

مقاله پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دوره ۱۴، اسفند ۱۳۹۴، ۱۰۳۲-۱۰۱۵

تحلیل شکاف کیفیت خدمات سرپایی با استفاده از مدل SERVQUAL در درمانگاه شهید مطهری شیراز در سال ۱۳۹۳

پیوند باستانی^۱، امید براتی^۲، احمد صادقی^۳، سعیده شریفی^۴، سید شهاب‌الدین ابهری^۵

دریافت مقاله: ۹۴/۳/۱۲ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۴/۷/۱۸ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۴/۹/۱۴ پذیرش مقاله: ۹۴/۹/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: سنجش ابعاد کیفیت در بخش بهداشت و درمان با توجه به حساسیت خدمات ارائه شده در این حوزه از اهمیت بالایی برخوردار است. این مطالعه، با هدف ارزیابی تحلیل شکاف کیفیت خدمات سرپایی ارائه شده در درمانگاه شهید مطهری شهر شیراز انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که در تابستان ۱۳۹۳ بر روی ۲۰۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به درمانگاه شهید مطهری شیراز صورت گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه استاندارد SERVQUAL بود که کیفیت خدمات را در شش بعد (عوامل فیزیکی یا ملموسات، قابلیت اعتبار، پاسخگویی، اطمینان خاطر یا تضمین، همدلی و دسترسی) مورد سنجش قرار داد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل، t زوجی و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری میان ادراک و انتظار بیماران پیرامون ابعاد شش‌گانه کیفیت خدمات وجود داشت ($p < 0/05$). در تمام ابعاد کیفیت شکاف منفی مشاهده شد، بدین معنی که انتظارات فراتر از ادراکات بود. میانگین شکاف کلی کیفیت $0/63-$ بدست آمد که بیشترین میانگین شکاف مربوط به بعد پاسخگویی ($0/85-$) و کمترین شکاف مربوط به بعد فیزیکی و ملموسات ($0/45-$) بود. بین متغیر وضعیت تأهل با بعد همدلی ($p = 0/031$) و بین متغیر سطح تحصیلات با ابعاد ملموس و فیزیکی ($p = 0/011$)، قابلیت اطمینان خدمت ($p = 0/012$)، پاسخگویی ($p = 0/032$) و همدلی ($p = 0/020$) رابطه آماری معنی‌دار مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: بیماران مراجعه‌کننده به این درمانگاه کیفیت خدمات را در حد مناسب و قابل قبول ارزیابی نکرده‌اند؛ لذا ضروری است برنامه‌ریزی‌های مؤثر در جهت کاهش شکاف کیفیت و ارتقای آن و نیز برآورده ساختن انتظارات مراجعه‌کنندگان از سوی مسئولان درمانگاه انجام پذیرد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت خدمات، ادراکات، انتظارات، مدل سروکوال، بخش سرپایی، شیراز

۱- استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

- (نویسنده مسئول) استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
تلفن: ۰۷۹-۳۲۳۴۰۷۷۹، دورنگار: ۰۷۱-۳۲۳۴۰۰۳۹، پست الکترونیک: omidbarati40@gmail.com

۳- دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت بهداشت و درمان، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد فناوری اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

امروزه کیفیت خدمات به‌ویژه در مؤسساتی که با حجم بالایی از مشتریان مواجه هستند، اهمیت فزاینده‌ای پیدا کرده است و می‌توان آن را به عنوان یک استراتژی ضروری در نظر گرفت که به سازمان کمک می‌کند تا به نتایج مطلوب‌تری در بازار رقابتی دست یابد و در طولانی مدت سودآوری لازم را به دنبال داشته باشد. بهبود کیفیت خدمات برای مؤسسه‌های خدماتی جهت برآورده شدن انتظارات گیرندگان خدمات و رضایت‌مندی آنها به یک چالش عمده تبدیل شده است [۱].

کیفیت مفهومی پیچیده و دارای ابعاد متعددی می‌باشد و تعریف آن با توجه به انتقادهای ضمنی مشکل است. از بین تعاریف و دیدگاه‌های مختلف در مورد کیفیت، مشتری محور بودن محصول و خدمات، مفیدترین تعریف می‌باشد [۲]. برخی نیز کیفیت خدمات را مقایسه بین ادراکات و انتظارات می‌دانند؛ یعنی آنچه مشتری احساس می‌کند که باید باشد با آنچه که او دریافت داشته است. به طوری که اگر انتظارات بیش از ادراکات باشد، از دید مشتری کیفیت خدمات دریافت‌شده کمتر است و نارضایتی وی را به دنبال دارد [۳].

سنجش کیفیت در بخش بهداشت و درمان با توجه به حساسیت خدمات ارائه شده در این حوزه به دلیل ارتباط آنها با مرگ و زندگی افراد از یک سو و اطلاعات نامتقارن ارائه دهندگان و بیماران از سوی دیگر، از

اهمیت دوچندان در مقایسه با سایر بخش‌ها برخوردار است [۴-۵]. ارتقای کیفیت در سیستم‌های مراقبت بهداشتی می‌تواند موجب کاهش مدت زمان بستری بیمار و همچنین میزان مرگ و میر شود. ابزاری که بتواند انتظارات و ادراکات بیماران را اندازه‌گیری کند می‌تواند به مدیران سیستم‌های بهداشتی و درمانی در شناسایی فرصت‌ها و نقاط ضعف آنها کمک نماید. شناسایی شکاف‌های کیفیتی خدمات و پوشاندن آنها توسط مدیران به احتمال زیاد منجر به ادراک کیفیت خدمات و در نتیجه افزایش رضایت‌مندی مشتری خواهد شد [۶].

ابزارهای متعددی برای سنجش این شکاف ابداع شده‌اند. مروری بر مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد بیشترین مدلی که در اندازه‌گیری کیفیت خدمات و تعیین شکاف بین وضعیت موجود و مطلوب مورد استفاده قرار گرفته است، مدل معروف به سروکوال (SERVQUAL) است. این مدل و ابزار سنجش کیفیت خدمات، نخستین بار توسط Parasuraman و همکاران مطرح شد [۷]؛ اگرچه استفاده از این ابزار بیشتر در مطالعات حوزه اقتصادی بوده است اما با توجه به استراتژی مشتری مداری در صنعت بهداشت و درمان بکارگیری آن در مطالعات مربوط به سنجش کیفیت خدمات در مراکز آموزشی-درمانی نیز رو به افزایش است [۸].

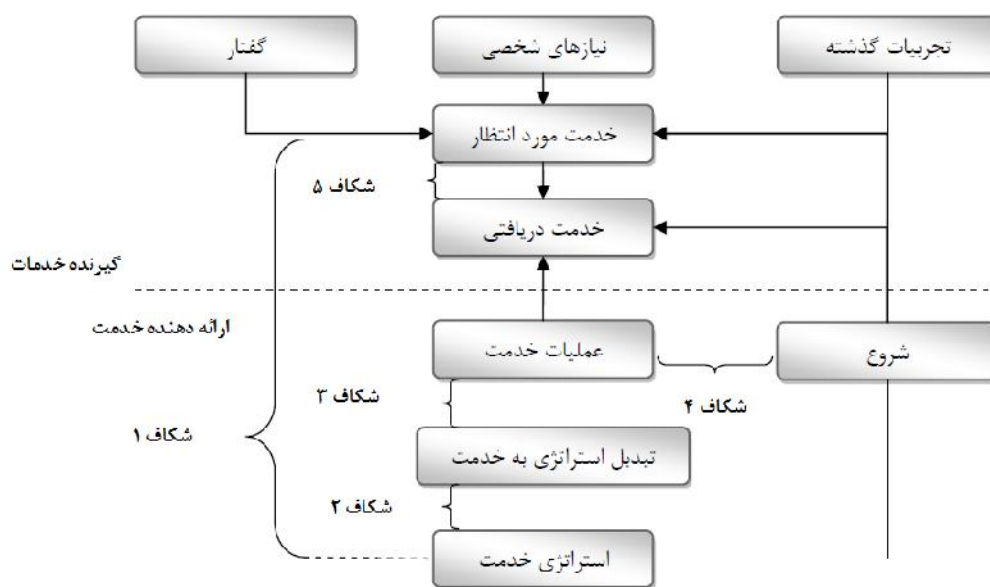
تاکنون مطالعات متعددی به منظور تعیین شکاف کیفیت خدمات در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها با استفاده از مدل سروکوال انجام شده است. به عنوان

خاطر یا تضمین (Insurance)، همدلی (Empathy) و دسترسی (Accessibility) است [۱۲-۱۳]. مدل مفهومی سروکوال ارائه شده توسط Parasuraman و همکارانش در شکل ۱ نشان داده شده است. همان‌گونه که در شکل پیداست، این الگو مشتمل بر ۵ شکاف می‌باشد [۷] که عبارتند از: تفاوت بین ادراکات مدیریت از آنچه مشتریان انتظار دارند و انتظارات واقعی مشتریان، تفاوت بین ادراکات مدیریت و مشخصات کیفیت خدمات با استانداردهای کیفیت خدمات، تفاوت بین مشخصات کیفیت خدمت و ارائه خدمت واقعی و این که آیا استانداردها به طور مداوم رعایت شده‌اند، تفاوت بین رایجه خدمت و آنچه که در خارج از سازمان مورد نظر است (آیا به تعهدات به صورت مداوم عمل شده؟) و تفاوت بین آنچه که مشتریان از کیفیت خدمت انتظار دارند و آنچه را که عملاً دریافت می‌کنند (این شکاف مربوط به مشتری و ادراک او از کیفیت خدمتی است که دریافت نموده است). در واقع می‌توان گفت این مدل روشی برای شناخت هدفمند نقاط قوت و ضعف کیفیت خدمات در سازمان بوده و برای اندازه‌گیری و مقایسه ادراکات و انتظارات مشتریان مورد استفاده قرار می‌گیرد و بر این فرض استوار است که مشتریان قادرند انتظارات خود را از ویژگی‌های عمومی و تعیین‌کننده‌های کیفیت خدمت به وضوح بیان نمایند و نیز بین این انتظارات و ادراک خود از کیفیت خدمت واقعی و فعلی برای فراهم‌کننده خدمت خاص برای یک فرد تمایز قائل شوند [۱۴].

مثال نتایج مطالعه Abolghasem Gorji و همکاران نشان داد که در تمام ابعاد کیفیت خدمات در مجتمع آموزشی-درمانی امام خمینی نمره منفی به دست آمد [۹]. در مطالعه Mohammad Nia و همکاران در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی، بیشترین نمره کیفیت خدمات درک شده مربوط به بعد اعتبار و کمترین نمره نیز مربوط به بعد پاسخگویی ارائه‌دهندگان بود [۱۰]. در مطالعه‌ای که در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی رومانی انجام شد، شکاف کیفیت خدمات در بیمارستان‌های دولتی بیشتر از بیمارستان‌های خصوصی بدست آمد؛ به نحوی که نمره بیشترین ادراک کیفیت خدمات در بخش عمومی کمتر از حداقل کیفیت دریافت شده در بیمارستان‌های خصوصی بود [۱۱]. مدل سروکوال تلاش می‌کند تا فعالیت‌های عمده سازمان که ادراک از کیفیت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، نشان دهد. علاوه بر این، تعاملات بین این فعالیت‌ها را نشان داده و ارتباط بین فعالیت‌های سازمان را که مرتبط با ارائه سطح رضایت‌بخش از کیفیت خدمات است، معرفی می‌نماید. این ارتباطات به عنوان شکاف‌های عدم تطابق‌ها توصیف می‌شوند. مدل سروکوال بر اساس ۳۱ مؤلفه (حول ابعاد ۶ گانه) انتظارات مشتریان از خدمات و ادراک آنها را مورد سنجش قرار می‌دهد که این شش بعد شامل: عوامل محسوس یا ملموسات (Tangibles)، قابلیت اعتبار (Reliability)، پاسخگویی (Responsiveness)، اطمینان

عنصری بسیار حساس در عرصه رقابت امروزی تأمین کرد، و با ارزیابی میزان اثربخشی این خدمات، از کیفیت ارائه این خدمات اطمینان حاصل نمود [۱۵].

با تعیین شکاف بین ادراکات و انتظارات مشتریان از کیفیت خدمات ارائه شده به آنان، می‌توان فرآیند ارائه خدمات را بهبود بخشید و رضایت مشتری را به عنوان



شکل ۱- مدل مفهومی سروکوال ارائه شده توسط Parasurman و همکاران (۱۹۸۸)

پژوهش حاضر به صورت توصیفی و در تابستان ۱۳۹۳ در شهر شیراز اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به درمانگاه شهید مطهری شهر شیراز بوده است. برای محاسبه حجم نمونه، بررسی نتایج مطالعات مشابه نشان داد ۲۰٪ بیماران از کیفیت خدمات رضایت دارند، همچنین با احتساب خطای ۶ درصد و حدود اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه لازم تعیین شد [۱۶]. با جای‌گذاری این مقادیر در فرمول کوکران، حجم نمونه ۲۰۰ نفر به دست آمد.

همان‌طور که اشاره گردید در اکثر مطالعات، کیفیت خدمات بستری مورد بررسی قرار گرفته و در زمینه کیفیت خدمات بخش سرپایی مطالعات چندانی صورت نگرفته است. لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی کیفیت خدمات سرپایی ارائه شده در درمانگاه شهید مطهری شهر شیراز به عنوان بزرگ‌ترین درمانگاه دولتی جنوب کشور و تنها مرکز دولتی دانشگاهی تخصصی و فوق تخصصی جهت ارائه خدمات سرپایی در شهر شیراز و تعیین شکاف بین انتظارات و ادراکات مراجعین از کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

$$n = \frac{N \times Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \times P(1-P)}{d^2(N-1) - Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \times P(1-P)}$$

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو قسمت بوده است. قسمت اول سؤالاتی در مورد اطلاعات دموگرافیک افراد و قسمت دوم نیز سؤالاتی جهت سنجش کیفیت خدمات ارائه شده که ادراکات و انتظارات بیماران را مورد سنجش قرار می‌دهد. بدین منظور از پرسشنامه استاندارد SERVQUAL استفاده گردید.

این پرسشنامه قبلاً در محیط‌های بهداشتی و درمانی کشورهای مختلف دنیا و در طی چند سال گذشته در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌های ایران مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن مورد تأیید است؛ به عنوان مثال میزان پایایی ابعاد شش‌گانه کیفیت با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه Abolghasem Gorji و همکاران [۹] به میزان ۰/۹۴۵ و در مطالعه Tabibi و همکاران [۱۷] به میزان ۰/۸۹۳ نشان دهنده پایا بودن این پرسشنامه می‌باشد. پرسشنامه حاضر شامل ۳۱ سؤال است که ابعاد کیفیت را در ۶ بعد مورد بررسی قرار می‌دهد. این ابعاد عبارتند از: عوامل محسوس و ملموسات (۵ سؤال)، قابلیت اطمینان خدمت (۷ سؤال)، پاسخگویی ارائه دهندگان خدمت (۵ سؤال)، تضمین خدمات (۷ سؤال)، همدلی (۵ سؤال) و دسترسی (۲ سؤال). امتیازدهی به سؤالات بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (خیلی کم=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴، خیلی زیاد=۵) صورت گرفت؛ بدین ترتیب نمره هر سؤال بین ۱ تا ۵ متغیر بود. در هر بعد

خدمت، نمره سؤالات با هم جمع و مجموع آنها بر تعداد سؤالات آن بعد تقسیم شد که به این ترتیب نمره ادراک و انتظار هر کدام از ابعاد خدمت نیز بین ۱ تا ۵ متغیر است. شرکت‌کنندگان دو بار به سؤالات پاسخ دادند؛ یک بار ادراک خود را در خصوص خدمات ارائه شده بیان نمودند که به این ترتیب نمرات ادراک بدست آمد. بار دیگر از آنان خواسته شد تا انتظاراتشان را از خدمتی که باید ارائه می‌شد، بیان کنند که به این ترتیب نمره‌های انتظارات نیز بدست آمد. شکاف کیفیت خدمات از تفاضل نمرات ادراکات (وضعیت موجود کیفیت خدمات) با نمرات انتظارات (وضعیت مطلوب کیفیت خدمات) بدست آمد. نمره حاصل در صورت مثبت بودن بیانگر این است که خدمات و مراقبت‌های درمانی ارائه شده بیشتر از حد انتظارات بیماران می‌باشد و در صورت منفی بودن حاکی از آن است که خدمات ارائه شده، انتظارات بیماران را برآورده نمی‌کند و شکاف کیفیت وجود دارد و در صورتی که نمره حاصل برابر با صفر شود به معنی عدم وجود شکاف کیفیت در نظر گرفته می‌شود که نشان‌دهنده در حد انتظار بودن خدمات ارائه شده به بیماران می‌باشد.

پرسشنامه حاضر پس از کسب مجوزهای لازم از حراست و معاونت پژوهشی دانشگاه و همچنین مدیریت درمانگاه تکثیر شده و توسط پرسشگران در محل سالن‌های انتظار درمانگاه تکمیل گردید؛ به این صورت که بیمارانی که مایل به همکاری بودند در صورتی که

این افراد مرد (۳۲/۵٪) و ۶۴ نفر (۳۲٪) مجرد بودند. از نظر سنی، کوچک‌ترین و بزرگ‌ترین شرکت کننده به ترتیب ۱۶ و ۷۵ سال سن داشتند و میانگین سنی افراد ۳۴/۸۷±۱۲/۵۸ سال بود. از لحاظ سطح تحصیلات، کمترین تعداد شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس یا بالاتر (۵/۵٪) و بیشترین تعداد دارای مدرک تحصیلی لیسانس (۳۱/۵٪) بودند. از لحاظ وضعیت بیمه‌ای، یافته‌ها نشان داد که ۱۶۴ نفر (۸۲٪) از مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تحت پوشش یکی از بیمه‌ها بوده و تنها ۳۶ نفر (۱۸٪) از هیچ نوع پوشش بیمه‌ای برخوردار نبودند. از نظر دفعات مراجعه به درمانگاه، ۱۵۱ نفر بیش از یک بار به این درمانگاه مراجعه کرده بودند (۷۵/۵٪) و تنها ۴۶ نفر (۲۳٪) برای بار اول به درمانگاه مراجعه کرده بودند و در این میان، ۳ نفر به این سؤال پاسخی نداده بودند. از نظر فراوانی شغلی شرکت‌کنندگان، ۲۵٪ دارای مشاغل دولتی، ۴۵٪ دارای شغل آزاد و ۳۰٪ خانه‌دار یا بیکار بودند.

میانگین امتیازات ادراکات بیمار یا وضعیت موجود خدمات در درمانگاه، میانگین امتیازات انتظارات یا وضعیت مطلوب و مورد انتظار بیماران و شکاف کیفیت خدمات ارائه شده در درمانگاه (تفاضل وضعیت موجود از وضعیت مطلوب) از دیدگاه مراجعه‌کنندگان و به تفکیک ابعاد ۶ گانه کیفیت در جدول ۱ نشان داده شده است.

همان‌گونه که یافته‌های جدول نشان می‌دهد، در بعد ملموس و فیزیکی، "اتاق انتظار راحت و تمیز" دارای

بیش از یک مراجعه قبلی به درمانگاه داشتند، در زمان انتظار برای ورود به اتاق پزشک (قبل از ویزیت اخیر) مورد پرسش قرار می‌گرفتند و چنان‌چه فردی برای بار اول به درمانگاه مراجعه کرده بود و آشنایی لازم با پزشک معالج و تیم همکار را نداشت، بعد از انجام ویزیت مورد پرسش قرار می‌گرفت. ضمناً به کلیه بیماران اطمینان داده شد که اظهارات آنها محرمانه مانده و مانعی برای دریافت خدمت از سوی درمانگاه برای آنان ایجاد نخواهد شد. با این حال کلیه بیمارانی که به هر دلیلی تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند یا شرایط جسمی و روانی آنها به دلیل تحمل درد، اضطراب یا غیره اجازه تمرکز و پاسخ‌دهی به سؤالات را نمی‌داد، از مطالعه حذف شدند.

به منظور انجام تجزیه و تحلیل آماری، ابتدا نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها از طریق آزمون کلموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت، سپس برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری t مستقل، t زوجی و آنالیز واریانس یک طرفه (استفاده از آزمون Leven جهت تعیین همگنی واریانس‌ها) توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده گردید. مقدار $P < 0/05$ به عنوان اختلاف معنی‌داری در نظر گرفته شد.

نتایج

تعداد ۲۰۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به درمانگاه مطهری بر حسب تمایل به پاسخ‌گویی و اظهار رضایت داوطلبانه شفاهی وارد مطالعه شدند. نتایج نشان داد که ۶۵ نفر

پرداخت بودن هزینه‌ها" دارای کمترین میانگین شکاف کیفیت خدمات (۰/۲۴-) بوده است.

در مجموع می‌توان گفت، میانگین شکاف کلی کیفیت ۰/۶۳- به دست آمده است که بیشترین میانگین شکاف مربوط به بعد پاسخگویی (۰/۸۵-) و کمترین شکاف مربوط به بعد فیزیکی و ملموسات (۰/۴۵-) بوده است.

سایر یافته‌های حاصل از تحلیل میانگین ادراکات و انتظارات بیماران بر حسب هر بعد و اختلاف بین میانگین‌ها با استفاده از آزمون t زوجی به شرح جدول ۲ ارائه شده است. این جدول، میانگین ابعاد پرسش‌نامه را به تفکیک انتظارات بیماران و ادراک آنان از خدمات واقعی دریافت شده ارائه می‌دهد. همان‌گونه که از یافته‌های جدول برمی‌آید، بعد "تضمین خدمات تعهد شده" دارای بیشترین میانگین انتظارات (۳/۹۳) و نیز ادراک بیماران (۳/۳۵) حاضر بوده است. این در حالی است که بعد پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمت از نظر انتظارات بیماران (۳/۵۷) و بعد پاسخگویی ارائه‌دهندگان خدمت از نظر ادراک بیماران دارای کمترین میانگین (۲/۷۸) بوده است.

سایر یافته‌های جدول ۲ متضمن آن است که بین انتظارات و ادراکات بیماران در هر شش بعد ملموس و فیزیکی، قابلیت اطمینان خدمت، پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمت، تضمین خدمات تعهد شده، همدلی و دسترسی، تفاوت آماری معنی‌داری ($p < 0.01$) وجود دارد.

بیشترین شکاف کیفیت (۰/۶۵-) و "تسهیلات و تجهیزات پزشکی مناسب و به روز" دارای کمترین میانگین شکاف کیفیت خدمات (۰/۳۳-) بوده است. در بعد قابلیت اطمینان خدمت نیز به "دسترسی به پرستار و پزشک هنگام شب" دارای بیشترین میانگین شکاف کیفیت خدمات (۰/۸۱-) و "حرفه‌ای و ذی‌صلاح بودن پزشکان و کارکنان" متضمن کمترین شکاف (۰/۲۳-) به زعم بیماران مراجعه‌کننده بوده است. در بعد سوم یعنی بعد پاسخگویی ارائه‌دهندگان خدمت، بیشترین میانگین شکاف کیفیت (۱/۱۴-) مربوط به "زمان انتظار کمتر از یک ساعت برای دریافت خدمت" و کمترین میانگین (۰/۶۱-) مربوط به "تمایل مداوم به کمک به بیماران توسط کارکنان درمانگاه" بود. در بعد تضمین خدمات تعهد شده، "پاسخ به سؤالات بیماران" به عنوان بیشترین شکاف (۰/۹۳-) و "دانش و تخصص پزشک در زمینه درمان بیماران" به عنوان کمترین شکاف کیفیت خدمات (۰/۱۲-) در این درمانگاه مطرح شده است. در بعد همدلی نیز به ترتیب "توجه به نیازهای خاص بیماران و درک آنها" و "نشان دادن علاقه به بیماران از جانب کارکنان و پزشکان" به ترتیب دارای بیشترین (۱/۰۱-) و کمترین میانگین شکاف کیفیت خدمات (۰/۵۸-) بوده‌اند. در نهایت در بعد دسترسی، گزینه "فراهم نمودن تسهیلات مناسب برای همراهان بیمار" دارای بیشترین میانگین شکاف کیفیت خدمات (۰/۹۰-) (و در مقابل، گزینه "در دسترس بودن درمانگاه و قابل

جدول ۱- میانگین امتیازات ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات سربایی ارائه شده در درمانگاه شهید مطهری شیراز در سال ۱۳۹۳
(n=۲۰۰)

شکاف کیفیت	وضع مطلوب (مورد انتظار)	وضع موجود (ادراک شده)	ابعاد کیفیت	
-۰/۴۵	۳/۵۶±۱/۳۰	۳/۱۵±۱/۲۸	محیط فیزیکی جذاب	بعد ملموس و فیزیکی
-۰/۴۵	۳/۹۱±۱/۲۰	۳/۴۸±۱/۱۲	پزشکان و کارکنان با ظاهر تمیز و منظم	
-۰/۳۳	۳/۸۲±۱/۱۹	۳/۴۸±۱/۰۷	تسهیلات و تجهیزات پزشکی مناسب و به روز	
-۰/۴۰	۳/۷۸±۱/۱۵	۳/۳۹±۱/۲۲	وجود تابلوها و علائم قابل دید و جذاب	
-۰/۶۵	۳/۷±۱/۳۶	۳/۰۵±۱/۱۴	اتاق انتظار راحت و تمیز	
-۰/۶۲	۳/۶۲±۱/۴۶	۳/۰۲±۱/۲۳	ارائه خدمات در زمان مقرر شده (ساعت نوبت دهی شده)	بعد قابلیت اطمینان خدمت
-۰/۶۷	۳/۶۹±۱/۳۵	۳/۰۶±۱/۲۴	ارائه خدمات در زمان مناسب و به موقع	
-۰/۲۳	۴/۱۶±۱/۱۰	۳/۹۱±۱/۱۵	حرفه‌ای و ذی صلاح بودن پزشکان و کارکنان	
-۰/۴۲	۳/۸۴±۱/۱۸	۳/۳۹±۱/۲۰	ارائه اسناد و مدارک مربوط به خدمات بدون اشتباه و به موقع	
-۰/۴۷	۴/۰۱±۱/۱۳	۳/۵۴±۱/۲۴	وجود ارتباط منطقی بین هزینه و خدمات	
-۰/۶۱	۳/۸۱±۱/۲۹	۳/۱۹±۱/۲۱	دادن اطلاعات دقیق به بیماران درباره روند و زمان ارائه خدمات	
-۰/۸۱	۳/۶۶±۱/۳۷	۲/۸۲±۱/۲۸	دسترسی به پرستار و پزشک هنگام شب	
-۰/۸۱	۳/۵۷±۱/۳۳	۲/۷۶±۱/۲۰	ارائه خدمات سریع به بیماران	
-۰/۷۹	۳/۷۶±۱/۲۸	۲/۹۷±۱/۲۲	رفتار و برخورد مناسب کارکنان و پزشکان	بعد پاسخگویی ارائه دهندگان خدمت
-۰/۶۱	۳/۵۰±۱/۲۸	۲/۹۵±۱/۲۷	تمایل مداوم به کمک به بیماران توسط کارکنان درمانگاه	
-۱/۱۴	۳/۴۲±۱/۵۲	۲/۳۳±۱/۲۵	زمان انتظار کمتر از یک ساعت برای دریافت خدمت	
-۰/۹۳	۳/۸۶±۲/۵۷	۲/۹۶±۱/۲۳	راهنمایی لازم توسط متصدی پذیرش	
-۰/۵۴	۳/۸۱±۱/۲۴	۳/۲۴±۱/۲۳	برخورد و رفتار متواضع و دوستانه کارکنان و پزشکان با بیماران	
-۰/۱۲	۴/۱۱±۱/۲۱	۳/۹۸±۱/۱۳	دانش و تخصص پزشک در زمینه درمان بیماران	بعد تضمین خدمات تعهد شده
-۰/۷۲	۳/۹۷±۱/۱۸	۳/۲۶±۱/۲۰	رعایت شئون انسانی و رفتار با احترام با بیماران	
-۰/۶۱	۳/۸۳±۱/۱۴	۳/۲۲±۱/۲۰	شرح کامل شرایط پزشکی و بیماری به بیماران	
-۰/۳۷	۳/۸۷±۱/۱۹	۳/۵۱±۱/۲۱	رعایت حریم خصوصی بیمار توسط پزشک و پرستار	
-۰/۹۳	۳/۸۶±۱/۱۸	۲/۹۲±۱/۲۵	پاسخ به سؤالات بیماران	
-۰/۷۴	۳/۸۸±۱/۱۷	۳/۲۰±۱/۳۰	احساس امنیت در درمانگاه شب	
-۰/۸۹	۳/۵۶±۱/۲۳	۲/۷۱±۱/۱۱	گوش دادن به ایده‌ها و نظرات بیماران و مطلع نگه داشتن آنها	
-۰/۸۱	۳/۶۱±۱/۱۶	۲/۷۶±۱/۱۴	دریافت بازخورد از بیماران	
-۰/۷۳	۳/۷۷±۱/۱۸	۲/۹۷±۱/۳۲	فراهم بودن خدمات به در ساعات مختلف شبانه روز	بعد همگامی
-۰/۵۸	۳/۵۲±۱/۲۲	۲/۹۶±۱/۲۹	نشان دادن علاقه به بیماران از جانب کارکنان و پزشکان	
-۱/۰۱	۳/۷۹±۱/۳	۲/۷۶±۱/۲۶	توجه به نیازهای خاص بیماران و درک آنها	
-۰/۹۰	۳/۴۴±۱/۴۲	۲/۵۴±۱/۲۲	فراهم نمودن تسهیلات مناسب برای همراهان بیمار	بعد دسترسی
-۰/۲۴	۳/۷۵±۱/۳۵	۳/۵۴±۱/۳۲	در دسترس بودن درمانگاه و قابل پرداخت بودن هزینه‌ها	

جدول ۲- مقایسه میانگین وضع موجود و وضع مورد انتظار بر حسب ابعاد کیفیت خدمات سرپایی ارائه شده در درمانگاه شهید مطهری شیراز در سال ۱۳۹۳ (n=۲۰۰)

مقدار p	ادراکات		انتظارات		ابعاد
	انحراف معیار ± میانگین		انحراف معیار ± میانگین		
<۰/۰۰۱	۳/۳۱±۰/۸۸		۳/۷۸±۰/۹۵		ملموس و فیزیکی
<۰/۰۰۱	۳/۲۷±۰/۸۸		۳/۸۶±۰/۹۶		قابلیت اطمینان خدمت
<۰/۰۰۱	۲/۷۸±۰/۹۲		۳/۵۷±۱/۱۷		پاسخگویی ارائه کنندگان خدمات
<۰/۰۰۱	۳/۳۵±۰/۹۲		۳/۹۳±۰/۹۳		تضمین خدمات تعهد شده
<۰/۰۰۱	۲/۸۵±۱/۰۰		۳/۶۳±۰/۹۵		همدلی
<۰/۰۰۱	۳/۰۴±۱/۰۵		۳/۶۱±۱/۲۵		دسترسی به مراقبت

* آزمون t زوجی، $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار

هیچ یک از ابعاد پرسش نامه با تعداد دفعات مراجعه افراد به درمانگاه اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد. علاوه بر آن چه گفته شد نتایج حاصل از آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که شکاف کیفیت هیچ یک از ابعاد پرسش نامه با شغل شرکت کنندگان ارتباط آماری معنی داری ندارد.

در نهایت، شکاف کیفیت در چهار بعد "ملموس و فیزیکی" ($p=۰/۰۱۱$)، "قابلیت اطمینان خدمت" ($p=۰/۰۳۲$)، "پاسخگویی ارائه کنندگان" ($p=۰/۰۲۰$)، "همدلی" ($p=۰/۰۲۰$) با سطح تحصیلات شرکت کنندگان ارتباط آماری معنی داری نشان داد (در افراد دارای تحصیلات بالاتر، میانگین شکاف کیفیت ابعاد مذکور کمتر بود).

تحلیل نتایج حاصل از مطالعه بر حسب جنسیت شرکت کنندگان به شرح جدول ۳ ارائه شده است. همان طور که یافته‌های این جدول نشان می‌دهد، بین میانگین شکاف ابعاد کیفیت با جنسیت پاسخ دهندگان رابطه آماری معنی دار وجود ندارد. سایر یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل (آزمون t مستقل)، نشان داد که تنها بین میانگین شکاف بعد همدلی با وضعیت تأهل پاسخ دهندگان رابطه آماری معنی دار وجود داشته ($p=۰/۰۳۱$) است؛ بدین معنی که میانگین شکاف بعد همدلی در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل بوده است. بین میانگین سایر ابعاد پرسشنامه با وضعیت تأهل افراد رابطه آماری معنی دار مشاهده نشد. ضمناً، بین میانگین نمره شکاف کیفیت

جدول ۳- مقایسه میانگین شکاف وضع موجود و وضع مورد انتظار از ابعاد کیفیت خدمات سرپایی ارائه شده در درمانگاه شهید مطهری شیراز به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۳

ابعاد کیفیت جنسیت	ملموس و فیزیکی	قابلیت اطمینان خدمت	پاسخگویی ارائه کنندگان خدمات	تضمین خدمات تعهد شده	همدلی	دسترسی به مراقبت
زن (n=۱۳۵)	-۰/۴۴±۱/۰۸	-۰/۵۰±۱/۱۲	-۰/۸۰±۱/۳۹	-۰/۴۶±۱/۰۰	-۰/۶۶±۱/۱۷	-۰/۴۹±۱/۴۰
مرد (n=۶۵)	-۰/۶۳±۱/۰۵	۰/۶۷±۰/۸۰	-۰/۹۰±۱/۲	-۰/۷۷±۰/۸۲	-۰/۹۴±۰/۹۹	-۰/۷۴±۱/۴۰
مقدار p	۰/۲۶۰	۰/۳۰۱	۰/۶۳۲	۰/۰۵۲	۰/۱۴۰	۰/۲۵۱

* آزمون t مستقل

بحث

می‌باشد؛ و لازمه بهبود رضایت بیماران را در ارتقای ابعاد کیفیت در مدل سروکوال می‌داند [۱۹]. در برخی مطالعات داخلی نیز، نمره شکاف کیفیت در تمامی ابعاد، منفی گزارش شده است [۲۲-۲۰، ۱۲].

مطابق یافته‌های این مطالعه، بیشترین میانگین شکاف کیفیت به ترتیب مربوط به بعد پاسخگویی و بعد همدلی بود که در اکثر مطالعات مشابه نیز همین نتایج مشاهده گردیده است. بیشترین شکاف کیفیت در مطالعه انجام شده در مراکز بهداشتی شهر کاشان [۲۳] و نیز مطالعه مربوط به درمانگاه‌های سرپایی بیمارستان‌های تهران [۱۷] مربوط به بعد پاسخگویی و در مطالعات مراکز بهداشتی شهر گرگان [۲۴] و مراکز بهداشتی شهر بندرعباس [۲۵] در بعد همدلی، مشاهده شد. در مطالعات مشابه خارج از کشور، بیشترین شکاف کیفیت در مطالعه Lim و Tang در بیمارستان‌های سنگاپور [۱۹] و همچنین در پژوهش Karydis و همکاران [۲۶] مربوط به بعد پاسخگویی بوده که با نتایج پژوهش ما همخوانی دارد. اما در پژوهش Abolghasem Gorji و همکاران، بیشترین شکاف کیفیت در بعد دسترسی به مراقبت مشاهده گردید [۹].

طبق نتایج مطالعه، کمترین میانگین شکاف کیفیت مربوط به بعد ملموسات و عوامل فیزیکی بوده است. این بیانگر آن است که در درمانگاه مورد مطالعه، به جنبه‌های فیزیکی و زیرساخت‌های ارائه مراقبت توجه بیشتری شده است و این موارد از دیدگاه

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین میزان شکاف کیفیت خدمات سرپایی ارائه شده در درمانگاه شهید مطهری شهر شیراز با استفاده از الگوی سروکوال بود که از طریق دریافت دیدگاه‌های بیماران مراجعه‌کننده به این درمانگاه به انجام رسید. براساس نتایج این پژوهش، در تمامی ابعاد کیفیت خدمات ارائه شده و مؤلفه‌های مربوط به سنجش آن، شکاف منفی کیفیت وجود داشت. همچنین نمره انتظارات (وضع مطلوب) مراجعه‌کنندگان از نمره ادراکشان (وضع موجود) بالاتر بود. این بدان معناست که نیازها و انتظارات بیماران مراجعه‌کننده به این درمانگاه به خوبی برآورده نگردیده و در نتیجه آنها کیفیت خدمات را ضعیف ارزیابی کرده‌اند. هر چه شکاف بین ادراکات و انتظارات افراد از کیفیت خدمات بهداشتی درمانی بیشتر باشد نشان‌دهنده این است کمتر به این بعد از کیفیت خدمات توجه شده است و این امر می‌تواند که برنامه‌ریزی‌ها بیشتر بر ابعادی متمرکز باشد که بیشترین شکاف در آنها وجود دارد.

Bakar و همکاران در پژوهش خود در شبکه بیمارستان‌های دانشگاهی ترکیه به وجود شکاف منفی در تمامی ابعاد کیفیت اشاره می‌کنند [۱۸]. مطالعه Lim و Tang که با هدف ارزیابی ادراکات و انتظارات بیماران در بیمارستان‌های سنگاپور صورت گرفته است، نشان‌دهنده شکاف منفی در تمامی ابعاد کیفیت

لازم توسط پذیرش رضایت چندانی نداشته‌اند. عدم پاسخگویی و بی‌میلی از سوی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی می‌تواند موجب اتلاف وقت، منابع و انرژی دریافت‌کنندگان خدمت شده و ناراحتی‌های جسمی، روحی و روانی و ناکامی‌های آن را به دنبال داشته باشد [۳۱]. در مطالعه انجام شده در بیماران سرپایی بیمارستان‌های دولتی شهرهای ایلام و کرمانشاه [۲۸] نیز نتیجه‌ای مشابه بدست آمد.

میانگین شکاف کیفیت در چهار بعد ملموس و فیزیکی، قابلیت اطمینان خدمت، پاسخگویی ارائه‌کنندگان و همدلی بر حسب سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد. Zareii و همکاران [۳۲]، تفاوت معنی‌دار بین ادراکات و انتظارات را ناشی از سطح تحصیلات می‌دانند. Bakar و همکاران [۱۸]، در بخشی از یافته‌های خود میزان تحصیلات را یک عامل مؤثر در شکل‌گیری سطح انتظارات بیماران معرفی می‌کنند.

در مطالعه Tarrahi و همکاران [۳۳] شکاف کیفیت با متغیر سن مراجعین همبستگی معکوسی را نشان داد، اما با متغیرهای جنسیت و تحصیلات رابطه معنی‌داری را نشان نداد. در مطالعه Aghamolaei و همکاران [۲۵] در مراکز بهداشتی بندرعباس، شکاف کیفیت با هیچ‌یک از متغیرهای سن، سواد، شغل و مدت استفاده از خدمات ارتباط آماری معنی‌داری نداشت. در پژوهش

مراجعه‌کنندگان دارای کیفیت بالاتری بوده است. بعد ملموس شامل وجود تسهیلات، تجهیزات، کارکنان و راه‌های ارتباطی مناسب می‌باشد و از آن‌جا که این بعد تأثیر قابل توجهی بر دریافت‌کنندگان خدمت دارد، توجه و تأمین شرایط فیزیکی مناسب آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در مطالعه Amini و Farjam [۲۷]، Havasbeigi و همکاران [۲۸] و Mohammadi و همکاران [۲۲] نتایج مشابه به دست آمد. در تحقیق Popa و همکاران نیز کمترین شکاف کیفیت خدمات در بیمارستان‌های خصوصی رومانی به این بعد تعلق گرفت [۱۱].

نتایج مطالعه بیانگر آن است که بعد تضمین خدمات دارای بیشترین میانگین انتظار و نیز ادراک بیماران بوده است. این وضعیت در مطالعات مشابه نتایج متفاوتی را داشته است. به عنوان مثال، بیشترین نمره انتظارت و ادراکات در مطالعه Ajam و همکاران [۲۹] به ترتیب مربوط به ابعاد پاسخگویی و قابلیت اطمینان، در مطالعه Tabibi و همکاران [۱۷] مربوط به همدلی و عوامل محسوس و در مطالعه Mohammadi و Shoghli [۳۰] مربوط به بعد فیزیکی و ملموسات بوده است.

در مطالعه حاضر، بعد پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمت از نظر انتظارات و ادراک بیماران دارای کمترین میانگین بوده است. این بدان معنا است که در مرکز مورد مطالعه، بیماران از وضعیت خدمات‌رسانی، رفتار و برخورد پرسنل، زمان انتظار مناسب و راهنمایی‌های

پزشک تأثیر بسیاری در کاهش شکاف خدمات و افزایش رضایت بیماران خواهد داشت که در این زمینه می‌توان از تکنیک‌هایی چون مدل برنامه‌ریزی خطی، مدل حمل و نقل و غیره استفاده کرد.

۲- توجه به نیازهای عاطفی، شرایط روحی و روانی و مشکلات جانبی بیماران و درک کردن شرایط آنها از سوی ارائه‌دهندگان خدمت؛ این عامل به عنوان دومین عامل شکاف کیفیت خدمات و عاملی که می‌تواند در جلب رضایت بیماران مراجعه‌کننده نقش مؤثری داشته باشد، شایان توجه است. به نظر می‌رسد در این زمینه آموزش مهارت همدلی به کارکنان درمانگاه خصوصاً گروه‌های پرستاری و منشی‌های پزشکان که بیشترین ارتباط را با بیمار دارند و توجه به آن به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی کیفیت کاری کارکنان بتواند تا حدی به این امر کمک کند.

۳- راهنمایی لازم توسط متصدی پذیرش و پاسخ به سؤالات بیماران از سوی منشی‌های درمانگاه؛ این دو مورد مشترکاً به عنوان سومین عامل شکاف کیفیت مطرح شدند. به منظور رفع این شکاف مجدداً بر امر آموزش این کارکنان با استفاده از نتایج نیازسنجی آموزشی در فاز اولیه پژوهش که قبلاً ارائه شده است، تأکید می‌گردد.

۴- گوش دادن به ایده‌ها و نظرات بیماران و مطلع نگه داشتن آنها؛ دریافت بازخورد از میزان رضایت بیماران و ارائه خدمات سریع به بیماران از سایر موارد

Scrimgeour و همکارش، بیماران جوان‌تر انتظارات بالاتری از کیفیت خدمات داشتند [۳۴].

در انتها می‌توان این‌گونه اظهار کرد که بین انتظارات بیماران با خدماتی که واقعاً از درمانگاه دریافت می‌کنند، شکاف کیفیت وجود داشته که تبیین اهمیت گزینه‌ها نشان می‌دهد حیطة‌های مربوط به صلاحیت حرفه‌ای پزشکان درمانگاه و دانش و تخصص آنها دارای کمترین شکاف می‌باشد و مردم به میزان زیادی پزشکان درمانگاه را دارای صلاحیت و مهارت کافی می‌دانند. این نقطه مثبت اگرچه به تلاش دست اندرکاران معاونت آموزشی و مکانیسم صحیح جذب خبره‌ترین و زبده‌ترین اساتید بالینی بر می‌گردد، می‌تواند به عنوان مهم‌ترین پتانسیل درمانگاه در اعتماد سازی و جلب بیماران از سراسر کشور و حتی توریسم سلامت از کشورهای همجوار نقش داشته باشد؛ اما به نظر می‌رسد قبل از برنامه‌ریزی برای چنین دورنمایی رفع اشکالات زیر ضروری باشد:

۱- اصلاح مکانیسم نوبت‌دهی به بیماران و کاهش زمان انتظار؛ این امر به عنوان مهم‌ترین شکاف کیفیت خدمات به زعم مردم مطرح شده است. در همین رابطه ضرورت دارد با انجام مطالعات امکان‌سنجی، امکان استقرار سیستم نوبت‌دهی تلفنی و پس از آن سیستم الکترونیکی از جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و قابلیت پذیرش تکنولوژی مورد بررسی قرار گیرد.

علاوه بر این، استفاده از مکانیسم‌های برآورد صف انتظار و کاهش طول مدت انتظار بیمار قبل از ملاقات

نتیجه‌گیری

از دیدگاه مراجعه‌کنندگان سرپایی به درمانگاه مطهری شیراز، تمام ابعاد کیفیت خدمات دارای نمرات منفی بود. این امر نشان‌گر وجود شکاف بین انتظارات و ادراکات مراجعه‌کنندگان از کیفیت خدمات ارائه شده در این مرکز بوده که نیازمند بهبود در کلیه ابعاد آن می‌باشد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود مدیران برای کاستن شکاف کیفی موجود، به نیازهای بیماران و ارائه مطلوب خدمات توجه بیشتری نمایند. تلاش برای کاهش شکاف و فاصله میان انتظار و ادراک بیماران منجر به رضایت بیشتر آنها و در نهایت وفاداری و مراجعات مجدد به سازمان خواهد بود. همچنین با بکارگیری الگوی سروکوآل (به عنوان یکی از ابزارهای سنجش کیفیت)، مدیران قادر به ارزیابی کیفیت خدمات از دید بیماران به عنوان مهم‌ترین مشتریان سازمان شده و با برنامه‌ریزی صحیح و اصلاح نابسامانی‌ها و نقاط ضعف موجود، نهایتاً بهبود کیفیت خدمات را ممکن خواهند ساخت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه همکاران درمانگاه شهید مطهری شیراز و همچنین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه که در اجرای این مطالعه همکاری و مشارکت داشتند، تقدیر و تشکر نمایند.

شکاف کیفیت خدمات بود که در این رابطه می‌توان با ایجاد واحدی در درمانگاه تحت عنوان "دفتر ارتباط با بیمار" که از سوی روان‌شناسان بالینی، کارشناسان مشاوره، روان پرستاران و سایر افراد توانمند و داوطلب قابلیت اداره دارد، به جمع‌آوری نقطه نظرات بیماران و همدلی با آنها و شنیدن مشکلاتشان پرداخت و به صورت ماهانه طی یک جمع‌بندی کلی رئوس مطالب را جهت بررسی بیشتر و اخذ تصمیم‌های کلان به مدیریت محترم درمانگاه ارائه داد.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی به شرح زیر مواجه بوده است: محدودیت جامعه پژوهش از این لحاظ که درمانگاه حاضر به عنوان یکی از چند درمانگاه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد؛ در این رابطه پیشنهاد می‌گردد مطالعات مشابه دیگری در سایر درمانگاه‌ها و مراکز سرپایی نیز انجام شود. همچنین، بررسی انتظارات و ادراکات بیماران با استفاده از روش‌های صرفاً کمی همچون پرسشنامه، بیان خواسته‌های آنها را با محدودیت مواجه می‌کند که در این رابطه پیشنهاد می‌شود با استفاده از رویکرد کیفی در مطالعات آتی به تبیین تجربه عمیق بیماران و انتظارات واقعی آنها از این درمانگاه یا سایر مراکز مشابه پرداخته شود.

References

- [1] Punnakitikashem P, Buavaraporn N, Maluesri P, Leeartapin K. Health Care Service Quality: Case Example of a Hospital with Lean Implementation. POMS 23rd Annual Conference, Chicago, Illinois, U.S.A. April 20 to April 23, 2012. Abstract number: 025-1232.
- [2] Sahney S, Banwet DK, Karunes S. Conceptualizing Total Quality Management in Higher Education. *The TQM Magazine* 2004; 16(2): 145-59.
- [3] Sahney S, Banwet DK, Karunes S. An Integrated Framework for Quality in Education: Application of Quality Function Deployment, Interpretive Structural Modeling and Path Analysis. *Total Quality Management* 2006; 17(2): 265-85.
- [4] Gauld R. Comparative health policy in the Asia-Pacific: *Open University Press*; 2005.
- [5] Montagu D. Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare. London: *Department for international development* 2003.
- [6] Purcarea VL, Gheorghe IR, escub P. The Assessment of Perceived Service quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale. *Procedia Economics and Finance* 2013; 6: 573-85.
- [7] Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 1988; 64(1): 12-40.
- [8] Bayraktaroglu G, Atrek B. Testing the superiority and dimensionality of SERVQUAL vs. SERVPERF in higher education. *The Quality Management Journal* 2010; 17(1): 47-59.
- [9] Abolghasem Gorji H, Tabatabaei SM, Akbari A, Sarkhosh S, Khorasani S. Using the Service Quality Gap's Model (SERVQUAL) in Imam Khomeini Teaching Hospital. *Journal of Health Administration* 2013; 16(51): 7-18. [Farsi]
- [10] Mohammad Nia M, Delgoshai B, TofighiSh, Riahi L, Omrani A. Evaluation of nursing services quality using SERVQUAL model in Tehran social security hospitals. *Journal of Hospital* 2010; 8(3 and 4): 68-73. [Farsi]

- [11] Popa AL, Rosca RD, Mihoc F. Investigating the Patient Satisfaction within Romanian Public and Private Hospitals. *Journal of Faculty of Economics University of Oradea* 2011; 1(1): 768-73.
- [12] Andaleeb SS. Do warranties influence perceptions of service quality? *Journal of retailing and customer services* 1998; 2(2): 87-91. [Farsi]
- [13] Allan Y. Customer satisfaction measurement practice in Taiwan hotels. *International Journal of Hospitality Management* 2004; 23(4): 397-408.
- [14] Bahadori M, Mousavi SM, Sadeghifar J, Haghi M. Reliability and Performance of SERVQUAL Survey in Evaluating Quality of Medical Education Services. *International Journal of Hospital Research* 2013; 2(1): 39-44. [Farsi]
- [15] Cronin JJ, Taylor SH. Measuring Service Quality: A reexamination and extension. *Journal of marketing* 2004; 12(8): 32-45.
- [16] Hekmatpo D, Sorani M, Farazi A, Fallahi Z, Lashgarara B. A survey on the quality of medical services in teaching hospitals of Arak University of Medical Sciences with SERVQUL model in Arak. *Arak Medical University Journal* 2012; 15(66): 1-9.
- [17] Tabibi SJ, Gohari MR, Shahri S, Aghababa S. Assessment Of Health Care Services In Outpatient Clinics Based On SERVQUAL Model In Hospitals Of Tehran. *Payavarde Salamat* 2012; 5(4): 49-56. [Farsi]
- [18] Bakar C, Akgün HS, Al Assaf AF. The role of expectations in patients' hospital assessments: a Turkish university hospital example. *Int J Health Care Qual Assur* 2008; 21(5): 503-16.
- [19] Lim PC, Tang NKH. A study of patients 'expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2000; 13(6-7): 290-9.
- [20] Jena Abadi H, Abili Kh, Nastizayi N, Yaghubi N. Between patients' perceptions and expectations of service quality in Zahedan's centers with SERVQUAL model. *Payesh Journal* 2011; 10(4): 449-57. [Farsi]
- [21] Gholami A, Noori A, Khojastepoor M, Asgari M, Sajadi H. Gaps in the quality of primary health care services provided by health centers - Care Nishapur city. *Scientific Journal of Shahed university* 2011; 18(92): 1-11. [Farsi]
- [22] Mohammadi A, Eftekharardabili H, Akbarihaghighi F, Mahmudi M, Poorreza A. measuring service quality based on patient's Expectations and perceptions in Zanjan hospitals. *Journal of the Faculty of Health and*

- Medical Research Institute* 2003; 2(2): 71-84. [Farsi]
- [23] Kebriaei A, Akbari F, Hosseini M, Eftekhar Ardabili H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary health care in Kashan health centers. *The Journal of Qazvin Univ Of Med Sci* 2004; 8(31): 82-8. [Farsi]
- [24] Roohi G, Asayesh H, Abdollahi A, Abbasi A. Evaluation of the client's expectations and perceptions gap about the quality of primary health services in Gorgan health center. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2011; 9(3): 41-7. [Farsi]
- [25] Aghamolaei T, Zare Sh, Kebriaei A, Pudat A. Quality of primary health services from view of female clients of Bandarabbas health care services centers. *Payesh Journal* 2008; 7(2): 121-7. [Farsi]
- [26] Karydis A, Komboli M, Pannis V. Expectation and perception of Greek patients regarding the quality of dental health care. *Int J Qual Health C* 2001; 13(5): 409-16.
- [27] Amini MT, Farjam S. The Study of Quality of Services Provided (Case study: Hospital affiliated with the Isfahan University of Medical Sciences). *Journal of Andisheye Modiriati* 2009; 3(1): 165-89. [Farsi]
- [28] Havasbeigi F, Yasbalaghisharahi B, Mohamadi E, Mohamadi A. Measuring the Quality of Services Provided For Outpatients In Public Hospitals In Ilam and Kermanshah Cities Based on The SERVQUAL Instrument. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2013; 21(4): 207-14. [Farsi]
- [29] Ajam M, Sadeghifar J, Anjomshoa M, Mahmoudi S, Honarvar H, Mousavi SM. Assessing Quality of Healthcare Service by the SERVQUAL Model: A Case Study of a Field Hospital. *Journal of Military Medicine* 2014; 15(4): 273-9. [Farsi]
- [30] Mohammadi A, Shoghli AR. Survey on Quality of Primary Health Cares in Zanjan District Health Centers. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences* 2009; 16(65): 89-100. [Farsi]
- [31] Andaleeb SS. Public and private hospitals in Bangladesh: Service quality and predictors of hospital choice. *Health Policy and Planning* 2000; 15(1): 95-102.
- [32] 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. *Pyavrde Salamat* 2011; 5(4): 66-76. [Farsi]

- [33] Tarrahi M, Hamouzadeh P, Bijanvand M, Lashgarara B. The quality of health care services provided in health care centers of Khorramabad using SERVQUAL model in 2010. *Yafteh J* 2012; 14(1): 13-21. [Farsi]
- [34] Scrimgeour EM, Barnef JA. How do multiple sclerosis patients in lanarkshire rate health professional and hospitals?. *Health Bulletin* 2001; 59(3): 155-7.

Analysis of Service Quality Gap in Outpatient Wards Using SERVQUAL Model in Shahid Motahhari Clinic of Shiraz in 2014

P. Bastani¹, O. Barati², A. Sadeghi³, S. Sharifi⁴, SH. Abhari⁵

Received: 02/06/2015

Sent for Revision: 10/10/2015

Received Revised Manuscript: 05/12/2015

Accepted: 19/12/2015

Background and Objectives: Assessing quality dimensions in health care sector according to the sensitivity of the services is very important. This study was conducted to assess the quality of services in outpatient wards in Shiraz.

Materials and Methods: This was a descriptive study conducted in summer 2014 on 200 patients referring to Shahid Motahhari Health Center. The standard questionnaire of SERVQUAL was used for assessing 6 dimensions of the services quality (Physical factors, Creditability, Responsiveness, Assuredness, Empathy and Access) were used. Data was analyzed using independent t-test, paired t-test and one-way ANOVA.

Results: There were significant differences between patients' perceptions and expectations in all six dimensions of quality ($p < 0.05$). There were negative gaps in all the quality aspects so that means expectations were beyond perceptions. The mean of general quality gap was -0.63 and the highest mean was related to responsiveness (-0.85) and the lowest was for physical aspect (-0.45). There were significant associations between marital status and empathy ($p = 0.031$) and also between education level and physical aspect ($p = 0.011$), assuredness ($p = 0.012$), responsiveness ($p = 0.032$) and empathy ($p = 0.020$).

Conclusion: Patients referring to this center did not consider the present quality of services in an acceptable level. It is necessary to plan effectively in order to decrease quality gap and improve it by related managers to achieve patients' expectations.

Key words: Service quality, Perceptions, Expectations, SERVQUAL model, Outpatient ward, Shiraz

Funding: This research was funded by Shiraz University of Medical Sciences (SUMS).

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Shiraz University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Bastani P, Barati O, Sadeghi A, Sharifi S, Abhari SH. Analysis of Service Quality Gap in Outpatient Wards using SERVQUAL Model in Shahid Motahhari Clinic of Shiraz in 2014. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016; 14(12): 1015-32. [Farsi]

1- Assistant Prof. Health Management and Human Resources Research Center, School of Management & Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2- Assistant Prof. Health Management and Human Resources Research Center, School of Management & Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
(Corresponding Author) Tel: (071) 32340779, Fax: (071) 32340039, E-Mail: omidbarati40@gmail.com

3- Ph.D Candidate in Health Services Management, Health Management and Human Resources Research Center, School of Management & Medical Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

4- M.Sc Student in Health Services Management, Jundishapur University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

5- M.Sc Student in Health-Information Technology, Health Management and Human Resources Research Center, School of Management & Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran