Journal of Police Medicine
Spring 2013; Vol. 2, No. 1: 1-10
Original Article

Assessment the Gap between Patients' Expectations and the Services Provided to them in Selected Hospitals of Tehran in 2012

Received: 30 January 2013 **Accepted:** 27 February 2013

ABSTRACT

Ahmad Ameryoun[1]
Nooredin Dopeykar[1]
Taha Nasiri[1*]
Mohammad Meskarpour-Amiri[1]
Mohammad Gholami-Fesharaki[2]
Maziyar Karamali[1]
Somaye Heydari[1]
Mohammad Shokri[1]
Lida Shams[3]

[1]*Health Management Research center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

[2]*Biostatistics Department, Tarbiat Modares University, School of Medical Sciences, Tehran, Iran*

[3]*School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

[*]**Corresponding Author:**
M.Sc of Health Managment,
Email: dr.tahaf5@yahoo.com

Background: Patients are the main axis in hospital and all of the hospital services are provided for their satisfaction, this consent cannot be obtained merely with high technology, but this is the more function of personnel behavior and performance. Since one of the desired characteristics in the hospital, is to meet the expectations of patients and the from service process, this study aimed to determine the gap between expectations and the services provided for patients in selected military hospitals of Tehran.

Materials & Methods: This study was a descriptive-analytical study that performed by cross-sectional method. The research society was patients in three selected hospitals of Tehran. 264 patients selected by randomize-classification method and sample size was calculated based on the sampling formula. Data collected through Parasuraman standard questionnaires and statistical software SPSS16 used for analysis. Descriptive statistics and statistic tests included Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Wilcoxon and Spearman correlation coefficient.

Results: The results show that the highest quality gap (-0.87) is related to Accessibility and the lowest level of quality gaps (-0.56) is related to the Assurance. Gaps in all dimensions of quality as well as the overall quality are statistically significance.

Conclusion: Hospitals managers and policy makers focus on the needs and desires of the patients as unique reason for hospital entity to offer the better service and quality.Considering the expectations of patients could improve the quality of hospital services.

Keywords: Hospital, Service quality, Patient's expectations, SERVQUAL

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۲ – شماره ۲ – مسلسل –۱ صفحات ۱–۱۰
مقاله تحقیقی

بررسی شکاف بین انتظارات و خدمات ارائه شده به بیماران در بیمارستانهای منتخب نظامی شهر تهران در سال ۱۳۹۱

تاریخ دریافت: ۱۱ بهمن ۱۳۹۱ **تاریخ پذیرش:** ۹ اسفند ۱۳۹۱

چکیده

مقدمه: بیمار در بیمارستان محور اصلی است و همه خدمات بیمارستانی برای رضایت او انجام می‌شود، این رضایت نمی‌تواند صرفاً از تکنولوژی بالا بدست آید، بلکه بیشتر ناشی از رفتار پرسنل و عملکرد آنها است. از آنجایی که یکی از مشخصه‌های وضعیت مطلوب در بیمارستان، برآورده شدن انتظارات بیماران از فرآیند خدمات ارائه شده می‌باشد، این مطالعه به منظور تعیین شکاف بین انتظارات و خدمات ارائه شده به بیماران بیمارستان‌های منتخب نظامی شهر تهران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی–تحلیلی بود که به روش مقطعی انجام شد. جامعه پژوهش را بیماران دریافت‌کننده خدمات سه بیمارستان منتخب نظامی شهر تهران تشکیل داده‌اند. تعداد ۲۶۴ بیمار به صورت تصادفی–طبقه‌ای و بر اساس محاسبه فرمول حجم نمونه انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد پاراسورامان بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. همچنین از آمارهای توصیفی، استنباطی و آزمون‌های آماری مناسب از قبیل آزمون U من ویتنی، کروسکال والیس، ویلکاکسون و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که بیشترین میزان شکاف کیفیت (۰/۸۷–) مربوط به بعد دسترسی به مراقبت و کمترین میزان شکاف کیفیت با (۰/۵۶–) مربوط به بعد تضمین خدمت تعهد شده می‌باشد. شکاف کیفیت در همه ابعاد و کیفیت کلی از نظر آماری معنی‌دار شد.

نتیجه‌گیری: مدیران و سیاست‌گذاران بیمارستان‌های این مطالعه با تمرکز بیشتر بر نیازها و تمایلات بیماران به عنوان یگانه دلیل موجودیت بیمارستان، می‌توانند خدمات بهتر و باکیفیت بیشتری به بیماران ارائه دهند. توجه به انتظارات بیمار می‌تواند باعث ارتقاء کیفیت خدمات در بیمارستان شود.

کلید واژه‌ها: بیمارستان، کیفیت خدمات، انتظارات بیمار، سروکوال

احمد عامریون[۱]
نورالدین دوپیکر[۱]
طه نصیری[۱*]
محمد مسکرپور امیری[۱]
محمد غلامی فشارکی[۲]
مازیار کرمعلی[۱]
سمیه حیدری[۱]
محمد شکری[۱]
لیدا شمس[۳]

[۱]مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران
[۲]گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
[۳]دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[*]نویسنده مسئول:
کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی،
پست الکترونیک: dr.tahaf5@yahoo.com

مقدمه

در دنیای متغیر کنونی بسیاری از سازمان‌ها بدنبال راه‌هایی هستند تا از طریق آن به مزیت رقابتی دست یابند و خدمات و محصولات خود را از دیگران متمایز سازند. یکی از استراتژی‌های موجود برای دستیابی به این مهم، ارائه خدمات با کیفیت است [۱]. بیمار در بیمارستان محور اصلی است و همه خدمات بیمارستانی برای او انجام می‌شود. رضایت او نشان‌دهنده انجام صحیح خدمات بوده و این رضایت نمی‌تواند صرفاً از تکنولوژی بالا بدست آید، بلکه بیشتر ناشی از رفتار پرسنل و عملکرد آنهاست [۲]. اندازه گیری صحیح مراقبت‌های سلامت همان‌قدر در موفقیت سازمان‌های بهداشتی و درمانی اهمیت دارد که در دستیابی به فرآیند مناسب برای ارائه خدمات مهم است. بدون در اختیار داشتن یک روش ارزیابی معتبر، تعیین و اجرای استراتژی‌های لازم برای مدیریت کیفیت خدمات غیر ممکن می‌باشد [۱]. تحولات جدیدی باعث شده است تا بخش خدمات با سرعت زیادی گسترش پیدا کند. بطوری که طبق نظر بسیاری از کارشناسان تا پایان سال ۲۰۰۸ قریب ۷۰ درصد از حجم نیروی کار جهان جذب بخش خدمات می‌شود. از آنجایی که یکی از مشخصه‌های وضعیت مطلوب در بیمارستان،

Journal of Police Medicine
Spring 2013; Vol. 2, No. 1: 1-10

برآورده شدن انتظارات بیماران از فرآیند خدمات ارائه شده است، با بررسی شکاف بین وضع موجود و وضع مطلوب می‌توان این مهم را تعیین نمود. هر چه شکاف بین انتظارات بیماران و خدمات ارائه شده کمتر باشد، نشان دهندهٔ کیفیت مطلوب خدمات ارائه شده می‌باشد. گام اساسی برای جبران این شکاف، شناخت ادراک و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات و تعیین نقاط ضعف و قوت خدمات ارائه شده و در پی آن اتخاذ استراتژی‌هایی برای کاهش شکاف و تأمین نظر بیماران می‌باشد [۳].

در عصری زندگی می‌کنیم که به جرأت می‌توان آن را عصر خدمت نامید. بخش خدمات در اقتصاد کشور ما اینک بیشترین سهم را به خود اختصاص می‌دهد. چنانکه بانک جهانی در گزارش ۲۰۰۳ خود، سهم بخش خدمات در کل اقتصاد جهان برای سال ۲۰۰۲ را ۶۳/۴ درصد و سهم ایران را در همین سال ۴۸/۲ درصد اعلام کرده است [۳]. این آمار نشان دهنده نقش خدمات در جوامعی است که در تلاش برای توسعه سیاسی و اقتصادی هستند. در میان انواع مختلف خدمات، خدمات بهداشتی و درمانی دارای جایگاه ویژه است، زیرا اولاً این بخش با قشر وسیعی از جامعه ارتباط پیدا می‌کند و مهم‌تر اینکه رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه بر عهده این بخش می‌باشد. اما متأسفانه علیرغم اهمیت زیادی که بخش بهداشت و درمان دارد، شیوه ارائه خدمت توسط این بخش به نوعی است که موارد زیادی نارضایتی جامعه را به دنبال دارد. چرا که به لحاظ خطیر بودن خدمات این بخش اشتباهات بسیار کوچک، خسارات بزرگ و جبران ناپذیری بدنبال دارد. برداشت مشتری از کیفیت خدمات نقش اصلی را در شکل‌دهی به بازار بخش سلامت دارد، وجود اطلاعات معتبر در مورد ادراک و انتظارات مشتری تأثیر انکارناپذیری برکیفیت خدمات این بخش بر جای می‌گذارد. مدیران کلیه سازمان‌ها می‌توانند از این مدل استفاده نمایند، ولی با توجه به اینکه سازمان‌ها ممکن است با یکدیگر متفاوت باشند، مدیران با توجه به ویژگی‌ها و نیازهای پژوهشی سازمان خود، برای ایجاد تغییرات مناسب بایستی به طور اختصاصی از این مدل استفاده نمایند.

در حال حاضر که برنامه‌ریزان دولت، خواهان سوق دادن بیمارستان‌ها از مرحله کمی به مرحله کیفی می‌باشند، می‌توان ضرورت انجام چنین پژوهش‌هایی را بیش از پیش احساس نمود، به ویژه مدیران و مسئولین بیمارستان‌ها با شناخت ادراکات و انتظارات بیماران می‌توانند گام‌های خود را برای بهبود کیفیت خدمات ارائه شده و کاهش شکاف بین وضع موجود و مطلوب، استوارتر بردارند. در سال‌های آغازین هزاره سوم همگام با روند سریع جهانی شدن، توسعه سازمان‌های خدماتی و گسترش فرآیندهای عرضه خدمات در سطح جهان بیش از هر زمان دیگر مشهود است. توسعه بازار رقابت در سطح ملی، منطقه‌ای، و بین المللی و علاقه روزافزون سازمان‌ها به پیاده‌سازی سامانه‌های مدیریت کیفیت، اندازه‌گیری رضایتمندی مشتریان را به یک الزام اجتناب‌ناپذیر تبدیل نموده است [۴]. پدیده خدمت به جهت ویژگی‌های منحصر به فردی که دارد می‌تواند موضوع بحث مهمی باشد. بهبود کیفیت خدمات، صرفه‌جویی در هزینه‌ها را برای سازمان به دنبال دارد و همانطور که گفته شد سازمان را در متمایز نمودن خود از سایر رقیبان یاری می‌نماید [۵].

به عقیده نظریه‌پردازان برای بهبود و ارتقای کیفیت خدمات می‌توان، مدل‌هایی را برای کاربرد در سازمان طراحی نمود، اما کاربرد هر نظریه، مدل و اصل در یک موقعیت خاص مستلزم شناخت وضعیت موجود می‌باشد تا با تطبیق مناسب، کاربرد بهتر صورت گیرد [۷-۶]. یکی از این موضوعات مدیریتی جهت بهبود کیفیت خدمات استفاده از مقیاس سروکوال است که سمت و سوی سازمان را جهت داده و سازمان را در مسیر اصلی خود هدایت می‌کند. مطالعات متعدد در ارتباط با استفاده از متدولوژی این پژوهش (SERVQUAL) در حوزه بهداشت و درمان به میزان فراوان در متون موجود به چشم می‌خورد. بعضی از پژوهش‌ها بطور تجربی قابلیت انتقال این ابزار را به بخش بهداشت تست و تأیید کرده است [۸]. بررسی‌ها نشان می‌دهد که استفاده از این روش در گذشته کمک زیادی به بهبود کیفیت خدمات بیمارستان کرده است. به همین دلیل اکثر تحقیقاتی که طی چند سال اخیر در زمینه اندازه‌گیری انتظارات و ادراکات مشتری از کیفیت خدمات انجام شده، با استفاده از الگوی سروکوال بوده است [۹]. اگر چه پایش و کنترل کیفیت پارامترهای کلیدی محصولات از زمان توسعه اولین ابزارهای آماری در این زمینه از قدمتی نزدیک به یک قرن برخوردار است، اما باید گفت استفاده از مدل‌های اندازه گیری همچون SERVQUAL (service quality) شاید حدود دو دهه است که به طور جدی مورد توجه قرار گرفته است [۹]. الگوی سروکوال یکی از شاخص‌ترین ابزارها برای اندازه‌گیری انتظارات و ادراکات مشتریان است [۱۰]. این الگو شکاف کلیدی را در ارتباط با ادراکات و انتظارات مشتریان از کیفیت خدمت و فعالیت‌های مرتبط با ارایه خدمت به مشتری مطرح می‌کند. الگوی سروکوال مهمترین ابزار اندازه‌گیری کیفیت خدمات است. این الگو یک روش تشخیصی برای معرفی نقاط قوت و ضعف کیفیت خدمات سازمان بوده و معمولاً برای اندازه‌گیری و مقایسه ادراکات و انتظارات مشتریان خارج سازمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۱]. این الگو در سال ۱۹۸۸ توسط پروفسور پاراسورمان و پروفسور زدهمل به اتفاق سایر همکاران ارایه گردید [۱۲].

دراین پژوهش سعی شده است که این شکاف بین انتظارات و خدمات ارائه شده به بیماران در سه بیمارستان منتخب نظامی در شهر تهران اندازه‌گیری شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۱صورت گرفته است. جامعه پژوهش را کلیه بیماران دریافت کننده خدمات در سه بیمارستان منتخب نظامی شهر تهران تشکیل می‌داد. در این مطالعه نمونه‌گیری به صورت

طبقه‌ای تصادفی انجام شده است. برای محاسبه حجم نمونه (فرمول محاسبه حجم نمونه در آزمون مقایسه میانگین دو جامعه وابسته با واریانس یکسان) از فرمول زیر استفاده شد.

$$n=\frac{2S^2(1-r)\left(Z_{\frac{\alpha}{2}}+Z_{\beta}\right)^2}{(\bar{x}_1-\bar{x}_2)^2}$$

در این مطالعه با در نظر گرفتن α برابر با ۰/۰۵، β برابر با ۰/۱، r برابر با ۰/۴۸ و $\frac{X_1-X_2}{S^2}$ برابر با ۰/۲(که از مطالعه پایلوت اولیه محاسبه شده بود) حجم نمونه ۲۵۲ محاسبه گردید. با احتساب ۵٪ ریزش نمونه در کل ۲۶۴ نمونه جمع‌آوری گردید.

در این مطالعه به منظور سنجش ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده به آنها در بیمارستان‌های مورد مطالعه از پرسشنامه پاراسورامان استفاده شد. روایی پرسشنامه با استفاده از نظر خبرگان (روایی محتوا) و آزمون تحلیل عاملی (روایی سنجه) و پایایی آن با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۵) اثبات گردید. این پرسشنامه دارای یک بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی و یک بخش مشتمل بر ۳۱ سؤال دو بعدی در شش زمینه کلی ملموسات، پاسخگویی، اطمینان پذیری، تضمین، همدلی و دسترسی به مراقبت بود که هر بیمار با پاسخ به آنها برروی طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم، بسیارکم) ارزیابی خود را از کیفیت خدمات، در وضع مطلوب و مورد انتظار وی (انتظارات بیماران از کیفیت خدمت) و نیز وضع موجود (ادراکات بیماران ازکیفیت خدمات دریافت شده) ارائه می‌داد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم افزار SPSS و آمارهای توصیفی، استنباطی و آزمون‌های آماری مناسب از قبیل آزمون من ویتنی، کروسکال–والیس، ویلکاکسون و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

نتایج

نمونه مورد مطالعه متشکل از ۲۶۴ بیمار شامل ۵۳ درصد زن و ۴۷ درصد مرد بود. ۸۵/۵ درصد افراد شرکت کننده متأهل و ۱۴/۵ درصد مجرد بودند. از نظر گروه سنی ۷/۳ درصد در گروه سنی زیر ۱۸ سال، ۱۸ درصد درگروه سنی بین ۱۸ تا ۲۸ سال، ۱۲/۹ درصد درگروه سنی بین ۲۹ تا ۳۸ سال، و ۶۱/۸ درصد درگروه سنی بالای ۳۸ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات ۶۹/۶ درصد زیر دیپلم و دیپلم، ۲۸/۵ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۱/۹ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند. ۶۶/۸ درصد افراد مورد مطالعه غیرنظامی و ۳۳/۲ درصد نظامی بودند. از نظر وضعیت بیمه‌ای، ۸۱/۸ درصد تحت پوشش بیمه نیروهای مسلح، ۱۱ درصد تحت پوشش سایر بیمه‌ها و ۷/۲ درصد فاقد پوشش بیمه بوده‌اند. ۵۷/۳ درصد افراد مورد مطالعه برای اولین بار و ۴۲/۷ درصد بیش از یکبار به بیمارستان‌های مورد مطالعه مراجعه داشته‌اند. همچنین در جدول شماره ۱ نتایج آزمون شکاف میانگین انتظارات و ادراکات به تفکیک هر یک از ابعاد و کیفیت کلی ارائه شده است. همانگونه که نتایج این جدول نشان می‌دهد، بیشترین و کمترین میانگین انتظارات به ترتیب با ۴/۶۳ و ۴/۵۲ مربوط به بعد تضمین خدمت تعهد شده و بعد ملموس و فیزیکی بودن بوده است. بیشترین و کمترین میانگین ادراکات به ترتیب با ۴/۰۷ و ۳/۶۶ مربوط به بعد تضمین خدمت تعهد شده و بعد دسترسی به مراقبت بوده است. بیشترین و کمترین میزان شکاف کیفیت به ترتیب با ۰/۸۷– و ۰/۵۶– مربوط به بعد دسترسی به مراقبت و تضمین خدمت تعهد شده بوده است. همچنین شکاف کیفیت در تمامی ابعاد کیفیت و کیفیت کلی از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد (p<۰/۰۰۱).

در جدول شماره ۲ نیز ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه با شکاف هر یک از ابعاد کیفیت و کیفیت کلی ارائه شده است. بر پایه نتایج این جدول می‌توان مشاهده نمود که:

ابعاد کیفیت	انتظارت		ادراکات		تفاضل انتظارات از ادراکات	سطح معنی داری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
بعد ملموس و فیزیکی	۴/۵۲	۱/۰۵	۳/۸۳	۰/۹۱	۰/۶۹–	<۰/۰۰۱
بعد قابلیت اطمینان خدمت	۴/۶	۰/۷۲	۳/۸۹	۰/۸۵	۰/۷۱–	<۰/۰۰۱
بعد پاسخگویی ارائه کنندگان خدمت	۴/۵۶	۰/۸۴	۳/۸۴	۰/۹۴	۰/۷۲–	<۰/۰۰۱
بعد تضمین خدمت تعهدشده	۴/۶۳	۰/۷۱	۴/۰۷	۰/۸۵	۰/۵۶–	<۰/۰۰۱
بعد همدلی	۴/۵۴	۰/۸۱	۳/۷۹	۱/۳۵	۰/۷۵–	<۰/۰۰۱
بعد دسترسی به مراقبت	۴/۵۳	۰/۸۷	۳/۶۶	۱/۱۳	۰/۸۷–	<۰/۰۰۱
کیفیت کل	۴/۵۹	۰/۶۷	۳/۹	۰/۸	۰/۶۹–	<۰/۰۰۱

جدول ۱: نتایج آزمون شکاف میانگین انتظارات و ادراکات به تفکیک هر یک از ابعاد و کیفیت کلی

Journal of Police Medicine
Spring 2013; Vol. 2, No. 1: 1-10

میانگین نمرات شکاف کیفیت در بعد قابلیت اطمینان خدمت بر اساس بخش بستری متفاوت بوده است (p=۰/۰۴۸). میانگین نمرات شکاف کیفیت در بعد همدلی بر اساس بخش بستری متفاوت بوده است (p=۰/۰۱۶). میانگین نمرات شکاف کیفیت در بعد دسترسی به مراقبت بر اساس بخش بستری متفاوت بوده است (p=۰/۰۰۵). میانگین نمرات شکاف کیفیت در بعد همدلی بر اساس وضعیت تأهل متفاوت بود. بگونه‌ای که این مقدار در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد می‌باشد (p=۰/۰۴۸). میانگین نمرات شکاف کیفیت در بعد ملموس و فیزیکی بودن بر اساس علت انتخاب بیمارستان متفاوت بوده است (p=۰/۰۰۲). میانگین نمرات شکاف کیفیت در بعد قابلیت اطمینان خدمت بر اساس علت انتخاب بیمارستان متفاوت بوده است (p=۰/۰۰۲). میانگین

		بعد ملموس و فیزیکی	بعد قابلیت اطمینان خدمت	بعد پاسخگویی ارائه کنندگان خدمت	بعد تضمین خدمت تعهد شده	بعد همدلی	بعد دسترسی به مراقبت	کیفیت کل
متغیر	سطوح	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
بخش بستری	جراحی	-۰/۶۹	-۰/۸۱	-۰/۶۵	-۰/۵۴	-۰/۸۶	-۰/۹۸	-۰/۷۲
	داخلی	-۰/۸۵	-۰/۶۲	-۰/۷۷	-۰/۷	-۰/۸۴	-۱/۱۸	-۰/۷۶
	زنان و زایمان	-۱/۱	-۱/۰۹	-۰/۷۷	-۰/۶۵	-۰/۸۹	-۰/۵۶	-۰/۸۴
	ویژه	-۰/۲۲	-۰/۹۴	-۰/۸۸	-۰/۴۹	-۰/۶۷	-۰/۴۵	-۰/۶۱
	اطفال	-۰/۵	-۰/۴۳	-۰/۶۸	-۰/۲۷	-۰/۰۳	-۰/۲۳	-۰/۴
	سطح معنی داری	۰/۰۵۹	۰/۰۴۸	۰/۵۲۳	۰/۱۷۹	۰/۰۱۶	۰/۰۰۵	۰/۴۳۳
جنسیت	مرد	-۰/۶۲	-۰/۶۷	-۰/۶۴	-۰/۵۱	-۰/۶۴	-۰/۹۷	-۰/۶۳
	زن	-۰/۷۷	-۰/۸۲	-۰/۸۲	-۰/۵۵	-۰/۹۶	-۰/۸۷	-۰/۷۹
	سطح معنی داری	۰/۶۲۴	۰/۲۱۷	۰/۱۹۲	۰/۲۱۸	۰/۳۳۵	۰/۵۳۵	۰/۲۲۱
وضعیت تأهل	مجرد	-۰/۶۵	-۰/۵۴	-۰/۵۲	-۰/۴۴	۰/۴۴	-۰/۶۳	-۰/۵۳
	متأهل	-۰/۶۹	-۰/۷۷	-۰/۷۴	-۰/۶	-۰/۸۷	-۰/۹۹	-۰/۷۴
	سطح معنی داری	۰/۶۵۶	۰/۲۴۷	۰/۱۸۶	۰/۲۹۶	۰/۰۰۸	۰/۰۶۹	۰/۱۳۱
سطح تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	-۰/۶۲	-۰/۷۴	-۰/۷۵	-۰/۵۸	-۰/۹۲	-۱/۰۱	-۰/۷۳
	لیسانس	-۰/۸۲	-۰/۸۳	-۰/۷۲	-۰/۶۲	-۰/۵۱	-۰/۸۴	-۰/۶۸
	فوق لیسانس و دکتری	-۱/۳	-۰/۹۹	-۰/۸۵	-۰/۹۵	-۰/۹۲	-۰/۷۵	-۱
	سطح معنی داری	۰/۰۷۵	۰/۴۸۳	۰/۸۹۶	۰/۶۰۹	۰/۶۱۵	۰/۸۲۹	۰/۵۵۸
شغل	غیر نظامی	-۰/۷۵	-۰/۷۴	-۰/۷۸	-۰/۶۴	-۰/۸۵	-۰/۸۹	-۰/۷۴
	نظامی	-۰/۵۸	-۰/۸	-۰/۶۵	-۰/۴۴	-۰/۷	-۱	-۰/۶۶
	سطح معنی داری	۰/۳۸۱	۰/۳۸۵	۰/۶۰۷	۰/۱۱۳	۰/۴۱۴	۰/۶۲۳	۰/۸۲۱
نوع بیمه	نیروهای مسلح	-۰/۷۴	-۰/۷۳	-۰/۷۵	-۰/۵۶	-۰/۷۴	-۰/۹۴	-۰/۷۱
	سایر بیمه ها	-۰/۵۹	-۰/۸۵	-۰/۸۳	-۰/۶۳	-۰/۹	-۱/۰۸	-۰/۷۴
	فاقد بیمه	-۰/۲۵	-۰/۳۲	-۰/۲	-۰/۴۷	-۰/۷	-۰/۳۵	-۰/۳۶
	سطح معنی داری	۰/۲۳۴	۰/۲۲۷	۰/۰۹۸	۰/۹۷۹	۰/۶۱۵	۰/۱۰۱	۰/۱۵

جدول۲: بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه با شکاف هر یک از ابعاد کیفیت و کیفیت کلی

علت انتخاب بیمارستان	نزدیک به محل سکونت	-۰/۳۹	-۰/۷۸	-۰/۷۹	-۰/۴۱	-۰/۶۷	-۰/۵۷	-۰/۶۱
	کیفیت خدمات	-۰/۴۸	-۰/۶۱	-۰/۶۲	-۰/۵۵	-۰/۶۶	-۰/۸۳	-۰/۶۱
	طرف قرارداد بودن بیمارستان با بیمه بیمار	-۱/۰۵	-۰/۹۲	-۰/۹۵	-۰/۷۴	-۱/۱۱	-۱/۳۱	-۰/۹۵
	اعزام از سایر مراکز درمانی	-۰/۰۳	-۰/۲۴	-۰/۳۲	-۰/۰۷	-۱/۱۹	-۰/۲۲	-۰/۰۲
	رضایت از مراجعات قبلی	-۰/۳۲	-۰/۴	-۰/۳۷	-۰/۳۹	-۰/۷۸	-۰/۳	-۰/۴۴
	سایر دلایل	-۰/۶۲	-۰/۷۶	-۰/۳۴	-۰/۶۱	-۰/۶۳	-۱/۲	-۰/۶
	سطح معنی داری	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۶	۰/۰۳۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

جدول۲ (ادامه): بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه با شکاف هر یک از ابعاد کیفیت و کیفیت کلی

نمرات شکاف کیفیت در بعد پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمت بر اساس علت انتخاب بیمارستان متفاوت بوده است (p=۰/۰۰۶). میانگین نمرات شکاف کیفیت در بعد تضمین خدمت تعهد شده بر اساس علت انتخاب بیمارستان متفاوت بوده است (p=۰/۰۳۶). میانگین نمرات شکاف کیفیت در بعد همدلی بر اساس علت انتخاب بیمارستان متفاوت بوده است (p=۰/۰۰۱). میانگین نمرات شکاف کیفیت در بعد دسترسی به مراقبت بر اساس علت انتخاب بیمارستان متفاوت بوده است (p>۰/۰۰۱). میانگین نمرات شکاف کیفیت کل بر اساس علت انتخاب بیمارستان متفاوت بوده است (p>۰/۰۰۱). همچنین در جدول شماره ۳، نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای متغیرهای مورد مطالعه نمایش داده شده است. بر پایه نتایج این جدول می‌توان مشاهده نمود که متغیر سن با بعد همدلی رابطه کاهشی، همچنین ۶ بعد، ملموس و فیزیکی بودن، قابلیت اطمینان خدمت، پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمت، تضمین خدمت تعهد شده، همدلی، دسترسی به مراقبت و کیفیت کل با یکدیگر رابطه مثبت و معنی‌دار نمایش دادند. همچنین تعداد دفعات مراجعه با هیچ کدام از ابعاد بالا رابطه معنی‌دار نشان نداد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی شکاف میان ادراکات و انتظارات از کیفیت خدمات در سه بیمارستان منتخب نظامی شهر تهران با استفاده از ابزار سروکوال انجام گرفت. ابزار فوق کیفیت خدمات را در ۶ بعد، ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، تضمین، همدلی و دسترسی به مراقبت مورد بررسی قرار می‌دهد. به این ترتیب مشخص می‌شود که آیا وضع موجود و وضع مطلوب کیفیت خدمات ارایه شده از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات (بیماران) با هم تفاوتی دارند؟ آیا نیازی به ارتقای کیفیت خدمات وجود دارد؟

متغیر	سن	دفعات مراجعه	ملموس و فیزیکی بودن	قابلیت اطمینان خدمت	پاسخگویی ارائه کنندگان خدمت	تضمین خدمت تعهد شده	همدلی	دسترسی به مراقبت	کیفیت کل
سن	۱								
دفعات مراجعه	۰/۰۰۶	۱							
ملموس و فیزیکی	۰/۰۳۶	-۰/۱۰۸	۱						
قابلیت اطمینان خدمت	-۰/۰۱۴	۰/۱۰۹	۰/۵۷۶	۱					
پاسخگویی ارائه کنندگان خدمت	-۰/۰۳۶	۰/۰۴۱	۰/۵۱۹	۰/۷۷۵	۱				
تضمین خدمت تعهد شده	-۰/۱۰۳	-۰/۰۱۷	۰/۴۹۳	۰/۶۶۶	۰/۶۶۶	۱			
همدلی	-۰/۱۶۸	۰/۰۶	۰/۴۶۱	۰/۷۰۸	۰/۶۳۶	۰/۷۷۴	۱		
دسترسی به مراقبت	-۰/۰۶۸	-۰/۱۱	۰/۴۴۷	۰/۴۹۴	۰/۴۶۷	۰/۴۵۴	۰/۵۹۳	۱	
کیفیت کل	-۰/۰۸	۰/۰۰۲	۰/۶۸۶	۰/۸۷۸	۰/۸۴۲	۰/۸۶۸	۰/۸۶۵	۰/۶۴۹	۱

جدول۳: نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای متغیرهای مورد مطالعه

Journal of Police Medicine
Spring 2013; Vol. 2, No. 1: 1-10

نقاط ضعف و قوت بیمارستان‌های مورد مطالعه در زمینه ابعاد کیفیت خدمات کدامند؟ و با کسر نمرات انتظار از نمرات ادراک پاسخگویان مشخص می‌شود که بین انتظارات و ادراک بیماران شکاف وجود دارد و اگر وجود دارد میزان آن چقدر است؟ و در کدام بند شکاف کیفیت بیشتر است؟ نتایج این بررسی و سنجش ادراک و انتظار دریافت کنندگان خدمات کمک می‌کند تا برنامه‌ریزان و تصمیم گیران راه های افزایش کیفیت را شناسایی نمایند. آکلند معتقد است که کیفیت برآورده ساختن نیازها و خواسته های مشتریان است و از این رو این مشتریان هستند که می‌توانند آن را مشخص سازند [۱۳]. یافته‌های تحقیق نشان داد بیمارستان‌های مورد مطالعه در مورد هیچ یک از مؤلفه‌های پنج‌گانه کیفیت خدمات نتوانسته‌اند به سطح انتظارات بیماران پاسخ دهند و همواره کیفیت درک شده از کیفیت مورد انتظار کمتر بوده است که نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق رنجبر [۱۴]، طبیبی [۱۵] و جنا آبادی [۱۶] همخوانی دارد. چرا که در تحقیقات اشاره شد شکاف بین کیفیت مورد انتظار و کیفیت ادراک شده وجود دارد و همواره کیفیت ادراک شده کمتر از کیفیت مورد انتظار در ابعاد پنج‌گانه بوده است. در واقع هیچ یک از بیمارستان‌ها نتوانسته‌اند پاسخگوی نیازها و انتظارات بیماران باشند. در نتایج پژوهش هو سین و همکاران [۱۷]، همچنین بارکر و همکاران [۱۸] نیز هیچ یک از بیمارستان‌ها نتوانستند انتظارات بیماران را برآورده سازند. جوزف و همکاران [۱۹] اشاره می‌کنند شکاف عملکرد خدمت (آنچه انتظار می‌رود و آنچه ارائه می‌شود) را می‌توان با آموزش بهتر و بیشتر کارکنان کاهش داد. نتایج پژوهش‌های اندرسون [۲۰و ۲۱]، لیم و نلسون تنگ [۲۲]، یوزان [۲۳] و کیلبوم و همکاران [۲۴] نیز در راستای پژوهش حاضر است. یافته‌ها نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمانی در بعد پاسخگویی تفاوت معناداری وجود دارد. یکی از ابعاد پاسخگویی، در دسترس بودن کادر پزشکی است. در صورتی که مسئولان مراکز درمانی بیمار را منتظر نگذارند، تعویض ملحفه، پانسمان و سرم به موقع انجام شود و داروها به موقع داده شود، بیمار احساس می‌کند که کادر پزشکی در دسترس است [۲۵]. زمان نیز یک عنصر مهم در بعد پاسخگویی بوده و بیماران از مراکزی که زمان جلسات درمانی را با توجه به مشاغل آنان تعیین می‌کنند، سریع بیمار را مورد پذیرش قرار می‌دهند، زمان و مدت درمان را برای بیمار تعریف می‌کنند و به نظر بیمار در ارتباط با تعداد جلسات هفتگی، مدت درمان و زمان درمان توجه می‌کنند، رضایت بالاتری دارند [۲۶، ۲۷]. یافته‌ها نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمانی در بعد همدلی تفاوت معناداری وجود دارد. برخورد صحیح، فراهم کردن یک حمایت معنوی همه جانبه (مواردی مانند امیدواری دادن به بیمار، همدلی با بیمار، تشویق کردن بیمار در جهت پیمودن روند بهبودی) همراه با دارو درمانی می‌تواند در بهبود حال بیمار مؤثر واقع شود، از لحاظ اخلاقی، سالم بودن محیط مراکز درمانی، یک زمینه مناسب را برای ارتقای بهبودی بیماران فراهم می‌نماید و بیمارانی که در یک محیط ناسالم قرار دارند از شانس کمتری برای بهبودی برخوردار هستند [۲۸]. در بخش خدمات درمانی چون فرآیند بر روی یک انسان صورت می‌پذیرد و هر انسانی دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص خود است، باید به هر کدام از آنها توجه ویژه و خاصی شود و برای جبران این شکاف به نظر می‌رسد که آموزش دروس روانشناسی به خصوص روانشناسی، ویژگی‌های فردی می‌تواند کمک مؤثری باشد [۲۹].

یافته‌ها نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمانی در بعد اعتماد تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه بر انجام کارها مطابق تعهدات داده شده، میزان علاقه مندی کارکنان در انجام کارها و ارائه خدمات، نحوه صحیح انجام خدمات در اولین مراجعه، ارائه خدمات در زمان وعده داده شده و نگهداری دقیق سوابق و پرونده مراجعه کنندگان یکی از مهم‌ترین مواردی که سبب افزایش اعتماد بین کادر پزشکی و بیمار می‌شود، بحث حقیقت گویی است. حقیقت گویی در حرفه پزشکی عبارت است از ارائه اطلاعات لازم به بیمار برای ایجاد توانایی جهت اخذ تصمیم‌های آگاهانه راجع به مراقبت‌های پزشکی و سایر جنبه‌های زندگی و آگاه ساختن وی از وضعیتی که در آن قرار دارد [۳۰]. واژه بیان حقایق، فقط در زمینه بیان اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری درمانی بیماران به کار نمی‌رود، بلکه در برگیرنده تمامی جنبه‌های مربوط به سلامت فرد، حتی اگر در فرد منجر به تصمیم‌گیری درمانی نشود، است [۳۱]. از آنجا که بیماران به علت داشتن بیماری دچار استرس و ناراحتی هستند، می‌توان با ارائه اطلاعات درست و به موقع در زمینه بیماری، مراحل و مدت درمان به کاهش شکاف در بعد اعتماد اقدام کرد. در این مطالعه بیشترین شکاف کیفیت مربوط به دسترسی مراقبت می‌باشد که نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه طبیبی و همکاران [۱۵] و عزت‌آبادی و همکاران [۱۴] که به ترتیب مطالعاتی را بر اساس مدل سروکوال در درمانگاه‌های سر پایی شهر تهران و بیمارستان افشار یزد انجام داده‌اند، همچنین مطالعات هوسین [۱۷] و بارکر [۱۸] لیم و تانک [۲۲] که در خارج کشور انجام شده است، مغایرت دارد و نتایج با یکدیگر همخوانی ندارد. در مطالعه‌ای که توسط محمدنیا و همکاران [۳۲] که در بیمارستان تأمین اجتماعی انجام شده است، نتایج نشان داد که قابلیت اطمینان، تضمین کیفیت، همدلی بیشترین امتیاز را از نظر کیفیت خدمات کسب کرده‌اند و پاسخگویی کمترین میزان امتیاز را در بعد کیفیت خدمات بدست آورده است که نتایج این تحقیق با نتایج پژوهش لائو [۳۳]، شرتل [۳۴]، نوری حکمت [۱] مدنی و همکاران [۳۵] متفاوت است. نتایج پژوهش نکویی مقدم و همکاران [۳۶] تحت عنوان ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی به عنوان یک مثال ملموس از یک کشور در حال توسعه نشان داد که در هر پنج بعد از کیفیت، شکاف بین ادراکات و انتظارات بیماران بدین صورت است: تضمین ۱/۲۸- ، همدلی

۱/۳۶-، پاسخگویی ۱/۸-، بعد ملموس بودن ۱/۸۶- و بعد قابلیت اطمینان ۱/۶۹- که در حقیقت با استفاده از آزمون‌های آماری معلوم شد تفاوت معناداری بین انتظارات و ادراکات بیماران وجود دارد که بطور کلی با نتایج پژوهش انجام شده مطابقت دارد.

بیشترین انتظار بیماران در بیمارستان‌های مورد مطالعه مربوط به بعد تضمین خدمات است که با نتایج مطالعه لیم و تانک [۲۲] که بررسی سنجش ادراک و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات دریافتی در کشور سنگاپور انجام داده است، مطابقت دارد. نتایج تحقیق مارتینز و همکاران [۳۷] به منظور بررسی کیفیت خدمات در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نشان داد که میانگین امتیاز در بعد فیزیکی ۱/۴۴ ، اعتماد ۰/۵۳ ، پاسخگویی ۰/۹۵ ، تضمین ۰/۹۹و همدردی ۱/۳۶- می‌باشد که نتایج این تحقیق با نتایج انجام شده متفاوت است .یافته‌ها نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمانی در بعد تضمین کیفیت تفاوت معناداری وجود دارد. تضمین کیفیت (Quality Assurance) در برگیرنده تمام قواعد و فعالیت‌هایی است که برای حفظ، تداوم و ارتقای کیفیت ضروری هستند [۳۸]. به لحاظ فقدان کمیته تضمین کیفیت در بیمارستان‌های ایران، مشکلات عدیده‌ای در عرضه خدمات مطلوب به بیماران وجود دارد. در تمام کشورهای پیشرفته، سال‌های مدیدی است که کمیته تضمین کیفیت زیر نظر مدیر بیمارستان و با ترکیب نمایندگان سایر بخش‌های بیمارستان تشکیل شده است که با شرح وظایف و برنامه‌های مشخص، موجبات اجرائی‌تر شدن برنامه‌های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی را فراهم نموده‌اند. در ایران نیز اخیرا با تمایل بیمارستان‌ها به کسب گواهینامه‌های ایزو و تشکیل کمیته‌های مدیریت کیفیت گام‌های اولیه برداشته شده است [۳۹].

با توجه به این که بیماران ناراضی کمتر از سایر بیماران، دستورات پزشک و استفاده صحیح از داروها را رعایت می‌کنند و روند بهبود این بیماران کندتر از سایرین است [۴۰]، بنابراین لازم است مراکز درمانی به ارزیابی مستمر کیفیت خدمات خویش بپردازند، زیرا بهبود کیفیت خدمات درمانی، بیماران را به انجام صحیح و به موقع دستورالعمل‌های درمانی خویش ترغیب نموده و موجب تسریع پیشرفت معالجات و دستیابی به هدف اصلی درمان یعنی بهبود بیماران می‌گردد که با نتایج این تحقیق که بیشترین تأکید بیماران بر تضمین خدمات تعهد شده است با نتایج محمدی [۴۱]، نوری حکمت [۱]، کرم پور [۴۲]، کاریدیس [۴۳] و همکاران مطابقت دارد. یکی از مهمترین عوامل فیزیکی و ظاهری در افزایش رضایت بیماران، تجهیزات پزشکی مراکز درمانی است. تجهیزات پزشکی با تشخیص و درمان سریع و صحیح، میانگین مدت اقامت بیماران را کاهش داده و از طرف دیگر عملکرد بیمارستان را بهبود می‌بخشند [۴۴]. یکی دیگر از ابعاد ملموسات، ظاهر هر شخص در محیط کاری است که در بهبود کیفیت خدمات اهمیت زیادی دارد. در تحقیق مدنی و همکاران مشخص شد، بیشترین رضایت بیماران مربوط به تمیزی لباس و نظافت شخصی کادر پزشکی بوده است [۳۵]. بنابراین جای دارد که مسئولان بخش‌های خدمات درمانی با رسیدگی به وضعیت ظاهری و فیزیکی محیط بیمارستان و کارکنان آن و تجهیز بیمارستان‌ها به تجهیزات جدید و روزآمد تا حد زیادی ارزیابی‌های ذهنی بیماران از کیفیت خدمات درمانی را مثبت سازند.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه، جهت کاهش شکاف میان ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات مراکز درمانی راهکارهای ذیل پیشنهاد می‌گردد: رفتار و برخورد متواضع به همراه رعایت شئونات انسانی با بیماران، پاسخگویی سریع به مشکلات بیماران، مجهز نمودن مراکز درمانی به جدیدترین تجهیزات پزشکی، مجهز نمودن کادر پرستاری و پزشکی به آخرین مهارت‌ها و دانش‌های علمی، اطلاع رسانی دقیق و کامل درباره بیماری و درمان آن به بیماران.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از همکاری مدیران و پرسنل بیمارستان‌های مورد مطالعه و همچنین کلیه کسانی که ما را در انجام هر چه بهتر این مطالعه یاری داده‌اند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

1. Nori H. Deployment of service quality model (SERVQUAL) in Hazrat Rasoul Akram Hospital. Master of science thesis: Iran University of Medical Sciences 2006. (Persian)

2. Rajabipour-meybodi A, Farid D, Rajabi-pour-Meybodi T. Evaluation of patients' satisfaction with quality of health care based on the quality scale. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2009; 7: 224-232. (Persian)

3. Mirghafori H, Zare-Abadi H. Analysis of hospital service quality using SERVQUAL model (Acase study of Shahid Rahnemon Hospital). Yazd Uni Med Sci J 2007; 15: 84-92. (Persian)

4. Berry L, Zeithaml VA, Parasuraman A. SERVQUAL: A multi-item scale for measuring customerperceptions of service. J Retal 1988; 64:12-20.

5. Sadeghi A. Introduction to Quality Assessment

Model SERVQUAL. Soroshe Tahavol Journal 2010; 11:5-8. (Persian)

6. Alvani SM, Riahi B. Measuring service quality in the public sector. Tehran: Iran Technology Education Center 2000; 5:7-15. (Persian)

7. Parasuraman A, Zeithaml VA. Refinement and assessment of the SERVQUAL scales. J Retailing 1999; 67: 42-50.

8. Akbari F, Jafari P. Using SERVQUAL model to measure hospital performance evaluation of the national program of Iran:A case study of Hamedan Provience. Hospital 2:34-40. (Persian)

9. Parasuraman A, Zeithaml VA. SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perception of service quality. J Retailing 1998; 64:12-40.

10. Finn DW, Lamb CW. An evaluation of the SERVQUAL scales in a retailing setting Adv Consum Res 2002; 23: 6-43.

11. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry L. Delivering quality service balancing customer perceptions and expectations. The free Press 1998; 13:7-22.

12. Arboni F. The gap between expectations and educational services to students of Zanjan University of Medical Sciences in 2005. J Med Educ Dev 2008; 5:17-25. (Persian)

13. Mohammadi A, Eftekhare-Ardabili H, Akbari -Hagigi F, Mahmudi M, Purreza A. Measurement quality of services based on expectations and perceptions of patients in the hospital of Zanjan. J School Health & Health Res Inst 2003; 2: 71-84. (Persian)

14. Ranjbar E. The gap between the perceptions and expectations of service recipients in Afshar Hospital of Yazd. Health J 2010; 9:75-83. (Persian)

15. Tabibi SJ. Quality of services provided in outpatient clinics at hospitals in Tehran based on SERVQUAL Model. Payavard Salamat 2011; 5:49-56. (Persian)

16. Jana-Abadi H. Distance between patients' perceptions and expectations of service quality using SERVQUAL model health centers in Zahedan. Payesh Health Monit 2011; 10: 449-455. (Persian)

17.Huseyin A, Erdogon HE, Salih TK. Gearing service quality into publice and private hospitals insmall island; Epirical evidence from cyprus. Int J Health Care Qual Assur 2008; 21: 1-14.

18. Bakar C, Akgun HS, Al-Assaf AF. The role of expectations in patient assessments of hospital care: An example from a university hospital network, Turkey. Int J Health Care Qual Assur 2008; 21: 343-355.

19. Joseph M, Stone G, Anderson K. Insurance customers' assessment of service quality: A critical evaluation. J Small Bus Manage 2003; 10: 81–92.

20. Anderson EA, Zwelling LA. Measuring service quality at the University of Texas M.D. Anderson Cancer. Int J Health Care Qual Assur 2006; 9: 9-22.

21.Anderson EA. Measuring service quality at a university health clinic. Int J Health Care Qual Assur 1995; 8: 32-37.

22. Lim Y, Tang S. Service quality, customer satisfaction and behavioral intentions in the service factory. J serv market 2000; 20: 69-156.

23. Uzun O. Assessment of patient satisfaction from nursing services in a university hospital in Turkey. J Nurs Care Qual 2001; 16(1): 24-5.

24. Kilbourne WE, Duffy JA, Duffy M, Giarchi G. The applicability of SERVQUAL in cross-national. Journal of Service Marketing 2002; 26:80-193.

25. Juybari ML, Oskuyi HSF, Ahmadi F. The relief nurse: Patient experiences and views. Tehran Univ Med Sci 2005; 12: 59- 68. (Persian)

26. Kaldenberg DO. Patient' satisfaction and health status. Health Mark Quarterly 2001; 18: 81-101.

27. Corley MC, Jacobs M. Patient satisfaction with participation in decision making. Nursing Admin Quart 2000; 24: 83-86.

28. Dapuye Sh. Survey of relevant factors associated with improved recovery in patients with chizophrenia referred to Roozbeh hospital. PhD thesis, Tehran University of Medical Sciences, Faculty of

Medicine 2001. (Persian)

29. Mogbel-Baarz A, Mohammadi A. The study quality provided in health care centers in Fars Province. J Soc Sci Human 2003; 19: 54-63.

30. Hebert PC, Hoff-master B, Glass KC, Singer PA. Bioethics for clinicians: 7 truth telling. Can Med Assoc J 1997; 156: 225-228.

31. Kazemiyan A, Parsapur A. The study view of physicians about the facts relating to difficult refractory patients. Iran J Med Ethics Hist Med 2006; 1: 61-67. (Persian)

32. Mohammadnia M, Delghoshaie B, Tofighi Sh, Riyahi L. Assessment Quality of nursing services using SERVQUAL model at Tehran hospital Social Security. Hospital 2009; 1: 70-76. (Persian)

33. Lau P, Khatibiakbar A, YoungG. Service quality: A study of the luxury hoteles in Malaysia. J Am academy bus 2005; 7: 10-46.

34. Shortell SM, Zemman JE, Rousseau DM, Gillies RR, Wagner DP, et al. The performance of intensive care unit: Does good management make a difference? Mecial care 1994; 32: 508-525.

35. Madani SG, Farzan A, Rabiyi M. The study Patient satisfaction of medical services, nursing. Iran J Nurs Midwifery Res 2005; 9: 15-22. (Persian)

36. Nekoei-Moghadam M, Amiresmaili M. Hospital services quality assessment: Hospitals of Kerman University of Medical Sciences, as a tangible example of a developing country. Int J Health Care Qual Assur 2011; 24: 57-66. (Persian)

37. Regaira ME, Sola HM, Goñi VR, Del-Barrio LM, Margall CMA, Asiain EMC. Care quality in intensive care evaluated by the patients using a service quality scale (SERVQUAL). Enferm Intensiva 2010; 21:3-10.

38. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. Quality in Health Care 1992; 1: 247- 251.

39. Logmaniyan MK, Tabibi SJ, Karimi A, Delgoshayi B. Design quality assurance model for hospital services in Iran. J Med Counc 2008; 36: 209-308. (Persian)

40. Khademi Z. Understanding the relationship between patients 'and nurses' caring behaviors in a hospital affiliated to Tehran University of Medical Sciences, Master thesis. Tehran Univ Med Sci 2002. (Persian)

41. Mohammadi A, Shoghli AR. Survey on quality of primary health care's in Zanjan District Health Centers. J Zanjan Univ Med Sci 2008; 16: 89-100. (Persian)

42. Karampour A. Evaluation of the quality of health care with developed model gaps qualityservices. Tehran: Higher Education and Research Institute of Management and Planning; 2004. (Persian)

43.Karydis A, Komboil-Kodovazeniti M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectations and receptions of Greek. Quality in Health Care 1995; 4: 243- 255.

44. Ameriyoun A, Atani BH, Mohebi H. Medical equipment maintenance management in two selected military hospitals. Mil Med 2010; 9: 189-95. (Persian)