مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۵، شماره ۱، بهار ۱۳۹۶: ۹-۱۹

● **مقاله تحقیقی** **کد مقاله: ۰۱**

ارزشیابی کیفیت خدمات بیمارستان‌های شهر تهران با استفاده از مدل HEALTHQUAL

دکتر مصدق‌راد علی‌محمد ۱
سخنور مبین ۲*

۱- دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تبریز، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی

تلفن: ۰۲۱۴۲۹۳۳۰۶

نشانی الکترونیکی:
mobinsokhanvar16@yahoo.com

چکیده

زمینه: کیفیت خدمات بیمارستانی منجر به افزایش اثربخشی خدمات درمانی و رضایت بیماران می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت خدمات بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش کار: این پژوهش توصیفی و مقطعی در ۱۸ بیمارستان (آموزشی، خصوصی و تأمین اجتماعی) شهر تهران انجام شد. ادراک و انتظار ۷۰۷ بیمار بستری از کیفیت خدمات این بیمارستان‌ها با استفاده از پرسشنامه هلس‌کوال مصدق‌راد در ۴ بعد محیط، تعاملات انسانی، اثربخشی و کارایی ارزشیابی شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS و بهره‌گیری از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین امتیاز انتظار و ادراک بیماران از کیفیت خدمات بیمارستان‌های شهر تهران به ترتیب برابر با ۰/۲۱±۴/۱۴ و ۰/۲۸±۳/۵۶ از ۵ امتیاز بوده است. بیشترین میانگین انتظار و ادراک از کیفیت مربوط به بعد اثربخشی خدمات بیمارستان بوده است. کیفیت خدمات در بیمارستان‌های مورد مطالعه دارای شکاف منفی به میزان (۰/۵۷-) بود. این میزان برای بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی (۰/۵۸-)، بیمارستان‌های تأمین اجتماعی (۰/۵۹-) و برای بیمارستان‌های خصوصی (۰/۵۴-) محاسبه شد.

نتیجه‌گیری: کیفیت خدمات بیمارستان‌های مورد مطالعه کمتر از حد انتظار بیماران بوده است. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید با آگاهی از انتظارات بیماران و حوزه‌های نارضایتی آنها و استفاده از استراتژی مدیریت کیفیت برای بهبود کیفیت خدمات بیمارستان‌های خود اقدام کنند.

واژگان کلیدی: بیمارستان، بیماران، کیفیت خدمات، مدل هلس کوال، تهران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱/۲۸ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۶/۳/۱۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۲/۱

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

مقدمه

بیمارســتان‌ها سیستم‌های اجتماعی بســیار پیچیده‌ای هستند که خدمات بهداشــتی، تشــخیصی، درمانی و بازتوانی را به بیماران با هدف ارتقاء، بازگرداندن و حفظ ســلامت آنهــا ارائه می‌کنند [۱]. خدمات بیمارســتان‌ها باید از کیفیت بالایی برخوردار باشد تا بتواند منجر به رضایت بیماران شــود. کیفیت برای نشان دادن برتری و مزیت یک کالا یا خدمت بکار می‌رود. کیفیت سیاســتی است که از طریــق تولید کالاها و خدمات مطلوب موجــب تأمین نیازهای مشتریان و رضایت آنها می‌شود [۲]. کیفیت خدمات نقش بسزایی در انتخاب بیمارستان توســط بیماران و مراجعین دارد [۳]. کیفیت خدمات بیمارستانی رضایت کارکنان بیمارستان [۴-۵] و بیماران را بــه دنبال دارد [۶-۷]. علاوه‌براین، کیفیت موجب وفاداری بیماران به بیمارســتان شــده و تمایل آنها را برای پیشــنهاد بیمارستان به دوستان و سایرین افزایش می‌دهد [۸]. توجه به کیفیت، هزینه‌های سازمان را کاهش داده [۹] و بهره‌وری را افزایش می‌دهد [۱۰-۱۱] و منجر به ثبات سازمان در بلند مدت می‌شود [۱۲]. اهمیت کیفیت موجب شــده اســت که امروزه این مقوله به عنوان یکی از عناوین پرطرفدار پژوهشــی در صنایع مختلف و به ویژه در بخش بهداشت و درمان مورد بررسی قرار گیرد.

تعریف کیفیت در بخش ســلامت به خاطر ویژگی‌های منحصر به فرد خدمات سلامت دشوار است [۱۳]. خدمات سلامت همزمان با تولید شــدن مصرف می‌شوند و افراد در زمان دریافت مجالی برای ارزیابی خدمات از نظر کیفیــت ندارند [۱۴]. عدم تقارن اطلاعاتی بین ارائه کننده و گیرنده خدمات سلامت، قضاوت بیماران در مورد کیفیت خدمات ســلامت را محدود می کنــد [۱۵]. اغلب خدمات ســلامت در زمان اضطرار مصرف می‌شوند که به نوعی بر قضاوت افراد اثر می‌گــذارد. بیماران خود جزئی از فرآیند درمان هســتند. بنابراین، پیامد خدمات سلامت علاوه بر وابستگی به فرآیند درمان، به شرایط و ویژگی‌های دموگرافیک بیمار نیز بستگی دارد.

دونابدین کیفیت خدمات پزشــکی را به‌کارگیری علم و تکنولوژی پزشــکی به نحوی که حداکثر منافع و حداقل آسیب را برای فرد داشته باشد، تعریف کرده است [۱۶]. اورتویت کیفیت مراقبت‌های بهداشــتی و درمانی را برآورده‌ســازی نیازها و انتظارات بیمار و دســتیابی به حداکثر نتایج بالینی ممکن با استفاده از منابع موجود می‌دانــد [۱۷]. مصدق راد کیفیت خدمات بهداشــتی و درمانی را «تأمین رضایت ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و بیماران از طریق ارائه خدمات اثربخش و کارامد مطابق با آخرین دستورالعمل‌های بالینــی و تأمین نیازهای تصریحی و تلویحــی منطقی بیماران» تعریف کرده است [۱۸]. نظرات ارائه کننده و دریافت کننده خدمات ســلامت در این تعریف کیفیت لحاظ شده است. با توجه به اینکه بیمــار در زمینه جنبه‌های فنی خدمات ســلامت اطلاعات کاملی ندارد، او نمی‌تواند قضاوت کاملاً درستی از کیفیت خدمات داشته باشــد. از طرف دیگر، با توجه به تغییر و توسعه دستورالعمل‌های فنی و نیازها و انتظارات بیماران، کیفیت خدمات ســلامت نیز به مــرور زمان ارتقا می‌یابد. مصدق‌راد در تعریف عملیاتی دیگری از کیفیت هشــت ویژگی کیفیتی یک خدمت بهداشتی و درمانی را بیان کرده اســت. به عبارتی، کیفیت در بهداشــت و درمان یعنی ارائه خدمات درست بهداشتی و درمانی به طریق درست در زمان مناســب، در مکان مناسب، توســط ارائه‌کننده مناسب به دریافت کننده مناســب با قیمت مناسب که منتهی به نتایج درست بالینی شود [۱۹].

کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی دارای دو بعد تکنیکی و عملکردی اســت. در بعد تکنیکــی جنبه‌های تخصصی خدمات بهداشــتی و درمانی در زمینه صحت و دقت رویه‌ها و تشخیص‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد. در حالی که جنبــه فرآیندی و عملکردی آن مربوط به نحوه ارائه خدمات می‌باشــد. با توجه به اینکه بیماران در زمینه کیفیت تکنیکی خدمات فاقد اطلاعات کافی هستند، عموماً قضاوت آنها بر اساس کیفیت فرآیندی خدمات انجام می‌شود.

مدل‌هــای مفهومــی متعددی برای ســنجش کیفیــت خدمات بیمارســتانی طراحی شــده اســت. در این مدل‌ها ابعادی برای ســنجش کیفیت خدمات بیمارستانی معرفی شده است. به عنوان مثال، دونابدین ابعاد ســودمندی، اثربخشی، کارایی، قانونمندی، بهینگــی، مقبولیت و برابری را برای ســنجش کیفیت پیشــنهاد کرده اســت [۱۶]. ویوری ابعاد ســنجش کیفیت خدمات سلامت را شامل اثربخشــی، کارایی، کفایت و بهبود شایستگی ای علمی و تکنولوژیکی می‌داند [۲۰]. از نظر پاراســورمان کیفیت خدمات دارای ابعاد پنجگانه جنبه‌هــای ملموس، قابلیت اعتماد، تضمین، پاسخگویی و تعاملات است [۲۱].

پرسشنامه‌های متعددی بر اساس مدل‌های مفهومی کیفیت، برای سنجش کیفیت خدمات توسعه یافته‌اند. به عنوان مثال، پاراسورمان و همکاران پرسشــنامه سروکوال (SERVQUAL) را در سال ۱۹۸۸ برای ســنجش کیفیت خدمات طراحــی کردند. از نظر آنها کیفیت خدمات تفاضل بین ادراک و انتظارات مشــتریان از خدمات

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

ارائه شده است [۲۱]. این پرسشنامه برای سنجش کیفیت خدمات بیمارستان در ایران [۲۲-۲۵] و سایر کشورهای جهان استفاده شده است [۲۶-۲۸]. با این وجود، ابزار مذکور به دلیل عدم پوشش تمامی جنبه‌های مرتبط با کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی مورد انتقاد قرار گرفته است [۲۹-۳۱]. مدل سروکوال در خارج از بخش بهداشت و درمان برای خدمات به طور عمومی توسعه یافته است و ابعاد مهم کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی نظیر دسترسی، قابلیت خرید، مراقبت و نتایج پزشکی را در بر نمی‌گیرد.

مصدق راد به منظور توسعه یک مدل و ابزار مناسب برای سنجش کیفیت خدمات سلامت پژوهشی را بر روی ۷۰۰ نفر از ذینفعان بهداشت و درمان شامل بیماران و همراهان آنها، ارائه کنندگان خدمات، مدیران، سیاستگذاران، تأمین‌کنندگان و سازمان‌های بیمه‌ای انجام داد. در این پژوهش ۱۸۲ ویژگی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی شناسایی و در ۵ گروه محیط Environment، تعاملات انسانی Empathy، کارایی Efficiency، اثربخشی Effectiveness و سودمندی Efficacy قرار گرفت (مدل ۵Es). در بعد محیط عوامل ملموس نظیر محیط فیزیکی (تسهیلات فیزیکی، ساختمان و تجهیزات) و پرسنل (از لحاظ کمی و کیفی) قرار دارد. روابط و تعاملات انسانی شامل ارتباطات بین ارائه‌کننده و گیرنده خدمت است و شامل ویژگی‌هایی نظیر احترام، اعتماد، ادب، تواضع، همدردی، کمک و پاسخ‌گویی است. در بعد کارایی نسبت هزینه‌ها به نتایج بدست آمده و عواملی نظیر زمان انتظار و سرعت دریافت خدمات قرار دارد. در بعد اثربخشی دستیابی به نتایج مورد انتظار از دیدگاه بیماران نظیر رهایی از درد، ایمنی خدمات و جامعیت خدمات دریافتی مورد بررسی قرار می‌گیرد. بعد سودمندی میزان اثربخشی خدمات ارائه شده را از دیدگاه ارائه کنندگان خدمات ارزیابی می‌کند. پرسشنامه هلس‌کوال HEALTHQUAL با استفاده از این مدل طراحی شد [۱۹].

یکی دیگر از وجوه تمایز مدل هلس کوال با مدل سروکوال نحوه محاسبه میزان کیفیت خدمات می‌باشد. نمره کیفیت در مدل سروکوال حاصل تفاضل میانگین عددی ادراک و انتظارات مشتریان از کیفیت خدمات می‌باشد [۱۹]. در مدل هلس کوال، با توجه به تفاوت اهمیت ابعاد مختلف کیفیت برای بیماران مختلف، ضریب اهمیت برای هر کدام از ابعاد کیفیت در نظر گرفته شده است. مجموع ضرایب اهمیت ابعاد کیفیت یک می‌باشد. نمره کیفیت در هر بعد از حاصلضرب ضریب اهمیت آن بعد در تفاضل ادراک و انتظار مرتبط با آن بعد محاسبه می شود. در نهایت، نمره کیفیت خدمات حاصل جبری نمره کیفیت ابعاد کیفیت است [۱۷].

$$SQ = \Sigma I\ (Pij - Eij)$$

SQ = Service Quality

k = Number of attributes

I = Importance of attributes

Pij = Performance perception of stimulus i with respect to attribute j

Eij = Service quality expectation for attribute j that is the relevant norm for stimulus i

بیشتر پژوهش‌های انجام شده در ایران با استفاده از مدل سروکوال انجام شدند که دارای محدودیت‌هایی برای سنجش کیفیت خدمات به ویژه در بخش بهداشت و درمان است. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی کیفیت خدمات در بیمارستان‌های شهر تهران با استفاده از مدل هلس کوال انجام شد. نتایج این مطالعه اطلاعات ارزشمندی در اختیار مدیران بیمارستان‌ها قرار می‌دهد تا بر اساس آن در زمینه ارتقای خدمات بیمارستان‌های خود اقدام کنند.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی و مقطعی بوده که در سال ۱۳۹۳ در بیمارستان‌های شهر تهران انجام شده است. بیمارستان‌های با مالکیت دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی در این مطالعه شرکت داده شدند. از میان ۱۱۴ بیمارستان، تعداد ۱۸ بیمارستان در طی دو مرحله انتخاب شدند. در مرحله اول بیمارستان‌ها بر حسب مالکیت‌های سه گانه تفکیک شدند (۴۳ بیمارستان دانشگاهی، ۶۰ بیمارستان خصوصی و ۱۱ بیمارستان تأمین اجتماعی). در مرحله دوم بیمارستان‌های واقع در هر گروه بر اساس اندازه به دو گروه کوچک (<۱۵۰ تخت) و بزرگ (≤ ۱۵۰ تخت) تقسیم بندی شدند. بر اساس امکانات محقق (زمان، منابع مالی و امکان هماهنگی و همکاری بیمارستان‌ها) و همچنین در راستای افزایش اعتبار نتایج حاصل از این مطالعه از تمامی گروه‌های بدست آمده حداقل یک بیمارستان انتخاب شد. در نتیجه تعداد بیمارستان‌های انتخابی در مالکیت دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی به ترتیب ۷، ۹ و ۲ برآورد شد. انتخاب بیمارستان‌ها

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

در هر گروه به صورت تصادفی ساده (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) صورت پذیرفت.

مشارکت کنندگان این پژوهش شامل کلیه بیماران بستری شده در بیمارستان‌های انتخابی در مدت زمان انجام پژوهش بوده است. معیار ورود به مطالعه مدت زمان بستری یک روز و بیشتر بود. کلیه بیمارانی که تمایلی به شرکت در این پژوهش نداشتند و یا شرایط مشارکت (هوشیاری کامل) را دارا نبودند، از این مطالعه خارج شدند. جهت محاسبه حجم نمونه از فرم کوکران استفاده شد. با در نظر گرفتن حجم نامشخص جامعه، در سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۵ صدم تعداد نمونه ۳۸۴ نفر محاسبه شد. بر اساس طراحی مطالعه و استفاده از رویکرد طبقه‌ای در انتخاب نمونه‌ها، نیاز به تعدیل حجم نمونه با لحاظ کردن ضریب طرح Design Effect وجود دارد. در این مطالعه حجم نمونه بدست آمده در اثر طرح (به میزان ۵/۱) ضرب شده و تعداد نهایی نمونه مورد نیاز برابر با ۵۷۶ بدست آمد. محاسبه حجم نمونه به این شیوه حداقل نمونه قابل قبول جهت تعمیم پذیری نتایج را بدست می دهد. در این مطالعه برای افزایش دقت مطالعه و همچنین به دلیل امکان بررسی نمونه بیشتر تعداد ۸۰۰ پرسشنامه بین بیماران توزیع شد. تفکیک نمونه آماری بین بیمارستان‌ها بر اساس تعداد بیماران بستری در هر بیمارستان و به صورت نسبت از کل انتخاب شد.

پرسشنامه شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک بیماران و نظرسنجی کیفیت خدمات بیمارستان بود. در زمینه کیفیت خدمات چهار بعد محیط (۱۱ سوال)، تعاملات (۱۲ سوال)، کارایی (۳ سوال) و اثربخشی (۴ سوال) در قالب ۳۰ سوال مورد بررسی قرار گرفت. کلیه سوالات مطرح شده در دو بخش آنچه بیمار انتظار داشته است و آنچه بیمار در واقعیت تجربه کرده است، مطرح شد.

در این مطالعه روایی صوری و محتوایی ابزار طراحی شده بر اساس رویکرد کیفی و کمی مورد بررسی قرار گرفت. در رویکرد کیفی نظر صاحبنظران اتخاذ شده و بعد از اعمال نظرات، ابزار پژوهش مورد تأیید آنها قرار گرفت. در رویکرد کمی و در زمینه روایی صوری Impact Score محاسبه شد. این میزان برای تمامی سوالات مساوی و یا بیشتر از ۵/۱ برآورد شد و در نتیجه مورد تأیید قرار گرفت. برای تأیید روایی محتوایی از دو رویکرد نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio) برای تأیید ضرورت سوال و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index) برای تأیید طراحی مناسب سوال استفاده شد. مبنای تأیید برای CVR به میزان ۰.۵۹ و برای CVI به میزان ۰.۷۹ انتخاب شد [۲۸, ۲۹]. روایی محتوایی سوالات پرسشنامه بعد از بررسی و بازبینی تعدادی از سوالات (CVR= ۰.۷۱ و CVI= ۰.۸۵) تأیید شد. برای تأیید پایایی پرسشنامه از شاخص آلفای کرونباخ استفاده شد. این شاخص برای مجموع سوالات پرسشنامه به میزان ۸۲۰/۰ و برای ابعاد آن به صورت محیط (۸۶۲/۰)، تعاملات (۸۸۰/۰)، کارایی (۷۵۴/۰) و اثربخشی (۷۳۰/۰) برآورد گردید.

در راستای دستیابی به اهداف پژوهش در ابتدا مشخصات دموگرافیک بیماران با استفاده از آمار توصیفی گزارش شد. در مرحله بعدی تحلیل توصیفی وضعیت کیفیت خدمات در بیمارستان‌های مورد مطالعه بر اساس نوع مالکیت انجام شد. در نهایت، توزیع نمرات کیفیت خدمات در بیمارستان‌های مختلف مورد مقایسه قرار گرفت. جهت انتخاب آزمون آماری مناسب، وضعیت نرمالیته دادها به وسیله آزمون کولوموگروف اسمیرنوف مورد سنجش قرار گرفت و در نهایت، با توجه به غیر نرمال بودن ($p<۰.۰۵$) داده‌های پژوهش، آزمون‌های U Man Whitney و Kruskal-Wallis H برای بررسی اختلاف توزیع نمرات کیفیت خدمات مورد استفاده قرار گرفتند. این پژوهش دارای کد تصویب ۹۴-۰۱-۲۷-۲۵۸۶۶ بوده و الزامات اخلاقی آن در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شد. همچنین رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان برای شرکت در مطالعه جلب شده است.

یافته‌ها

در مدت ۶ ماه تعداد ۷۰۷ پرسشنامه تکمیل شد و بر اساس آن نرخ پاسخ دهی ۴/۸۸ درصد برآورد شد. جدول شماره ۱ مشخصات بیماران شرکت کننده در پژوهش را به تفکیک نوع بیمارستان‌ها و متغیرهای دموگرافیک بیماران نشان می‌دهد.

میانگین امتیاز انتظار و ادراک بیماران به ترتیب برابر با ۵۶/۳ و ۱۴/۴ از ۵ امتیاز بوده است (جدول شماره ۲). امتیاز کیفیت خدمات بیمارستان‌ها نیز برابر با ۵۷/۰- بوده است. این مقدار میزان اختلاف آنچه بیماران انتظار داشته و آنچه تجربه نمودند را نشان می‌دهد. به عبارتی، بیمارستان‌ها قادر به برآورده‌سازی انتظارات بیماران در زمینه ابعاد کیفیت خدمات نبودند. کیفیت خدمات در تمامی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

جدول ۱- وضعیت متغیرهای دموگرافیک بیماران شرکت کننده در پژوهش بر اساس نوع بیمارستان

متغیر / مالکیت		دولتی		خصوصی		تأمین اجتماعی		کل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تعداد نمونه		۲۹۶	۴۱/۹	۳۳۶	۴۷/۵	۷۵	۱۰/۶	۷۰۷	۱۰۰
جنسیت	مرد	۱۴۷	۴۹/۷	۱۵۶	۴۶/۴	۳۶	۴۸	۳۶۸	۵۲/۱
	زن	۱۴۹	۵۰/۳	۱۸۰	۵۳/۶	۳۹	۵۲	۳۳۹	۴۷/۹
وضعیت تأهل	مجرد	۳۸	۱۲/۸	۵۸	۱۷/۳	۶	۸	۱۰۲	۱۴/۴
	متأهل	۲۵۸	۸۷/۲	۲۷۸	۸۲/۷	۶۹	۹۲	۶۰۵	۸۵/۶
وضعیت بیمه	دارد	۲۶۹	۹۰/۹	۳۲۲	۹۵/۸	۷۴	۹۸/۷	۶۶۵	۹۴/۱
	ندارد	۲۷	۹/۱	۱۴	۴/۲	۱	۱/۳	۴۲	۵/۹
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۴۶	۴۹/۳	۱۶۷	۴۹/۷	۳۱	۴۱/۳	۳۴۴	۴۸/۶
	دیپلم	۶۹	۲۳/۳	۸۳	۲۴/۷	۲۶	۳۴/۷	۱۷۸	۲۵/۲
	لیسانس	۷۰	۲۳/۷	۷۴	۲۲	۱۶	۲۱/۳	۱۶۰	۲۲/۶
	بالاتر از لیسانس	۱۱	۳/۷	۱۲	۳/۶	۲	۲/۷	۲۵	۰/۰۳
محل سکونت	شهر	۲۱۰	۷۰/۹	۲۳۶	۷۰/۲	۶۲	۸۲/۷	۵۰۸	۷۱/۹
	روستا	۸۶	۲۹/۱	۱۰۰	۲۹/۸	۱۳	۱۷/۳	۱۹۹	۲۸/۱

بیمارســتان‌ها و در تمامی ابعاد مورد بررسی منفی است. بیشترین شکاف کیفیت خدمات مربوط به بیمارستان‌های تأمین اجتماعی و کمترین شکاف کیفیت خدمات مربوط به بیمارستان‌های خصوصی بوده است.

حوزه هایی از خدمات بیمارســتانی که با توجــه به میزان رضایت بیماران (بر اساس نمره ادراک بیماران) نیاز به توجه بیشتری دارند عبارتند از تسهیل دسترسی به فضاهای بیمارستان، افزایش امکانات رفاهی در بیمارســتان و فراهم کردن محیط راحت و مقبول برای بیمــاران و همراهان، آموزش بیمار در خصوص فرآیند درمان برای درک بهتــر وی، ارائه راهنمایــی و توصیه های لازم برای بیماران در حال ترخیص، احترام به همراهان بیمار و جلب مشــارکت آنها و کاهش تاخیر در فرآیندهای مختلف ارائه خدمت.

آزمــون U Man Whitney برای بررســی اختلاف در توزیع نمرات کیفیت بر اساس متغیرهای جنسیت بیماران، وضعیت تأهل، داشتن بیمه، محل سکونت و قرارگیری در صف انتظار برای پذیرش اســتفاده شد. مطابق با نتایج ارائه شده در جدول شماره ۳ انتظارات بیماران از کیفیت خدمات بر اساس متغیرهای داشتن بیمه و محل سکونت دارای اختلاف معنی دار است ($p<۰.۰۵$). در زمینه ادراک کیفیــت خدمات تنها در مورد قرارگیری در صف انتظار، اختلاف در توزیع نمرات به صورت معنی دار مشاهده شد ($p<۰.۰۵$).

نتایج حاصل از آزمون کروســکال والیس (جدول شماره ۴) نشان دهنده اختــلاف توزیع نمرات کیفیت خدمات در بیمارســتان‌های با مالکیت متفاوت می‌باشــد. به عبارت دیگر توزیع نمرات کیفیت خدمات در بیمارستان‌های با مالکیت مختلف به صورت معنی داری متفاوت است ($p<۰.۰۵$).

بحث

این پژوهش با هدف سنجش کیفیت خدمات بیمارستان‌های شهر تهران از دیدگاه بیماران انجام شــده اســت. میانگین امتیاز انتظار و ادراک بیمــاران به ترتیب برابر بــا ۴/۱۴ و ۳/۵۶ از ۵ امتیاز بوده است. بنابراین، شکاف کیفیت در بیمارستان‌های مود مطالعه منفی بوده اســت. به عبارتی، وضعیت کیفیت خدمات بیمارســتان‌های مورد مطالعه، مطابق با انتظارات بیماران نبوده اســت. نتایج برخی از پژوهش‌های انجام شده در ایران با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد [۲۵-۲۳]. به عنوان مثال، زارعی و همکاران در پژوهشــی که بر روی ۹۸۳ بیمار بســتری در ۸ بیمارستان خصوصی شهر تهران با اســتفاده از پرسشنامه سروکوال انجام دادند، میانگین انتظارات و ادراک از کیفیت خدمات بیمارســتان‌ها را بــه ترتیب برابر با ۴/۹۱

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

جدول ۲- میانگین امتیاز کیفیت خدمات بیمارستان‌های شهر تهران از ۵ امتیاز به تفکیک نوع بیمارستان

مالکیت	ابعاد		میانگین	انحراف معیار	ابعاد		میانگین	انحراف معیار	ابعاد		میانگین	انحراف معیار	کیفیت
دولتی	انتظارات	محیط	۴/۱۹	۰/۲۷	ادراک	محیط	۳/۵۶	۰/۴۳	اهمیت	محیط	۰/۲۶	۰/۱۷	- ۰/۱۷
		تعاملات	۴/۰۵	۰/۳۳		تعاملات	۳/۴۱	۰/۴۴		تعاملات	۰/۲۵	۰/۱۳	- ۰/۱۶
		کارایی	۳/۷۵	۰/۶۳		کارایی	۳/۳۸	۰/۶۲		کارایی	۰/۲۳	۰/۲۶	- ۰/۰۹
		اثربخشی	۴/۲۴	۰/۴۲		اثربخشی	۳/۶۳	۰/۴۹		اثربخشی	۰/۲۶	۰/۱۹	- ۰/۱۶
		مجموع	۴/۱۰	۰/۲۶		مجموع	۳/۴۹	۰/۳۷					- ۰/۵۸
خصوصی	انتظارات	محیط	۴/۲۱	۰/۲۱	ادراک	محیط	۳/۵۶	۰/۲۴	اهمیت	محیط	۰/۲۶	۰/۱۶	- ۰/۱۷
		تعاملات	۴/۲۶	۰/۲۴		تعاملات	۳/۷۴	۰/۳۴		تعاملات	۰/۲۶	۰/۱۵	- ۰/۱۴
		کارایی	۳/۷۶	۰/۶۱		کارایی	۳/۴۳	۰/۵۵		کارایی	۰/۲۳	۰/۲۹	- ۰/۰۸
		اثربخشی	۴/۱۶	۰/۳۸		اثربخشی	۳/۶۱	۰/۴۱		اثربخشی	۰/۲۵	۰/۱۹	- ۰/۱۵
		مجموع	۴/۱۸	۰/۱۶		مجموع	۳/۶۲	۰/۱۸					- ۰/۵۴
تأمین اجتماعی	انتظارات	محیط	۴/۱۷	۰/۲۴	ادراک	محیط	۳/۵۴	۰/۲۱	اهمیت	محیط	۰/۲۵	۰/۱۷	- ۰/۱۶
		تعاملات	۴/۱۸	۰/۲۶		تعاملات	۳/۵۵	۰/۲۷		تعاملات	۰/۲۵	۰/۱۲	- ۰/۱۶
		کارایی	۳/۹۸	۰/۵۰		کارایی	۳/۵۰	۰/۴۴		کارایی	۰/۲۴	۰/۲۱	- ۰/۱۲
		اثربخشی	۴/۲۵	۰/۳۸		اثربخشی	۳/۶۸	۰/۳۳		اثربخشی	۰/۲۶	۰/۱۸	- ۰/۱۵
		مجموع	۴/۱۷	۰/۱۸		مجموع	۳/۵۶	۰/۱۷					- ۰/۵۹
کل بیمارستان‌ها	انتظارات	محیط	۴/۱۹	۰/۲۴	ادراک	محیط	۳/۵۶	۰/۳۳	اهمیت	محیط	۰/۲۶	۰/۰۱۷	- ۰/۱۷
		تعاملات	۴/۱۶	۰/۳۰		تعاملات	۳/۵۸	۰/۴۱		تعاملات	۰/۲۵	۰/۰۱۵	- ۰/۱۵
		کارایی	۳/۷۷	۰/۶۱		کارایی	۳/۴۱	۰/۵۷		کارایی	۰/۲۳	۰/۰۲۷	- ۰/۰۹
		اثربخشی	۴/۲۰	۰/۴۰		اثربخشی	۳/۶۲	۰/۴۳		اثربخشی	۰/۲۶	۰/۰۱۹	- ۰/۱۵
		مجموع	۴/۱۴	۰/۲۱		مجموع	۳/۵۶	۰/۲۸					- ۰/۵۷

جدول ۳- نتایج آزمون U Man Whitney برای بررسی اختلاف در توزیع نمرات کیفیت خدمات

متغیر	انتظارات		ادراک	
	Z	p-value	Z	p-value
جنسیت	- ۱/۴۱	۰/۲۵۴	- ۱/۰۶	۰/۲۸۷
وضعیت تأهل	- ۰/۳۹	۰/۶۹۲	- ۰/۷۷	۰/۴۴۱
وضعیت بیمه	- ۱/۸۱	۰/۰۶۹*	- ۱/۳۱	۰/۱۸۷
محل سکونت	- ۱/۸۲	۰/۰۴۲*	- ۱/۴۳	۰/۱۵۳
قرارگیری در نوبت	- ۰/۳۴	۰/۷۳۲	- ۲/۴۲	۰/۰۱۶*

جدول ۴- نتایج آزمون کروسکال والیس برای بررسی اختلاف توزیع نمرات کیفیت خدمات

متغیر	انتظارات		ادراک	
	df	p-value	df	p-value
مالکیت بیمارستان	۲	۰/۰۰۱*	۲	۰/۰۰۱*

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

و ۴/۰۲ از ۵ امتیاز به دست آوردند و شکافی منفی (۰/۸۹-) را گزارش کردند [۲۵]. بیشترین و کمترین انتظار و ادراک از کیفیت به ترتیب مربوط به ابعاد موارد ملموس و تعاملات بود [۲۰]. در مطالعه دیگری که توسط گرجی و همکاران در بیمارستان آموزشی دانشگاهی امام خمینی (ره) تهران انجام شد، تعداد ۱۱۶ بیمار بستری به وسیله پرسشنامه سروکوال مورد پرسش قرار گرفتند. میانگین انتظارات و ادراک از کیفیت در این مطالعه به ترتیب ۴/۶۸ و ۳/۶۸ و شکاف کیفیت برابر با (۱-) بدست آمد [۳۲]. همچنین، بررسی‌های صورت گرفته در سایر کشورها نیز بیانگر وجود شکاف منفی در کیفیت خدمات بیمارستان بوده است [۳۵-۳۳]. به عبارتی، می‌توان گفت که در صنعت سلامت با توجه به ویژگی‌های خاص آن، نوع بیماران و شرایط ارائه خدمت، دستیابی به شکاف مثبت کیفیت خدمات کار دشواری است. در حالی‌که در سایر صنایع عمومی به خصوص صنایعی که کالای ملموس در اختیار مشتری قرار می‌دهد، این امکان میسر است.

با این وجود، مطالعات محدودی شکاف مثبت در کیفیت خدمات را گزارش نموده اند. در این میان می‌توان به مطالعه صورت گرفته در بیمارستان صحرایی جنوب شرق ایران اشاره کرد که ابعاد مختلف کیفیت دارای شکاف مثبت بودند [۲۲]. همچنین مطالعه صورت گرفته در کشور اسپانیا نیز بیانگر شکاف مثبت کیفیت در ابعاد موارد ملموس (Tangible) و تعاملات (Empathy) بوده است [۳۶]. شکاف مثبت در مطالعه ایران با توجه به محیط و جامعه پژوهش قابل توجیه است. محیط پژوهش در بیمارستان جنوب شرق ایران یک بیمارستان صحرایی بوده که به صورت موقت برای پاسخگویی به نیازهای سرپایی جمعیت منطقه دایر شده بود. عواملی نظیر نیاز فوری، سرپایی بودن خدمات و سطح پایین وضعیت متغیرهای اجتماعی و اقتصادی در منطقه مورد مطالعه می‌تواند منجر به کاهش سطح انتظارات و در نتیجه ارزیابی مثبت بیماران از کیفیت خدمات باشد. مطالعه صورت گرفته در کشور اسپانیا نیز دارای جامعه هدف منحصر بفردی بوده است. مشارکت کنندگان این مطالعه بیماران هوشیار بخش مراقبت ویژه بودند. بنابراین، به دلیل وجود امکانات و تجهیزات مناسب در این بخش و همچنین تعداد بیشتر نیروی انسانی در بخش مراقبت ویژه می‌توان شکاف مثبت در ابعاد ملموس و تعاملات را توضیح داد.

بیشترین میانگین انتظارات بیماران از کیفیت خدمات بیمارستان در مطالعه حاضر مربوط به ابعاد اثربخشی و محیط خدمات بوده است. ابعاد اثربخشی و محیط مدل هلس‌کوال به ترتیب با ابعاد قابلیت اعتماد و موارد ملموس در مدل سروکوال مطابقت دارند. در پژوهش‌های انجام شده در کشور نتایج مشابهی بدست آمده است [۲۵-۲۴]. به عبارتی، برای بیماران بسیار مهم است که خدمات اثربخشی دریافت کنند. آنها به دنبال دریافت خدمات کامل و جامع هستند که منجر به بهبود وضعیت سلامتی جسمی و روحی آنها و راحتی از درد شود و در عین حال در بیمارستان دچار آسیب‌های ناخواسته نشوند. علاوه‌براین، بیماران انتظار دارند که محیط فیزیکی، تسهیلات و کارکنان بیمارستان از کیفیت بالایی برخوردار باشند.

کمترین میانگین انتظار و ادراک در این مطالعه مربوط به بعد کارایی بوده است. به عبارتی، بیماران اعتقاد داشتند که خدمات بستری ارائه شده ارزش هزینه پرداختی را داشته و سریع هم ارائه شده است. این در حالی است که هزینه (یکی از اجزای بعد کارایی کیفیت خدمات) به عنوان یکی از فاکتورهای اصلی در زمینه کیفیت خدمات از دیدگاه بیماران در اندونزی بوده است [۳۷]. دلیل این موضوع را شاید بتوان به اجرای طرح تحول سلامت و بیمه بودن بیشتر بیماران (۹۴ درصد) نسبت داد. بنابراین، با توجه به پایین بودن پرداخت از جیب مردم در بیمارستان‌ها، هزینه خدمات دغدغه اصلی بیماران نبوده است. با این وجود، در مطالعه انجام شده در تهران در سال ۱۳۸۸ هزینه خدمات دریافتی یکی از فاکتورهای اساسی در راستای رضایت بیماران بوده است. در مطالعه مذکور ۷۶ درصد مراجعین دارای یکی از انواع بیمه‌های درمان بودند. لذا افزایش نرخ افراد دارای بیمه به سبب تأثیرگذاری بر میزان پرداختی بیماران، می تواند انتظار و ادراک آنها را از بعد کارایی متأثر کند [۳۸].

داشتن بیمه درمانی، محل سکونت بیمار و نوع بیمارستان از عوامل موثر بر انتظارات بیماران در این پژوهش بوده است. داشتن بیمه درمانی و نوع آن می‌تواند تعیین کننده میزان پرداخت از جیب بیماران باشد و بر سطح انتظارات آنها اثر بگذارد. در مطالعه حاضر میانگین انتظارات افراد دارای بیمه درمانی بیشتر از افراد افراد فاقد بیمه بوده است (امتیاز ۴/۱۵ در مقابل ۴/۰۷). این نتایج با مطالعه انجام شده توسط زارعی و همکاران در بیمارستان‌های خصوصی تهران همخوانی دارد [۲۵]. میانگین انتظارات بیماران شهری در این مطالعه نیز بیشتر از میانگین انتظارات بیماران روستایی بوده است. تفاوت مربوط به متغیرهای اجتماعی- اقتصادی که متاثر از محل سکونت افراد است، می‌تواند انتظارات افراد را تحت تاثیر قرار دهد [۳۶].

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

میانگین انتظار و ادراک بیماران از کیفیت خدمات در بیمارستان‌های خصوصی بیشتر بوده است و شکاف کیفیتی مشاهده شده نیز کمتر برآورد شد. به عبارتی، بیماران از بیمارستان‌های خصوصی به ویژه در ابعاد محیط و تعاملات انسانی انتظار بیشتری دارند. در نتیجه، مدیران این بیمارستان‌ها تلاش بیشتری برای راضی نگه داشتن بیماران خود می‌کنند. بالا بودن کیفیت خدمات بیمارستان‌های خصوصی در سایر مطالعات داخلی و خارجی نیز تأیید شده است [۴۰-۳۹و۲۵]. انتظار بیماران از بیمارستان‌های تأمین اجتماعی نیز بالاست. با توجه به اینکه، بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی مبلغی از حقوق خود را بابت بیمه درمانی تأمین اجتماعی می‌پردازند، به نوعی احساس مالکیت نسبت به این نوع بیمارستان‌ها دارند.

نکته قابل توجه در بیمارستان‌های دولتی شکاف بالای کیفیت در زمینه بعد تعاملات انسانی می‌باشد. واقع شدن این بیمارستان‌ها در تهران و تجمیع امکانات و تخصص‌ها در این مراکز سبب بار بالای مراجعه در آنها شده است. همچنین آموزشی بودن این بیمارستان‌ها سبب تجمع دانشجویان در این بیمارستان‌ها شده که مجموع این عوامل می‌توان انتظارات و ادراک بیماران را از کیفیت تعاملات و روابط انسانی تحت تاثیر قرار دهد. علاوه بر موراد مورد بررسی فوق در زمینه ادراک کیفیت خدمات، قرار گیری بیماران در صف انتظار یکی از عوامل تعیین کننده بوده است. صف انتظار برای دریافت خدمات می‌تواند سبب ایجاد نگرش منفی در بیماران شود و قضاوت آنها از شرایط موجود تجربه شده در محیط بیمارستان را تحت تاثیر قرار دهد [۴۱].

بنابراین، مدیران بیمارستان‌های شهر تهران به ویژه بیمارستان‌های تأمین اجتماعی و دولتی باید اقداماتی را به منظور بهبود کیفیت خدمات بیمارستان‌ها به ویژه در ابعاد اثربخشی، محیط و تعاملات انسانی بکار گیرند. مدیران بیمارستان‌ها می‌توانند با شناسایی دقیق علل نارضایتی بیماران با بهبود ساختارها و فرآیندهای کاری، زمینه را برای بهبود کیفیت خدمات و به تبع آن رضایت بیماران فراهم آورند. استفاده از مدل‌ها و تکنیک‌های مناسب مدیریت کیفیت برای ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی پیشنهاد می‌شود. به عنوان مثال، مصدق راد یک مدل مدیریت کیفیت برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران توسعه داد [۴۲] که اجرای آن منجر به افزایش تعهد سازمانی و رضایت شغلی کارکنان [۵-۴]، افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها [۴۳ و ۱۲]، بهبود کیفیت خدمات [۴۴] و افزایش رضایت بیماران [۱۱] شده است

نتیجه‌گیری

در این پژوهش از یک پرسشنامه اختصاصی طراحی شده برای سنجش کیفیت در خدمات بیمارستان‌های شهر تهران استفاده شد. کیفیت خدمات بیمارستان‌ها دارای شکاف منفی بوده است. پرسشنامه هلس‌کوال از روایی و پایایی بالایی برخوردار بوده و ارزیابی دقیق‌تری از کیفیت خدمات بیمارستان‌ها نسبت به پرسشنامه‌های عمومی ارائه می‌دهد. کیفیت خدمات از عوامل اصلی تعیین‌کننده رضایت بیماران و وفاداری آنها به بیمارستان است. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید راهکارهایی را برای کاهش فاصله انتظار و ادراک بیماران از خدمات ارائه شده به کار گیرند. آگاهی از عوامل موثر بر ادراک و انتظار بیماران و به‌کارگیری اقدامات لازم نقش بسزایی در اثربخشی فعالیت‌های بازاریابی بیمارستان‌ها و پیشگیری از بروز هر گونه تعارض در تعاملات با بیماران دارد.

علی‌رغم وسعت محیط پژوهش و تعداد مناسب نمونه آماری، این مطالعه صرفاً بیانگر وضعیت کیفیت خدمات در بیمارستان‌های شهر تهران بوده و نتایج آن قابل تعمیم به سایر استان‌های کشور نیست. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابهی با استفاده از پرسشنامه هلس‌کوال برای سنجش کیفیت خدمات بیمارستان‌های کشور انجام شود تا تصویر کامل‌تری از کیفیت خدمات بیمارستان‌های کشور ارائه شود. همچنین، به لحاظ رویکرد انتخابی (استفاده از نظر سنجی با پرسشنامه) محقق و خوانندگان باید محدودیت‌های روش مذکور را نیز در بکارگیری نتایج مد نظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد تصویب (۲۵۸۶۶-۲۷-۰۱-۹۴) می‌باشد. بنابراین، نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری تمامی مسئولین در این راستا تشکر نمایند. همچنین، از تمامی مدیران بیمارستان‌های مورد مطالعه برای هماهنگی‌های صورت گرفته در راستای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، نهایت تشکر و قدردانی را داریم. در نهایت، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، قدردانی می‌کنند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

مراجع

1- Mosadeghrad A.M. Handbook of hospital professional organisation and management (2), Tehran: Dibagran Tehran, Iran. 2004. [in Persian]

2- Mosadeghrad A.M. Principles of Health care management, Tehran: Dibagran Tehran, Iran. 2003. [in Persian]

3- Mosadeghrad, A.M. & Jouya, T., (2015). Factors influencing patient choice of a medical doctor, Medical Council Journal, 32 (4): 337-347. [in Persian]

4- Mosadeghrad A.M, Afshari M. (2016). The impact of quality management on job satisfaction of operating theatre department employees of Valiasr Hospital in Tehran: A Participatory Action Research. Journal of Health Based Research, 2(2): 147-158. [in Persian]

5- Mosadeghrad, A.M. & Ashrafi, E., (2015). The impact of quality management on employees' job satisfaction in Respiratory Intensive Care Unit at Labbafinejad Hospital, the Hospital, 14 (4): 41-50. [in Persian]

6- Lai F, Griffin M, Babin BJ. How quality, value, image, and satisfaction create loyalty at a Chinese telecom. Journal of Business Research. 2009; 62(10): 980-986.

7- Suziedelyte A. How does searching for health information on the Internet affect individuals' demand for health care services? Social science & medicine. 2012;75(10):1828-1835.

8- Lis CG, Rodeghier M, Gupta D. The relationship between perceived service quality and patient willingness to recommend at a national oncology hospital network. BMC health services research. 2011;11(1):46.

9- Mosadeghrad A.M, Arab, M. & Afshari M. (2017). The impact of quality management on reducing bill deductions at operating theatre department of Valiasr Hospital: A participatory action research, the Hospital; 16 (1):93-101. [in Persian]

10- Naveh E, Stern Z. How quality improvement programs can affect general hospital performance. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2005;18(4):249-270.

11- Mosadeghrad, A.M., (2012). Implementing Strategic Collaborative Quality Management in Health Care Sector, International Journal of Strategic Change Management, 4 (3/4): 203-228.

12- Mosadeghrad, A.M. & Khalaj, F., (2016). Reducing cancelled surgery operations in a hospital. Journal of School of Medicine, Tehran University of Medicxal Sciences, 74 (5): 365-370. [in Persian].

13- Mosadeghrad, A.M., (2014). Factors Affecting Medical Service Quality. Iranian Journal of Public Health, 43 (2): 210-220.

14- Mosadeghrad, A.M., (2014). Factors influencing health care service quality. International Journal of Health Policy and Management, 3 (2): 77-89.

15- Bloom G, Standing H, Lloyd R. Markets, information asymmetry and health care: towards new social contracts. Social science & medicine. 2008;66(10):2076-2087.

16- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assesment: Health Administration Press; 1980.

17- Øvretveit, J., 2009. Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: The Health Foundation.

18- Mosadeghrad A.M. Healthcare service quality: Towards a broad definition. International Journal of

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

Health Care Quality Assurance. 2013;26(3):203-219.
19- Mosadeghrad A.M. A conceptual framework for quality of care. Mat Soc Med. 2012;24(4):251-261.
20- Vuori HV. Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology. Public Health in Europe 16: ERIC; 1982.
21- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. Journal of Retailing. 1988;64(1):12-40.
22- Ajam M, Sadeghifar J, Anjomshoa M, Mahmoudi S, Honarvar H, Mousavi SM. Assessing quality of healthcare service by the SERVQUAL model: A case study of a field hospital. Journal Mil Med. 2014;15(4):273-279.
23- Aghamolaei T, Eftekhaari TE, Rafati S, Kahnouji K, Ahangari S, Shahrzad ME, et al. Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective. BMC health services research. 2014;14(1):1-5.
24- Hekmatpou D, Sorani M, Farazi AA, Fallahi Z, Lashgarara B. A survey on the quality of medical services in teaching hospitals of Arak University of Medical Sciences with SERVQUL model in Arak, 2010. Arak Medical University Journal. 2012;15(7): 1-9.
25- Zarei A, Arab M, Froushani AR, Rashidian A, Tabatabaei SMG. Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. BMC health services research. 2012;12(1):1-7.
26- Hu HY, Lee YC, Yen TM. Service quality gaps analysis based on fuzzy linguistic SERVQUAL with a case study in hospital out-patient services. The TQM Journal. 2010;22(5):499-515.
27- Muhammad Butt M, Cyril de Run E. Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2010;23(7):658-673.
28- Al-Borie HM, Sheikh Damanhouri AM. Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: a SERVQUAL analysis. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2013;26(1):20-30.
29- Ramsaran-Fowdar RR. Identifying health care quality attributes. Journal of Health and Human Services Administration. 2005:428-443.
30- Cheng Lim P, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2000;13(7):290-299.
31- Cheng Lim P, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2000;13(7):290-299.
32- Gorji H, Tabatabaei S, Akbari A, Sarkhosh S, Khorasan S. Using the service quality gap's model (SERVQUAL) in Imam Khomeini teaching hospital: 2012. Journal of Health Administration (JHA). 2013; 16(51):7-18.
33- Mi Dahlgaard-Park S, Karassavidou E, Glaveli N, Papadopoulos CT. Quality in NHS hospitals: no one knows better than patients. Measuring Business Excellence. 2009;13(1):34-46.
34- 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. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2008;21(4):343-355.
35- Purcărea VL, Gheorghe IR, Petrescu CM. The assessment of perceived service quality of public health care services in Romania using the SERVQUAL scale. Procedia Economics and Finance. 2013; 6: 573-585.
36- Martínez ER, Iriarte MS, Viguria RG, Linares MDB, Coscojuela MM, Erro MA. La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala Servqual. Enfermería intensiva.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

2010; 21(1):3-10.

37- Handayani PW, Hidayanto AN, Sandhyaduhita PI, Ayuningtyas D. Strategic hospital services quality analysis in Indonesia. Expert Systems with Applications. 2015;42(6):3067-3078.

38- Arab M, Rashidian A, Pourreza A, Tajvar M, Khabiri Nemati R, Akbari Sari A, et al. Developing a Persian inpatient satisfaction questionnaire. International journal of health care quality assurance. 2014; 27(1):4-14.

39- Taner T, Antony J. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. Leadership in Health Services. 2006;19(2):1-10.

40- Camilleri D, O'Callaghan M. Comparing public and private hospital care service quality. International Journal of Health Care Quality Assurance. 1998;11(4):127-133.

41- McMullen M, Netland PA. Wait time as a driver of overall patient satisfaction in an ophthalmology clinic. Clinical ophthalmology (Auckland, NZ). 2013;7:1655-1660.

42- Mosadeghrad AM. Towards a theory of quality management: An integration of strategic management, quality management and project management. International Journal of Modelling in Operations Management 2012; 2(1):89-118.

43- Mosadeghrad AM, Afshari M. The impact of quality management on reducing canceled elective operations: a participatory action research. Journal of Health in the Field 2016; 3(4): 41-48. [in Persian]

44- Mosadeghrad A, Khalaj F. The impact of quality management in reducing surgical site infection: An action research. Medical Council Journal 2015; 33(2):110-118. [in Persian]

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]