب (به استثنای ضرورت‌ها)

۱۰- تکمیل فرم رضایت‌سنجی توسط بیمار هنگام ترخیص

۱۱- حضور مسئول بخش و مسئول خدمات هنگام تغییر شیفت

۱۲- رعایت الزامات اعتبار بخشی

۱۳- برقراری عدالت در پرداخت کارانه به گروه‌های مختلف درمان

ماتریس همستگی ویژگی‌های خدمات: به منظور بررسی ارتباط و وابستگی بین ویژگی‌های خدمات، ماتریسی در سقف خانه‌ی کیفیت تشکیل شده است. این ماتریس برای بررسی تضاد بین مشخصه‌های فنی می‌باشد. با توجه به بررسی اطلاعات این ماتریس، مشاهده شد که تضاد شدیدی در مشخصه‌های فنی وجود ندارد تا لازم باشد سازمان نسبت به حل آن اقدام نماید.

ارتباط بین خواسته‌های مشتری و مشخصه‌های فنی: میزان تأثیر هر یک از مشخصه‌های فنی در خواسته‌ی مشتری با یکدیگر متفاوت است. در این پژوهش میزان ارتباط خواسته‌ها با مشخصه‌های فنی توسط تعدادی از خبرگان پرستاری در بیمارستان شهید صدوقی یزد تعیین گشته و برای نشان دادن آن از اعداد ۱ تا ۵ (۱ رابطه‌ی بسیار ضعیف، ... و ۵ رابطه‌ی بسیار قوی) استفاده شده و سپس به اعداد فازی مثلثی تبدیل شده است.

پرستاری بالاتر از حد متوسط (عدد ۳) بوده است؛ شکاف بین ادراکات و انتظارات در تمامی موارد منفی بوده و به غیر از مورد "استفاده از روپوش تمیز و مرتب" ( $P\text{-value}=0.56$ )، در تمامی موارد معنادار شده است.

با توجه به اینکه تکمیل خانه کیفیت در QFD، کاری دشوار و وقت‌گیر است، در این پژوهش با استفاده از مدل سروکوال و ماتریس اهمیت - عملکرد به عنوان فیلتری برای کاهش شاخص‌های کیفیت و خواسته‌های مشتری استفاده گردید. از اینرو برای اولویت‌بندی شاخص‌ها ۲۲ مؤلفه دارای شکاف منفی معنی‌دار به ماتریس اهمیت - عملکرد انتقال یافتند. به زعم اسلک، در مدل IPA سنجش شاخص‌ها می‌تواند در مقیاس ۵، ۷ یا ۹ درجه‌ای صورت گیرد [۲۳]، در این تحقیق از مقیاس ۵ درجه‌ای بهره برده شده است. معمولاً مقدار ۳ به بالا، به عنوان عملکرد و اهمیت بالا در نظر گرفته می‌شود [۲۴]. با توجه به این که در این تحقیق میانگین عملکرد پرستاران از دیدگاه بیماران در کلیه‌ی موارد بالاتر از ۳ ارزیابی شده است و همین‌طور اهمیت کلیه عوامل از دیدگاه خبرگان پرستاری نیز بالاتر از ۳ می‌باشد، همه عوامل در منطقه‌ی قابل قبول واقع می‌شوند؛ اما به علت حساس بودن خدمات پرستاری، تصمیم گرفته شد از ماتریس اهمیت - عملکرد ثانویه استفاده شود و عملکرد و اهمیت ۴ به بالا، قابل قبول در نظر گرفته شود. (نمودار ۱)

با ترسیم ماتریس اهمیت - عملکرد ثانویه، ۹ عامل در منطقه تمرکز قرار گرفتند. (جدول ۵)

تحلیل نیازهای مشتری و تعیین ویژگی‌های خدمات به وسیله‌ی روش QFD: بر اساس نظرات خبرگان پرستاری بیش از ۲۰ مشخصه‌ی فنی برای دستیابی به خواسته‌های بیماران (۹ عامل نارضایتی قرار گرفته در منطقه‌ی تمرکز ماتریس IPA ثانویه) شناسایی گردید که با مصاحبه‌ی مجدد با این افراد، در نهایت تعداد ۱۳ مشخصه به شرح ذیل وارد خانه‌ی کیفیت شد:

۱- آموزش و ایجاد انگیزه (پرستار، بیمار، نیروی خدمات)  
۲- فرهنگ‌سازی و نهادینه کردن

"پیگیری و رسیدگی به شکایات بیمار" از دید خبرگان ۳۹ بود و در منطقه‌ی بی تفاوتی ماتریس IPA ثانویه قرار گرفت. این موضوع ناشی از آن است که از دید خبرگان، پرستاران با توجه به استاندارد نبودن نسبت تعداد آنها به بیماران در این بیمارستان، وظایف خود را به درستی انجام می‌دهند و لزوماً شکایات بیمار ناشی از قصور کادر درمانی نیست. شکاف خدمات در تمامی ابعاد نیز معنادار بوده و بیشترین شکاف در بعد همدلی و کمترین شکاف در بعد ملموسات به دست است؛ این نتیجه در تضاد کامل با پژوهش استکی است که بیشترین و کمترین شکاف را به ترتیب در ارتباط با بعد ملموسات و بعد همدلی به دست آورد [۹]؛ اما با پژوهش زارعی که بالاترین نمره ادراکات و انتظارات را در ارتباط با بعد عوامل محسوس و پایین‌ترین نمره را در ارتباط با بعد همدلی به دست آورد هم‌خوانی دارد [۲۵].

با تلفیق نتایج حاصل از پرسشنامه سروکوال و ماتریس IPA، ۹ عامل به عنوان عوامل مهم ناراضایتی بیماران در بیمارستان شهید صدوقی یزد شناسایی شدند و با استفاده از مدل QFD و نظرات خبرگان ۱۳ راهکار برای بهبود بخشیدن آنها پیشنهاد شد که راهکارهای "رعایت الزامات اعتباربخشی"، "نظام قوی تشویق و تنبیه"، "تکمیل فرم رضایت‌سنجی توسط بیمار هنگام ترخیص"، "افزایش تعداد پرستاران"، "نظارت دقیق توسط مافوق و پیگیری موارد ناراضایتی بیماران"، "فرهنگ‌سازی و نهادینه کردن" و "آموزش و ایجاد انگیزه" به ترتیب دارای بیشترین اولویت بودند. بر این اساس برای کاهش شکاف بین ادراکات و انتظارات و افزایش رضایت بیماران پیشنهاد می‌گردد تدابیر جدی‌تری به منظور رعایت الزامات اعتباربخشی در عمل اندیشیده شود و به منظور فرهنگ‌سازی و نهادینه کردن رفتارهای مورد انتظار از پرستاران، به آموزش، خصوصاً آموزش ویژه‌ی بدو ورود پرستاران طرحی و آموزش دوره‌ای پرسنل، نظارت و کنترل مداوم، توجه بیشتری شود. هم‌چنین برای اضافه کردن تعداد نیروی پرستاری به گونه‌ای که نسبت استاندارد پرستار به بیمار

اولویت‌بندی مشخصه‌های فنی خدمات: وزن هر یک از خصوصیات فنی خدمت (HOWs) با توجه به ارتباط خصوصیت مورد نظر با خواسته‌های مشتری (WHATs) تعیین می‌گردد که در این میان درجه‌ی اهمیت خواسته‌های مشتری نیز در نظر گرفته می‌شود. به این منظور ارتباط بین هر یک از مشخصه‌های فنی با خواسته‌های بیماران، به صورت یک عدد فازی مثلثی، در درجه‌ی اهمیت آن خواسته که آن هم به صورت یک عدد فازی مثلثی بیان شده، ضرب گردیده است و حاصل جمع هر ستون نشان‌دهنده وزن مطلق مشخصه‌ی فنی مذکور است. (جدول ۶) البته در جدول ۴ به علت کمبود جا، در اکثر موارد از آوردن اعداد به صورت فازی خودداری شده است. اولویت‌بندی راهکارهای ارائه شده با توجه به وزن آنها در (جدول ۷) نشان داده شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از شکاف منفی معنادار بین ادراکات و انتظارات بیماران در تمامی موارد به غیر از یک مورد بوده است که با توجه به این که سطح ادراکات بیماران در کلیه‌ی عوامل کیفی خدمات پرستاری بالاتر از حد متوسط (عدد ۳) بوده است؛ نشانگر سطح بالای انتظارات بیماران می‌باشد. بیشترین ادراکات بیماران در مورد "استفاده از روپوش تمیز و مرتب" و کمترین ادراکات آنها در زمینه‌ی "پیگیری و رسیدگی به شکایات بیمار" بوده است. بیشترین انتظارات آنها در زمینه‌ی "برخورداری از دقت و مهارت کافی در انجام کارها" و کمترین انتظارات آنها نیز در زمینه‌ی "اقدامات بی‌درنگ پرستاری حتی در مواقع شلوغی" می‌باشد که نشان دهنده‌ی آن است که بیماران تا حد زیادی مشغله‌ی زیاد پرستاران را درک می‌کنند اما انتظار کار دقیق و بدون خطا را از آنها دارند. بیشترین شکاف بین ادراکات و انتظارات در زمینه‌ی "پیگیری و رسیدگی به شکایات بیمار" و کمترین شکاف بین ادراکات و انتظارات در مورد "استفاده از روپوش تمیز و مرتب" بوده است. اما اهمیت مؤلفه‌ی

اضافی پژوهشگر، این مسئله تا حدود زیادی پوشش داده شد. همین امر موجب شد که اهمیت شاخص‌های مورد سؤال به جای بیماران از خبرگان پرسیده شود. - مشغله‌ی زیاد خبرگان پرستاری و محدود بودن وقت آنها در پاسخ به سؤالات، که این محدودیت نیز با همکاری مضاعف آنها که بعضاً در خارج از وقت کاری به این امر می‌پرداختند برطرف شد.

### تشکر و قدردانی

در پایان پژوهش‌گران مراتب قدردانی و سپاس فراوان خود را از همکاری صمیمانه و بی‌دریغ پرسنل مرکز حمایت از توسعه تحقیقات بالینی (R.D.C) بیمارستان شهید صدوقی یزد، هم‌چنین از مسئولین محترم پرستاری این بیمارستان و کلیه‌ی بیمارانی که در طی اجرای این تحقیق، با پژوهش‌گر مساعدت داشتند، ابراز می‌دارند.

رعایت شود و عواملی مانند خستگی و مشغله‌ی زیاد پرستار باعث کاهش کیفیت خدمات پرستاری نگردد اقدام شود. با توجه به اجرای طرح تحول نظام سلامت، تدابیر فراوانی برای فراهم کردن رضایت خاطر پزشکان و در نتیجه جذب و نگهداری آنها در بخش دولتی به عمل آمده؛ اما این امر با شرایطی متناظر در مورد پرستاران که بار سنگین مسئولیت رسیدگی به بیمار را برعهده دارند صورت نگرفته است و براساس تئوری برابری موجب انتظارات بیشتر و در نتیجه نارضایتی آنها شده است. البته این موضوع باید در سطوح بالای وزارت بهداشت مورد بررسی قرار گیرد.

### محدودیت‌های پژوهش

- غیربومی بودن و کم سواد بودن حدود نیمی از پاسخ‌دهندگان (بیماران)، که درک صحیح آنها از مطالب پرسشنامه را دشوار می‌ساخت از محدودیت‌های عمده‌ی این پژوهش بود. ولی با صرف وقت بیشتر و توضیحات

جدول ۱ - ضریب آلفای کرونباخ ابعاد

ابعاد	ملموسات	قابلیت اطمینان	پاسخگویی	تضمین	همدلی
ادراکات	۰.۷۹	۰.۷۷	۰.۸۰	۰.۸۱	۰.۸۷
انتظارات	۰.۸۴	۰.۸۸	۰.۸۷	۰.۸۲	۰.۸۴

جدول ۲ - اعداد فازی مثلثی مربوط به هریک از متغیرهای زبانی [۲۲]

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد
(۰،۱،۲)	(۱،۲،۳)	(۲،۳،۴)	(۳،۴،۵)	(۴،۵،۵،۵)

جدول ۳ - شاخص‌های برازش مدل

شاخص تناسب	GFI	AGFI	NFI	NNFI	CFI	$X^2/d_f$	RMSEA	IFI
دامنه مقبول	۰/۹<	۰/۹<	۰/۹<	۰/۹<	۰/۹<	۳>	۰/۰۸>	۰/۹<
نتیجه	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۹	۱/۷۲	۰/۰۶۵	۰/۹۳



جدول ۴ - شکاف مؤلفه‌های هر بعد و اهمیت آن

اهمیت	P-value	شکاف	انتظارات	ادراکات	شاخص	ابعاد
۴.۳	۰.۰۰	-۰.۶۸	۴.۳۳	۳.۶۵	به وضعیت بهداشت و نظافت اتاق نظارت داشتن	ملموسات
۴.۵	۰.۰۰	-۰.۶۸	۴.۴۴	۳.۷۶	فراهم کردن محیطی آرام برای استراحت بیمار	
۴.۲	۰.۵۶	-۰.۰۲	۴.۴۷	۴.۴۵	استفاده از روپوش تمیز و مرتب	
۴.۵	۰.۰۰	-۰.۵۲	۴.۶۰	۴.۰۸	در دسترس بودن تجهیزات و وسایل مناسب برای پرستاران	
۵	۰.۰۰	-۰.۶۲	۴.۶۳	۴.۰۱	برخورداری از دقت و مهارت کافی در انجام کارها	قابلیت اطمینان
۴.۳	۰.۰۰	-۰.۷۴	۴.۵۲	۳.۷۹	دادن اطلاعات لازم قبل از اقدامات درمانی به بیمار و اجازه گرفتن	
۴	۰.۰۰	-۰.۷۰	۴.۴۳	۳.۷۳	نگران مشکلات بیمار بوده و درصدد رفع آنها آمدن	
۴.۶	۰.۰۰	-۰.۳۷	۴.۴۲	۴.۰۵	راز دار و قابل اعتماد بودن	
۴.۱	۰.۰۰	-۰.۴۱	۴.۵۱	۴.۰۹	رعایت شئون اسلامی و اخلاقی	
۳.۹	۰.۰۰	-۰.۵۶	۴.۲۵	۳.۷۰	درصدد رفع مشکلات محیطی برآمدن	پاسخ‌گویی
۴.۳	۰.۰۰	-۰.۷۵	۴.۴۹	۳.۷۴	برای پاسخ به نیاز بیمار، با علاقه‌مندی بر بالین بیمار حضور یافتن	
۴.۳	۰.۰۰	-۰.۷۰	۴.۲۴	۳.۵۴	اقدامات بی‌درنگ پرستاری حتی در مواقع شلوغی	
۳.۹	۰.۰۰	-۱.۰۱	۴.۴۸	۳.۴۷	پیگیری و رسیدگی به شکایات بیمار	
۴.۶	۰.۰۰	-۰.۴۱	۴.۶۱	۴.۲۰	ارائه دارو و درمان در زمان مناسب	
۴.۷	۰.۰۰	-۰.۵۰	۴.۶۱	۴.۱۱	برخورداری از اطلاعات کافی در زمینه کاری خود	تضمین
۴	۰.۰۰	-۰.۹۸	۴.۴۷	۳.۴۹	دادن توضیحات کافی درمورد روند درمان به بیمار	
۴.۶	۰.۰۰	-۰.۹۷	۴.۶۱	۳.۶۴	اطمینان از کار بدون خطا و اشتباه پرستاران	
۴.۶	۰.۰۰	-۰.۵۴	۴.۵۶	۴.۰۲	احساس مسئولیت و وجدان کاری	
۴.۲	۰.۰۰	-۰.۶۳	۴.۳۲	۳.۶۹	انجام بررسی‌های لازم درخصوص نحوه‌ی تغذیه، دفع، استراحت و ... بیمار	
۴.۳	۰.۰۰	-۰.۸۶	۴.۵۵	۳.۶۸	دادن آموزش‌های لازم درمورد بیماری، دارو، استراحت، تغذیه و ... به بیمار	
۳.۹	۰.۰۰	-۰.۸۷	۴.۴۴	۳.۵۷	درک احساسات بیمار و دادن آرامش به او	همدلی
۴.۳	۰.۰۰	-۰.۶۷	۴.۵۶	۳.۸۹	احترام گذاشتن به شخصیت بیمار	
۳.۶	۰.۰۰	-۰.۷۵	۴.۵۶	۳.۸۱	دادن امید و تشویق بیمار به درمان	

اهمیت	۵										۵										
	۴.۹																				
	۴.۸																				
	۴.۷																				
	۴.۶								۱۵			۱۶									
	۴.۵									۲											
	۴.۴																				
	۴.۳							B	۲۳	A	۱۸										
	۴.۲									۲۲									۱۲	۱۳	
	۴.۱										۷								۴	۸	
	۴							C													
	۳.۹								۱۷	۹											
	۳.۸																				
	۳.۷																				
	۳.۶											۲۰									
	۳.۵																				
	۳.۴																				
	۳.۳																				
	۳.۲																				
	۳.۱																				
	۳	۳.۱	۳.۲	۳.۳	۳.۴	۳.۵	۳.۶	۳.۷	۳.۸	۳.۹	۴	۴.۱	۴.۲	۴.۳	۴.۴	۴.۵	۴.۶	۴.۷	۴.۸	۴.۹	۵
عملکرد																					

نمودار ۱ - ماتریس اهمیت - عملکرد ثانویه

- A: ۶, ۱۰
- B: ۱, ۱۱
- C: ۱۴, ۱۹

جدول ۵ - شاخص‌های قرار گرفته در منطقه تمرکز ماتریس IPA ثانویه

شماره پرسشنامه	شاخص	عملکرد	اهمیت	اهمیت فازی
۱	به وضعیت بهداشت و نظافت اتاق نظارت داشتن	۳.۶	۴.۳	(۳.۴۵, ۴.۳۵)
۲	فراهم کردن محیطی آرام برای استراحت بیمار	۳.۸	۴.۵	(۴.۲۵, ۴.۵۵)
۶	دادن اطلاعات لازم قبل از اقدامات درمانی به بیمار و اجازه گرفتن	۳.۸	۴.۳	(۳.۵۰, ۴.۲۰, ۴.۹۰)
۱۰	برای پاسخ به نیاز بیمار، با علاقه‌مندی بر بالین بیمار حضور یافتن	۳.۸	۴.۳	(۳.۴۵, ۴.۳۵)
۱۱	اقدامات بی‌درنگ پرستاری حتی در مواقع شلوغی	۳.۶	۴.۳	(۳.۵۰, ۴.۲۰, ۴.۹۰)
۱۵	اطمینان از کار بدون خطا و اشتباه پرستاران	۳.۷	۴.۶	(۳.۹۰, ۴.۶۰, ۵.۰۰)
۱۸	احترام گذاشتن به شخصیت بیمار	۳.۹	۴.۳	(۳.۵۵, ۴.۳۰, ۴.۸۰)
۲۲	انجام بررسی‌های لازم درخصوص نحوه‌ی تغذیه، دفع، استراحت و ... بیمار	۳.۷	۴.۲	(۳.۴۰, ۴.۲۰, ۴.۸۰)
۲۳	دادن آموزش‌های لازم درمورد بیماری، دارو، استراحت، تغذیه و ... به بیمار	۳.۷	۴.۳	(۳.۵۰, ۴.۲۰, ۴.۹۰)

جدول ۶ - قلب خانه کیفیت در ماتریس QFD

اهمیت	برقراری عدالت در پرداخت کارانه گروه‌های مختلف درمان	رعایت الزامات اعتبار بخشی	حضور مسئول بخش و مسئول خدمات هنگام تغییر شیفت	تکمیل فرم رضایت سنجی توسط بیمار هنگام ترخیص	زمان بندی ویزیت روتین رزیدنت‌ها و ایترن‌ها حداکثر تا ساعت نه شب (به استثنای ضرورت‌ها)	نظام قوی تشویق و تنبیه	ارائه خدمات پرستاری روتین به طور همزمان	ایجاد زمینه و تشویق به منظور گزارش دهی خطا توسط پرستار	نظارت دقیق توسط مافوق و پیگیری موارد نارضایتی بیماران	افزایش تعداد نیروی خدمات	افزایش تعداد پرستاران ( رعایت استاندارد نسبت تعداد پرستار به بیمار، داشتن پرستار ذخیره)	فرهنگ سازی و نهادینه کردن	آموزش و ایجاد انگیزه (پرستار، بیمار، نیروی خدمات)	ویژگی های خدمت	خواسته‌های بیماران
۴.۳	۳	۵	۴	۴		۴			۴	۴	۳	۵	۴	به وضعیت بهداشت و نظافت اتاق نظارت داشتن	
۴.۵		۴	۱	۴	۴	۲	۴		۴	۲	۳	۳	۳	فراهم کردن محیطی آرام برای استراحت بیمار	
۴.۳	۲	۵		۴		۴	۲		۴	۴	۴	۴	۴	دادن اطلاعات لازم قبل از اقدامات درمانی به بیمار و اجازه گرفتن	
۴.۳	۴	۴		۵		۲	۱		۳		۳	۴	۳	برای پاسخ به نیاز بیمار، با علاقه مندی بر بالین بیمار حضور یافتن	
۴.۳	۲	۴		۴		۴			۴		۴	۳	۴	اقدامات بی‌درنگ پرستاری حتی در مواقع شلوغی	
۴.۶	۴	۵	۱	۴		۴	۲	۴	۴		۴		۴	اطمینان از کار بدون خطا و اشتباه پرستاران	
۴.۳	۳	۵	۱	۴	۴	۴	۲	۱	۴	۱	۴	۵	۴	احترام گذاشتن به شخصیت بیمار	
۴.۲	۲	۴		۴		۴	۲	۱	۴		۴	۴	۴	انجام بررسی‌های لازم درخصوص نحوه‌ی تغذیه، دفع، استراحت و ... بیمار	
۴.۳	۲	۴		۳		۴	۲	۱	۴		۴	۴	۴	دادن آموزش‌های لازم درمورد بیماری، دارو، استراحت، تغذیه و ... به بیمار	
														وزن مطلق فازی	
	۹۹.۳														وزن مطلق دی فازی شده
		۱۷۱													
		۲۹.۶۸													
		۱۴۴.۹۷													
		۳۵.۸													
		۱۵۱.۹۲													
		۷۱.۴۸													
		۳۳.۳۳													
		۱۳۷.۶۸													
		۳۵.۲۶													
		۱۳۹.۷													
		۱۳۶.۷۲													
		۱۳۵.۲۲													

جدول ۷ - اولویت‌بندی راهکارهای ارائه شده با استفاده از ماتریس QFD

شماره	راهکار	وزن مطلق فازی	وزن مطلق دی فازی شده	وزن نسبی
۱	رعایت الزامات اعتبار بخشی	(۱۱۹.۳۳.۱۷۱.۶.۲۲۱.۵)	۱۷۱	۰.۱۳
۲	نظام قوی تشویق و تنبیه	(۱۰۵.۱۴۵.۶.۲۱۱.۵)	۱۵۱.۹۲	۰.۱۱۵
۳	تکمیل فرم رضایت سنجی توسط بیمار هنگام ترخیص	(۸۸.۱۹.۱۴۲.۵.۲۰۶.۷)	۱۴۴.۹۷	۰.۱۱
۴	افزایش تعداد پرستاران (رعایت استاندارد نسبت تعداد پرستار به بیمار، داشتن پرستار ذخیره)	(۸۲.۵.۱۳۷.۳.۲۰۱.۷)	۱۳۹.۷	۰.۱۰۵
۵	نظارت دقیق توسط مافوق و پیگیری موارد نارضایتی بیماران	(۸۰.۳۴.۱۳۴.۲.۲۰۲)	۱۳۷.۶۸	۰.۱۰۴
۶	فرهنگ سازی و نهادینه کردن	(۸۱.۹.۱۳۵.۷.۱۸۶.۶)	۱۳۶.۷۲	۰.۱۰۳
۷	آموزش و ایجاد انگیزه (پرستار، بیمار، نیروی خدمات)	(۷۲.۳۸.۱۳۷.۱۹۴.۵)	۱۳۵.۲۲	۰.۱۰۲
۸	برقراری عدالت در پرداخت کارانه به گروه‌های مختلف درمان	(۵۳.۶۵.۹۵.۲۹.۱۵۲.۶)	۹۹.۲	۰.۰۷۵
۹	ارائه خدمات پرستاری روئین به طور همزمان	(۴۵.۵۵.۶۶.۱۰۸.۴)	۷۱.۴۸	۰.۰۵۴
۱۰	زمان بندی ویزیت روئین رزیدنت‌ها و اینترن‌ها حداکثر تا ساعت نه شب (به استثنای ضرورت‌ها)	(۲۳.۴.۳۵.۴.۴۹)	۳۵.۸	۰.۰۲۷
۱۱	افزایش تعداد نیروی خدمات	(۱۸.۸۵.۳۳.۸.۵۴.۶)	۳۵.۲۶	۰.۰۲۷
۱۲	ایجاد زمینه و تشویق به منظور گزارش‌دهی خطا توسط پرستار	(۱۱.۷.۳۱۸.۵۴)	۳۲.۳۲	۰.۰۲۵
۱۳	حضور مسئول بخش و مسئول خدمات هنگام تغییر شیفت	(۱۰.۳۵.۲۹.۴.۴۹.۶)	۲۹.۶۸	۰.۰۲۳
	جمع		۱۳۲۱	۱

**Reference:**

- 1- Abolghasem Gorji H, Tabatabaei SM, Akbari A, Sarkhosh S, Khorasani S. Using the Service Quality Gap's Model (SERVQUAL) in Imam Khomeini Teaching Hospital: 2012. *Health Management* 2013; 16(51): 7-18. [Persian]
- 2- 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): 115-128. [Persian]
- 3- Tabibi SJ, Kakhani MJ, Gohari MR, Shahri S. The Relationship between Services Quality and patient's loyalty in Tehran Public and Private Hospitals: 2009. *Fasnameye bimarestan* 2009; 8(3,4): 35-42. [Persian]
- 4- Mohammadniya M, Delgoshayi B, Tofighi Sh, Riyahi L, Omrani A. Survey on Nursing Service Quality by SERVQUAL at Tehran Social Security Organization Hospitals. *Fasnameye bimarestan* 2010; 8(3): 68-73. [Persian]
- 5- 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. [Persian]
- 6- Shahin A, Ameri D, Saremi B. SERVQUAL model of service quality and its role in measuring the gap with a case study in comparison with foreign cases. *Journal of Administrative change* 2004; 7(47): 53-68. [Persian]
- 7- Bahreyni K, Shah Alizade M, Norani F. Service Quality in Islamic Azad University of SERVQUAL and QFD model. *Journal of Management* 2009; 6(14): 62-79. [Persian]
- 8- Parasuraman A, Zeithaml Valerie A, Berry Leonard L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing* 1985; 49: 41-50
- 9- Esteki R, Attafar A. Quality of nursing services (contemporary level of reality and level of expectation) from nurses' viewpoint on the basis of SERVQUAL Model in Al-Zahra Hospital in Isfahan (2010). *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty* 2012; 9(2): 72-79. [Persian]
- 10- Tarahi MJ, Hamoozade P, Bijanvand M, Lashkarara B. survey the quality of health services provided In Khorramabad health centers using SERVQUAL model (1389). *Fasnameye yafte* 2012; (51): 13-21. [Persian]
- 11- Hekmatpoor D, Soorani M, Farazi AA, Fallahi Z, Lashkarara B. Survey the quality of health services in Arak University of Medical Sciences and Health Services Using the SERVQUAL model (1390). *Arak Medical University Journal (AMUJ)* 2012, 15(66): 1-9. [Persian]
- 12- Mi Aie Lee, Young-Hee Yom. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44(4): 545-555.
- 13- Purcărea VL, Gheorghe IR, Petrescu CM. The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale. *Procedia Economics and Finance* 2013; 6: 573-585.
- 14- Gremyr I, Raharjo H. Quality function deployment in healthcare: a literature review and case study. *Int J Health Care Qual Assur* 2013; 26(2): 135-46.
- 15- Camgoz-Akdag H, Tarim M, Lonhal S, Yatkin A. QFD application

- using SERVQUAL for private hospitals: a case study. *Leadership in Health Services* 2013; 26(3): 175-183.
- 16- Nooralsena S, Shadaloi F, Samimi Y. Measuring customer satisfaction in higher education research to identify opportunities for improvement in service. *Journal for Research and Higher education* 2009; 1(49): 98-119. [Persian]
- 17- Behmanesh R, Zare Mehrjerdi Y, Oliya M. Prioritize process improvement of human capital in the oil refining company with an approach IPA based on PCF. *Journal of Production and Operations Management* 2011, 3(1): 39-64. [Persian]
- 18- Angel RJ, Heffernan TW, Megicks P. Service quality in postgraduate education. *Quality Assurance in Education* 2008; 16(3): 236-54.
- 19- Smith S, Costello C. Culinary tourism: Satisfaction with a culinary event utilizing importance-performance grid analysis. *Journal of Vacation Marketing* 2009; 15(2): 99-110.
- 20- Poorseyed Aghaei M, Mahmoodi J, zolghadri M. Planning Services in Special trains using the QFD. *Journal of Transportation* 2007; 4(1): 83-90.
- 21- Day O, Chakraborty, D. Fuzzy periodic review system with fuzzy random variable demand. *European Journal of Operational Research* 2009; 198(1): 113-120. [Persian]
- 22- Chou CC, Liu LJ, Huang SF, Yih JM, Han TC. An evaluation of airline service quality using the fuzzy weighted SERVQUAL method. *Applied Soft Computing* 2011; 2117-2128.
- 23- Kitcharoen K. The importance-performance analysis of service quality in administrative department of private universities in Thailand. *ABAC J.* 2004; 24(3): 20-46.
- 24- Lewis R. Importance-performance analysis. Australia: The Australasian Association for Engineering Education Inc 2004.
- 25- Zareii E, Ghazitabatabaai M, Rahimifrushani A, Rashidian A, Arab M. Quality Evaluation of patients' perspectives of hospital care: a cross sectional study in private hospitals in Tehran. Faculty of Tehran University of Medical Sciences. *Pyavrd salamat* 2011; 5(4): 66-76.