

کیفیت خدمات ادراک شده از دیدگاه بیماران همودیالیز مزمن بزرگسال در بیمارستان های دولتی و خیریه بر اساس مدل سروکوال (Servqual)

منصوره مجلسی^۱، قاسم یادگارفر^{۲*}، محمد سوداوی^۳، الهه خراسانی^۴، پرینسا ذاکری^۵، طیبه بقایی^۶، نصرالله شریفی فرادنبه^۷

^۱دانشگاه پیام نور همدان، همدان، ایران؛ ^۲مرکز تحقیقات نارسایی قلب، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛ ^۳معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛ ^۴دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، ^۵دانشجو، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، ^۶دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۹۵/۵/۲۷

چکیده:

زمینه و هدف: سازمان های بهداشتی درمانی دولتی و غیر دولتی نیاز به اجرای برنامه های تحقیق و توسعه و پیاده سازی برنامه های بهبود کیفیت برای بقا و موفقیت خود دارند. هدف از این مطالعه ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران مزمن همودیالیز در مراکز دولتی و خصوصی شهر اصفهان می باشد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی که به صورت مقطعی انجام و داده های مورد نیاز از فروردین تا خرداد ۹۵ در پنج مرکز همودیالیز بیمارستان های شهر اصفهان (سه مرکز دولتی و دو مرکز خیریه) با استفاده از پرسشنامه استاندارد شده سروکوال جمع آوری شده است. پرسشنامه شامل دو بخش بود، بخش اول شامل سوالات جمعیت شناختی و بخش دوم از ۲۵ سوال برای اندازه گیری کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران در پنج بعد: قابل لمس و فیزیکی، قابلیت اطمینان خدمات، پاسخگویی، تضمین خدمات تعهد شده و همدلی تشکیل شده است. جهت تعیین ضریب همبستگی پیرسون و آزمون مقایسه میانگین و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها: در مطالعه حاضر در مقایسه بین مراکز دولتی و خیریه بیشترین شکاف کیفیت خدمات ادراک شده مربوط به بعد قابل لمس و فیزیکی (۱/۶۴) در مراکز دولتی و کمترین شکاف مربوط به قابلیت اطمینان خدمات (۰/۹۳) در مراکز دولتی است. همچنین بین ویژگی های جمعیت شناختی شامل تحصیلات، سطح درآمد، سن و ابعاد کیفیت خدمات ادراک شده اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: یافته ها نشان می دهد، در تمامی ۵ بعد کیفیت خدمات سروکوال بین انتظارات و ادراکات بیماران شکاف ملاحظه گردید. لذا ارائه دهندگان مراقبت های سلامت و کارکنان باید توجه بیشتری به عقاید و نظرات بیماران داشته باشند و از بازخورد به دست آمده برای حل مشکلات موجود و بهبود کیفیت خدمات استفاده کنند.

واژه های کلیدی: کیفیت خدمات، همودیالیز، سروکوال.

مقدمه:

آخرین آمارهای جهانی از میزان شیوع بیماری کلیوی در مرحله ی نهایی، ۲۴۲ مورد در هر یک میلیون نفر جمعیت گزارش شده است و سالانه حدود ۸٪ به این میزان افزوده می شود، از جمله درمان های جایگزین کلیه، انواع مختلف دیالیز می باشد (۲).

نارسایی کلیوی در سراسر دنیا یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی محسوب می شود و به آسیب موقتی یا دائمی کلیه ها اطلاق می گردد که منجر به از دست دادن عملکرد کلیه ها می شود (۱).

*نویسنده مسئول: اصفهان- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی- مرکز تحقیقات نارسایی قلب- تلفن: ۰۹۱۳۴۱۲۷۵۵۳، E-mail: g_yadegarfar@yahoo.co.uk

دیالیز روندی است برای خارج ساختن مایع و فرآورده های زاید اورومیک از بدن و هنگامی که کلیه ها نتوانند چنین وظیفه ای را انجام دهند، استفاده می شود (۱).

هدف از انجام دیالیز، حفظ وضعیت تعادل اسید و باز، برقراری تعادل مایعات و الکترولیت های خون و حذف مواد زائد متابولیک از خون می باشد. درمان با دیالیز بر دو نوع همودیالیز و دیالیز صفاقی است که همودیالیز شایع ترین شیوه ی درمان در جهان و ایران محسوب می شود (۳). در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، دیالیز خونی از مرگ جلوگیری می کند؛ هرچند درمان کننده بیماری های کلیوی نبوده و فعالیت های متابولیک کلیه ها را جبران نمی کند (۱).

در مطالعات سلامت برترین و مهم ترین نشانه برای اندازه گیری کمیت و کیفیت خدمات فراهم شده برای بیماران رضایت آنان از خدمات است (۴). اندازه گیری و مدیریت کیفیت خدمات برای سازمان های خدمات بهداشتی و درمانی امری حیاتی است. فراهم آوردن اطلاعات کافی در زمینه محتوای ادراک مشتری از کیفیت خدمت، می تواند سازمان ها را در شناسایی زمینه ها و ابعادی که مزیت رقابتی سازمان را تحت تأثیر قرار می دهند، یاری نماید و از سوی دیگر از اتلاف منابع جلوگیری کند (۵).

در این راستا به نظر می رسد که با مطرح کردن اصول کیفیت در بخش سلامت، می توان فرآیند ارائه خدمات را بهبود بخشید و رضایت مشتری را به عنوان عنصری بسیار حساس در عرصه رقابت امروزی تأمین کرد و با ارزیابی میزان اثربخشی این خدمات، از کیفیت آن ها اطمینان حاصل نمود (۶).

با وجود فشارهای زیادی که برای ارتقای کیفیت خدمات وجود داشته است، پیچیدگی ها و وجود مشکلاتی نظیر فقدان ویژگی های استاندارد برای خدمات عرضه شده و یا عدم شناسایی ابعاد

کیفیت در حوزه خدمات، روند تدوین مدل های اندازه گیری را سال ها به تأخیر انداخته است. در نهایت دانشمندان و پژوهشگران حوزه کیفیت ابزارهای مختلفی را در این راستا معرفی کردند که در میان مدل های پیشنهادی تنها الگوی که مورد توافق اغلب دانشمندان واقع شد، الگوی سروکوال یا شکاف کیفیت می باشد. به همین دلیل اکثر تحقیقاتی که طی چند سال اخیر در زمینه اندازه گیری انتظارات و ادراکات مشتری از کیفیت خدمات انجام شده، با استفاده از این الگو بوده است که برای اولین بار در سال ۱۹۸۸ توسط پاراسورمن و زدهمل به اتفاق سایر همکاران ارائه گردید (۷).

الگوی سروکوال یکی از شاخص ترین ابزارها برای اندازه گیری انتظارات و ادراکات مشتریان بوده و یک روش تشخیصی برای معرفی نقاط قوت و ضعف کیفیت خدمات سازمان می باشد، این ابزار به طور معمول برای اندازه گیری و مقایسه ادراکات و انتظارات مشتریان خارج سازمانی مورد استفاده قرار می گیرد (۸).

الگوی سروکوال پنج شکاف کلیدی را در ارتباط با ادراکات و انتظارات مشتریان از کیفیت خدمت و فعالیت های مرتبط با ارائه خدمت به مشتری مطرح می کند:

شکاف اول: تفاوت بین ادراکات مدیریت از آنچه مشتریان انتظار دارند و انتظارات واقعی مشتریان؛ شکاف دوم: تفاوت بین ادراکات مدیریت و مشخصات کیفیت خدمات (استانداردهای کیفیت خدمات)؛ شکاف سوم: تفاوت بین مشخصات کیفیت خدمت و ارائه خدمت واقعی؛ آیا استانداردها به طور مداوم رعایت شده اند؟؛ شکاف چهارم: تفاوت بین ارائه خدمت و آنچه که در خارج از سازمان مورد نظر است؛ آیا به تعهدات به صورت مداوم عمل شده است؟؛ شکاف پنجم: تفاوت بین آنچه که مشتریان از کیفیت خدمت انتظار دارند و آنچه را که عملاً دریافت می کنند.

هدف از مطالعه حاضر ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران همودیالیزی در مراکز دولتی و خیریه شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ به روش سروکوال (Servqual) به منظور ارزیابی پنج بعد کیفیت شامل: قابلیت لمس فیزیکی، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، تضمین خدمات تعهد شده و همدلی می باشد.

روش بررسی:

این مطالعه از انواع مطالعات مقطعی و توصیفی تحلیلی است که داده های مورد نیاز از فروردین تا خرداد ۱۳۹۵ در پنج مرکز همودیالیز بیمارستان های شهر اصفهان شامل سه مرکز آموزشی دولتی (امین، نور و حضرت علی اصغر (ع)، الزهرا (س)) و دو مرکز خیریه (زهرا مرضیه (س) و حجتیه) جمع آوری شده است. در این مطالعه ۲۱۰ بیمار با سن بیش از ۱۸ سال که دارای دیالیز مزمن (همودیالیز بیش از سه ماه) که در هفته دو الی سه مرتبه و هر مرتبه ۳ الی ۴ ساعت دیالیز می شدند. در مطالعه شرکت نموده و پرسشنامه را تکمیل کردند، بیماران در هر دو شیفت صبح (از ساعت ۸ الی ۱۲) و عصر (۱۴ الی ۱۸) در تمام مراکز مورد مطالعه پوشش داده شدند.

داده های مورد نیاز به وسیله پرسشنامه استاندارد شده سروکوال جمع آوری گردید (۷). پرسشنامه شامل دو بخش بود، بخش اول شامل سوالات جمعیت شناختی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و درآمد، مدت زمان دیالیز و علت دیالیز بود. بخش دوم پرسشنامه از ۲۵ سوال برای اندازه گیری انتظارات و ادراکات که در برگرفته پنج بعد کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران، تشکیل شده بود. این پنج بعد به شرح زیر می باشد:

بعد اول: بعد قابلیت لمس و فیزیکی بودن خدمات شامل شش سوال: شرایط و فضای فیزیکی محیط ارائه خدمت شامل تجهیزات، کارکنان

این شکاف مربوط به مشتری بوده و ادراک او از کیفیت خدمتی که دریافت نموده، می باشد. در واقع شکافی که الگوی سروکوال بیشترین تأثیر را بر آن دارد، شکاف پنجم است (۷).

پاراسورمن کیفیت خدمات را حاصل مقایسه انتظارات مشتریان (ایده آل ها) از عملکرد و درک آن ها از ارائه خدمات در سازمان می داند. ادراک به ارزشیابی مصرف کننده گان از ارائه دهنده خدمت برمی گردد؛ در صورتی که رتبه بندی عملکرد سازمان (ارائه دهنده خدمت) پائین تر از انتظارات باشد نشانه کیفیت ضعیف بوده و عکس این نشان دهنده کیفیت خوب است. باباکوس و بولر اعتقاد دارند که مشتری باید مشخص نماید که چه جنبه هائی از خدمت سودمندترین است نه این که ارائه دهنده خدمت آن را معین سازد (۹). در دنیای رقابتی امروز ارائه خدمات با کیفیت به عنوان یک استراتژی اساسی جهت موفقیت سازمان ارائه خدمات و ادامه حیاتش می باشد (۱۰). لذا از آنجایی که برای بیماران دیالیزی که تنها راه درمان شان دیالیز است، رضایت از ارائه خدمات دیالیز برای شان به عنوان یک مشخصه مهم بقا و طول و کیفیت زندگی محسوب می شود (۱۱).

بیماری مزمن کلیوی یک نگرانی بهداشت عمومی جهانی است و تعداد بیماران کلیوی در سراسر جهان رو به افزایش است. درمان این بیماری و همچنین خدمات همودیالیز بسیار پرهزینه است و از آنجا که هزینه ارائه این خدمات در ایران رایگان می باشد، بار مالی سنگینی به اقتصاد کشور وارد می کند، از این رو اندازه گیری کیفیت خدمات از دیدگاه بیماران همودیالیزی از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است و فرصت های مناسبی را برای بهبود خدمات فراهم شده، ایجاد می کند. بنابراین ضروری است اندازه گیری های مداوم به منظور ارائه خدمات با کیفیت و مناسب انجام شود.

محتوای پرسشنامه به ۲ نفر از پزشکان نفرولوژیست و ۳ نفر از پرستاران با تجربه شاغل در بخش دیالیز و ۲ نفر کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ارسال گردید. نظرات متخصصین در پرسشنامه اعمال و در یک مطالعه مقدماتی مورد تأیید قرار گرفت. جهت جمع آوری داده ها مورد استفاده قرار گرفت. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد که در تمامی حیطه ها این ضریب بزرگ تر از ۰/۷۰ به دست آمد و پایایی پرسشنامه تأیید گردید.

در این مطالعه، منظور از انتظارات بیماران (نمره مورد انتظار)، فراهم شدن کامل و همه جانبه خدمات در تمامی پنج بعد تعریف شد و لذا حداکثر نمره ممکن یعنی عدد پنج مقیاس لیکرت به عنوان نمره مورد انتظار در نظر گرفته شده است. نمره ادراکات بیماران نمره ای است که در شرایط فعلی و موجود، بیماران به سوالات هر حیطه داده اند. تعیین شکاف از طریق تفاضل و مقایسه نمره انتظارات و ادراکات بیماران از خدمات می باشد و در نتیجه هر چه شکاف بین ادراکات و انتظارات کمتر باشد، خدمات مطلوب تر ارزیابی شده و به انتظار بیماران نزدیک تر می باشد. جهت توصیف یافته ها برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار، حدود اطمینان ۹۵٪، و برای متغیرهای کیفی از نسبت و درصد استفاده شد. جهت مقایسه نمرات هر حیطه در سطوح متفاوت متغیرهای زمینه ای از آنالیز واریانس یک طرفه و یا آزمون تی در سطح معنی داری ۵٪ با بهره گیری از نرم افزار SPSS انجام گردید.

یافته ها:

جدول شماره یک مشخصات افراد مورد مطالعه را نشان می دهد. این یافته ها نشان می دهد، ۱۴۷ نفر (۷۰٪) بیماران درآمد ناکافی (کمتر از یک میلیون تومان) داشته و ۱۱۳ نفر (۵۳/۸٪) بیماران کمتر از سه سال بود که همودیالیز می شدند (جدول شماره ۱).

آراسته و مرتب، تابلوهای جذاب، کیفیت غذای ارائه شده به بیماران و راحتی و تمیزی سالن انتظار و اتاق دیالیز، بعد دوم: بعد قابلیت اطمینان خدمات شامل پنج سوال: ارائه خدمات به موقع و در زمان مناسب، حرفه ای بودن کارکنان، رسیدگی به موقع به شکایات، در دسترس بودن پزشک و پرستار، مطلع کردن بیماران درباره روند و زمان ارائه خدمات، بعد سوم: بعد پاسخگویی ارائه کنندگان خدمات شامل ۵ سوال: اقدام جهت رفع سریع مشکل بیماران، برخورد و پاسخ دهی مناسب کارکنان، میل و اشتیاق کارکنان برای کمک و خدمت رسانی به بیماران، پاسخ دهی به سوالات مطرح شده به بیماران، راهنمایی برای پذیرش، بعد چهارم: بعد تضمین خدمات تعهد شده شامل پنج سوال: برخورد و رفتار متواضعانه کارکنان و پزشکان، رفتار با احترام و توأم با شئون انسانی کارکنان، حفظ حریم خصوصی بیماران، امنیت و اطمینان خاطر بیماران از حضور در بخش بود.

بعد پنجم: بعد همدلی شامل چهار سوال: گوش دادن به ایده ها و نظرات بیماران، نظرخواهی از بیماران در مورد کمیت و کیفیت خدمات، نشان دادن علاقه و محبت کارکنان به بیماران، توجه و درک کارکنان به نیازهای خاص بیماران بودند.

مقیاس پنج نمره ای لیکرت برای اندازه گیری انتظارات و ادراکات بیماران از کیفیت خدمات مورد استفاده قرار گرفت که به موجب آن عدد یک به گزینه "کاملاً مخالفم" و عدد پنج به گزینه "کاملاً موافقم" تعلق گرفت. روش نمره دهی به هر مقیاس به هر فرد مورد مطالعه محاسبه، میانگین نمره داده شده به آن مقیاس بود. به عنوان مثال بعد قابل لمس و فیزیکی که شامل شش سوال است، جمع نمرات داده شده به سوالات مقیاس بر شش تقسیم می شود؛ لذا نمره هر فرد در دامنه ۱ تا ۵ می تواند تغییر کند.

پرسشنامه نهایی با توجه به ماهیت مراکز دیالیز و خدمات آن ها تنظیم و جهت تعیین اعتبار

جدول شماره ۱: ویژگی های جمعیت شناختی بیماران همودیالیزی مورد مطالعه

متغیر	فراوانی (درصد)
جنسیت	
مرد	۱۲۳(۵۸/۶)
زن	۸۷(۴۱/۴)
وضعیت تأهل	
متأهل	۱۵(۷/۱)
متأرکه	۱۵۵(۷۳/۸)
فوت همسر	۹(۴/۳)
بی سواد	۳۱(۱۴/۸)
تحصیلات	
ابتدایی	۷۲(۳۴/۳)
دبیرستان و دیپلم	۴۴(۲۱)
دانشگاهی	۷۰(۳۳/۳)
سن (به سال)	
<۳۰	۲۴(۱۱/۴)
۳۰-۴۵	۶(۲/۹)
>۴۵	۲۰(۹/۵)
درآمد	
ناکافی	۱۸۴(۸۷/۶)
متوسط	۱۴۷(۷۰)
کافی	۵۴(۲۵/۷)
مدت دیالیز (سال)	
کمتر از ۳ سال	۹(۴/۳)
۳-۵	۱۱۳(۵۳/۸)
بیش از ۵ سال	۳۷(۱۷/۶)
	۶۰(۲۸/۶)

بر این اساس در بعد قابل لمس و فیزیکی کمترین میزان شکاف (۰/۸۸) مربوط به ظاهر تمیز و آراسته پزشکان و کارکنان دیالیز در بیمارستان های دولتی می باشد و بیشترین شکاف (۲/۷۰) کیفیت در این بعد متعلق به کیفیت غذای ارائه شده به بیماران در بیمارستان های دولتی است.

در جدول شماره دو تفاوت انتظارات و ادراکات بیماران اندازه گیری شده و نتیجه به صورت شکاف کیفیت نشان داده شده است که هر چه میزان شکاف انتظارات و ادراکات کمتر باشد، مطلوبیت و کیفیت خدمات بهتر ارزیابی می شود.

جدول شماره ۲: ابعاد و میانگین و انحراف معیار نمرات انتظارات و ادراکات بیماران در مراکز دولتی و خیریه

بیمارستان دولتی		بیمارستان خیریه		ابعاد		
انتظارات	ادراکات	شکاف	انتظارات	ادراکات	شکات	
۵	۳/۴۶(۱/۰۸)	۱/۵۴(۱/۰۸)	۵	۳/۹۸(۰/۵۸)	۱/۰۲(۰/۵۸)	محیط فیزیکی بخش دیالیز مناسب می باشد
۵	۴/۱۲(۰/۴۰)	۰/۸۸(۰/۴۰)	۵	۴/۱۱(۰/۴۰)	۰/۸۹(۰/۴۰)	پزشکان و کارکنان با ظاهر تمیز و آراسته در محل دیالیز حضور دارند
۵	۳/۷۱(۰/۸۱)	۱/۲۹(۰/۸۱)	۵	۳/۸۴(۰/۶۴)	۱/۱۶(۰/۸۰)	تسهیلات و تجهیزات پزشکی مناسب می باشد
۵	۲/۸۳(۰/۹۶)	۲/۱۷(۰/۹۶)	۵	۲/۴۱(۰/۸۳)	۲/۵۹(۰/۸۳)	تابلوها و علائم راهنما قابل دید، جذاب و با ظاهر خوب در محل دیالیز وجود دارد
۵	۲/۳۰(۱/۰۵)	۲/۷۰(۱/۰۵)	۵	۲/۶۱(۱/۱۳)	۲/۳۹(۱/۱۳)	کیفیت غذایی که به بیمار و در صورت لزوم ارائه می شود، خوب است.
۵	۳/۷۰(۰/۸۱)	۱/۳۰(۰/۸۱)	۵	۳/۷۹(۰/۶۴)	۱/۲۱(۰/۶۴)	سالن انتظار و اتاق بستری بخش دیالیز راحت و تمیز هستند
۵	۳/۳۵(۰/۵۱)	۱/۶۴(۰/۵۱)	۵	۳/۴۶(۰/۴۰)	۱/۵۴(۰/۴۰)	میانگین
۵	۴/۰۱(۰/۴۶)	۰/۹۹(۰/۴۶)	۵	۴/۰۳(۰/۱۷)	۰/۹۷(۰/۱۷)	خدمات در زمان مناسب و به موقع در مرکز دیالیز ارائه می شود
۵	۴/۱۶(۰/۴۵)	۰/۸۴(۰/۴۵)	۵	۴(۰/۶۰)	۱(۰/۶۰)	کارکنان مرکز دیالیز حرفه ای هستند
۵	۳/۵۰(۰/۸۲)	۱/۵۰(۰/۸۲)	۵	۳/۳۶(۰/۶۷)	۱/۶۴(۰/۶۷)	به شکایات بیماران به موقع رسیدگی می شود
۵	۳/۸۰(۰/۷۳)	۱/۲۰(۰/۷۳)	۵	۳/۶۴(۰/۷۸)	۱/۳۶(۰/۷۸)	اطلاعات دقیق به بیماران درباره روند و زمان ارائه ی خدمات داده می شود
۵	۳/۸۵(۰/۷۲)	۱/۱۵(۰/۷۲)	۵	۳/۹۳(۰/۴۱)	۱/۰۷(۰/۴۱)	پرستار هنگام نیاز در دسترس می باشد
۵	۳/۸۶(۰/۴۲)	۱/۱۳(۰/۴۲)	۵	۳/۷۹(۰/۲۹)	۱/۲۰(۰/۲۹)	میانگین
۵	۳/۹۸(۰/۵۶)	۱/۰۲(۰/۵۶)	۵	۴/۰۳(۰/۴۱)	۰/۹۷(۰/۴۱)	در صورت وجود مشکل، سریعاً جهت رفع مشکل بیماران دیالیزی اقدام می شود
۵	۴/۱۱(۰/۵۷)	۰/۸۹(۰/۵۷)	۵	۴/۲۶(۰/۴۴)	۰/۷۴(۰/۴۴)	نحوه برخورد و پاسخ دهی کارکنان مرکز دیالیز در هنگام درخواست بیماران دیالیزی مناسب است
۵	۳/۹۴(۰/۷۱)	۱/۰۶(۰/۷۱)	۵	۳/۹۶(۰/۵۶)	۱/۰۴(۰/۵۶)	کارکنان بخش دیالیز برای کمک به بیماران تمایل و اشتیاق دارند
۵	۴/۰۸(۰/۳۴)	۰/۹۲(۰/۳۴)	۵	۴/۰۳(۰/۳۶)	۰/۹۷(۰/۳۶)	کارکنان بخش دیالیز به طور مناسب به سؤالات مطرح شده از جانب بیماران پاسخ می دهند
۵	۴/۰۵(۰/۴۶)	۰/۹۵(۰/۴۶)	۵	۳/۹۸(۰/۳۲)	۱/۰۲(۰/۳۲)	راهنمایی های لازم به بیماران توسط پذیرش بخش دیالیز به بیماران ارائه می شود
۵	۴/۰۳(۰/۳۸)	۰/۹۶(۰/۳۸)	۵	۴/۰۵(۰/۲۶)	۰/۹۴(۰/۲۶)	میانگین
۵	۴/۰۳(۰/۶۴)	۰/۹۷(۰/۶۴)	۵	۴/۱۲(۰/۴۱)	۰/۸۸(۰/۴۱)	کارکنان دیالیز با بیماران برخورد و رفتار متواضعانه دارند
۵	۴/۱۱(۰/۵۲)	۰/۸۹(۰/۵۲)	۵	۴/۲۰(۰/۴۰)	(۰/۴۰)۰/۸۰	کارکنان بخش دیالیز رفتار با احترام ضمن رعایت شئون انسانی با بیماران دارند
۵	۳/۶۵(۰/۸۵)	۱/۳۵(۰/۸۵)	۵	۳/۵۶(۰/۸۷)	۱/۴۴(۰/۸۷)	بیماری و شرایط پزشکی برای بیماران توضیح و شرح داده می شود
۵	۳/۸۶(۰/۵۸)	۱/۱۴(۰/۵۸)	۵	۳/۹۵(۰/۳۶)	۱/۰۵(۰/۳۶)	حریم خصوصی بیمار توسط پزشکان و پرستاران رعایت می شود
۵	۳/۹۴(۰/۶۱)	۱/۰۶(۰/۶۱)	۵	۴/۰۳(۰/۴۶)	۰/۹۷(۰/۴۶)	در هنگام حضور در بخش دیالیز احساس اطمینان و امنیت دارم
۵	۳/۹۲(۰/۴۰)	۱/۰۸(۰/۴۰)	۵	۳/۹۷(۰/۳۰)	۱/۰۲(۰/۳۰)	میانگین
۵	۳/۷۷(۰/۶۵)	۱/۲۳(۰/۶۵)	۵	۳/۸۹(۰/۴۴)	۱/۱۱(۰/۴۴)	کارکنان بخش دیالیز به ایده ها و نظرات بیماران ضمن محرمانه نگه داشتن آن ها گوش می دهند
۵	۲/۸۵(۱/۰۵)	۲/۱۵(۱/۰۵)	۵	۲/۴۷(۰/۸۴)	۲/۵۳(۰/۸۴)	از بیماران در ارتباط با کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده به آن ها نظرخواهی می شود
۵	۳/۸۷(۰/۶۱)	۱/۱۳(۰/۶۱)	۵	۳/۸۱(۰/۶۳)	۱/۱۹(۰/۶۳)	به بیماران از جانب کارکنان و پزشکان علاقه نشان داده می شود
۵	۳/۹۰(۰/۵۹)	۱/۱۰(۰/۵۹)	۵	۳/۷۹(۰/۶۴)	۱/۲۱(۰/۶۴)	کارکنان بخش دیالیز به نیازهای خاص بیماران توجه و درک نشان می دهند
۵	۳/۶۰(۰/۴۸)	۱/۴(۰/۴۸)	۵	۳/۴۹(۰/۴۵)	۱/۵۱(۰/۴۵)	میانگین

بعد قابل لمس از نظر فیزیکی

بعد قابلیت اطمینان

بعد پاسخگویی ارائه کنندگان خدمات

بعد تضمین خدمات تعهد شده

بعد همدمی

شئون انسانی کارکنان در مراکز خیریه بود و بیشترین شکاف (۱/۴۴) مربوط به سوال توضیح بیماری و شرایط

در بعد تضمین خدمات تعهد شده کمترین میزان شکاف (۰/۸۰) برخورد و رفتار با احترام و ضمن رعایت

شکاف (۱/۲۰) مربوط به ارائه اطلاعات دقیق به بیماران در مورد روند و زمان ارائه خدمات در مراکز دولتی می باشد. در بعد سوم پاسخگویی ارائه کنندگان خدمات، کمترین شکاف (۰/۷۴) مربوط به نحوه برخورد و پاسخدهی کارکنان دیالیز به هنگام درخواست بیماران در مرکز خیریه بود و بیشترین شکاف (۱/۰۶) مربوط به سوال تمایل و اشتیاق کارکنان برای کمک به بیماران دیالیز در مراکز دولتی بود.

پزشکی برای بیماران در مراکز خیریه بود و در بعد همدلی کمترین شکاف (۱/۱۱) متعلق به سوال کارکنان بخش دیالیز به ایده ها و نظرات بیماران ضمن محرمانه نگه داشتن آن ها گوش می دهند در مراکز خیریه و بیشترین شکاف (۲/۵۳) در مورد سوال نظرخواهی از بیماران در مورد کمیت و کیفیت خدمات در مراکز خیریه بود. در بعد قابلیت اطمینان کمترین شکاف (۰/۸۴) مربوط به حرفه ای بودن کارکنان در مراکز دولتی و بیشترین

جدول شماره ۳: ابعاد و میانگین نمرات انتظارات و ادراکات بیماران در بیمارستان های دولتی و خیریه

ابعاد	بیمارستان دولتی		بیمارستان خیریه	
	انتظارات	ادراکات	شکاف	انتظارات
بعد قابل لمس و فیزیکی	۵	۳/۳۵(۰/۵۱)	۱/۶۴(۰/۵۱)	۵
قابلیت اطمینان خدمات	۵	۳/۸۶(۰/۴۲)	۱/۱۳(۰/۴۲)	۵
پاسخگویی ارائه کنندگان خدمات	۵	۴/۰۳(۰/۳۸)	۰/۹۶(۰/۳۸)	۵
تضمین خدمات تعهد شده	۵	۳/۹۲(۰/۴۰)	۱/۰۸(۰/۴۰)	۵
همدلی	۵	۳/۶۰(۰/۴۸)	۱/۴(۰/۴۸)	۵

فیزیکی، پاسخگویی ارائه کنندگان خدمات و همدلی مراکز خیریه عملکرد بهتری داشتند و در دو بعد قابلیت اطمینان خدمات و تضمین خدمات تعهد شده مراکز دولتی عملکرد بهتری را از نظر بیماران داشته اند. اما این اختلافات احتمالاً به دلیل حجم نمونه از نظر آمار معنی دار نشدند (جدول شماره ۴). به طور کلی یافته ها نشان می دهد که کمترین شکاف کیفیت (۰/۹۴) خدمات در مراکز دیالیز مربوط (جدول شماره ۴).

به طور کلی یافته ها نشان می دهد که کمترین شکاف کیفیت (۰/۹۴) خدمات در مراکز دیالیز مربوط به بعد پاسخگویی ارائه کنندگان خدمات در مراکز خیریه می باشد و همچنین بیشترین شکاف (۱/۶۴) کیفیت خدمات مربوط به بعد قابل لمس و فیزیکی در مراکز دولتی می باشد (جدول شماره ۳). مقایسه بین میانگین شکاف در ابعاد گوناگون بین مراکز دولتی و خیریه انجام و نتایج در جدول شماره ۴ درج شده است. در سه بعد قابل لمس و

جدول شماره ۴: ابعاد و تحلیل مقایسه ای شکاف کیفیت در بین بیمارستان های دولتی و خیریه

ابعاد	بیمارستان دولتی (شکاف)	بیمارستان خیریه (شکاف)	بهترین عملکرد	مقدار P-value مقایسه بین دو نوع مرکز
قابل لمس و فیزیکی	۱/۶۴(۰/۵۱)	۱/۵۴(۰/۴۰)	بیمارستان خیریه	۰/۲۲۵
قابلیت اطمینان خدمات	۱/۱۳(۰/۴۲)	۱/۲۰(۰/۲۹)	بیمارستان دولتی	۰/۱۷۱
پاسخگویی ارائه کنندگان خدمات	۰/۹۶(۰/۳۸)	۰/۹۴(۰/۲۶)	بیمارستان خیریه	۰/۴۶۴
تضمین خدمات تعهد شده	۳/۹۲(۰/۴۰)	۱/۰۲(۰/۳۰)	بیمارستان خیریه	۰/۱۹۳
همدلی	۳/۶۰(۰/۴۸)	۱/۵۱(۰/۴۵)	بیمارستان دولتی	۰/۲۱۲

جدول شماره ۵: ارتباط بین ویژگی های جمعیت شناختی بیماران و میانگین ۵ بعد کیفیت خدمات ادراک شده

متغیرها	قابل لمس و فیزیکی	قابلیت اطمینان	پاسخگویی	تضمین خدمات	همدلی	
نسبت	مرد	۳/۳۸±۰/۴۷	۳/۸±۰/۳۵	۴/۰۳±۰/۳۲	۳/۹۳±۰/۳۷	۳/۵۴±۰/۴۵
	زن	۳/۴۳±۰/۴۴	۳/۸۵±۰/۳۷	۴/۰۴±۰/۳۲	۳/۹۵±۰/۳۳	۳/۵۵±۰/۴۸
	P	۰/۴۸	۰/۳۵	۰/۹۱	۰/۷۸	۰/۸۳
وضعیت تأهل	مجرد	۳/۲۴±۰/۴۷	۳/۸۶±۰/۳۷	۳/۸۵±۰/۵۱	۳/۸۸±۰/۵	۳/۳۶±۰/۴۵
	متأهل	۳/۲۱±۰/۴۶	۳/۸۱±۰/۳۷	۴/۰۵±۰/۳۲	۳/۹۴±۰/۳۶	۳/۵۵±۰/۴۸
	متأخره	۳/۲۶±۰/۶۵	۳/۸±۰/۴۷	۴/۰۲±۰/۴	۳/۸۵±۰/۴۴	۳/۶±۰/۲۸
فوت همسر	فوت همسر	۳/۴±۰/۳۴	۳/۸۵±۰/۲۸	۴/۰۶±۰/۱۷	۳/۹۷±۰/۲۱	۳/۵۴±۰/۴۱
	P	۰/۲۷	۰/۹	۰/۳۱	۰/۸۸	۰/۳۶
	۳۰<	۳/۴۷±۰/۳	۴/۱۳±۰/۳۵	۴/۱۳±۰/۳۲	۴/۱۶±۰/۴۸	۳/۴۱±۰/۵۱
سن	۳۰-۴۴	۳/۱۵±۰/۵۷	۳/۶۷±۰/۳۳	۳/۸۴±۰/۴۲	۳/۷۸±۰/۳۵	۳/۴۱±۰/۴۸
	<۴۵	۳/۴۳±۰/۴۴	۳/۸۳±۰/۳۶	۴/۰۵±۰/۳	۳/۹۵±۰/۳۴	۳/۵۶±۰/۴۶
	P	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۲۹
درآمد	ناکافی	۳/۴۷±۰/۳	۳/۸۵±۰/۳۴	۴/۰۵±۰/۳	۳/۹۶±۰/۳۱	۳/۵۶±۰/۴۵
	متوسط	۳/۴۳±۰/۵۷	۳/۷۵±۰/۳۸	۳/۹۹±۰/۳۴	۳/۸۸±۰/۳۶	۳/۴۴±۰/۵
	کافی	۳/۱۵±۰/۴۴	۳/۸۶±۰/۴۸	۴/۰۶±۰/۴۸	۳/۹۳±۰/۷۴	۳/۷۷±۰/۳۴
تحصیلات	P	۰/۰۳	۰/۲۷	۰/۵	۰/۳۲	۰/۰۸
	بی سواد	۳/۵۸±۰/۳۹	۳/۸۳±۰/۳	۴/۰۲±۰/۲۵	۳/۹۳±۰/۳۴	۳/۵۸±۰/۳۷
	ابتدایی	۳/۴۸±۰/۳۹	۳/۸۶±۰/۳	۴/۱±۰/۲۳	۳/۹۵±۰/۲۳	۳/۵±۰/۵۶
مدت زمان دیالیز (سال)	دیرستان و دیپلم	۳/۳±۰/۴۵	۳/۸±۰/۴	۴/۰۳±۰/۳۷	۳/۹۷±۰/۳۶	۳/۵۹±۰/۴۱
	دانشگاهی	۳/۱۱±۰/۵۸	۳/۷۷±۰/۴۷	۴±۰/۴۷	۳/۸۴±۰/۵۱	۳/۳۷±۰/۶
	P	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۵۳	۰/۴۴	۰/۱۷
مدت زمان دیالیز (سال)	کمتر از ۳ سال	۳/۴۳±۰/۴۷	۳/۸±۰/۳۶	۴/۰۴±۰/۳۲	۳/۹۵±۰/۳۵	۳/۵۴±۰/۴۳
	۳-۵	۳/۳۷±۰/۳۶	۳/۸۸±۰/۳۴	۴/۱±۰/۳۲	۴/۰۳±۰/۳۷	۳/۵۶±۰/۵۴
	بیشتر از ۵ سال	۳/۳۵±۰/۴۸	۳/۸۴±۰/۳۷	۴±۰/۳۱	۳/۸۷±۰/۳۳	۳/۵۴±۰/۴۷
P	۰/۴۹	۰/۴۴	۰/۳۲	۰/۰۷	۰/۹۷	

۴ بعد داشتند: در بعد قابل لمس و فیزیکی میانگین ۳/۱۵ با (P=۰/۰۳)، در بعد قابلیت اطمینان خدمات میانگین ۳/۶۷ با (P=۰/۰۱)، در حیطه پاسخگویی ارائه کنندگان خدمات میانگین برابر ۳/۸۴ با (P=۰/۰۱) و در بعد تضمین خدمات میانگین برابر ۳/۷۸ با (P=۰/۰۳) با سایر گروه های سنی رابطه معنی داری نشان داد. علاوه بر این

علاوه بر این، بین برخی ویژگی های جمعیت شناختی بیماران و ۵ بعد کیفیت خدمات ادراک شده اختلاف معنی دار مشاهده شد (جدول شماره ۵). بین سن بیماران و تمامی ابعاد کیفیت رابطه معنی داری مشاهده شد. به طوری که گروه سنی ۳۰ تا ۴۴ سال کمترین میزان میانگین کیفیت ادراک شده را در هر

کمترین شکاف مربوط به قابلیت اطمینان خدمات (۰/۹۳) در بیمارستان های دولتی و بعد از آن پاسخگویی ارائه کنندگان خدمات (۰/۹۴) در مراکز خیریه می باشد که این نشان می دهد که علی رغم حجم کار زیاد در بخش همودیالیز پرستاران و کارکنان در صورت نیاز بیماران در دسترس هستند و از تعهد بالایی جهت خدمت رسانی برخوردار بوده و خدمات را سریع و به موقع به بیماران ارائه داده و به شکایات آن ها رسیدگی لازم به عمل می آید. از آنجا که خدمات ذاتاً غیر قابل لمس هستند، تعاملات بین فردی در طول فرآیند ارائه خدمات اثرات مهمی در برداشت بیماران از کیفیت خدمات دارد.

علاوه بر این، یافته ها چندین مطالعه نشان داده است که عوامل انسانی نسبت به عوامل غیر انسانی اثر بیشتری بر روی ادراکات بیماران از کیفیت خدمات دارد و همچنین تعاملات بین فردی و روابط یکی از مهمترین فاکتورهای اثرگذار بر روی ادراک بیماران از کیفیت خدمات است (۱۸،۱۷).

بنابراین پزشکان و کارکنان باید نیازها و خواسته های اجتماعی و عاطفی بیماران را شناسایی کرده و در مواقع لزوم و نیاز بیماران در دسترس باشند. همین طور که در بالا اشاره شد بیشترین شکاف و ارزیابی نامطلوب خدمات از دید بیماران مربوط به فضای فیزیکی بخش همودیالیز می باشد و این بدان معنی است که بیماران، فضای فیزیکی و ساختمان بخش، ظاهر تمیز و آراسته کارکنان و تجهیزات و تسهیلات مناسب و به روز، علائم راهنما و تابلوهای جذاب، کیفیت غذای ارائه شده و راحتی و تمیزی سالن انتظار و اتاق بستری را ضعیف و نامطلوب ارزیابی کردند.

از میان سوالات مطرح شده در بعد قابل لمس و فیزیکی بیشترین شکاف و نارضایتی مربوط به کیفیت نامطلوب غذای ارائه شده به بیماران در مراکز دولتی با شکاف (۲/۷) و در مراکز خیریه با میانگین شکاف (۲/۳۹) و پس از آن ناکافی بودن علائم راهنما و تابلوهای جذاب در بخش موجب ارزیابی نامطلوب و

بین سطح درآمد بیماران و میانگین بعد قابل لمس و فیزیکی ($P < 0/001$) رابطه معنی دار مشاهده شد، به طوری که با افزایش میزان درآمد بیماران میانگین کیفیت خدمات ادراک شده در بعد فیزیکی کاهش پیدا کرده است. همچنین بین سطح تحصیلات بیماران و بعد قابل لمس و فیزیکی ($P < 0/001$) ارتباط معنی داری مشاهده می شود، بیماران با تحصیلات دانشگاهی کمترین نمره میانگین کیفیت خدمات ادراک شده را دارند (جدول شماره ۵).

بحث:

هدف از انجام این پژوهش بررسی کیفیت خدمات ادراک شده از دید بیماران همودیالیزی در مراکز دولتی و خیریه شهر اصفهان بر اساس مدل سروکوال می باشد. اندازه گیری کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده برای شناسایی نقاط ضعف خود یکی از مهمترین و اثربخش ترین استراتژی مدیران بهداشت و درمان برای بهبود کیفیت خدمات است. علاوه بر این با توجه به اثرات کیفیت خدمات بر روی رضایت بیماران، اندازه گیری کیفیت به عنوان شاخص مهم در نظر گرفته می شود (۱۲).

در تمامی ۵ بعد کیفیت خدمات سروکوال بین انتظارات و ادراکات بیماران شکاف ملاحظه شد. در واقع هیچ یک از بیمارستان ها نتوانستند انتظارات بیماران را برآورده کنند. البته این شکاف بسیار بزرگ نبود که این امر نشان می دهد که مراکز مورد مطالعه توجه خاص به کیفیت خدمات ارائه شده و به طور کلی سطح خدمات قابل قبول دارند. با این حال باید برای رسیدن به سطح مطلوب خدمات تلاش کرد.

محققین با استفاده از مدل کیفی سروکوال، به این نتیجه رسیدند که شکاف منفی بین ادراکات و انتظارات در تمامی ابعاد کیفیت خدمات وجود دارد که با یافته های مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۶-۱۳).

در مطالعه حاضر بیشترین شکاف کیفیت خدمات ادراک شده مربوط به بعد قابل لمس و فیزیکی (۱/۶۴) در مراکز دولتی و (۱/۵۴) در مراکز خیریه بود.

شکاف کیفیت در مراکز خیریه (۲/۶) و مراکز دولتی (۲/۱۷) شده است.

محیط فیزیکی بخش نقش مهمی در بهبود کیفیت خدمات و ارزیابی بیماران از کیفیت خدمات، جذابیت محیط و هتلینگ بیمارستانی مناسب خدمات دارد و به عنوان یکی از مهمترین دلایل مراجعه بیماران به بیمارستان ها در نظر گرفته می شود (۲۰، ۱۹).

از این رو مدیران بیمارستان ها باید امکانات و تسهیلات بیشتری را بر اساس نیازهای بیماران فراهم کنند تا فاصله و شکاف بین ادراکات و انتظارات بیماران کاهش یابد.

با نصب تابلوهای جذاب و چشم نواز و علائم راهنما مناسب در بخش همودیالیز و همچنین بهبود کیفیت غذای ارائه شده به بیماران می توان بخش قابل توجهی از شکاف انتظارات در این بعد را جبران کرد. در مطالعه بهادری و همکاران که در بخش همودیالیز شهر کرمان انجام شده بود. برخلاف یافته های این مطالعه، کمترین شکاف مربوط به بعد فیزیکی و قابل لمس بوده است (۴).

در مطالعه زارعی و همکاران که کیفیت خدمات را در بیمارستان های خصوصی ارزیابی کرده است، با یافته های این مطالعه همخوانی داشت و بیشترین شکاف مربوط به بعد فیزیکی و قابل لمس ارزیابی شده بود (۲۱).

مطالعه غلامی و همکاران که در مراکز بهداشتی درمانی شهر نیشابور انجام شده بود، مشابه یافته های این مطالعه بیشترین شکاف در بعد قابل لمس و فیزیکی گزارش شده است. شکاف در یکی از ابعاد می تواند اثر سینرژی بر روی ابعاد دیگر کیفیت خدمات داشته باشد و منجر به کاهش کیفیت در آن ابعاد شود (۲۳، ۲۲).

بنابراین علاوه بر تمرکز بر روی ابعاد با بزرگترین شکاف، مدیران و فراهم کنندگان خدمات باید بهبود ابعاد دیگر را در نظر داشته باشند.

در مطالعه حاضر بین میانگین ابعاد کیفیت خدمات و ویژگی های جمعیت شناختی مانند جنسیت،

وضعیت تأهل، مدت زمان دیالیز رابطه معنی داری مشاهده نشد. اگر چه به نظر می رسد در صورتی که خدمات ارائه شده به بیماران در حد نیاز و قابل انتظار بیماران باشد نباید تفاوتی بین زن و مرد دیده شود، اما در بعضی از مطالعات گذشته، انتظارات بیشتر در زنان نسبت به مردان را گزارش کرده اند که با یافته های این مطالعه همخوانی ندارد (۲۴، ۱۴).

اما میان سن و بعد قابل لمس و فیزیکی، قابلیت اطمینان خدمات، پاسخگویی و تضمین خدمات رابطه معنی دار مشاهده شد. به طوری که در رده بندی انجام شده، گروه سنی ۳۰ تا ۴۴ سال پایین ترین میانگین را داشتند.

همچنین میان سطح درآمد و بعد قابل لمس و فیزیکی رابطه معنی داری مشاهده شده است. به طوری که با افزایش میزان درآمد میانگین کیفیت خدمات کاهش پیدا می کند. به نظر می رسد افراد با درآمد بالاتر سطح انتظار و توقع بیشتری نسبت به رفاه محیطی داشته، بنابراین با بالا رفتن میزان درآمد برداشت از کیفیت مخصوصاً در بعد قابل لمس و فیزیکی بیشتر شده و نمره کمتری به این بعد داده اند.

وجود رابطه معنی دار میان بعد قابل لمس و فیزیکی و سطح تحصیلات نیز گویای این مطلب است که با افزایش تحصیلات، آگاهی و دانش از کیفیت بیشتر و در نتیجه انتظارات بیشتر می شود. در نتیجه در صورتی که انتظارات برآورده نشود به سطح کیفی خدمات ارائه شده در بخش مورد نظر نمره کمتری می دهند. Lin و همکاران، Bakar و همکاران در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که انتظارات بیماران با تحصیلات آکادمیک و دانشگاهی بالاتر از دیگر بیماران است (۱۵، ۲۴). لذا سیستم ارائه خدمات باید با افزایش کیفیت خدمات ارائه شده به وسیله آموزش بهتر و بیشتر کارکنان در تمامی ابعاد شکاف بین انتظارات و کیفیت خدمات ارائه شده را کم کند.

در مطالعه بهادری و همکاران ارتباط معنی داری بین تضمین خدمات و سطح درآمد وجود دارد (۴). در

باید به تمامی ابعاد دقت و توجه لازم مبذول شود. وجود شکاف در ابعاد مختلف می تواند ناشی از مسائلی از قبیل: کمبود منابع، کم توجهی مسئولان به خواسته های بیماران، عدم اطلاع مسئولان و مدیران مربوطه از خواسته های بیماران، عدم آموزش های کافی و استاندارد به کارمندان، سطح توقع بالای بیماران و سایر موارد باشد لذا ارائه دهندگان مراقبت های سلامت و کارکنان باید توجه بیشتری به عقاید و نظرات بیماران داشته باشند و از بازخورد به دست آمده برای حل مشکلات موجود و بهبود کیفیت خدمات استفاده کنند، علاوه بر این آموزش کارکنان برای رفع نیازهای عاطفی و انتظارات بیماران در جهت ارتقای کیفیت توصیه می شود.

امید است مطالعه حاضر اطلاعات مناسبی را در زمینه ابعاد مختلف کیفیت در اختیار مسئولان مربوطه قرار داده و با توجه و تلاش بیشتر کیفیت ادراک شده ی بیماران به انتظارات بیماران نزدیک گردد.

تشکر و قدردانی:

این تحقیق دانشجویی با همکاری معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به شماره و کد اخلاق ۹۲۴۱۲۳۲۵۴ تأیید و اجرا شد. بدینوسیله از این معاونت، پرسنل زحمتکش و بیماران مراکز همودیالیز مورد مطالعه که نهایت همکاری را در جمع آوری اطلاعات با تیم تحقیق داشتند قدردانی می شود.

ابعاد دیگر کیفیت خدمات به جز قابلیت اطمینان، انتظارات بیماران با سطح درآمد کافی بالاتر از انتظارات بیماران با سطح درآمد ناکافی است.

یافته های مطالعات ذکر شده نشان می دهد که خدمات ارائه شده در بیمارستان های مورد مطالعه با انتظارات بیماران هماهنگ نبوده است و مدیران باید برنامه ریزی صحیح و مناسبی برای بهبود همه ابعاد کیفیت خدمات فراهم کنند. بنابراین شنیدن صدای مشتریان مهمترین ابزار مدیریت سازمان های مدرن است و مدیران بیمارستان های مورد مطالعه با مهندسی مجدد فرآیندها، و استفاده از تکنیک های بهبود با در نظر گرفتن بازخورد و نظرات بیماران برای رسیدن به سطح مطلوب خدمات تلاش کنند. Joseph و همکاران اشاره می کنند، شکاف عملکرد خدمت (آنچه انتظار می رود و آنچه ارائه می شود) را می توان با آموزش بهتر و بیشتر کارکنان کاهش داد (۲۵).

نتیجه گیری:

یافته های این مطالعه نشان می دهد، در هر ۵ بعد کیفیت خدمات بخش همودیالیز بیمارستان های دولتی و خیریه شهر اصفهان بین انتظارات و ادراکات بیماران از خدمات ارائه شده شکاف وجود دارد که این شکاف در بعضی ابعاد کمتر و در بعضی بیشتر است ولی با توجه به اینکه فاصله شکاف های کیفیت در ابعاد گوناگون کم و بهم نزدیک است، تمامی ابعاد اهمیتی یکسان دارند و

منابع:

1. Amirkhani M, Nouhi E, Jamshidi H. The comparative survey of life quality in renal transplant recipients, peritoneal dialysis, and hemodialysis patients in Kerman in the year 2013. J Fasa Univ Medl Sci. 2014; 4(1): 126-33.
2. Brunner LS, Smeltzer SCC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2010.
3. Black JM, Hawks JH. Medical-surgical nursing. USA: Saunders/Elsevier; 2009.
4. Bahadori M, Raadabadi M, Heidari Jamebozorgi M, Salesi M, Ravangard R. Measuring the quality of provided services for patients with chronic kidney disease. Nephro Urol J. 2014; 6(5).
5. Teas RK. Expectations, performance evaluation, and consumers' perceptions of quality. J Market. 1993; 57(4): 18-34.

6. Cronin Jr JJ, Taylor SA. Measuring service quality: A reexamination and extension. *J Market.* 1992; 56(3): 55-68.
7. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA, Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *J Retailing.* 2004; 67(4): 114-50.
8. Finn DW. An evaluation of the SERVQUAL scales in a retailing setting. *Adv Consumer Res.* 1991; 18:483-90.
9. Cheng Lim P, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *Int J Health Care Qual Assur.* 2000; 13(7): 290-9.
10. Ramseook-Munhurrun P, Soolakshna D, Bhiwajee L, Naidoo P. Mauritius service quality in the public service. *Int J Manag Market Res.* 2010; 3(1): 37-50.
11. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian J CarE Sci.* 2002 Dec;16(4):337-44.
12. Perneger TV. Adjustment for patient characteristics in satisfaction surveys. *Int J Qual Health Care.* 2004; 16(6): 433-5.
13. Muhammad Butt M, Cyril de Run E. Private healthcare quality: Applying a SERVQUAL model. *Int J Health Care Quality Assur.* 2010; 23(7): 658-73.
14. Lin D-J, Li Y-H, Pai J-Y, Sheu C, Glen R, Chou M-J, et al. Chronic kidney-disease screening service quality: Questionnaire survey research evidence from Taichung City. *BMC Health Serv Res.* 2009; 9(1): 1.
15. Bakar C, Seval Akgün H, Al Assaf A. 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(4): 343-55.
16. Arasli H, Haktan Ekiz E, Turan Katircioglu S. Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008; 21(1): 8-23.
17. Padma P, Rajendran C, Sai Lokachari P. Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals: Perspectives of patients and their attendants. *Benchmarking: Int J.* 2010; 17(6): 807-41.
18. Suki NM, Lian JCC, Suki NM. A comparison of human elements and nonhuman elements in private health care settings: customers' perceptions and expectations. *J Hospital Market Public Relation.* 2009; 19(2): 113-28.
19. Camilleri D, O'Callaghan M. Comparing public and private hospital care service quality. *Int J Health Care Qual Assur.* 1998; 11(4): 127-33.
20. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Servqual. *J Retailing.* 1988; 64(1): 12-40.
21. Zarei A, Arab M, Froushani AR, Rashidian A, Tabatabaei SMG. Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12(1): 1.
22. Gholami A, Salarilak S, Gharaaghaji R, Sadaghiyanifar A, Moosavi Jahromi L. Quality gap in primary health care in Urmia health care centers, 2009. *Urmia Med J.* 2010; 21(4): 347-53.
23. Mohd Suki N, Chiam Chwee Lian J, Mohd Suki N. Do patients' perceptions exceed their expectations in private healthcare settings? *Int J Health Care Qual Assur.* 2011; 24(1): 42-56.
24. Lin D-J, Sheu C, Pai J-Y, Bair A, Hung C-Y, Yeh Y-H, et al. Measuring patient's expectation and the perception of quality in LASIK services. *Health Qual Life Outcomes.* 2009; 7(1): 1.
25. Joseph M, Stone G, Anderson K. Insurance customers' assessment of service quality: A critical evaluation. *J Small Bus Enterprise Develop.* 2003; 10(1): 81-92.

Perceived service quality delivered to adult chronic hemodialysis patients in public and charity hospitals based on Servqual model

Majlesi M¹, Yadegarfar G^{2*}, Soudavi M³, Khorasabi E⁴, Zakeri P⁵, Baghaei T⁶, Sharifi Faradonbeh N⁷

¹Hamedan Payame-Nour University, Hamedan, I.R. Iran; ²Heart Failure Research Centre, Epidemiology and Biostatistics Dept., Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran; ³Vice-Chancellery for Clinical Affairs, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; ⁴Student, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran; ⁵Student, Epidemiology and Biostatistics Dept., Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; ⁶Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran; ⁷Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Received: 17/Aug/2016

Accepted: 6/Mar/2018

Background and aims: Public and private health organizations need to perform research and development programs and implement quality improvement programs for their survival and success. The aim of this study was to assess quality of care services delivered at public and private health centres to chronic haemodialysis patients.

Methods: This is a descriptive-analytical cross-sectional study. Required data were collected from 5 haemodialysis centres of Isfahan (three public and two charity health centres) from April to June 2016 using the Servqual questionnaire which translated into Farsi and standardised. The questionnaire had two sections: the first section included demographic data and the second part had 25 questions to measure the quality of services provided to patients in five dimensions: touchable and physical, service reliability, accountability, guarantee of committed and empathy services. The Pearson correlation coefficient and t-test were used to analyze data using SPSS.

Results: In the present study, the findings showed the largest gap on quality of services was for physical scale by 1.64 and the lowest gap for reliability of services by 0.93 in comparison between public and charity health centres. There were also significant differences between demographic characteristics including, education, income level, and age and dimensions of perceived service quality ($P < 0.001$).

Conclusion: The results show that in all five dimensions, servqual service quality was considered between expectations and perceptions of patients. Therefore, health care providers and employees should pay more attention to the opinions and opinions of patients and use the feedback to solve existing problems and improve the quality of services.

Keywords: Service quality, Haemodialysis, Servqual.

Cite this article as: Majlesi M, Yadegarfar G, Soudavi M, Khorasabi E, Zakeri P, Baghaei T, Sharifi Faradonbeh N. Perceived service quality delivered to adult chronic hemodialysis patients in public and charity hospitals based on Servqual model. J Shahrekord Univ Med Sci. 2018; 20(5):

***Corresponding author:**

Heart Failure Research Centre, Epidemiology and Biostatistics Dept., Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran. Tel: 00989134127553, E-mail: g_yadegarfar@yahoo.co.uk