



# ارزیابی انتظارات و ادراکات بیماران بستری در بخش‌های جراحی قلب و عروق بیمارستان‌های خصوصی شهر مشهد از کیفیت خدمات، با استفاده از مدل سرویوس در سال ۱۳۹۵

علی وفایی نجار<sup>۱</sup> / الهه هوشمند<sup>۲</sup> / الهه حسینی<sup>۳</sup> / پیمان محمودیان<sup>۴</sup> / حمیدرضا شعبانی‌کیا<sup>۵</sup>

چکیده

مقدمه: در حوزه خدمات سلامت، اعتلای کیفیت از اهمیت فراوانی برخوردار است و باعث افزایش رضایتمندی بیماران می‌شود. بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی، نخست مستلزم ارزیابی انتظارات و ادراکات بیماران از کیفیت خدمات است. هدف از این مطالعه، تعیین انتظارات و ادراکات بیماران از کیفیت خدمات بخش‌های جراحی قلب بیمارستان‌های خصوصی مشهد بوده است.

روش‌کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۳۶ بیمار بستری در بخش‌های جراحی قلب بیمارستان‌های خصوصی شهر مشهد انجام شده‌است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد شده «سرویوس» (SERVUS) است. کیفیت خدمات در شش حیطه و در دو مقطع زمانی متفاوت (زمان پذیرش و ترخیص) ارزیابی و برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شده است.

یافته‌ها: کیفیت خدمات در هر دو بخش انتظارات و ادراکات و در همه شش حیطه در حد رضایت بخش بود. این حیطه‌ها شامل: عوامل ملموس، قابلیت اعتماد، پاسخگویی، تضمین، همدلی و قابلیت استفاده بود. همچنین در هر شش حیطه و در کل شکاف منفی بین انتظارات و ادراکات وجود داشت، یعنی کیفیت خدمات دریافت شده، پایین‌تر از انتظارات بود. شکاف بین انتظارات و ادراکات کل برابر ۰/۷۳- بوده و از لحاظ آماری معنی‌دار بود. بین انتظارات کل با سن همبستگی معکوس معنی‌دار وجود داشت. همچنین بین انتظارات کل با رضایت بیمار همبستگی مستقیم معنی‌دار مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به شکاف منفی مشاهده شده در هر شش حیطه و ماهیت بیشتر این حیطه‌ها که به نوعی متأثر از نحوه تعامل بیمار و کارکنان هستند، اتخاذ تدابیری نظیر آموزش روابط بین فردی به کارکنان، می‌تواند در کاهش این شکاف موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: مراقبت سلامت، کیفیت خدمات، خدمات سلامت، مدل SER

• وصول مقاله: ۹۵/۰۶/۲۱ اصلاح نهایی: ۹۵/۱۰/۰۴ پذیرش نهایی: ۹۶/۰۱/۱۴

۱. دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۵. استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛ نویسنده

مسئول (shabanikiahr@mums.ac.ir)

## مقدمه

جلب رضایت بیماران، به عنوان مشتریان اصلی بیمارستان‌ها، همواره یکی از دغدغه‌های مهم گردانندگان بیمارستان‌ها بوده است [۱-۳]. کیفیت خدمات سلامت، یکی از عوامل مهم مؤثر بر رضایت بیماران است [۴]. تلاش در جهت بهبود کیفیت و جلب رضایت بیماران در بخش‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات سلامت، از اهمیت بیشتری برخوردار است. یک بیمارستان خصوصی تنها در صورتی می‌تواند در محیط رقابتی امروز به بقا و پیشرفت خود ادامه دهد که بتواند خدماتی با کیفیت به بیماران ارائه دهد و رضایت آنان را جلب نماید [۵]. علاوه بر این، با توجه به اهمیت موضوع حیات و سلامت افراد در حوزه خدمات بهداشتی - درمانی، اعتلای کیفیت خدمات اهمیتی دوچندان دارد و دریافت خدمات شایسته حق مسلم هر بیمار است [۶]. بهبود کیفیت خدمات و برنامه‌ریزی در این زمینه، در وهله نخست مستلزم ارزیابی وضعیت موجود کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران است. روش‌های مختلفی برای ارزیابی کیفیت خدمات سلامت وجود دارد که یکی از رایج‌ترین این روش‌ها، استفاده از مدل «سروکوال» (SERVice QUALity=SERVQUAL) است [۷]. تاکنون مطالعات متعددی با موضوع کیفیت خدمات سلامت، با استفاده از این مدل انجام شده است [۸-۱۰]. در یکی از این مطالعات، «بات و دران»، با استفاده از این مدل، شکاف بین انتظارات و ادراکات مراجعه‌کنندگان به یکی از تسهیلات سلامت خصوصی را تعیین کردند [۱۱]. اگرچه مدل سروکوال بارها در مطالعات مختلف استفاده شده است اما محدودیت‌هایی نیز دارد [۱۲]. از جمله می‌توان به نادیده گرفتن مسائلی همچون اطلاع‌رسانی به بیمار در مورد فرآیندهای درمانی - اداری بیمارستان، به عنوان جنبه‌هایی از کیفیت خدمات اشاره کرد [۱۰]. مدل «سرویوس» (SERVice quality and USability=SRVUSE) که در واقع نسخه اصلاح شده و ارتقاء یافته مدل سروکوال است به لحاظ کارایی در ارزیابی کیفیت خدمات برتر از مدل

سروکوال است [۱۳]. این مدل محدودیت‌های مدل سروکوال را ندارد و علاوه بر ابعاد پنج‌گانه موجود در سروکوال، دارای یک بعد اضافی، با عنوان قابلیت استفاده می‌باشد. هر چند تاکنون مطالعات چندی در زمینه ارزیابی کیفیت خدمات سلامت با استفاده از مدل سروکوال انجام شده است، اما مطالعات اندکی به ارزیابی کیفیت خدمات سلامت با استفاده از مدل سرویوس پرداخته‌اند [۱۴].

شهر مشهد به عنوان دومین کلان‌شهر ایران با بیش از دو میلیون نفر جمعیت، در شمال شرق کشور واقع شده و هر ساله پذیرای هزاران گردشگر داخلی و خارجی است. این شهر یکی از قطب‌های گردشگری سلامت کشور محسوب می‌شود [۱۵].

امروزه در سراسر دنیا و از جمله ایران، بیماری‌های قلبی - عروقی در راس همه بیماری‌ها و نیز علل مرگ‌ها قرار دارد و بیماران قلبی - عروقی یکی از بزرگ‌ترین و مهم‌ترین گروه‌های مشتریان بیمارستان‌ها، اعم از دولتی یا خصوصی هستند [۱۶-۱۷]. از این رو، بر اساس مطالب پیشین، هدف مطالعه حاضر، تعیین کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران بستری در بخش‌های جراحی قلب و عروق بیمارستان‌های خصوصی مشهد با استفاده از مدل سرویوس بوده است.

## روش کار

این مطالعه مقطعی - تحلیلی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام بیماران بستری در بخش‌های جراحی قلب باز، چهار بیمارستان خصوصی شهر مشهد بود. با توجه به نبود مطالعات مشابه، برای تعیین حجم نمونه، ابتدا ۷۰ پرسشنامه به صورت پایلوت در سطح بیمارستان‌های مورد مطالعه تکمیل گردید. نتایج مطالعه پایلوت وارد نرم افزار «پس» (Pass) شد و حجم نمونه با قدرت ۹۰ درصد محاسبه گردید که با اضافه کردن ده درصد به حجم نمونه محاسبه شده، حجم نمونه نهایی برابر ۱۴۵ شد. نمونه‌گیری به روش تخصیص متناسب با حجم از بین بیمارستان‌های مورد مطالعه انجام گرفت. با توجه اینکه بیشتر بیماران بستری در بخش‌های جراحی قلب باز بیمارستان‌های مورد مطالعه را بالغین تشکیل می‌دادند و نیز

## علی وفايي نجار و همکاران

ارزیابی متغیرهای وابسته پژوهش در نظر گرفته شد. متغیرهای وابسته شامل این موارد بودند: ۱- درک کلی بیمار از کیفیت خدمات دریافت شده، ۲- رضایت وی از خدمات و ۳- قصد رفتاری بیمار برای مراجعه یا عدم مراجعه به بیمارستانی که در آن بستری بود.

در تمامی سوالات پرسشنامه، از یک طیف لیکرتی یک تا هفت جهت ارزیابی کیفیت خدمات استفاده شد. در این طیف، گزینه‌های یک، دو و سه به عنوان کیفیت نامناسب، گزینه چهار متوسط و گزینه‌های پنج، شش و هفت مناسب در نظر گرفته شدند. پرسشنامه‌ها در دو زمان، یعنی زمان اول هنگام پذیرش افراد نمونه برای بستری شدن و زمان دوم، هنگام ترخیص بیمار و به صورت خود ایفا تکمیل گردیدند. در زمان اول، بخش‌های اول و دوم پرسشنامه تکمیل شد و آنچه بیماران از خدماتی با کیفیت مطلوب انتظار داشتند، تعیین گردید. در زمان دوم، بخش‌های سوم و چهارم پرسشنامه‌ها تکمیل و نظرات (درک) بیماران درباره کیفیت خدماتی که در زمان بستری‌شان دریافت کرده بودند، دریافت شد. پژوهشگر قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط مشارکت کنندگان، رضایت آگاهانه و مکتوب آنها را برای شرکت در پژوهش اخذ نموده و به آنها اطمینان داد اطلاعات فردی‌شان محرمانه خواهد ماند.

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی استفاده شد. بدین منظور، نخست میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده در هر یک از حیطه‌های شش‌گانه، به تفکیک انتظارات و ادراکات محاسبه گردید. میانگین میانگین‌های شش حیطه در دو بخش انتظارات و ادراکات محاسبه گردید که با عنوان انتظارات کل و ادراکات کل در قسمت یافته‌ها گزارش شده است. برای تعیین شکاف، تفاضل میانگین‌های انتظارات و ادراکات برای هر یک از حیطه‌ها جداگانه محاسبه گردید. تفاضل انتظارات و ادراکات کل با عنوان شکاف کل در نظر گرفته شد که می‌توانست مثبت یا منفی باشد. شکاف مثبت بدین معنی است که سطح کیفیت خدمات دریافتی توسط بیمار، در طول اقامت در بیمارستان، از آنچه در زمان پذیرش از کیفیت خدمات انتظار داشته، بالاتر و بهتر بوده است و شکاف منفی مفهومی عکس دارد؛ یعنی سطح

اطفال بیمار قادر به درک و تکمیل صحیح پرسشنامه نیستند، معیار ورود به مطالعه داشتن حداقل ۱۸ سال در نظر گرفته شد. معیارهای خروج، عدم تمایل به شرکت در مطالعه و بیماران پذیرش و بستری شده به صورت اورژانسی (غیر الکتیو) بودند. انتخاب نمونه‌ها در هر یک از بیمارستان‌ها بر اساس پرونده‌های جراحی قلب در موجود در بخش مدارک پزشکی انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بومی سازی شده سرویوس بود که روایی و پایایی آن در مطالعه هوشمند و همکاران به اثبات رسیده است [۱۳]. در مطالعه مذکور، برای بررسی پایایی پرسشنامه، در هر دو بخش انتظارات و ادراکات از روش آزمون-پس آزمون استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در دو بخش انتظارات و ادراکات به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۹۱ بود. به منظور بررسی روایی، پرسشنامه بین چند نفر از صاحب نظران که سابقه فعالیت در زمینه کیفیت مراقبت داشتند توزیع و پس از بررسی و کسب و اعمال نظرات آنان، مورد تأیید قرار گرفت [۱۳]. این پرسشنامه شامل چهار قسمت و ۴۵ سوال بود. قسمت اول در بر دارنده شش سوال برای اندازه‌گیری متغیرهای دموگرافیک (شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، دفعات مراجعه به بیمارستان، زمان انتظار برای پذیرش و منطقی بودن زمان انتظار برای پذیرش [از دیدگاه بیمار]) بود. قسمت‌های دوم و سوم هر کدام در بر دارنده ۱۸ سوال (در شش حیطه عوامل ملموس، قابلیت اعتماد، پاسخگویی، تضمین، همدلی و قابلیت استفاده) برای ارزیابی انتظارات و ادراکات بیماران از کیفیت خدمات بود. تعریف هر یک از حیطه‌های این پرسشنامه در ادامه آورده شده است: (۱) عوامل ملموس: جذابیت تسهیلات و تجهیزات، آراستگی ظاهر کارکنان و ظاهر مناسب تسهیلات (۲) قابلیت اعتماد: دانش، ادب و توانایی کارکنان برای ایجاد اعتماد و اطمینان خاطر در مشتریان (۳) پاسخگویی: تمایل به کمک به مشتریان و فراهم ساختن سریع خدمات (۴) تضمین: توانایی انجام خدمات تعهد شده به طور مطمئن، دقیق و صحیح در زمان موعود (۵) همدلی: درک مشکلات، همدردی و توجه به مشتریان (۶) قابلیت استفاده: درجه سادگی استفاده از یک محصول یا خدمت [۱۳]. در بخش چهارم و انتهایی پرسشنامه، سه سوال به منظور

انتظار برای پذیرش (±۳۵) ۴۹ دقیقه بود. زمان انتظار پذیرش برای ۳۷/۵ درصد از بیماران، کمتر از ۶۰ دقیقه بود. در مورد سوال منطقی بودن زمان انتظار برای پذیرش، یافته‌ها نشان داد بیش از ۶۵/۴ درصد از شرکت‌کنندگان این زمان را منطقی و تنها ۱۴/۷ درصد آن را غیر منطقی (طولانی) می‌دانستند.

میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده در هر یک از حیطه‌های شش‌گانه مدل سریوس، در دو زمان پذیرش (انتظارات) و ترخیص (ادراکات) و همچنین شکاف بین انتظارات و ادراکات در جدول یک نشان داده شده است. همان‌گونه که در این جدول مشاهده می‌شود، سطح کیفیت در هر شش حیطه و در کل (انتظارات و ادراکات کل) مناسب بوده است. در بین حیطه‌های مختلف، بیشترین شکاف با نمره ۱/۰۴- مربوط به حیطه همدلی بود. همچنین شکاف بین انتظارات کل و ادراکات کل ۰/۷۳- بود. نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد که این شکاف و تفاوت از لحاظ آماری معنی دار است ( $P\text{-value} < 0/05$ ).

کیفیت خدمات دریافتی توسط بیمار از آنچه انتظار داشته، پایین‌تر بوده است.

برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ناپارامتریک کروسکال والیس، ویلکاکسون، همبستگی اسپیرمن و من‌ویتنی استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌های آماری انجام شده کمتر از ۰/۰۵ ( $P\text{-value} < 0/05$ ) در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده نرم افزار SPSS 22 تحلیل گردیدند.

### یافته‌ها

میزان پاسخ به پرسشنامه‌ها ۹۳/۸ درصد بود. از مجموع ۱۳۶ نفر از بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش، ۵۴/۴ درصد مرد و بقیه زن بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه (±۱۳/۷۶) ۵۳/۴ سال بود. از لحاظ میزان تحصیلات، بیشتر از نیمی (۵۰/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم بودند. یافته‌های مطالعه نشان داد که ۵۸/۸ درصد از بیماران برای اولین بار، ۲۹/۴ درصد برای دومین بار، و بقیه بیماران بیشتر از دو بار به بیمارستان‌های مورد مطالعه مراجعه کرده بودند. میانگین زمان

### جدول یک: میانگین و انحراف معیار نمرات انتظارات و ادراکات و شکاف بین آن‌ها در هر یک از حیطه‌ها و در کل

حیطه‌ها	انتظارات	ادراکات	شکاف
عوامل ملموس	۶/۶ (±۰/۷۶)	۶/۰ (±۱/۰۳)	-۰/۵
قابلیت اعتماد	۶/۷ (±۰/۶۳)	۶/۰ (±۱/۱۸)	-۰/۷
پاسخگویی	۶/۶ (±۰/۶۵)	۶/۰ (±۱/۳۲)	-۰/۷
تضمین	۶/۷ (±۰/۵۳)	۶/۱ (±۱/۰۹)	-۰/۶
همدلی	۶/۵ (±۰/۶۱)	۵/۵ (±۱/۱۰)	-۱/۰
قابلیت استفاده	۶/۵ (±۰/۶۲)	۵/۷ (±۱/۳)	-۰/۸
کل	۶/۶ (±۰/۰۸)	۵/۹ (±۰/۲۴)	-۰/۷

کسب شده توسط هر سه متغیر در سطح مناسب بوده است. رابطه بین هر یک از متغیرهای دموگرافیک و متغیرهای وابسته پژوهش، در جدول دو نشان داده شده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات بدست آمده در مورد سه متغیر وابسته پژوهش، یعنی درک کلی بیمار از کیفیت خدمات، رضایت و قصد رفتاری بیمار، به ترتیب (±۱/۲) ۵/۸، (±۱/۳) ۵/۹ و (±۱/۴) ۶/۰ بود. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین

جدول دو: رابطه بين متغيرهای دموگرافیک و متغيرهای وابسته

متغيرهای دموگرافیک	درک کلی از کیفیت		رضایت		قصد رفتاری	
	آماره	P-value	آماره	P-value	آماره	P-value
سن	۰/۱۸۱ <sup>a</sup>	۰/۱۳۶	۰/۱۴۴ <sup>a</sup>	۰/۲۳۹	۰/۰۳ <sup>a</sup>	۰/۸۰۵
جنس	۴۷۰ <sup>b</sup>	۰/۴۰۵	۴۵۰ <sup>b</sup>	۰/۲۶۶	۴۷۲ <sup>b</sup>	۰/۴۱۰
سطح تحصیلات	۲/۷۱۳ <sup>c</sup>	۰/۶۰	۶/۹۸ <sup>c</sup>	۰/۱۳	۰/۹۳ <sup>c</sup>	۰/۹۲۰
دفعات مراجعه قبلی به بیمارستان	۰/۰۳۶ <sup>a</sup>	۰/۷۶۸	۰/۰۱ <sup>a</sup>	۰/۹۰۷	-۰/۱۳۲ <sup>a</sup>	۰/۲۷۵
زمان انتظار برای پذیرش	-۰/۰۲۵ <sup>a</sup>	۰/۸۹۰	-۰/۰۶۳ <sup>a</sup>	۰/۷۳۴	-۰/۰۹۶ <sup>a</sup>	۰/۶۰۲
منطقی بودن زمان انتظار برای پذیرش	۰/۰۸۶ <sup>a</sup>	۰/۵	۰/۱۴۶ <sup>a</sup>	۰/۲۴۸	۰/۲۱۷ <sup>a</sup>	۰/۰۸۴

<sup>a</sup> = (آزمون همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن) ضریب همبستگی

<sup>b</sup> = (آزمون من-ویتنی) من-ویتنی یو

<sup>c</sup> = (آزمون کروسکال والیس) کای-دو

همان گونه که یافته‌های جدول دو نشان می‌دهد، هیچ رابطه آماری معنی داری بین متغيرهای دموگرافیک (شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، دفعات مراجعه به بیمارستان، زمان انتظار برای پذیرش و منطقی بودن زمان انتظار برای پذیرش) و متغيرهای وابسته وجود ندارد.

در جدول سه رابطه بين انتظارات و ادراکات کل با متغيرهای دموگرافیک و وابسته پژوهش نمایش داده شده است. همان گونه که در این جدول مشاهده می‌شود، نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که میانگین انتظارات کل با سن همبستگی معکوس و معنی دار و با رضایت بیمار همبستگی مستقیم و معنی دار دارد ( $P\text{-value} < ۰/۰۵$ ).

جدول سه: رابطه بين انتظارات و ادراکات کل با متغيرهای دموگرافیک و وابسته

متغيرهای دموگرافیک / وابسته	دو بعد اصلی مدل سرویوس		انتظارات کل		ادراکات کل	
	آماره	P-value	آماره	P-value	آماره	P-value
سن	-۰/۴۲۴ <sup>a</sup>	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۳ <sup>a</sup>	۰/۴۱۹		
جنس	۳۴۱ <sup>b</sup>	۰/۱۶۲	۳۸۶ <sup>b</sup>	۰/۲۷۲		
سطح تحصیلات	۱/۴۲ <sup>c</sup>	۰/۸۴	۴/۹۹ <sup>c</sup>	۰/۲۸		
دفعات مراجعه قبلی به بیمارستان	۰/۰۱ <sup>a</sup>	۰/۹۳۳	۱/۳۲۸ <sup>c</sup>	۰/۸۵۷		
زمان انتظار برای پذیرش	۰/۲۲۶ <sup>a</sup>	۰/۲۳۸	-۰/۰۸ <sup>a</sup>	۰/۶۷۸		
منطقی بودن زمان انتظار برای پذیرش	۰/۰۴۳ <sup>a</sup>	۰/۷۴۸	۰/۲۴۷ <sup>a</sup>	۰/۰۵۷		
درک کلی از کیفیت	۰/۱۷۸ <sup>a</sup>	۰/۱۵۹	۰/۰۰۰ <sup>a</sup>	۰/۴۶۹		
رضایت	۰/۲۶۳ <sup>a</sup>	۰/۰۳۶*	۰/۰۰۰ <sup>a</sup>	۰/۶۰۷		
قصد رفتاری	۰/۲۳۷ <sup>a</sup>	۰/۰۵۹	۰/۰۰۰ <sup>a</sup>	۰/۵۳۷		

<sup>a</sup> = (آزمون همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن) ضریب همبستگی

<sup>b</sup> = (آزمون من-ویتنی) من-ویتنی یو

<sup>c</sup> = (آزمون کروسکال والیس) کای-دو

\* $P\text{-value} < ۰/۰۵$

از نظر بیماران بستری بود. یافته‌های مطالعه حاضر در حیطه عوامل ملموس با یافته‌های برخی مطالعات مشابه در این زمینه هم خوانی دارد [۹, ۱۸]. یافته‌های مطالعه «خمیس» و «انجاو» که با هدف ارزیابی رضایت از کیفیت خدمات بیمارستانی در

### بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه، تعیین کیفیت خدمات ارائه شده در بخش‌های جراحی قلب بیمارستان‌های خصوصی شهر مشهد،

که با هدف بررسی عوامل انسانی مؤثر بر کیفیت خدمات و با استفاده از مدل سرویوس انجام شد، نشان داد که در بیمارستان‌های مورد مطالعه شکاف منفی بین انتظارات و ادراکات بیماران در حیطه قابلیت استفاده وجود دارد [۱۴]. ریشه شکاف منفی موجود در این زمینه می‌تواند ناشی از ضعف‌های بنیادی در برنامه‌ریزی و مدیریت فرآیندهای بیمارستانی باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد بین انتظارات کل با ادراکات کل اختلاف معنی داری ( $P\text{-value} < 0/05$ ) وجود دارد که این نتیجه در مطالعات مشابه بسیاری دیده شده است [۲۶-۲۸]؛ از جمله می‌توان به مطالعه «بات» و «دران» و همچنین به مطالعه «یوساپرن‌بون» و «جانسون» اشاره کرد. یادآور می‌شود، این دو مطالعه با هدف ارزیابی کیفیت خدمات سلامت در بخش خصوصی انجام شده و یافته‌های آن‌ها نشان داده است که در تمامی حیطه‌ها و در مجموع، بین انتظارات و ادراکات بیماران از کیفیت خدمات شکاف منفی معنی داری وجود دارد [۱۱،۲۹].

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که همبستگی معکوس و معنی داری بین انتظارات کل و سن بیمار وجود دارد. این سخن بدان معنی است که سطح انتظارات بیماران جوان‌تر از کیفیت خدمات، بالاتر از سطح انتظارات بیماران مسن‌تر بود. از این نظر، یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه «پا پانیکولا» و «زیگیاریس» هم خوانی دارد. یافته‌های مطالعه مذکور نیز نشان داد رابطه معکوس معنی داری بین سن بیماران و انتظارات آنها از کیفیت خدمات وجود دارد [۳۰]. آرمان‌گرایی افراد جوان و نیز آگاهی بیشتر آنان از ابعاد مختلف خدمات سلامت، در مقایسه با افراد کهنسال می‌تواند یکی از علل این مسئله باشد. در این مطالعه، همبستگی مستقیم و معنی داری بین انتظارات کل و رضایت از خدمات مشاهده گردید؛ یعنی، رضایت بیمارانی که سطح انتظار بالاتری از کیفیت خدمات داشتند بیشتر بوده است. یافته‌های مطالعه «دشوال» و «رانجان» از این لحاظ با مطالعه حاضر هم خوانی دارد [۵].

مالزی انجام شد نیز، نشان داده است که شکاف منفی بین انتظارات و ادراکات بیماران در حیطه عوامل ملموس وجود دارد [۹]. به نظر می‌رسد این شکاف پیش از آن که ناشی از عدم توجه یا ظاهر نامناسب کارکنان و عوامل دیگر مرتبط با بیمارستان باشد، بیشتر ناشی از سطح انتظارات بالای بیماران از یک بیمارستان خصوصی است که قطعاً تحقق آن را برای این گونه بیمارستان‌ها دشوار می‌سازد.

در حیطه قابلیت اعتماد نیز، شکافی منفی بین انتظارات و ادراکات مشاهده گردید که با یافته‌های چندین مطالعه دیگر نیز که به بررسی کیفیت خدمات بیمارستانی از دیدگاه بیماران پرداختند، هم خوانی دارد [۱۹،۲۰].

در مطالعه حاضر، اختلاف منفی مشاهده شده بین انتظارات و ادراکات بیماران در حیطه پاسخگویی، با یافته‌های مطالعات جناب آبادی و همکاران و همچنین سینا و همکاران هم خوانی دارد [۲۱،۲۲]. به نظر می‌رسد، علت اختلاف بین انتظارات و ادراکات در این حیطه، عدم توجه و رسیدگی به موقع کادر پزشکی و پرستاری به خواسته‌های بیماران باشد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد بین انتظارات و ادراکات بیماران در حیطه تضمین شکاف منفی برابر  $0/21-$  وجود دارد. بهادری و همکاران نیز در مطالعه‌ای با عنوان «ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران مزمن کلیوی» نشان دادند، در حیطه تضمین بین انتظارات و ادراکات بیماران تحت مطالعه شکاف منفی وجود دارد [۲۳]. در این مطالعه در بین حیطه‌های مختلف، بیشترین شکاف بین انتظارات و ادراکات مربوط به حیطه همدلی و برابر  $1/04-$  بود. به نظر می‌رسد یکی از علل این شکاف، بی‌توجهی فردی و نبود تمایل یا ناتوانی کارکنان برای برقراری روابط فردی با بیماران باشد. یافته‌های مطالعه حاضر با برخی از دیگر مطالعات انجام شده در این زمینه، هم خوانی دارد [۲۴،۲۵].

همان گونه که در بخش روش کار گفته شد، حیطه قابلیت استفاده وجه برتری و تفاوت مدل سرویوس و سروکوال است که یافته‌های این مطالعه نشان داد در این حیطه نیز انتظارات بیماران برآورده نشده است. یافته‌های مطالعه «استرادرمن» نیز

## علی وفايي نجار و همکاران

عوامل مختلف مؤثر بر دیدگاه بیماران از کیفیت خدمات، در آینده مطالعاتی کیفی برای شناسایی ابعاد مختلف کیفیت خدمات سلامت و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه بیماران طراحی و اجرا گردد.

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت انتظار بیماران بیمارستان‌های خصوصی، به عنوان مشتریان این موسسات، در مورد سطح کیفیت خدمات دریافتی شان برآورده نشده است. در این زمینه پیشنهاد می‌شود برنامه‌ها و اقداماتی هدفمند برای اصلاح و ارتقای کیفیت خدمات، در هر یک حیطه‌های مختلف شش گانه کیفیت خدمات طراحی و اجرا شود. از جمله این اقدامات می‌توان به بهبود وضعیت ظاهر و آراستگی کارکنان و تجهیزات بیمارستانی و نیز تشویق کارکنان به رسیدگی بیشتر و مفید تر به بیماران اشاره کرد. هم چنین توصیه می‌شود، کارکنان برای برقراری روابط بین فردی بهتر با بیماران تشویق شوند و در این زمینه به آن‌ها آموزش‌ها لازم داده شود. تدوین و تعریف کلیه فرآیندهای بیمارستانی به زبانی ساده و قابل درک برای کلیه بیماران و اطلاع‌رسانی گسترده در این زمینه نیز می‌تواند در برآورده ساختن انتظارات بیماران از خدمات با کیفیت مؤثر باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با عنوان «ارزیابی کیفیت ارائه خدمات در بخش جراحی قلب بیمارستان‌های شهر مشهد بر اساس مدل سرویوس در سال ۱۳۹۴» است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. پژوهش‌گران از کلیه کسانی که در اجرای این طرح همکاری نمودند، کمال تشکر را می‌نمایند.

همان گونه که در این مطالعه هیچ همبستگی معنی‌داری بین متغیرهای دموگرافیک و انتظارات و ادراکات کل مشاهده نگردد، یافته‌های چندین مطالعه مشابه نیز نشان داد بین متغیرهای دموگرافیک مثل جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و سطح درآمد با انتظارات و ادراکات از کیفیت رابطه معنی‌داری وجود ندارد [۱۹، ۲۳].

هر چند یافته‌های این مطالعه نشان داد در بیمارستان‌های خصوصی بین انتظارات و ادراکات بیماران از کیفیت خدمات شکاف وجود دارد، اما به نظر می‌رسد که نوع بیمارستان در این مسئله دخیل نباشد، بلکه مسائل فرهنگی و پایگاه اجتماعی بیماران است که در سطح انتظارات و ادراکات آن‌ها از کیفیت خدمات، تاثیر بیشتر دارد که قطعاً ضرورت تحقیقات بیشتر در این زمینه احساس می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش ترخیص زودتر از موعد، در ایام تعطیلات آخر هفته و یا فوت برخی از افراد نمونه بود که باعث می‌شد، تعدادی از پرسشنامه‌ها به طور ناقص تکمیل شود و در نتیجه، طی تحقیق ریزشی (n=9) ۶۰٪ درصدی در تعداد نمونه‌ها حاصل می‌شد. این ریزش به دلیل آن که حجم نمونه نهایی ده درصد بیشتر از حجم نمونه مورد نیاز آزمون‌های آماری بود، تأثیری در درستی یافته‌ها نداشته است. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم تفکیک افراد نمونه به دو دسته مراجعه‌کنندگان برای اولین بار، و مراجعین تکراری به بیمارستان‌های مورد مطالعه بود؛ زیرا به نظر می‌رسد، انتظارات مراجعین تکراری از کیفیت خدمات، متأثر از تصویر ذهنی پیشین آن‌ها از بیمارستان مورد نظر باشد حال آن که این تصویر ذهنی قدر مراجعین اولین بار وجود ندارد. محدودیت دیگر این مطالعه، استفاده از یک پرسشنامه؛ حاوی مجموعه‌ای از سوالات بسته برای ارزیابی کیفیت خدمات بود که هر چند روایی و پایایی این پرسشنامه به اثبات رسیده است، اما تجربیات پژوهش‌گران در این مطالعه نشان داد که می‌توان در کنار این پرسشنامه، برای غنای بیشتر داده‌ها، از سوالاتی باز نیز استفاده کرد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که برای شناسایی تمامی زوایای پیدا و پنهان کیفیت خدمات و نیز



## References

- Baumel A, Correll C, Hauser M, Brunette M, Rotondi A, Ben-Zeev D, et al. Health technology intervention after hospitalization for schizophrenia: service utilization and user satisfaction. *Psychiatric Service* 2016;67(9): 1035-8.
2. Nunes EM, Gaspar MF. Leadership in nursing and patient satisfaction in hospital context. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2016 [cited 2016 May 31]; 37(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55726>.
3. Shirk JD, Tan HJ, Hu JC, Saigal CS, Litwin MS. Patient experience and quality of urologic cancer surgery in US hospitals. *Cancer* 2016;122(16): 2571-8.
4. Wool C, Repke J, Woods A. Parent reported outcomes of quality care and satisfaction in the context of a life-limiting fetal diagnosis. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2016 [cited 2016 Jun 17]; 29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2016.1195362>.
5. Deshwal P, Ranjan V, Mittal G. College clinic service quality and patient satisfaction. *International journal of health care quality assurance* 2014;27(6): 519-30.
6. Parent B. Physicians Asking Patients About Guns: promoting patient safety, respecting patient rights. *Society of General Internal Medicine* 2016 [cited 2016 May 20]. Available from:
- <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-016-3694-2>.
7. Oliae Z, Jabbari A, Ehsanpour S. An investigation on the quality of midwifery services from the viewpoint of the clients in Isfahan through SERVQUAL model. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2016;21(3): 291-6.
8. Harona S, Hamida Y, Taliba A. Towards Healthcare Service Quality: An Understanding of the Usability Concept in Healthcare Design. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2012;42: 63-73.
9. Khamis K, Njau B. Patients' level of satisfaction on quality of health care at Mwananyamala hospital in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Health Services Research* 2014 [cited 2014 Sep 18]; 14(400). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/400>.
10. LariSemnani B, Mohebbi Far R, Shalipoor E, Mohseni M. Using Creative Problem Solving (TRIZ) in Improving the Quality of Hospital Services. *Global Journal of Health Science* 2015 [cited 2014 Aug 15]; 7(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n1p88>.
11. Butt M, de Run E. Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2010;23(7): 658-73.
12. Ranjbar-ezatabadi M, Bahrami M, Arab M, Nasiri S, Hadizadeh F, Ahmadi G. [SERVQUAL Gap Analysis in Shahid Rahnemoon Hospital, Yazd, Iran]. *Tebotazkiye* 2013;22(2): 45-52. [Persian[



13. Hooshmand E, Ebrahimipour H, Doosti H, Mahmoudian P, Hosseini E. [Localization, Validity and reliability of the Persian version of quality assessment questionnaire (SERVUSE)]. *Payesh* 2016;5: 515-22. [Persian]
14. Strawderman L, Koubek R. Human Factors and Usability in Service Quality Measurement. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing* 2008;18(4): 454-63.
15. Jabbari A, Vafaei Najar A, Nezamdoost F, Ebrahimipour H. [Are Mashhad Hospital Ready For Medical Tourist?]. *International Journal of Health System and Disaster Management* 2014;2(3): 170-5. [Persian]
16. Azadi F, Mohammadi I. [Effects of Partnership Care Model on Quality of Life of Coronary Artery Disease Patients]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2006;2(1): 9-23. [Persian]
17. Jaber P, Baraz S, Beiranvand S, Makvandi M. [A Study on the Quality Of Life in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients]. *Jundishapur Scientific Medical Journal* 2014;13(5): 545-55. [Persian]
18. Tabibi S, Gohari M, Shahri S, Aghababa S. [Assessment Of Health Care Services In Outpatient Clinics Based On SERVQUAL Model In Hospitals Of Tehran]. *Payavard Salamat* 2011;5(4): 49-56. [Persian]
19. Ayoubian A, Dopeykar N, Mehdizadeh P, Hoseinpoufard M, Izadi M. [Surveying the Quality of Care Services in a Military Health Center According to the SERVQUAL Model]. *Journal of Military Medicine* 2015;16(4): 225-9. [Persian]
20. Mohammadi A, Eftekhari Ardebffi H, Akbari Haghghi F, Mahmoudi M, Poorreza A. [Evaluation of services quality based on the patients' expectations and perceptions in Zanjan hospitals]. *Journal of the School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2004;2(2): 71-84. [Persian]
21. Jenaabadi H, Abili K, Nastiezaie N, Yaghubi N. [The gap between perception and expectations of patients of quality of treatment centers in Zahedan by using the Servqual model]. *Payesh*. 2011;10(4): 457-49. [Persian]
22. Sina K, Babai Shibabandani M, Nadi Ghara A. [Factors Influencing the Inpatients' Satisfaction Based on the SERVQUAL Model]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2015;25(121): 299-308. [Persian]
23. Bahadori M, Raadabadi M, Heidari Jamebozorgi M, Salesi M, Ravangard R. Measuring the quality of provided services for patients with chronic kidney disease. *Nephro-urology monthly* 2014 Sep [cited 2014 Sep 5]; 6(5). Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.
24. Nabilou B, Khorasani-Zavareh D. The bridge between real and ideal: students perception on quality gap in reality and their educational expectations. *Iranian Red Crescent medical journal* 2014 [cited 2014 Aug 10]; 16(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4270665/pdf/ircmj-16-09-14254.pdf>.

25. Zarei A, Arab M, Froushani A, Rashidian A, Ghazi-Tabatabaei S. Service quality of private hospitals: the Iranian patients' perspective. BMC health services research 2012 [cited 2012 Feb 2]; 12(31). Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-31>.
26. Aghamolaei T, Eftekhaari T, Rafati S, Kahnouji K. Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective. BMC health services research 2014 [cited 2014 Jul 27]; 14(322). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/322>.
27. Hekmatpor D, Sorani M, Farazi A, Fallahi Z, Lashgar-ara B. [A survey on the quality of medical services in teaching hospitals of Arak University of Medical Sciences with SERVQUAL model in Arak, 2010]. Arak Medical University Journal 2012;15(66): 1-9. [Persian]
28. Naqavi MR, Refaiee R, Baneshi MR, Nakhaee N. Analysis of Gap in Service Quality in Drug Addiction Treatment Centers of Kerman, Iran, Using SERVQUAL Model. Addiction & health 2014;6(3-4): 85-92.
29. Yousapronpaiboon K, Johnson W. Out-patient Service Quality Perceptions in Private Thai Hospitals. International Journal of Business and Social Science 2013;4(2): 57-66.
30. Papanikolaou V, Zygiaris S. Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. Health Expectations 2011;17: 197-207.



## Assessment of Inpatients' Expectations and Perceptions of Service Quality of Surgical Wards of Private Hospitals in 2016

Vafae Najar A<sup>1</sup>/ Hooshmand E<sup>2</sup>/ Hosseini E<sup>3</sup>/ Mahmoudian P<sup>4</sup>/ Shabanikiya H<sup>5</sup>

### Abstract

**Introduction:** Improving service quality is very important in health care delivery and can increase patient satisfaction. The quality of hospital services is primarily based on the assessment of patients' expectations and perceptions of service quality. This study aimed to determine patients' expectations and perceptions about service quality of cardiac surgery wards in private hospitals.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted among 136 patients, hospitalized in cardiac surgery wards of private hospitals, in Mashhad. The data collection tool was a standardized SERVUS questionnaire. Service quality was assessed in six dimensions at two different time periods (admission time and discharge). To analyze the data, descriptive and analytical statistics were used.

**Results:** Service quality in both parts, expectations and perceptions, and in all six dimensions was at the satisfactory level. These dimensions included tangible factors, reliability, responsiveness, assurance, empathy and usability. There was a negative gap between expectations and perceptions in all six dimensions. This finding suggests that the level of received service quality was lower than what was expected. The gap between general expectations and perceptions was -0.73 and was statistically significant. There was a significant inverse correlation between general expectations and age. A significant direct correlation was observed between patients' general expectations and satisfaction.

**Conclusion:** Considering the gap between expectations and perceptions in all six dimensions, and the nature of most of these dimensions, which are somehow influenced by the interaction between patients and staff, adoption of measures by training staff for interpersonal relation can be effective.

**Keywords:** quality, health care, SERVUS model

• Received: 11/Sep/2016 • Modified: 24/Des/2016 • Accepted: 3/April/2017

1. Associate Professor of Management Sciences and Health Economics Department, School of Health, Management & Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2. Assistant Professor of Management Sciences and Health Economics Department, School of Health, Management & Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
3. M.Sc. of Health Services Management, Student Research Committee, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
4. M.Sc. of Health Services Management, Student Research Committee, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
5. Assistant Professor of Management Sciences and Health Economics Department, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran; Corresponding Author (shabanikiahr@mums.ac.ir)