

## بررسی ارائه کیفیت خدمات در بخش عمومی (مطالعه موردی: بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)

دکتر محمد تقی امینی\*

تاریخ دریافت: ۸۷/۰۴/۲۵

سعید فرجام\*\*

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۱/۱۵

### چکیده

امروزه کیفیت خدمت از مهمترین جنبه‌های مدیریتی سازمان‌های خدماتی هستند و مشتری محوری، استراتژی اول تمام سازمان‌های دنیا به شمار می‌روند. تحقیق حاضر به منظور بررسی میزان کیفیت خدمات درمانی ارائه شده در بیمارستان‌های درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (شهر اصفهان) انجام شده است. به همین منظور یک نمونه ۳۳۶ نفری از بیماران که قادر به همکاری و بیشتر از ۲۴ ساعت در بیمارستان‌های فوق بستری می‌شدند به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها به کمک پرسشنامه تدوین شده بر اساس ابزار سروکوآل که روایی و پایایی (۰/۹۱) آن مورد تأیید قرار گرفت انجام شد. از مدل‌های توسعه‌یافته در اندازه‌گیری کمی کیفیت خدمات در بخش دولتی متعلق به پاراسورامان و بری می‌باشد. مدل SERVQUAL سعی در اندازه‌گیری کیفیت خدمات در جایی که این کیفیت به عنوان یک ضرورت جهت درک مشتری، انتظارات او و کیفیتی که از خدمات ارائه شده انتظار دارد، به کار می‌رود. SERVQUAL مخفف کلمه SERVICE QUALITY به معنای کیفیت خدمات می‌باشد. این ابزار بر مبنای مدل شکاف کیفیت خدمات به اندازه‌گیری شکاف پنجم از ابعاد مختلف کیفیت خدمات (ملموس‌ها، توانایی اجرای خدمات، اعتماد و اطمینان، پاسخگویی و دلسوزی) می‌پردازد.

### واژگان کلیدی

کیفیت، خدمت، انتظار مشتری از خدمت، ادراک مشتری از خدمت، مدل سروکوآل

M\_amini@pnu.ac.ir

\* استادیار دانشگاه پیام نور واحد مرکزی

Farjam\_saeid@yahoo.com

\*\* مربی دانشگاه پیام نور واحد دهقان

## مقدمه

سازمان‌های بخش عمومی دریافته‌اند که ارائه خدمات با کیفیت به مشتریان، از مقوله‌های راهبردی و استراتژیک بقای سازمان‌ها در سال‌های آینده می‌باشد؛ بی‌شک در چند سال آینده «نسیم رقابتی» که امروزه در بین سازمان‌های خدماتی در کشورمان وجود دارد به «طوفان رقابتی تبدیل» خواهد شد. برای دستیابی به جایگاهی مناسب در چنین فضای رقابتی باید خدماتی را ارائه نماییم که از سوی مشتریان با کیفیت تلقی گردد. این امر میسر نخواهد شد مگر با تعریف روشنی از کیفیت و آگاهی از نیازهای واقعی مشتریان.

سازمان‌های بخش عمومی به اهمیت بحث کیفیت و لزوم سنجش آن واقفند ولی مشکل آنجاست که این سازمان‌ها به درستی به ابعاد مختلف و عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات واقف نمی‌باشند. مدیران بخش‌های خدماتی همواره درصدد اثبات محوریت مشتریان در سازمان خود هستند؛ از سوی دیگر به علت محدودیت منابعی که گریبانگیر تمامی سازمان‌ها است، مدیران این سازمان‌ها مجبورند ابتدا نیازها و انتظارات مشتریان خود را شناسایی نموده و سپس به اندازه‌گیری ادراکات آنها از خدمات دریافتی، فاصله میان انتظارات و ادراکات مشتریان خود را شناسایی نموده و نهایتاً با بهره‌گیری از این اطلاعات راه حلی که بیشترین هزینه-اثربخشی را در پرکردن شکاف موجود دارد، انتخاب نموده و بازگیرند.

هر روزه دامنه کاربرد فعالیت‌های مدیریت کیفیت به وسیله بخش صنعت و خدمات گسترش می‌یابد؛ به طوری که در برخی موارد از کیفیت به عنوان مهمترین مزیت رقابتی سازمان‌ها یاد می‌شود و این امر در بخش خدمات بیشتر به چشم می‌خورد. مشتریانی که خدمات درمانی دریافت می‌کنند قبل از دریافت اینگونه خدمات نمی‌توانند نتیجه آن را مشاهده کنند. مشتریان انتظار دارند که اینگونه سازمان‌ها به قول و تعهد خود مبنی بر ارائه خدمات در زمان مقرر و به طور صحیح و به دریافت‌کننده

موردنظر، جامه عمل بپوشانند؛ و تأمین این انتظار را دلیل بر کیفیت خدمات درمانی می دانند.

به طور کلی قضاوت و نتیجه گیری مشتریان در خصوص کیفیت خدمات درمانی ناشی از مشاهدات ایشان درباره ظاهر اینگونه سازمانها، تجهیزات و لوازم و ابزار کار، محل ارائه خدمت، ظاهر کارکنان، چگونگی ارائه خدمت و قیمت وغیره است.

### ۱. اهمیت خدمات در اقتصاد کنونی

امروزه افراد در محیطی زندگی می کنند که به طور روزافزون به سوی اقتصاد مبتنی بر خدمات پیش می رود. دیگر خدمات بخش کوچکی از اقتصاد به شمار نمی رود، بلکه به عنوان قلب ارزش آفرینی در اقتصاد مطرح است. دیگر خدمات به خدمات بانکی، پستی، بیمه ای، بهداشتی و آموزشی محدود نمی شود بلکه اغلب محصولات که خریداری می کنیم عناصری از خدمت را نیز شامل می شوند. در واقع طیف وسیعی از کالاها برای داشتن مزیت رقابتی بر فعالیتهای مبتنی بر خدمت تکیه دارند. اقتصاددانان اولیه توجه اندکی به خدمات داشتند و آن را غیرمولد قلمداد می کردند، چرا که به زعم آنان خدمات، ارزش افزوده ای برای اقتصاد به همراه نمی آورد. آدام اسمیت در اواسط قرن هجدهم بین تولید ستاده ملموس و ستاده ناملموس تمایز قائل شده است. او تلاش های واسطه ها، پزشکان، حقوقدانان و نیروهای انتظامی را به عنوان عدم ایجاد هرگونه ارزش توصیف می کند. این طرز تفکر تا اواخر قرن نوزدهم یعنی زمانی که آلفرد مارشال عنوان کرد فردی که خدمتی را ارائه می کند همانند فردی که محصول ملموسی را تولید می کند، قابلیت ارائه مطلوبیت به دریافت کننده را دارد، غالب بود. به علاوه مارشال بر این باور بود که محصولات ملموس در غیاب مجموعه خدماتی که به منظور تولید آنها انجام می شود، وجود نخواهند داشت.

امروزه تمامی تولیدکنندگان کالا، به مشتریان خود چندین خدمت ارائه می‌کنند. اریوگیاریانی می‌گوید: «برای هر کالایی که ما می‌خریم، چه اتومبیل باشد و یا قالی، هزینه خالص تولید یا کارخانه‌های آن به ندرت بیشتر از ۲۰ درصد می‌باشد و مابقی هزینه مربوط به انواع مختلفی از خدمات می‌باشد. برای یک کارخانه اجزا خدماتی که تشکیل‌دهنده کل هزینه می‌باشند را می‌توان در پنج دسته زیر تقسیم‌بندی کرد (Gronrooz, 2000, pp. 1-3).

قبل از تولید: مثل تحقیق و توسعه، طراحی، تأمین مالی

حین تولید: مثل تأمین مالی، کنترل کیفیت، نگهداری

فروش: مثل تدارکات، شبکه‌های توزیع، اطلاعات

حین کاربرد و مصرف: مثل نگهداری، آموزش مشتری، به روز کردن

پس از مصرف: مثل مدیریت ضایعات، بازیافت

برخلاف برخی باورهای نادرست در خصوص بی‌اهمیت بودن بخش خدمات در اقتصاد، امروزه به پیامدهای مستقیم و غیرمستقیم خدمات در بخش‌های اقتصادی توجه قابل ملاحظه‌ای می‌شود (Palmer, 2001, p.2). خدمات؛ تعاریف و ویژگی‌ها.

خدمت یک واژه پیچیده می‌باشد. این واژه دارای معنای مختلفی است و طیفی از خدمات شخصی تا خدمت به عنوان یک محصول را در برمی‌گیرد. این کلمه حتی حوزه وسیع‌تری را نیز شامل می‌شود. یک ماشین یا تقریباً هر محصول فیزیکی اگر فروشنده تلاش‌هایی برای ارائه راه‌حل برای تحقق نیازهای مشتری انجام دهد، می‌تواند خدمت به مشتری، تلقی گردد. ماشین یک کالای فیزیکی است اما نوع رفتار با مشتری یک خدمت محسوب می‌شود. به دلیل همین گستردگی و پیچیدگی، در طول دهه‌های ۶۰ تا ۸۰ طیف وسیعی از تعاریف در ارتباط با خدمت ارائه شد (Gronroos, 2000, p.46).

با این توصیف در زیر به چند تعریف از خدمت اشاره می‌شود:

خدمت: فعالیت یا منفعتی است که یک طرف به طرف دیگر عرضه می‌کند که اساساً نامحسوس بوده و مالکیت چیزی را در بر ندارد، نتیجه ممکن است محصول فیزیکی یا غیرمادی باشد (Kotler and Armesrang, 2000, p.428).

خدمت: نتیجه‌ای است که مشتریان خواستار آن هستند (Harvey, 1998, p.583).  
 خدمت تولید منفعت اساساً ناملموس، یا به خودی خود به عنوان یک محصول منفرد یا عنصری مهم از محصول ملموس است که به واسطه شکلی از مبادله، نیاز شناخته شده مشتری را برآورده می‌سازد (Palmer and cole, 1995, p.34).

خدمت: فرآیندی است مشتمل بر یک سری از فعالیت‌های کم و بیش نامحسوس که به طور طبیعی اما نه لزوماً همیشگی، در تعاملات بین مشتریان و کارکنان و یا منابع فیزیکی یا کالاها و یا سیستم‌های ارائه‌کننده خدمت، روی داده تا راه‌حلی برای مسائل مشتریان باشد (Gronroos, 2000, p.46).

در برخی آثار مربوط به بازاریابی برای درک بهتر مفهوم خدمت، معمولاً آن را با کالاهای فیزیکی مقایسه می‌کنند، که در جدول ۱ برخی از ویژگی‌های کالاها و خدمات به صورت خلاصه آورده شده است.

خدمات	کالاهای فیزیکی
ناملموس بودن	ملموس بودن
تفکیک‌ناپذیری	تفکیک‌پذیری
تغییرپذیری	تغییرناپذیری
فناپذیری	امکان ذخیره‌سازی
عدم انتقال مالکیت	انتقال مالکیت

جدول ۱: تفاوت کالاها و خدمات

خدمات دارای ویژگی‌هایی هستند که آن‌ها را از کالاها متمایز می‌سازد. این ویژگی‌ها اغلب به عنوان ناملموس بودن، تفکیک‌ناپذیری، تغییرپذیری، فناپذیری و عدم انتقال مالکیت بر خدمت مطرح می‌شوند.

## ۲. کیفیت و مفاهیم آن

### مفهوم و تاریخچه مختصر کیفیت

به‌طور کلی برای آنکه واژه کیفیت، مفهوم مورد نظر گوینده را برساند، باید کسی که این واژه را به کار می‌برد یک درک روشن و کاملی از معنی آن داشته باشد.

مفهوم کیفیت ریشه در کار متخصصین صنعتی دارد. اهمیت کیفیت در صنعت در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ مورد توجه قرار گرفت. تلاش‌های اولیه روی بخش تولید متمرکز بود، ولی بعدها بخش‌های خدماتی را نیز در بر گرفت. فایگنباوم در سال ۱۹۵۱ تعریف گویایی از کیفیت ارائه داد:

کیفیت یعنی توانایی یک محصول در برآوردن هدف مورد نظر که با حداقل هزینه ممکن تولید شده باشد. سه نفر از مشهورترین رهبران مباحث کیفیت که تأثیر اساسی در صنعت امروز جهان داشته‌اند فیلیپ کرازبی، جوزف جوران و ادوارد دمینگ می‌باشند.

کرازبی کیفیت را مطابقت یک محصول یا خدمات با الزامات (ویژگی‌ها و استانداردهای) از پیش تعیین شده تعریف می‌کند. به نظر وی کیفیت پایین از عدم مطابقت محصول یا خدمات با الزامات ناشی می‌شود. کرازبی به این نکته اشاره دارد که الزامات شامل تمامی کارهای لازم برای تولید یک محصول یا ارائه یک خدمت می‌باشد که مطابق انتظارات مشتری است.

کرازبی اهمیت رابطه کیفیت را با هزینه مورد توجه قرار داده و می‌گوید: «کیفیت رایگان است و کیفیت پایین است که هزینه در بر دارد». به نظر کرازبی اگر کیفیت را

درک کرده و نسبت به آن تعهد نشان دهیم، قابل دسترسی، قابل سنجش و سودبخش خواهد بود. وی بر «انجام درست کار در بار اول» تأکید دارد.

### ابعاد کیفیت خدمات

ابعاد مدیریت کیفیت جامع در بخش عمومی با ابعاد مدیریت کیفیت جامع در بخش خصوصی تفاوت‌های عمده‌ای دارد<sup>۱</sup>. در بخش خصوصی ابعاد کیفیت شامل قیمت، دوام، قابلیت اطمینان، تحویل به موقع، کارکرد، خدمات پس از فروش، شکل ظاهری، شهرت، ایمنی و تأثیر اجتماعی است که در ارتباط با ارائه یک محصول مورد ارزیابی مشتری قرار می‌گیرد<sup>۲</sup>. اما باید توجه داشت که ابعاد مدیریت کیفیت جامع در بخش عمومی بسیار فراتر از طرز نگرشی است که مشتری نسبت به یک کالا یا یک شیء دارد.

ابعاد مدیریت کیفیت جامع در بخش دولتی که با مطالعه ادبیات، از تئوری‌های مربوطه استخراج گردیده، نشان می‌دهد که دانشمندان مختلف ابعاد متفاوتی را برای استقرار مدیریت کیفیت جامع ارائه نموده‌اند.

دیوید گاروین ۱۹۹۳، الف، کیت اسمیت ۱۹۹۴، زتهامل ۱۹۹۹، جیسون ۱۹۹۸، میوری و آتکینسون ۱۹۹۸، پیتر سنگه ۱۹۹۸، فرانک زوهارت و آنجل. آر. مارتینز لور و جی دیت ۱۹۹۹ و پاراسورامان در سال ۲۰۰۰، هر کدام ابعاد مختلفی را جهت استقرار مدیریت کیفیت جامع در بخش عمومی بیان کرده‌اند. در صفحات بعدی، جداول ابعاد مدیریت کیفیت جامع در بخش عمومی آمده است.

ابعاد مدیریت کیفیت جامع در بخش دولتی				ابعاد TQM در بخش دولتی
آهایر (۱۹۹۶)	فیلن (۱۹۹۴)	سراف (۱۹۹۸)	دیل واکلند (۱۹۹۴)	
تعهد مدیریت ارشد	حمایت مدیریت ارشد	نقش مدیریت ارشد بخش‌ها و سیاست کیفیت	تعهد و رهبری مدیران ارشد اجرایی، برنامه‌ریزی و ساماندهی	حمایت مدیریت ارشد
تمرکز بر مشتری	درگیری با مشتری	—	تعیین فرهنگ	روابط با مشتری
مدیریت کیفیت عرضه‌کننده	درگیری عرضه‌کننده	مدیریت کیفیت عرضه‌کننده	تعیین فرهنگ، تعلیم و آموزش نیروی کار	روابط با عرضه‌کننده
تقویت کارکنان - آموزش کارکنان	مدیریت نیروی کار	آموزش روابط کارکنان	—	مدیریت نیروی کار
مدیریت طراحی کیفیت	جوایز بهبود کیفیت	طراحی تولید و ارائه خدمات	استفاده از ابزارها و شیوه‌ها	رفتار کارکنان
استفاده از SPC	مدیریت فرآیند	مدیریت فرآیند و روش‌های اجرایی عملیات	اندازه‌گیری بازخور	مدیریت جریان فرآیند
استفاده از داده‌های مربوط به کیفیت داخلی	بازخور	داده‌های مربوط به کیفیت و گزارش‌دهی	—	داده‌های کیفیت و گزارش‌دهی
—	—	نقش بخش	—	نقش بخش



ابعاد مدیریت کیفیت جامع در بخش دولتی				ابعاد TQM در بخش دولتی
آهایر (۱۹۹۶)	فیلن (۱۹۹۴)	سراف (۱۹۹۸)	دیل واکلند (۱۹۹۴)	
		کیفیت		کیفیت
شاخص گذاری	—	—		شاخص گذاری

جدول ۲: ابعاد مدیریت کیفیت جامع در بخش عمومی: فرانک زوهارت، آنجل. آر.

مارتینز لوروجی دیت ۱۹۹۹

مراجعات به بخش دولتی به تأسیسات فیزیکی، ابزار، ماشین‌آلات، پرسنل، مواد و مسیرهای ارتباطی توجه دارند.	ملموس‌ها
مراجعات سازمان‌های دولتی مایلند این سازمان‌ها توانایی اجرای خدمت وعده داده شده را به نحو درست و قابل اتکا داشته باشند.	قابلیت اعتماد
علاقمندی به فراهم ساختن خدمت مناسب و در کل کمک سازمان به مراجعان جهت دریافت بهترین خدمت	پاسخ‌گویی
توانایی و دانش کارکنان در جلب اعتماد مشتریان جهت بازگشت مجدد آنها	اطمینان
احساس تعلق و تعهد سازمان نسبت به فرد فرد مشتریان	همدلی

جدول ۳: ابعاد مدیریت کیفیت جامع در بخش عمومی - پاراسورامان ۲۰۰۰

### ۳. فرضیه‌های تحقیق:

- ۱- اعتمادسازی از طرف مسئولان سبب ایجاد رضایت در ارباب رجوع می‌گردد.
- ۲- اطمینان‌سازی از طرف مسئولان سبب ایجاد رضایت در ارباب رجوع می‌گردد.
- ۳- دلسوز بودن مسئولان سبب ایجاد رضایت در ارباب رجوع می‌گردد.
- ۴- پاسخگو بودن مسئولان سبب ایجاد رضایت در ارباب رجوع می‌گردد.
- ۵- وجود ملموس‌های مورد نیاز (تأسیسات مادی، ابزار و دستگاه‌ها) در بیمارستان سبب ایجاد رضایت در ارباب رجوع می‌گردد.

**۴. یافته‌های پژوهش:**

برای آزمون فرضیه‌های اصلی تحقیق از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جداول زیر آورده شده است.  
فرضیه اول: بین ملموس‌ها و رضایت ارباب رجوع رابطه وجود دارد.

ملموس‌ها(ادراکات)	ملموس‌ها(انتظارات)	
رضایت ارباب رجوع	-۰/۶۴۲	۰/۳۱۰

جدول ۴: ضریب همبستگی بین ملموس‌ها و رضایت ارباب رجوع

جدول بالا نشان می‌دهد که رضایت ارباب رجوع با ادراکات پاسخگویان در مورد ملموس‌ها رابطه منفی معناداری  $P < 0/01$  دارد ولی با انتظارات پاسخگویان در مورد ملموس‌ها رابطه مثبت معناداری  $P < 0/01$  دارد.  
فرضیه دوم: بین توانایی اجرای خدمات و رضایت ارباب رجوع رابطه وجود دارد.

توانایی اجرای خدمات(ادراکات)	توانایی اجرای خدمات(انتظارات)	
رضایت ارباب رجوع	-۰/۷۶۴	۰/۳۵۳

جدول ۵: ضریب همبستگی بین توانایی اجرای خدمات و رضایت ارباب رجوع

جدول فوق نشان می‌دهد که رضایت ارباب رجوع با ادراکات پاسخگویان در مورد توانایی اجرای خدمات رابطه منفی معناداری  $P < 0/01$  دارد ولی با انتظارات پاسخگویان در مورد توانایی اجرای خدمات رابطه مثبت معناداری دارد.  
فرضیه سوم: بین پاسخگویی و رضایت ارباب رجوع رابطه وجود دارد.

پاسخگویی (ادراکات)	پاسخگویی (انتظارات)	
-۰/۷۳۴	۰/۱۵۹	رضایت ارباب رجوع

جدول ۶: ضریب همبستگی بین پاسخگویی و رضایت ارباب رجوع

جدول فوق نشان می‌دهد که رضایت ارباب رجوع با ادراکات پاسخگویان در مورد پاسخگویی رابطه منفی معنادار  $P < 0/01$  دارد ولی با انتظارات پاسخگویان در مورد پاسخگویی رابطه مثبت معناداری  $P < 0/01$  دارد. فرضیه چهارم: بین ایجاد اطمینان در ارباب رجوع و رضایت آنان رابطه وجود دارد.

ایجاد اطمینان (ادراکات)	ایجاد اطمینان (انتظارات)	
-۰/۶۸۸	۰/۱۶۴	رضایت ارباب رجوع

جدول ۷: ضریب همبستگی ایجاد اطمینان و رضایت ارباب رجوع

جدول بالا نشان می‌دهد که رضایت ارباب رجوع با ادراکات پاسخگویان در مورد ایجاد اطمینان رابطه منفی معنادار  $P < 0/01$  دارد ولی با انتظارات پاسخگویان در مورد ایجاد اطمینان رابطه مثبت معناداری  $P < 0/01$  دارد. فرضیه پنجم: بین دلسوزی و رضایت ارباب رجوع رابطه وجود دارد.

دلسوزی (ادراکات)	دلسوزی (انتظارات)	
-۰/۷۳۲	۰/۲۶۱	رضایت ارباب رجوع

جدول ۸: ضریب همبستگی بین رضایت ارباب رجوع و دلسوزی

جدول فوق نشانگر آن است که رضایت ارباب رجوع با ادراکات پاسخگویان در مورد دلسوزی رابطه منفی معناداری  $P < 0/01$  دارد ولی با انتظارات پاسخگویان در مورد دلسوزی رابطه مثبت دارد.

برحسب مؤلفه‌های انتظارات

مدل	متغیرها	R	R2	R2 تغییر	F تغییر	سطح معناداری
-۱	توانایی	۰/۳۵۳	۰/۱۲۴	۰/۱۲۴	۴۷/۴۳	۰/۰۰۰۱
-۱	توانایی	۰/۳۶۷	۰/۱۴۱	۰/۰۱۷	۶/۵۷	۰/۰۱۱
-۲	ملموس‌ها					

جدول ۹: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیره کیفیت خدمات

جدول بالا نشان می‌دهد که در مرتبه اول توانایی انجام خدمات ۱۲/۴ درصد واریانس کیفیت خدمات بیمارستان‌ها یا رضایت ارباب رجوع را پیش‌بینی می‌کند و در مرتبه دوم ملموس‌ها ۱/۷ درصد واریانس کیفیت خدمات بیمارستان‌ها یا ارباب رجوع را تبیین می‌نماید و سایر مؤلفه‌ها مانند: دلسوزی، پاسخگویی و اعتماد پیش‌بینی‌کننده کیفیت خدمات بیمارستان‌ها نمی‌باشند.

مؤلفه‌های انتظارات

مرحله	متغیرهای پیش‌بین	متغیرهای تأثیر B	ضریب تأثیر استاندارد شده Beta	مقدار t	سطح معناداری
۱	ضریب ثابت	-۹/۹۰۲		-۲/۱۲۴	۰/۰۳۴
	توانایی	۱۲/۲۵	۰/۳۵۳	۶/۸۸	۰/۰۰۰۱
۲	ضریب ثابت	-۱۵/۷۷		-۳/۰۵	۰/۰۰۲

۱۷۷ بررسی ارائه کیفیت خدمات در بخش عمومی

۰/۰۰۰۱	۴/۱۹	۰/۲۶۱	۹/۰۶	توانایی
۰/۰۱۱	۲/۵۶	۰/۱۵۹	۵/۶۵	ملموس‌ها

جدول ۱۰: ضرایب رگرسیون جهت پیش‌بینی کیفیت خدمات برحسب

براساس ضرایب جدول فوق می‌توان معادله پیش‌بینی کیفیت خدمات بیمارستان‌ها

را براساس انتظارات از مؤلفه‌ها چنین نوشت:

$$Y = a + bx$$

$$\text{کیفیت خدمات} = -۱۵/۷۷ + ۰/۲۶۱(x_1) + ۰/۱۵۹(x_2)$$

مؤلفه‌های ادراکات

سطح معناداری	F تغییر	R2 تغییر	R2	R	متغیرها	مدل
۰/۰۰۰۱	۴۶۹/۱۷	۰/۵۸۴	۰/۵۸۴	۰/۷۶۴	توانایی	-۱
۰/۰۰۰۱	۱۱۱/۳۹	۰/۱۰۴	۰/۶۸۸	۰/۸۳۰	توانایی دلسوزی	-۱ -۲
۰/۰۰۰۱	۳۷/۸۹	۰/۰۳۲	۰/۷۲۰	۰/۸۴۹	توانایی دلسوزی ملموس‌ها	-۱ -۲ -۳
۰/۰۰۰۱	۳۶/۱۹	۰/۰۲۸	۰/۷۴۸	۰/۸۶۵	توانایی دلسوزی ملموس‌ها پاسخگویی	-۱ -۲ -۳ -۴

جدول ۱۱: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیره کیفیت خدمات برحسب

جدول بالا نشان می‌دهد که ادراکات ارباب رجوع در مرتبه اول توانایی اجرای خدمات ۵۸/۴ درصد واریانس کیفیت خدمات بیمارستان‌ها را تبیین می‌نماید و در مرتبه دوم دلسوزی ۱۰/۴ درصد واریانس کیفیت خدمات بیمارستان‌ها را تبیین می‌نماید و در مرتبه سوم ملموس‌ها ۳/۲ درصد و در مرتبه چهارم پاسخگویی ۲/۸ درصد واریانس کیفیت خدمات بیمارستان‌ها را تبیین می‌نماید و مؤلفه اعتماد، پیش‌بینی‌کننده کیفیت خدمات نمی‌باشد.

مؤلفه‌های ادراکات

مرحله	متغیرهای پیش‌بین	متغیرهای تأثیر B	ضریب تأثیر استاندارد شده Beta	مقدار t	سطح معناداری
۱	ضریب ثابت	۴۶/۹۲۸		۴۴/۴۲	۰/۰۰۰۱
	توانایی	-۴/۹۶	-۰/۳۲۵	-۷/۹۲	۰/۰۰۰۱
	دلسوزی	-۴/۵۱	-۰/۲۴۷	-۶/۰۸	۰/۰۰۰۱
	ملموس‌ها	-۴/۰۲	-۰/۲۱۲	-۶/۱۲	۰/۰۰۰۱
	پاسخگویی	-۴/۸۳	-۰/۲۴۹	-۶/۰۱	۰/۰۰۰۱

جدول ۱۲: ضرایب رگرسیون جهت پیش‌بینی کیفیت خدمات برحسب

براساس ضرایب جدول فوق می‌توان معادله پیش‌بینی کیفیت خدمات بیمارستان‌ها را براساس ادراکات ارباب رجوع در مورد مؤلفه‌های کیفیت خدمات چنین نوشت:

$$Y = a + bx$$

$$= ۶۶/۹۲۸ + (-۰/۳۹۸)x_1 + (-۰/۲۴۷)x_2 + (-۰/۲۱۲)x_3 + (-۰/۲۴۹)x_4$$

Sig	df	X2	n	میانگین رتبه‌ها	
۰/۰۰۰۱	۴	۴۹/۱۸۸	۳۳۶	۳/۳۲	ملموس‌ها
				۳/۲۲	دلسوزی
				۳/۰۲	اعتماد
				۲/۸۵	توانایی
				۲/۵۸	پاسخگویی

جدول ۱۳: خلاصه نتایج آزمون غیرپارامتریک فریدمن مؤلفه کیفیت خدمات

جدول بالا نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین رتبه‌های ملموس‌ها، دلسوزی، اعتماد، توانایی و پاسخگویی وجود دارد. مقایسه و میانگین رتبه‌ها نشان می‌دهد که به ترتیب ملموس‌ها در مرتبه اول، دلسوزی در مرتبه دوم، اعتماد در مرتبه سوم، توانایی در مرتبه چهارم و پاسخگویی در مرتبه پنجم اهمیت قرار دارند.

در بعد ادراکات

Sig	df	X2	n	میانگین رتبه‌ها	
۰/۰۰۰۱	۴	۶۵/۱۹	۳۳۶	۳/۵۵	توانایی
				۳/۰۵	اعتماد
				۲/۹۱	ملموس‌ها

				۲/۸۰	دلسوزی
				۲/۶۹	پاسخگویی

جدول ۱۴: خلاصه نتایج آزمون غیرپارامتریک فریدمن (مؤلفه‌های کیفیت خدمات)

جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین رتبه‌های مؤلفه‌های کیفیت خدمات ادراک شده توانایی، اعتماد، ملموس‌ها، دلسوزی و پاسخگویی وجود دارد. مقایسه میانگین رتبه‌ها نشان می‌دهد که به ترتیب توانایی انجام کار در مرتبه اول، اعتماد در مرتبه دوم، ملموس‌ها در مرتبه سوم، دلسوزی در مرتبه چهارم و پاسخگویی در مرتبه پنجم قرار دارند.

Sig	df	X2	n	میانگین رتبه‌ها	
۰/۰۰۰۱	۴	۱۹۳/۸۴	۳۳۶	۲/۵۳	توانایی
				۲/۴۶	ملموس‌ها
				۲/۲۹	اعتماد
				۲/۳۳	دلسوزی
				۱/۸۴	پاسخگویی

جدول ۱۵: خلاصه نتایج آزمون غیرپارامتریک فریدمن فرضیه‌های تحقیق

جدول بالا نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین رتبه‌های مؤلفه‌های کیفیت خدمات مورد انتظار توانایی، ملموس‌ها، اعتماد، دلسوزی و پاسخگویی وجود



دارد. مقایسه میانگین رتبه‌ها نشان می‌دهد که به ترتیب توانایی انجام کار، ملموس‌ها، دلسوزی، اعتماد و پاسخگویی در اولویت قرار دارند.

### فرضیه‌های فرعی

فرضیه ۱: کیفیت خدمات بیمارستان‌ها برحسب تحصیلات پاسخگویان تفاوت دارد.

نتایج نشان می‌دهند که کیفیت خدمات بیمارستان‌ها از نظر پاسخگویان با تحصیلات متفاوت، تفاوت معناداری در سطح  $P < 0/01$  دارد.

فرضیه ۲: کیفیت پاسخگویی برحسب تحصیلات پاسخگویان تفاوت دارد.

نتایج نشان می‌دهند که کیفیت پاسخگویی بیمارستان‌ها برحسب تحصیلات بیماران، تفاوت معناداری در سطح  $P < 0/05$  دارد.

فرضیه ۳: کیفیت اعتماد برحسب سن پاسخگویان تفاوت دارد.

نتایج نشان می‌دهند که کیفیت اعتماد پاسخگویان برحسب سن آنان، تفاوت معناداری در سطح  $P < 0/05$  دارد.

فرضیه ۴: کیفیت دلسوزی برحسب سن پاسخگویان تفاوت دارد.

نتایج نشان می‌دهد که کیفیت دلسوزی بیمارستان‌ها از نظر بیماران دارای سنین مختلف، تفاوت معناداری در سطح  $P < 0/05$  دارد.

فرضیه ۵: کیفیت خدمات بیمارستان‌ها برحسب شغل تفاوت دارد.

نتایج نشان می‌دهد که بیماران دارای مشاغل مختلف، کیفیت خدمات بیمارستان‌ها را متفاوت ندانسته‌اند. به عبارت دیگر، بیماران دارای شغل‌های مختلف کیفیت خدمات بیمارستان‌ها را مشابه ارزیابی کرده‌اند.

فرضیه ۶: کیفیت توانایی انجام کار بیمارستان‌ها برحسب بخش تفاوت دارد.

نتایج نشان می‌دهند که کیفیت توانایی انجام کار بیمارستان‌ها از نظر بیماران بستری در بخش‌های مختلف، تفاوت معناداری در سطح  $P < 0/01$  دارد.

فرضیه ۷: کیفیت خدمات برحسب نوع بیماری بیماران تفاوت دارد. نتایج نشان می‌دهند که کیفیت خدمات بیمارستان‌ها از نظر بیماران دارای بیماری‌های مختلف، تفاوت معناداری ندارد. به عبارت دیگر همه بیماران در مورد کیفیت خدمات نظر یکسانی داشته‌اند.

فرضیه ۸: کیفیت خدمات برحسب جنسیت تفاوت دارد. نتایج نشان می‌دهد که کیفیت خدمات بیمارستان‌ها از نظر بیماران زن و مرد، تفاوت معناداری ندارد. به عبارت دیگر بیماران زن و مرد کیفیت خدمات بیمارستان‌ها را یکسان ارزیابی کرده‌اند.

#### **الف) نتایج توصیفی پژوهش**

یافته‌های توصیفی حاصل از این پژوهش نشان داد که ۸۲/۴ درصد بیماران بستری در بخش‌های مامایی، جراحی، قلب، داخلی، ارتوپدی، مغز و اعصاب و بخش ویژه، کیفیت خدمات بیمارستان را بالا گزارش کرده‌اند و ۱۷/۶ درصد کیفیت خدمات بیمارستانی را پایین گزارش کرده‌اند.

علاوه بر این، میانگین پاسخ به سؤالات پرسشنامه سنجش کیفیت خدمات بیمارستان‌ها نشان داد که بیماران، تمام مؤلفه‌های نشان‌دهنده وضعیت کیفیت خدمات بیمارستان‌های در حال حاضر را مثبت گزارش کرده‌اند. هم‌چنین بیماران انتظار داشته‌اند که تمام مؤلفه‌های کیفیت خدمات بیمارستان‌ها باید از این هم بیشتر باشد.

#### **ب) نتایج استنباطی پژوهش**

یافته‌های استنباطی حاصل از این پژوهش نشان داد که بین ملموس‌ها و رضایت ارباب رجوع رابطه وجود دارد ولی این رابطه برای ملموس‌های ادراکی منفی و برای ملموس‌های انتظاری مثبت می‌باشد. این رابطه نشان‌دهنده این است که هر چه قدر انتظارات بیماران بیمارستان‌ها از ملموس‌ها بیشتر باشد رضایت آنها نیز بیشتر است.

نتایج پژوهش نشان داد که بین رضایت بیماران با توانایی اجرایی خدمات (ادراکی و انتظاری) رابطه وجود دارد. این رابطه نشان می‌دهد که هر چه قدر انتظارات بیماران بیمارستان‌ها از توانایی اجرای خدمات بیشتر باشد، رضایت آنها نیز بیشتر است. یافته‌های پژوهش نشان داد که رضایت بیماران با پاسخگویی (ادراکی و انتظاری) رابطه دارد. این رابطه نشان می‌دهد که هر چه قدر انتظارات بیماران بیمارستان‌ها از پاسخگویی بیمارستان‌ها بیشتر باشد، رضایت آنها نیز بیشتر است. یافته دیگر نشان داد که رضایت بیماران با ایجاد اطمینان (ادراکی و انتظاری) رابطه دارد. به عبارت دیگر هر چه قدر انتظارات بیماران بیمارستان‌ها (ادراکی و انتظاری) از ایجاد اطمینان بیشتر باشد، رضایت بیماران نیز بیشتر خواهد بود. علاوه بر این یافته‌ها نشان داد که رضایت بیماران با دلسوزی (ادراکی و انتظاری) رابطه دارد. به عبارت دیگر هر چه قدر میزان دلسوزی در بیمارستان‌ها بیشتر باشد، رضایت بیماران نیز بیشتر خواهد بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که در مرتبه اول توانایی انجام خدمات (انتظاری) و در مرتبه دوم ملموس‌ها (انتظاری) پیش‌بینی‌کننده معنادار کیفیت خدمات بیمارستان‌ها می‌باشند و سایر مؤلفه‌های انتظاری مانند دلسوزی، پاسخگویی و اعتماد پیش‌بینی‌کننده کیفیت خدمات بیمارستان‌ها نمی‌باشند. علاوه بر این نتایج تحلیل رگرسیون کیفیت خدمات بیمارستان‌ها بر حسب مؤلفه‌های ادراکی نشان داد که در مرتبه اول توانایی، در مرتبه دوم دلسوزی، در مرتبه سوم ملموس‌ها و در مرتبه چهارم پاسخگویی پیش‌بینی‌کننده معنادار کیفیت خدمات بیمارستان‌ها می‌باشند و فقط مؤلفه اعتماد پیش‌بینی‌کننده کیفیت خدمات بیمارستان‌ها نمی‌باشد. نتایج آزمون غیر پارامتریک فریدمن برای مؤلفه‌های کیفیت خدمات بیمارستان‌ها نشان داد که تأثیر ملموس‌ها در مرتبه اول، دلسوزی در مرتبه دوم، اعتماد در مرتبه سوم،

توانایی اجرای خدمات در مرتبه چهارم و پاسخگویی در مرتبه پنجم قرار دارد. یافته‌های فرعی تحقیق نشان داد که بیماران دارای تحصیلات پایین (ابتدایی و راهنمایی) کیفیت خدمات بیمارستان‌ها را کمتر از بیماران دارای تحصیلات بالاتر گزارش داده‌اند. هم‌چنین بیماران بی‌سواد کیفیت پاسخگویی را کمتر از سایرین گزارش کرده‌اند.

یافته‌های فرعی دیگر نشان داد که اعتماد بیماران کم سن (زیر ده سال) کمتر از بیماران سایر سنین می‌باشد. هم‌چنین بیماران کم سن (۱۰ تا ۲۰ سال) و بیماران مسن (۴۰ تا ۵۰ سال) دلسوزی را بیشتر از بیماران ۲۰ تا ۳۰ ساله گزارش کرده‌اند. علاوه بر این بیماران بستری در بخش ویژه توانایی انجام کار را پایین‌تر گزارش کرده‌اند ولی بیماران سایر بخش‌های بیمارستان‌ها، توانایی را پایین گزارش نکرده‌اند. و بالاخره یافته آخر این بود که کیفیت خدمات بیمارستان‌ها از نظر بیماران زن و مرد و بیماران دارای مشاغل مختلف یک اندازه گزارش شده است.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که شکاف کیفیت خدمات یا به عبارتی نارضایتی بیماران از خدمات بیمارستان بسیار کم می‌باشد. به عبارت دیگر نمره شکاف کیفیت خدمات در هر پنج بعد مثبت است. شکاف مثبت کیفیت در مراکز بیمارستانی نشان داد که تمام ابعاد کیفیت مثبت است ولی میزان آنها متفاوت است که ملموس‌ها در مرتبه اول، دلسوزی در مرتبه دوم، اعتماد در مرتبه سوم، توانایی اجرای خدمات در مرتبه چهارم و پاسخگویی در مرتبه پنجم اهمیت قرار دارد. این یافته‌ها با یافته کبریایی و همکارانش در شهرستان کاشان (۱۳۸۳) و مقبل و همکارانش در بیمارستان‌های استان فارس (۱۳۸۲) همخوانی دارد. کبریایی و همکارانش بعد پاسخگویی را پایین‌تر از سایر ابعاد در مراکز بهداشتی شهر کاشان و شهر شیراز گزارش کرده‌اند. در تحقیق حاضر

نشان داده شده که در بخش خدمات درمانی کارکنان در قبال درخواست‌ها و مشکلات بیمار به نحو مطلوب واکنش نشان نمی‌دهند، بنابراین برای رفع این کمبود باید با آموزش‌های متفاوت به کارکنان خود، آنها را در قبال مشکلات بیماران حساس ساخت چرا که این گونه رفتارهای پرسنل در ارزیابی ذهنی بیماران و قضاوت آنها راجع به کیفیت خدمات بیمارستان مؤثر است.

تحقیق حاضر نشان داد که کمترین شکاف در بعد ملموس خدمت وجود دارد. بعد ملموس شامل وجود تسهیلات، تجهیزات، کارکنان و راه‌های ارتباطی مناسب است از آنجا که بعد ملموس تأثیر قابل توجهی بر دریافت‌کنندگان خدمت دارد، توجه و تأمین شرایط فیزیکی مناسب آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در تحقیق حاضر بیشترین شکاف در بُعد پاسخگویی مشاهده شد. در مطالعه کریدیس و همکاران در خدمات دندانپزشکی یونان و پژوهش لیم و تانگ در بیمارستان سنگاپوری و مطالعه کبریایی و همکارانش در مراکز بهداشتی شهر کاشان و تحقیق مقبل و همکارانش در مراکز بیمارستانی شهر شیراز نیز بیشترین شکاف کیفیت در بعد پاسخگویی مشاهده شد. در حالیکه در مطالعه بری و همکاران در پنج سازمان خدماتی آمریکا (دو بانک، دو مؤسسه بیمه و یک مؤسسه کارت اعتباری) و پژوهش هارت در مراکز بهداشتی انگلیس، بیشترین شکاف در بعد اطمینان و در مطالعه دانلی در خدمات کتابخانه‌ای اسکاتلند، بیش‌ترین شکاف در بعد ملموس‌ها مشاهده شده است. در این پژوهش کمترین شکاف کیفیت در بعد ملموس خدمت مشاهده شد. در مطالعه بری و همکاران، پژوهش هارت و مطالعه لیم و تانگ، مطالعه کبریایی و همکارانش (۱۳۸۳) در مرکز بهداشتی شهر کاشان نشان داد که در کمترین شکاف در بعد ملموس خدمت وجود دارد که در مطالعه مقبل و همکارانش (۱۳۸۲) در مراکز بیمارستانی شهر شیراز نشان داد که بیشترین شکاف در بعد ملموس خدمت وجود دارد. این دو یافته ناهماهنگ حکایت از آن دارد که در برخی از مناطق کشور و از جمله برخی از شهرها ابعاد ملموس و

فیزیکی خدمت مانند تسهیلات، تجهیزات، ظاهر کارکنان، پارکینگ و غیره به خوبی وجود ندارد و اکثر بیماران به سادگی راجع به ابعاد فیزیکی و ملموس خدمات اظهار نظر می‌کنند و موارد قضاوتی فقط همین بعد ملموس است. بنابراین جای آن دارد که مسئولان بخش درمانی با رسیدگی به وضعیت ظاهری و فیزیکی محیط بیمارستان‌ها و پرسنل آن و تجهیز بیمارستان‌ها به تسهیلات نوین، تا حد زیادی ارزیابی‌های ذهنی بیماران از کیفیت خدمات درمانی را مثبت سازند. از میان ۲۲ عبارت مربوط به کیفیت خدمات بیمارستان‌ها، تمام آنها مثبت گزارش شده است ولی در سوال ۳ و ۲ کمترین شکاف و در سوال ۱۲، ۱۱، ۵، بیشترین شکاف مشاهده شد. به هر حال مشاهده نتایج این پژوهش و مقایسه آن با سایر مطالعه‌ها بیانگر آن است که شکاف کیفیت در ابعاد مختلف از دیدگاه بیماران گوناگون جمعیتی و اجتماعی با یکدیگر متفاوت است. لذا لازم است مدیران بیمارستان‌ها برای تدوین برنامه ارتقای کیفیت مراکز بهداشتی و درمانی خود، به عنوان اولین گام اصلی چنین پژوهش‌هایی را انجام دهند. در این مطالعه متغیرهای سن، تحصیلات، شغل و نوع بیماری با نمره‌های شکاف کیفیت بررسی شدند و نتایج نشان داد که افراد دارای تحصیلات پایین‌تر کیفیت خدمات بیمارستان‌ها را پایین‌تر ارزیابی کرده‌اند. هم چنین افراد بی‌سواد کیفیت پاسخگویی را کمتر از افراد باسواد گزارش کرده‌اند. هم چنین بیماران کم سن، کیفیت خدمت اعتماد را کمتر گزارش کرده‌اند و بیماران کم سن و مسن نیز دلسوزی را کمتر گزارش کرده‌اند و بیماران بستری در بخش ویژه نیز کیفیت توانایی انجام کار را پایین‌تر گزارش کرده‌اند.

### پیشنهادها

براساس نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود که:

کیفیت خدمت در بعد توانایی در بخش‌های ویژه بیشتر گردد.

به کیفیت خدمت بعد ملموس‌ها که به ظاهر و بعد فیزیکی خدمت مربوط می‌شود، توجه بیشتری گردد. به ویژه این امر برای بیماران دارای تحصیلات پایین‌تر ضروری به نظر می‌رسد.

توجه بیشتری به بعد پاسخگویی گردد، منظور از پاسخگویی، تمایل به همکاری و کمک به بیماران است. این بعد کیفیت بر نشان دادن حساسیت و هوشیاری در قبال درخواست‌ها، سؤال‌ها و شکایت‌های بیماران تأکید دارد. لذا توصیه می‌شود به درخواست‌ها و نیازهای بیماران توجه و حساسیت بیشتری نشان داده شود. پیشنهاد می‌شود که تحقیق بر روی گروه‌های مختلف بیماران انجام گیرد تا تأثیر متغیرهای جمعیتی و اجتماعی بر روی کیفیت خدمت بررسی گردد.

#### **محدودیت‌ها**

تحقیق حاضر با محدودیت‌های زیر روبرو است:

عدم همکاری مسئولان بیمارستان‌ها و بیماران در جهت تکمیل پرسشنامه. نگرش منفی مدیران و سرپرستاران برخی از بیمارستان‌ها نسبت به اینگونه پروژه‌های تحقیقاتی  
نگرانی برخی بیماران در پاسخ به سؤالات به خاطر ترس از گزارش نظرات آنان همراه با نام آنها به مسئولین بیمارستان‌ها.

#### **یادداشت**

۱- ریاحی، بهروز، مدیریت کیفیت جامع در بخش عمومی، تهران، مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران، ۱۳۸۱

کتابنامه

- الوانی، سید مهدی؛ ریاحی، بهروز، *سنجش کیفیت خدمات در بخش عمومی*، مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران، ۱۳۸۲، چاپ اول.
- الوانی، سید مهدی؛ ریاحی، بهروز، *آموزه‌هایی برای استقرار مدیریت کیفیت جامع در بخش عمومی*، ۱۳۸۲، تهران: مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران.
- بهمن زیاری، فرهاد (۱۳۸۶)، *مدیریت و ضوابط اورژانس بیمارستان*، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- خوش دهان، علی (۱۳۸۱)، *آشنایی با مفاهیم و اندازه‌گیری رضایت مشتری*، تهران: انتشارات مشاورین کیفیت ساز، چاپ اول.
- حاجی شریف، محمود (۱۳۷۴)، *طراحی سیستم مدیریت کیفیت فراگیر*، تهران: مرکز آموزش مجتمع صنعتی سیمان آبیگ.
- رضایی نژاد، عبدالرضا (۱۳۷۸)، *پژوهشی در مدیریت کیفیت فراگیر*، تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- سید جوادین، سید رضا؛ کیماسی مسعود (۱۳۸۴)، *مدیریت کیفیت خدمات*، نگاه دانش، چاپ اول.
- حکیمی، رضا؛ صمدزاده، غلامرضا (۱۳۸۴)، *بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در کتابخانه دانشگاه سیستان و بلوچستان*، نشریه کتابداری و اطلاع رسانی، شماره اول، جلد ۸.
- کبریایی، علی، اکبری، فیض‌ا... (۱۳۸۳)، *شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی شهرستان کاشان*، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی قزوین، شماره ۳۱.
- لامعی، ابوالفتح (۱۳۷۸)، *مبانی مدیریت کیفیت فراگیر*. کمیته کشوری ارتقای کیفیت، تهران: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، چاپ دوم.



مقبل با عرض، عباس، محمدی، علی (۱۳۸۳)، بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز خدمات درمانی استان فارس، مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز (ویژه‌نامه حسابداری)، دوره نوزدهم، شماره دوم.

- Newman. R. (1998), "Survey of Service Quality with Use of Servqual Model". *Journal of Business & Industrial Marketing*, Volume: 8, Issue: 6. Pp.148-171.
- Mostafa, M. Mohamed. (2005), "An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 18 No. 7, pp. 516-532.
- Parasuraman, A., zeithaml. V. A. (1998), SERVQUAL: "A multiple item scale for measuring consumer perception of service Quality". *Journal of Retailing*, Vol.64, No.1, pp.12-40.
- Carydis. A. Komboli, M. (2001), "Expectation and Perception of Greek Patients Regarding the Quality of Dental Health Care". *International Journal of Quality in Health Care*, Vol:13, pp:409-416.
- Nadiri. H, Hussain. K. (2005), "Perceptions of service quality in North Cyprus hotels". *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 17, No.6, pp. 469-480
- Babakus, E.W.& Mangold, G. (2001), *Adapting the SERVQUAL scale to hospital service: empirical investigation*, *Health Service Research*, 26,pp.769-781.-
- Nelson,E.C.,Rust,R.t. (2003), "Do patient Perceptions of quality relate to hospital financial performance?" *Journal of Health Care Marketing*, pp.6.