

سنجش کیفیت خدمات بر اساس انتظارات و ادراک بیماران در بیمارستانهای زنجان

علی محمدی*^۱، دکتر حسن افتخار اردبیلی^۲، دکتر فیض الله اکبری حقیقی^۲، دکتر محمود محمودی^۲ و دکتر ابوالقاسم پوررضا^۲

چکیده:

سنجش کیفیت خدمات پیش شرط اساسی برای بهبود کیفیت است. انتظارات و ادراک بیماران از کیفیت خدمات در انتخاب بیمارستان، وفاداری آنها به سازمان و قصد خرید مجدد نقش مهمی دارد. تا نیازهای کیفیت مشخص نگردند خدمات اصلاح نمی شود. مطالعات نشان می دهند مشتریان به لحاظ تماس نزدیک با ارائه دهندگان خدمت و مشارکت در فرایند خدمت در موقعیت مناسبی برای سنجش کیفیت خدمات هستند. لذا این مطالعه به منظور سنجش کیفیت خدمات بر اساس ادراک و انتظار بیماران در بیمارستانهای زنجان صورت گرفت.

تحقیق به صورت مقطعی (cross-sectional) انجام پذیرفت و از ابزار سروکوال SERVQUAL استفاده شد. برای بررسی پایایی و قابلیت اطمینان ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. از لحاظ پایایی و همبستگی درونی عبارات پرسشنامه در شش بعد کیفیت خدمات ضریب آلفا ۰/۹۴ بود. توانایی پزشکان و کارکنان بیمارستان در ایجاد اعتماد و اطمینان در مشتری و داشتن مهارت و صلاحیت حرفه ای کافی مهمترین بعد کیفیت خدمات ارزیابی شد ($SQ = -1/30$) تفاوت بین میانگین انتظارات و ادراک در همه ابعاد از نظر آماری معنی دار بود. حادترین مساله پیش روی بیمارستانها توانایی پزشکان و کارکنان بیمارستان برای ایجاد اطمینان، جلب اعتماد بیماران و تواضع و مهارت حرفه ای کافی آنهاست. توصیه می شود که پزشکان به طور کامل شرایط بیماری را به بیماران شرح دهند و پزشکان و کارکنان در ارائه خدمات درمانی شوونات انسانی را رعایت نمایند و به دانش روز مجهز باشند.

واژگان کلیدی: کیفیت خدمات، سروکوال، انتظارات، ادراک

* (عهده دار مکاتبات)

۱. گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زنجان.
۲. گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
۳. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

مقدمه:

در بخش خدمات بهداشتی موضوع کیفیت دارای جایگاه ویژه ای است، زیرا وظیفه و رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه بر عهده این بخش می باشد. بیمارستانها مهمترین عنصر نظام مراقبت بهداشتی هستند. از نظر منابع، آنها حدوداً ۵۰٪ از مخارج مراقبت بهداشتی را به خود اختصاص می دهند چراکه آنها بزرگترین و پرهزینه ترین واحد عملیاتی نظامهای بهداشتی میباشند و بخش اعظمی از منابع سرمایه ای، مالی و انسانی را جذب می نمایند و بخش زیادی از نیروی تحصیل کرده را استفاده می کنند.

از نظر سازمانی، بیمارستانها بر بقیه اجزاء نظام بهداشت مسلط اند هیچ نظام بهداشتی بدون مشارکت و پشتیبانی بیمارستانها نمی تواند عمل کند، مراقبتی که بیمارستانها ارائه می دهند در هیچ سطحی قابل ارائه نیست. در واقع بیمارستانها تکمیل کننده و حامی مراقبت اولیه بهداشتی هستند. لذا هرگونه بهبودی در ارائه خدمات به معنای صرف بهینه منابع تلقی می گردد. کیفیت خدمات به سازمان کمک می کند تا خود را از دیگر سازمانها متمایز سازد از آن طریق به موقعیت رقابتی دست یابد. کیفیت بالاتر خدمات تعیین کننده اساسی سودآوری بلندمدت نه تنها سازمانهای خدماتی بلکه همچنین سازمانهای تولیدی به شمار می آید. کیفیت خدمات به قصد خریدمصرف مشتریان موجود و بالقوه تاثیرگذار هست (Norosis M. 2002).

مطالعات نشان می دهند مشکل کیفیت خدمات احتمالاً در سازمانهایی بوجود می آید که بر شناختن و برآوردن نیازها و انتظارات مشتریان تمرکز نمی کنند باید سازمان خدماتی خود را جای مشتری بگذارد و سیاستهای خود را براساس دیدگاه مشتریان بنسازد (Ghobadian A. and Speller S. 1994).

کیفیت خدمات با توانمند ساختن کادر خط مقدم (عملیاتی) جهت اتخاذ تصمیمات مهم نسبت به نیازهای مشتریان می تواند ارتقا یابد.

کادر عملیاتی (پرسنل مراقبتی) که به قدر کافی برای انجام وظایف محوله خود تربیت نشده باشند و به طور موثر پشتیبانی نگردند و برانگیخته نباشند در تامین خدمات با کیفیت مطلوب مشکل دارند (Lim P.C. 2000).

نقش کیفیت خدمات به طور گسترده به عنوان تبیین کننده اصلی موفقیت یک سازمان در محیط رقابتی امروز شناخته شده است. هرگونه کاهش در رضایت مشتری به واسطه کیفیت ضعیف خدمت موجب نگرانی است (Ghobadian A. and Speller S. 1994).

لذا کیفیت خدمات می تواند به عنوان یک ابزار استراتژیک برای کسب موقعیت رقابتی به کار برده شود برای کسب و دستیابی به کیفیت برتر، بیمارستانها بایستی برای تامین خدمت عاری از نقص بکوشند (Lim P.C. 2000).

دستیابی به نقص به صفر نیازمند تلاشهای مستمر برای بهبود کیفیت ارائه خدمات است. لذا کیفیت اگر سنجیده نشود (مشخص نگردد) اصلاح نمی شود (Tang and Nelson K.H. 1995).

ارائه دهنده خدمت بایستی نقاط شکاف (کیفیت پایین) را درک بنماید تا بتواند را آنرا کمتر نماید بدین منظور مشتریان در موقعیت بهتری برای درک وضعیت خدمات قرار دارند چرا که مشتریان تماس نزدیکی را با کادر عملیاتی و فرایند عملیات (مراقبت) دارند (Parasurman, Zeithmal, Berry) PZB به اعتقاد بوم (Boom) کیفیت خدمات معیار همخوانی سطح خدمات با انتظارات مشتریان است. فرهنگ و زمینه کیفیت را میزانی از خدمت که انتظارات مشتریان را برآورده سازد تعریف می کند. پاراسورمن (Parasurman) کیفیت خدمت را حاصل مقایسه انتظارات مشتریان (ایده آله) از عملکرد ارائه خدمات سازمان (تجربه واقعی) خدمت می داند.

او معتقد است که عوامل زیر در تعیین کیفیت خدمت نقش دارند:

گرانروس (Gronroos) معتقد است که کیفیت خدمت از سه قسمت تشکیل می شود: کیفیت فنی پیامد، کیفیت وظیفه ای (نحوه ارائه) خدمت یعنی تعامل بین ارائه دهنده و مشتری و تصویر سازمان.

انتظارات بر سنجش کلی بیمار از تجربه مراقبت بهداشتی تاثیر مهمی دارد او چهار نوع انتظار را ذکر می کند: ایده آل، مورد انتظار، حداقل قابل تحمل، و اساسی انتظار برای ارائه به موقع، درست و قابل اطمینان خدمت مهمترین هست چون در برآوردن انتظارات اساسی است (Robinson S. 1999).

پاراسورمن (Parasurman) معتقد است که دو سطح انتظار (مطلوب و کافی) وجود دارد. انتظارات مطلوب به سطحی از خدمت مربوط است که فرد تمایل به دریافت آن دارد. انتظارات کافی به سطحی از خدمت ارتباط دارد که برای فرد قابل قبول است. هر تجربه پایین تر از این سطح سبب تجربه ضعیف می گردد (Martha T. and Valdivia R. 1997).

فاصله بین دواين سطح انتظار به منطقه (تحمل) معروف است. این منطقه بر حسب فرد و بعد خدمت می تواند متغیر باشد. به نظر می رسد در بخش بهداشت، ارائه درست و به موقع و قابل اطمینان خدمت هسته اساسی خدمت است لذا، منطقه تحمل این بعد کمتر است سطوح خدمت مطلوب و کافی آن بالاتر است.

سطح انتظار خدمت در نتیجه تجربه گذشته، تجارب دیگران و دانش جدید قابل تغییر است (Martha T. and Valdivia R. 1997).

تحقیق نشان داده است که کیفیت خدمت ارائه شده به وسیله سازمان می تواند با تعیین شکاف بین آنچه مشتری می خواهد (انتظارات مشتری) و چگونگی تجربه خدمت (ادراک مشتری) اندازه گیری شود. انتظارات مشتری بوسیله ارتباطات دهان به دهان، نیازهای شخصی و تجربه گذشته شکل می گیرد. به اعتقاد (PZB) جدایی ناپذیر تولید و مصرف نیاز به هم حضور مشتری و هم ارائه دهنده خدمت در طی فرایند خدمت دارند ارزشیابی عملکرد در

- توانایی ارائه درست و به موقع و قابل اطمینان خدمت

- توانایی پاسخگویی سریع به مسائل و شکایات مشتری و سرعت خدمات

- ایجاد اعتماد و اطمینان در مشتری و داشتن مهارت و صلاحیت حرفه ای کافی

- توجه و ملاحظه در رفتار و رعایت شئونات انسانی

- ظاهر تمیز و منظم اجزای ملموس مثل تسهیلات، لباس کارکنان (PZB)

ساسر (Sasser) و همکارانش اعتقاد داشتند که کیفیت خدمت سه بعد دارد: مواد و وسایل، تسهیلات و پرسنل. به عقیده فرامست (Frost) انتظارات خواسته های مشتریان است یعنی آنچه که آنها احساس می کنند ارائه دهنده خدمت عرضه بایستی بدارد (Frost F.A. 2000). ادراک به ارزشیابی مصرف کنندگان از ارائه دهنده خدمت برمی گردد. در صورتی که رتبه بندی عملکرد سازمان (ارائه دهنده خدمت) پایین تر از انتظارات باشد آن نشانه کیفیت ضعیف بوده و عکس این نشان دهنده کیفیت خوب است (Lim P.C. 2000) کیفیت درک شده پاسخ ذهنی افراد است لذا خیلی نسبی است و فرمی از نگرش است که حاصل مقایسه انتظارات با ادراک می باشد. تیس (Teas) اعتقاد دارد که آن از مقایسه عملکرد با استانداردهای ایده آل حاصل می گردد یا از ادراک عملکرد آنها ناشی می شود.

اعتقاد بر این است که کیفیت خدمت متمایز از رضایت مشتری است. در حالیکه کیفیت خدمت نگرش متکی نسبت به خدمت است، رضایت مشتری به حوزه خاص به هنگام مواجهه فرد در خدمت مربوط است. (Johnson R. and Tsiros M. 1997)

کیفیت در یک سازمان خدماتی سطحی از خدمات ارائه شده است که انتظارات مشتری را برآورده نماید ماهیت اغلب خدمات به نحوی است که مشتری در فرایند ارائه خدمات حضور دارند لذا ادراک کیفیت نه تنها از پیامد خدمت بلکه همچنین از فرایند خدمت متاثر می باشد.

و کیفیت باید در تفکر مدیریت نهادینه شده و بخشی از رویه های عملیاتی سازمان باشد (Beckford J. 2002).

مطالعه در بیمارستانهای سنگاپور نشان می دهد که سه تا از بالاترین انتظارات در بعد ایجاد اطمینان و صلاحیت حرفه ای قرار دارند (یعنی صلاحیت حرفه ای پزشکان ، در مان با رعایت شئون انسانی و احترام و شرح کامل شرایط پزشکی به بیماران) (Lim P.C. 1999).

در مطالعه کیفیت در صنعت خدماتی عربستان نتایج زیر حاصل شد:

(احساس ایمنی در تعاملات) مهمترین و اساسی ترین ویژگی تلقی شد. دومین ویژگی برجسته به عبارت (کارکنان بایستی منظم باشند) مربوط می شد و عبارت (کارکنان بایستی به مشتریان توجه شخصی نشان بدهند) کم اهمیت ترین مورد رتبه بندی شد و پس از آن کم اهمیت ترین ویژگی به عبارت (نشان دادن علاقه قلبی به مشتری) مربوط بود (Jannadi O.A. 2000).

در این مطالعه ، بالاترین نمره کیفیت خدمات به (تسهیلات فیزیکی) و دومین نمره بالاتر به ویژگی ساعات کاری مناسب مربوط می شود. کمترین نمره کیفیت خدمات به (نشان دادن توجه شخصی به مشتریان) مربوط می شد ($SQ = -/0.95$).

از نظر ابعاد کیفیت، بر پاسخگویی و بعد توانایی ارائه درست ، به موقع و قابل اطمینان خدمت به طور مساوی تاکید شده و مشتریان همه پنج بعد را اساسی رتبه بندی کردند ، به هر حال از نظر اهمیت نسبی، توانایی ارائه درست و به موقع خدمت مهمترین بعد تلقی شد. محیط فیزیکی مطلوب دومین بعد مهم تلقی شد. وبعد توجه و ملاحظه در رفتار و رعایت شئون انسانی کم اهمیت ترین بعد رتبه بندی شد (Jabnoun N. and Al Tamimi H. 2003, Jannadi O.A. 2000).

به طور کلی این مطالعه به منظور بررسی کیفیت خدمات در بیمارستانهای زنجان بر اساس ادراک و انتظار بیماران صورت پذیرفت تا شکاف مربوط به هر یک از ابعاد ششگانه

این مرحله صورت می گیرد. در زمینه مراقبت بهداشتی ، مصرف کننده (بیمار) در تولید خدمت مشارکت می کند و بنا بر این کیفیت و عملکرد (درمان) می تواند تحت تاثیر اعمال همکاری بیمار باشد (Conway T. and Willcocks S. 1997).

باباکوس (Babakus) و بولر (Boller) اعتقاد دارند که مشتری باید مشخص نماید که چه جنبه هایی از خدمت سودمندترین هست به جای این که ارائه دهنده خدمت آنرا معین سازد.

جنبه اساسی از مدیریت کیفیت خدمات شناسایی انتظارات مشتری ، طراحی نظام خدماتی برای تمرکز بر این نیازها هست. کیفیت برتر خدمات عامل اساسی در اصلاح سودآوری است (Ghobadian A. and Speller S. 1994).

جون (Jun) و همکارانش ادراک کیفیت را ارزشیابی تجربه مراقبت می دانند آنها معتقدند که توجه و ملاحظه در رفتار کارکنان، توجه شخصی به نیازهای بیماران و برخورد عاطفی، ارائه بموقع و درست خدمت و پاسخگویی به مسائل آنها در ارزیابی کیفیت مراقبت نقش دارند (Lim P.C. 1999).

آکلند (Oackland) معتقد است که کیفیت بر آوردن نیازها و خواسته های مشتریان است لذا این مشتریان هستند که می توانند آنرا مشخص سازند. او همچنین بر روابط مشتریان و عرضه کنندگان خدمات (مشتریان داخلی) تاکید می کند. به اعتقاد او اغلب مشکلات به روابط بین واحدها برمی گردد و در تعامل بین مراحل مختلف فرایندهای مختلف خدمت رخ می دهند. به عقیده وی ۱/۳ همه تلاشهای سازمان به واسطه فرایندهای ناقص و اشتباه جهت دوباره کاری ، بازرسی و اصلاح اتلاف می گردند لذا نظام کیفیت باید پیشگیری محور باشد نه درمان نگر (Beckford J. 2002).

ژوران (Juran) اعتقاد دارد که کیفیت اتفاقی نیست بلکه بایستی مدیریت آنرا با همکاری کارکنان بوجود آورد

کیفیت را شناسایی نموده و سهم هر کدام از آنها را در تعیین کیفیت کلی خدمت مشخص سازد و حوزه های نیازمند بهبودی و اصلاح را برای مدیران بیمارستانها روشن نماید.

روش کار :

برای این مطالعه از ابزار SERVQUAL استفاده شده است این پرسشنامه اولین بار به وسیله پاراسورمن (Parasurman) و همکارانش جهت ارزیابی کیفیت خدمات تدوین شده بود با کمک این ابزار پاسخگویان انتظارات خود را از یک سازمان در حوزه ها و ابعاد معین می سنجند و متعاقبا از آنها خواسته می شود که ادراک خودشان از عملکرد دریافتی سازمان در همان مشخصات رتبه بندی نمایند. وقتی رتبه بندی عملکرد دریافت شده پایین تر از انتظار باشد نشانه کیفیت ضعیف است و بالعکس (Lim P.C. 1999, Johnston R. 1995).

در این مطالعه دو بخش پرسشنامه جهت ارزیابی کیفیت درک شده (تجربه شده) طراحی گردید یک بخش مربوط به انتظارات بیماران از کیفیت خدمات است بخش دوم به ادراک بیماران از کیفیت خدمات دریافت شده مربوط است هر بخش دربرگیرنده سه گروه اطلاعات است: الف) اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک جمعیت مطالعه شده. ب) عبارت مربوط به ابعاد مختلف کیفیت خدمات. ج) سوال مربوط به اهمیت نسبی ابعاد کیفیت خدمات از نقطه نظر بیماران.

برای انطباق با محیط خدماتی بیمارستانها براساس مطالعات انجام شده در بخش بیمارستانها از کارهای یوسف (Youssef) در ارزشیابی کیفیت خدمات بهداشتی کمک گرفته شد (Youssef F.N. 1996). در نهایت پس از مطالعه پایلوت، پرسشنامه حاوی بخش انتظارات با ۳۰ عبارت و بخش (ادراک) با ۳۰ عبارت همسان شده تدوین گردیده و عبارت بندی متناسب با هر بخش صورت گرفت. به علاوه ۳۰ سوال در هر بخش، در قسمت نهایی سوالی درباره (اهمیت کلی) در بخش انتظارات گنجانده شده بود.

عبارات در هر پرسشنامه در ۶ بعد زیر گروه بندی شده اند :

- ۱- بعد اجزای فیزیکی و ملموس (محیط فیزیکی، ظاهر کارکنان و تجهیزات و تسهیلات و وسایل ارتباطی)
 - ۲- بعد توانایی بیمارستان در ارائه درست، قابل اطمینان و سر موعده خدمات
 - ۳- پاسخگویی و تمایل کارکنان و پزشکان برای کمک به بیماران
 - ۴- توانایی در ایجاد اعتماد و دانش و تواضع کارکنان و پزشکان
 - ۵- توجه و ملاحظه در رفتار و توجه شخصی به بیمار
 - ۶- دسترسی به خدمات و فراهم بودن خدمت
- برای سیستم نمره دهی مقیاس لیکرت ۵ نمره ای (۱ به معنی حداقل اهمیت / ضعیف و ۵ به معنای مهمترین یا عالی) به کار گرفته شد.

برای افراد بی سواد پرسشنامه از طریق مصاحبه تکمیل شد.

نوع مطالعه: این مطالعه از نوع مطالعات مدیریت سیستم بهداشتی است به روش مقطعی اجرا شده است. از جمعیت بیماران درباره ابعاد کیفیت مراقبت ارائه شده پرسش شده است. بدین ترتیب که یک بار از آنها درباره وضع مطلوب کیفیت مراقبت (انتظار آنها از کیفیت مراقبت) پرسیده شد. و بار دیگر دیدگاه آنها درباره وضع موجود کیفیت خدمات (ادراک آنها از کیفیت مراقبت) ارائه شده مورد پرسش قرار گرفت. تا بدین ترتیب مشخص گردد که آیا وضع موجود با وضع مطلوب کیفیت خدمات ارائه شده از دیدگاه دریافت کنندگان با هم تفاوتی دارد؟ اگر تفاوت وجود دارد شکاف کیفیت چقدر است و هر یک از ابعاد ششگانه کیفیت خدمات چه سهمی در ایجاد این شکاف دارند.

حجم نمونه: مطالعه اولیه نشان می دهد که حدود ۲۰٪ دریافت کنندگان خدمات از کیفیت مراقبت شده رضایت

صورت گرفت که نتایج فوق را تایید نمود یعنی در همه ابعاد تفاوت معنی داری در سطح $\alpha = 0.01$ وجود داشت. در واقع وجود تفاضل و شکاف در ابعاد مختلف کیفیت خدمات بدان معناست که هنوز فضای زیادی برای بهبودی و اصلاح به منظور نیل به رضایت مشتریان و ارائه خدمات درمانی مطلوب کسب موقعیت رقابتی وجود دارد. نمره میانگین (براساس مقیاس لیکرت ۱ تا ۵) برای انتظارات، ادراک و کیفیت خدمات (شکاف P-E) محاسبه گردید.

همان گونه که در جدول شماره (۳) نشان داده شده است سه تا از بالاترین انتظارات (تناسب منطقی بین هزینه و خدمات دریافتی)، (ارائه خدمات در زمان مناسب و دادن اطلاعات دقیق درباره درمان) و (دسترسی به خدمات و کمک پرستاری و پزشکی در شب هنگام) در بعد تامین درست خدمات قرار دارند. سومین نمره انتظارات به عبارت (دانش و تخصص گسترده پزشکی در زمینه درمان و ذیصلاح بودن پزشک) در بعد ایجاد اطمینان در بیماران و جلب اعتماد آنها قرار دارد. دو تا از بالاترین نمرات انتظارات یعنی تمایل کارکنان برای حل سریع مشکل بیمار و پاسخگویی به مسائل و خواسته های بیمار) در بعد پاسخگویی قرار دارند.

انتخاب بیماران نشان می دهد که تامین خدمات درست، ایجاد اطمینان در بیماران و پاسخگویی سه تا از مهمترین ابعاد خدمات بیمارستان می باشند.

وقتی نتایج در کنار هم قرار داده شوند پیام عملیاتی و حایز اهمیت و قابل توجهی برای مدیران و دست اندرکاران سیاست گذاری و اجرایی دارد:

به مسائل مشتریان (بیماران) پاسخگو باشید، در رفتار و برخورد متواضع و با رعایت شئون انسانی با بیماران برخورد کنید، برای درمان موثر به آخرین مهارت‌ها و دانش علمی مجهز شوید و به طور دقیق و کامل درباره بیماری و درمان به بیماران اطلاعات بدهید. نتایج و یافته ها حاکی از

دارند لذا نمونه ۲۵۶ تایی برای حدود اطمینان ۹۵٪ و اشتباهی کمتر از ۵٪ با کمک فرمول زیر برای مطالعه انتخاب شد. $N = Z^2 * P(1-P) / d^2$ $N = 4 * 0.2 * 0.8 / 0.025^2 = 256$ این نمونه به طور تصادفی با روش نمونه گیری طبقه ای از بخشهای بیمارستانهای استان زنجان انتخاب گردید.

۲۵۶ نفر از بیماران به طور تصادفی برحسب حجم بیمارستانها و بخشها، از بیمارستانهای استان زنجان انتخاب شدند و پرسشنامه برای تکمیل به آنها داده شد. همبستگی درونی (Internal consistency): عبارت است از درجه ای که گویه های موجود در یک بعد با ابعاد موجود در یک شاخص با یکدیگر همبستگی دارند که معمولترین روش محاسبه آن ضریب آلفای کرونباخ است و براساس همبستگی بین گویه ها یا ابعاد می باشد (Notoxis M. 2002).

در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ مربوط به ابعاد کیفیت خدمات در جدول زیر ارائه شده است. همان گونه که جدول (۱) نشان می دهد پایایی ابعاد کیفیت خدمات در دامنه ۷/۹ تا ۹/۹ می باشد ضریب آلفا برای کیفیت کلی خدمات ۹۴٪ است. که نشانگر قابلیت اطمینان قابل قبول ابزار مطالعه می باشد

نتایج :

انتظارات از عملکرد بیمارستان آن گونه که به وسیله بیماران درک می شوند آنالیز گردیدند. جدول شماره (۲) نشان می دهد که تفاوت‌های بین میانگین ادراک و انتظار بیماران در همه ابعاد وجود دارد برای آنالیز معنی داری تفاوتها از آزمون Mann Whitney استفاده گردید که مقادیر Z در مورد همه ابعاد در منطقه بحرانی ($Z < -1/96$) قرار داشتند لذا فرضیه عدم تفاوت بین میانگین را رد نموده و نتیجه گرفته شد که بین میانگین انتظارات و ادراک بیماران شکاف وجود دارد.

برای اطمینان بیشتر آزمون رتبه ای Wilcoxon برای معنی داری تفاوت بین میانه انتظارات و ادراک بیماران

آنست که بیماران در ارزیابی خدمات بیمارستان بیشتر بر جنبه وظیفه ای (نحوه ارائه خدمات) تمرکز دارند. برای بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی باید مدیران، پزشکان و مدیران بخشها بر جنبه های وظیفه ای در ابعاد پاسخگویی، جلب اطمینان بیماران و قابلیت اطمینان و توانایی ارائه درست خدمات تمرکز نمایند. یکی از کمترین انتظارات (وجود تسهیلات برای همراه بیمار) در بعد فراهم بودن و دسترسی به خدمت قرار دارد. و دو تا از کمترین انتظارات (توجه خاص به نیازهای بیماران)، (گوش دادن به نظرات بیماران) در بعد توجه و ملاحظه، رعایت شئونات انسانی بیماران قرار دارد.

همان گونه که جدول شماره (۴) نشان می دهد دو تا از بالاترین نمرات ادراک (ظاهر منظم کارکنان)، (تجهیزات درمانی مناسب) در بعد اجزای ملموس خدمت قرار دارند سه تا از بالاترین نمرات ادراک (ذیصلاح بودن کادر و پزشکان)، (اسناد و مدارک عاری از اشتباه) و (ارائه خدمات در زمان مناسب) در بعد توانایی ارائه درست خدمت قرار دارند و پاسخ بیماران نشان می دهد که کارکنان و پزشکان ظاهری منظم داشتند و حرفه ای بوده اند پزشکان و کارکنان به تجربه بیماران ذیصلاح هستند و اسناد و مدارک مربوط به ارائه خدمات عاری از اشتباه می باشند بیمارستان از تجهیزات پزشکی مناسبی برخوردار است. محیط بیمارستانی راحت و تمیز و متناسب با انتظار بیماران است.

پایین ترین ادراک، (پاسخ به سوالهای بیماران) و (دادن اطلاعات و شرح کامل بیماری) در بعد توانایی ایجاد اعتماد و دانش و توانایی قرار دارند و دومین پایین ترین ادراک (توجه به نیازهای خاص و حیاتی بیمار) در بعد ملاحظه در رفتار و رعایت شئونات انسانی قرار دارد. سومین نمره پایین به (تسهیلات برای همراه بیمار) در بعد دسترسی و فراهم بودن خدمات است. یکی از کمترین نمره ادراک (تناسب منطقی هزینه) در بعد توانایی ارائه درست خدمات قرار دارد.

کیفیت خدمات (SQ) که حاصل شکاف بین ادراک و انتظار (P-E) است وقتی مثبت تر باشد یا کمتر منفی است مطلوب تلقی می شود همان گونه که جدول شماره (۵) نشان می دهد بزرگترین شکاف بین ادراک و انتظار به (تمایل کمک به بیماران) در بعد پاسخگویی است. که بیماران از بی میلی کادر برای کمک ناراضی هستند به نظر می رسد اغلب مواقع رغبتی به کمک از سوی کارکنان احساس نمی شود یکی از شکاف های بزرگ (تمیزی اتاق بستری) در بعد ملموس قرار دارد. یکی دیگر از بزرگترین شکافهای کیفیت خدمات (اطلاعات دقیق درباره درمان و نتیجه آن) در بعد توانایی ارائه درست خدمات است.

دو تا از کمترین شکاف ها، (ظاهر منظم و حرفه ای کارکنان)، (تجهیزات درمانی و پزشکی مناسب) در بعد اجزای فیزیکی و ملموس قرار دارند دومین کمترین شکاف (ذیصلاح بودن کارکنان و پزشکان) در بعد توانایی ارائه درست خدمات قرار دارد یکی دیگر از شکافها (پرسش در مورد نتیجه درمان) در بعد ملاحظه در رفتار و رعایت شئونات انسانی قرار دارد. چهارمین کمترین شکاف (دسترسی به خدمات درمانی از نظر زمان و مسافت) در بعد دسترسی قرار دارند.

بحث:

یکی از ارزشمندترین عناصر تحلیلی SERVQUAL تعیین اهمیت نسبی ابعاد و تاثیر گذاری ادراک کیفیت کلی خدمات از نظر بیماران است.

نتایج مطالعه نشان می دهد که بیماران بعد توانایی در ایجاد اعتماد و دانش و توانایی و توضیح کارکنان و پزشکان (Assurance) را مهمترین بعد کیفیت خدمات می دانستند و (توانایی ارائه درست، به موقع و قابل اطمینان خدمت دومین بعد مهم کیفیت خدمات بیمارستانی است، بعد ملاحظه در رفتار و درمان همراه با رعایت شئونات انسانی، پاسخگویی در رده های سوم و چهارم قرار داشتند بعد اجزای فیزیکی و ملموس کم اهمیت ترین بعد تلقی شد. یافته های مطالعه PZB در خدمات نشان می دهد که توانایی

ارائه درست، به موقع و قابل اطمینان خدمت مهمترین بعد خدمات در سازمانهای خدماتی است در حالی که در این مطالعه القای اطمینان و اعتماد در بیماران (ASS) مهمترین بعد است این یافته خدمات درمانی و بیمارستانی را از دیگر سازمانهای خدماتی متمایز می سازد چرا که در اغلب سازمانهای خدماتی تماس انسانی و بین شخصی در حین ارائه خدمت کمتر است. اما در خدمات بیمارستانی همواره رابطه تنگاتنگ و نزدیکی در فرآیند ارائه خدمت وجود دارد و مقادیر قابل توجهی مشارکت و مداخله شخصی به هنگام درمان بین بیماران و پزشکان و کارکنان (مراقبتی و پرستاری) وجود دارد. این یافته با مطالعه بیمارستانهای سنگاپور همخوانی دارد.

علت دیگر این است که به واسطه بیماری بیماران دچار استرس و ناراحتی خواهند بود اگر در مورد بیماری و نتیجه درمان به آنها شرح کامل و دقیق ندادند. و اگر درمان همراه با احترام و شوونات انسانی نباشد. به علاوه، بیماران انتظار دارند کادر و پزشکان متواضع و دوستانه رفتار نمایند و از دانش وسیعی برخوردار باشند و خدمات در زمان مناسب و سر موعده ارائه شود مسائل و مشکلات بیماران هر چه سریع تر حل شود.

همان گونه که در جدول شماره (۶) می توان ملاحظه کرد همه ابعاد نمرات کیفیت خدمات SQ منفی دارند بنابراین هیچ یک از ابعاد از انتظارات بیماران پیشی نگرفته اند یا با آن منطبق نیستند. منفی ترین نمره مربوط به بعد دانش و تواضع کارکنان و پزشکان بیمارستان و توانایی آنان در ابعاد اعتماد و اطمینان می باشد.

همان گونه که در جدول شماره (۶) می توان ملاحظه کرد همه ابعاد نمرات کیفیت خدمات SQ منفی دارند بنابراین هیچ یک از ابعاد از انتظارات بیماران پیشی نگرفته اند یا با آن منطبق نیستند. منفی ترین نمره مربوط به بعد دانش و تواضع کارکنان و پزشکان بیمارستان و توانایی آنان در ابعاد اعتماد و اطمینان می باشد.

بعد توانایی کارکنان و پزشکان برای ارائه درست، قابل اطمینان و به موقع خدمت بعد ملاحظه، توجه فردی کارکنان و پزشکان بیمارستان به بیماران نمرات منفی دوم و سوم را دارا هستند. نمرات منفی کیفیت خدمات (SQ) نشانگر آنست که نیاز برای بهبود کیفیت خدمات در بیمارستانها وجود دارد. میزان نمرات منفی کیفیت خدمات نشان دهنده درجه تاکید

اهمیت بیماران به آنهاست و بیمارستانها در این ابعاد ضعیف تر عمل می کنند یافته ها حاکی از آنست که بیماران بالاترین رتبه بندی را به بعد دانش، تواضع کارکنان و پزشکان و توانایی آنها برای ایجاد اطمینان و اعتماد دادند بیمارستانها بایستی منابع خودشان را به این جنبه مهم خدمات تخصیص دهند و بعد به سایر ابعاد به ترتیب اهمیت آنان اختصاص دهند. هر چند همه ابعاد بر تامین سلامت و درمان موثر نقش دارند ولی بعضی از آنها حیاتی ترند.

همان گونه که جدول شماره (۷) نشان می دهد در مطالعه بیمارستانهای سنگاپور بعد ایجاد اعتماد و اطمینان در مشتری و داشتن مهارت و صلاحیت حرفه ای کافی مهمترین بعد بود (۲۴/۱٪) در مطالعه PZB این بعد ۱۹٪ بود، پاسخگویی دومین بعد مهم بشمار می رفت بعد اجزای ملموس دارای حداقل اهمیت بود (۱۵٪) بعد توانایی ارائه درست و به موقع خدمت و بعد توجه و ملاحظه در رفتار و رعایت شوونات انسانی در مقامهای سوم و چهارم اهمیت قرار داشتند (Jabnoun N. and Al Tamimi H. 2003).

در مطالعه بیمارستانهای سنگاپور پاسخگویی دومین و توانایی ارائه درست خدمات سومین بعد مهم به شمار می رفتند. مطالعه کیفیت در بیمارستانهای NHS انگلستان نشان داد که بعد توانایی ارائه درست خدمات مهمترین بود و بعد ملاحظه در رفتار و درمان همراه با رعایت شوونات انسانی دومین بعد مهم و پاسخگویی در مقام سوم اهمیت قرار داشت (Youssef F.N. 1996).

یافته ها نشان می دهند که در این مطالعه بیماران بیشتر در دغدغه ارائه درست و به موقع و قابل اطمینان خدمت بوده اند و پاسخگویی و پاسخ به سوالات بیماران و شرح بیماری در مراحل بعدی اهمیت قرار دارند.

بعد ملموس کم اهمیت ترین بعد کیفیت خدمات در هر سازمان خدماتی است در این مطالعه نیز چنین است. هر چند نوع خدمت بر اهمیت ابعاد تاثیر می گذارد مطالعه در صنعت خدماتی شرکتهای نفتی بعد توجه و ملاحظه شخصی کم اهمیت ترین تلقی شد و محیط فیزیکی تمیز، مطلوب و

- دادن اطلاعات دقیق درباره درمان و روند آن به بیماران
- بین هزینه و خدمات ارائه شده تناسب منطقی وجود داشته باشد
- اسناد و مدارک عاری از خطا و اشتباه و در اسرع وقت ارائه گردند.

نهایتاً حصول به بعد پاسخگویی مطلوب در مورد انتظار از نظر بیماران به عوامل زیر بستگی دارد:

- حل سریع مشکل بیمار و پاسخگو بودن به نیازهای آنان
- نگرش و رفتار کارکنان و پزشکان در بیماران اطمینان به وجود آورد.
- تمایل کارکنان و پزشکان بیمارستان برای کمک به بیماران
- زمان انتظار کمتر برای دریافت خدمت

به علاوه مطالعه نشان می دهد انتظارات بیماران در بعضی جنبه ها با مطالعات بیمارستانهای سنگاپور و بیمارستانها (National Health System(NHS) انگلستان (Youssef F.N. 1996) متفاوت هست. بیماران به ابعاد توانایی در ایجاد اعتماد و دانش و تواضع کارکنان و پزشکان (Assurance) و توانایی ارائه درست به موقع و قابل اطمینان خدمت اهمیت بیشتری داده اند در حالی که در بیمارستانهای سنگاپور بعد پاسخگویی را در مقام دوم اهمیت ارزیابی کردند و در مطالعه NHS تاکید بیشتر بر بعد ارائه درست به موقع و قابل اطمینان خدمت (Reliability) به عنوان مهمترین بعد و ملاحظه در رفتار و درمان همراه با رعایت شوونات انسانی (empathy) به عنوان دومین بعد تاکید داشتند. در همه این مطالعات خدمات بیمارستانها کمتر از انتظارات بیماران بود. به طور کلی، بیمارستانها در برآوردن انتظارات و ایده آل های مهم از نظر بیماران کوتاهی کرده اند. نکته حایز اهمیت این است که در این مطالعه شدت شکاف نسبت به مطالعات مشابه بیشتر هست که نشانگر فاصله زیاد بین ایده آل های بیماران و فرایندهای جاری خدمات درمانی است.

ایمن دومین بعد مهم رتبه بندی شد و توانایی سازمان خدماتی در ارائه درست، قابل اطمینان و به موقع خدمت مهمترین بعد از نظر پاسخگویان بود.

نتیجه گیری:

نتایج نشان می دهند حادترین مسائل پیش روی بیمارستانها بعد دانش، تواضع کارکنان و پزشکان و توانایی آنها برای ایجاد و القای اطمینان در بیماران هست. انتظارات بیماران از بیمارستانها در رابطه با این بعد بالاترین است (بیشترین نمره منفی دارد). در این زمینه بین انتظارات بیماران و ارائه دهندگان تناسبی وجود ندارد، یا این مساله بدان خاطر است که کارکنان، پزشکان و مدیران نمی توانند خدمات مطلوب و مورد انتظار را فراهم سازند. و بعد توانایی کارکنان و پزشکان بیمارستان در ارائه درست، قابل اطمینان و به موقع خدمات و بعد تمایل کارکنان و پزشکان برای تامین خدمات سریع و پاسخگو بودن به نیازهای بیماران در مقام های بعدی اهمیت قرار دارند:

برآوردن هر یک از این ابعاد کیفیت خدمات از نقطه نظر بیماران به چند عامل بستگی دارند. بعد القای اطمینان از نظر بیماران به فاکتورهای زیر بستگی دارد:

- پزشکان بایستی به طور کامل شرایط بیماری را به بیماران شرح دهند تا آنها از ابهام دریابند.
- بیماران با رعایت شوونات انسانی و احترام درمان بشوند.
- پزشکان به دانش پزشکی روز مجهز باشند.
- کارکنان و پزشکان متواضع، دوستانه و صمیمانه باشند.
- بیماران شب هنگام در محیط بخش (به لحاظ فراهم بودن خدمت) احساس امنیت بکنند.
- برآوردن بعد توانایی بیمارستان، ارائه درست، قابل اطمینان و تعهد شده از نقطه نظر بیماران به ترتیب اهمیت به عوامل زیر بستگی دارد:
- ارائه خدمت در زمان مناسب
- ذیصلاح بودن کارکنان و پزشکان
- بیماران در شب هنگام به کمک و خدمات پرستاری و پزشکی دسترسی داشته باشند

جدول ۱- ضریب آفای کرونباخ

ادراک	انتظارات	ابعاد کیفیت خدمات
۰/۸۰	۰/۸۳	اجزای فیزیکی و ملموس
۰/۹۰	۰/۸۶	توانایی ارائه درست خدمات
۰/۸۶	۰/۸۰	پاسخگویی و تمایل به کمک
۰/۸۹	۰/۷۷	توانایی ایجاد اعتماد و دانش و تواضع
۰/۸۴	۰/۸۸	ملاحظه در رفتار و رعایت شئون انسانی
۰/۷۵	۰/۷	دسترسی و فراهم بودن خدمت
	۰/۹۴	کیفیت کلی

جدول ۲- آزمون معنی داری MannWhitney

p-value	مقدار Z	میانگین			ابعاد کیفیت خدمات
		شکاف کیفیت خدمات	انتظارات	ادراک	
۰/۰۰	-۱۱/۶	-۱/۱۳	۴/۱۷	۳/۰۳	اجزای فیزیکی و ملموس
۰/۰۰	-۱۳/۳	-۱/۲۹	۴/۲	۲/۹۱	توانایی ارائه درست خدمات
۰/۰۰	-۱۲/۹۳	-۱/۲۳	۴/۰۸	۲/۸۴	پاسخگویی و تمایل به کمک
۰/۰۰	-۱۴/۲۶	-۱/۳۰	۴/۰۷	۲/۷۷	توانایی ایجاد اعتماد و دانش و تواضع
۰/۰۰	-۱۲/۹۶	-۱/۲۷	۴/۰۱	۲/۷۴	ملاحظه در رفتار و رعایت شئون انسانی
۰/۰۰	-۱۲/۵۸	-۱/۱۵	۳/۹۲	۲/۷۶	دسترسی و فراهم بودن خدمت

جدول ۳- بالاترین و پایین ترین نمرات انتظارات

میانگین انتظارات	بالاترین انتظارات
۴/۲۷	ارائه خدمات در زمان مناسب و اول وقت
۴/۲۷	تناسب منطقی بین هزینه و خدمات دریافتی
۴/۱۶	دسترسی به کمک در شب هنگام
۴/۲۱	دادن اطاعات دقیق درباره درمان
۴/۱۷	حل سریع شکل بیمار و پاسخگویی
۴/۲۱	پزشکان باید دارای طیف گسترده از دانش باشند
۴/۱۸	تمایل کمک به بیماران
۴/۱۶	رفتار اعتماد برانگیز (کادر و پزشکان پاسخگو)
پایین ترین انتظارات	
۳/۷۷	تامین تسهیلات برای همراه بیمار
۳/۸۹	گوش دادن به ایده ها و نظرات بیماران
۲/۹۱	توجه به نیازهای بیماران
۳/۹۲	زمان انتظار کمتر برای دریافت خدمت
۳/۸۸	پاسخ به سوالات بیمار

جدول ۴- بالاترین و پایین ترین نمرات ادراک کیفیت

میانگین ادراک	بالاترین نمرات ادراک کیفیت
۳/۴۴	ظاهر منظم و حرفه ای کارکنان و پزشکان
۳/۲۹	ارائه خدمات در زمان مناسب
۳/۲۵	ذیصلاح بودن پزشکان و کارکنان
۳/۱۷	محیط فیزیکی تمیز و راحت
۳/۱۲	اسناد و مدارک عاری از خطر و اشتباه
پایین ترین ادراکها	
۲/۴۷	پاسخ به سوالات بیمار
۲/۴۸	توجه به نیازهای خاص بیمار
۲/۵۵	تناسب منطقی بین هزینه و خدمت
۲/۶۳	دادن اطلاعات در مورد بیماری

جدول ۵- بزرگترین و کوچکترین شکافهای کیفیت خدمات

میانگین	بزرگترین شکافهای کیفیت خدمات
-۱/۴۷	تمایل پزشکان و کارکنان برای کمک به بیماران
-۱/۴۷	تمیزی محیط اتاق بستری
-۱/۴۶	دادن اطلاعات دقیق درباره درمان
-۱/۴۵	دادن اطلاعات در مورد بیماری
-۱/۳۸	حل سریع مشکل بیمار و پاسخگویی
	کوچکترین شکاف ها
-۰/۸	ظاهر منظم و حرفه ای کارکنان
-۰/۹۱	ذیصلاح بودن کارکنان و پزشکان
-۱/۰۱	پرسش در مورد نتیجه درمان
-۱/۰۳	دسترسی به خدمات درمانی
-۱/۰۴	تجهیزات پزشکی مناسب و خوب نگهداری شده

جدول ۶- میانگین نمرات کیفیت مربوط به ابعاد خدمات

میانگین	ابعاد کیفیت
-۱/۱۳	اجزای ملموس
-۱/۲۹	ارائه درست و به موقع
-۱/۲۳	بعدپاسخگویی
-۱/۳۰	توانایی در ایجاد اعتماد
-۱/۲۷	ملاحظه در رفتار و رعایت شئون انسانی
-۱/۱۰	دسترسی و فراهم بودن خدمت
-۱/۲۳	کیفیت کلی خدمات

جدول ۷- مقایسه اهمیت نسبی ابعاد کیفیت در این مطالعه با مطالعات مشابه

PZB	بیمارستانهای سنگاپور	این مطالعه	یافته های مطالعه
۳۲	۲۰	۲۳	توانایی کارکنان و پزشکان برای ارائه درست و به موقع خدمات
۲۳	۲۲/۵	۲۰	تمایل کارکنان و پزشکان بیمارستان برای تامین سریع خدمات
۱۹	۲۴/۱	۲۵	دانش و تواضع کارکنان و پزشکان بیمارستان و توانایی آنها برای ایجاد اعتماد و اطمینان
۱۷	۱۷/۳	۲۲	ملاحظه، توجه فردی کارکنان و پزشکان بیمارستان به بیماران
۱۱	۱۶/۱	۱۰	محیط راحت و تمیز همراه با علائم راهنمای خوب و تجهیزات پزشکی خوب نگهداشته شده

منابع:

- Beckford J. (2002) Quality: second edition. London, Routledge. 116-120.
- Conway. T and Willcocks. S. (1997) Role of expectation in the perception of health care quality. *IJHQA*. 10(3):131-140.
- Frost F. A. (2000) INTSERVQUAL – an internal adaptation of Gap model in service organization. *Journal of Service Marketing*. 14(5): 358-377.
- Ghobadian A. and Speller S. (1994) Service quality: concept and models. *IJORM*. 11(9): 43-66.
- Jabnoun N. and Al Tamimi H. (2003) Measuring perceived service quality at UAE commercial banks. *IJORM*. 20(4): 458-472.
- Jannadi. O. A. (2000) Measurement of quality in Saudi Arabian service industry. *IJORM*. 17(9): 945-965 .
- Johnson R. and Tsiros M. (1997) Measuring service quality: a systems approach, *Journal of Service Marketing*. 5(8): 42-51.
- Johnston. R. (1995) Determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers. *IJSIM*. 6(5): 53-71.
- Lim P.C. (2000) Study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *IJHQA*. 13(7): 290-299.
- Lim. P.C. (1999) An innovative framework for health care performance measurement. *Managing service quality*. 9(6):423-443.
- Martha T. and Valdivia R. (1997) Achieving hospital operating objectives in light of patient preferences. *IJHQA*. 10(5): 139-153.
- Norosis M. (2002) Statistical soft Reliability and Item Analysis. 212-217.
- Parasuraman, Zeithmal and Berry (PZB) (1992) Measuring costumer service satisfaction. *Journal of Retailing*. 23-28.
- Robinson S. (1999) Measuring services quality: current thinking and future requirements, *Marketing and Planning*. 17(1): 21-32.
- Tang and Nelson K.H. (1995) Study of patients expectations and satisfactions in Singapore hospitals. *IJHQA*. 8(3): 25-33.
- Youssef. F. N. (1996) Health care quality in NHS hospitals. *IJHQA*. 9(1): 15-28.

EVALUATION OF SERVICES QUALITY BASED ON THE PATIENTS' EXPECTATIONS AND PERCEPTIONS IN ZANJAN HOSPITALS

Mohammadi A.,^{*1} MSPH; Eftekhari Ardebili H.,² MD; Akbari Haghghi F.,² PhD; Mahmoudi M.,³ Ph.D; Poorreza A.,² Ph.D.

Measuring of service quality is the basic prerequisite for improving quality. Patients' expectations and perceptions of service quality play an important role in the choice of hospital, loyalty to organization and behavioral intention. A first step towards improvement would be to determine areas of quality that are most defective. Studies show that consumers are in close contact with service providers, and they are involved in the service process. Therefore, this group can measure services quality better than any other group. This study was conducted to measure service quality based on patients' expectations and perceptions in Zanjan hospitals.

The cross-sectional design was used in this research. For data collection, SERVQUAL questionnaire was employed. To ensure the reliability of the questionnaire, the internal consistency reliability test (Cronbach alpha) was performed.

Findings: Cronbach alpha for service quality was .94. Results show that the assurance (knowledge, experience and ability to maintain patients' confidence and trust) was rated as the most important dimension. (SQ mean = -1.3). There were differences between patients' expectations and perceptions in all the dimensions.

the assurance dimension constitutes the most serious problem facing hospitals. It is recommended that physicians thoroughly explain the disease condition to patients, and that patients should be treated with dignity and respect.

Keys words: *Service quality (SQ), SERVQUAL, expectations, perceptions*

1. Department of Public Health Services, Faculty of Health, Zanjan University of Medical Sciences.
2. Department of Public Health Services, School of Public Health and Institute of Public Health Research Tehran University of Medical Sciences.
3. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Institute of Public Health Research, Tehran University of Medical Sciences.