

Surveying the Quality of Care Services in a Military Health Center According to the SERVQUAL Model

Ali Ayoubian¹ M.Sc, Nooredin Dopeykar² M.Sc, Parisa Mehdizadeh² M.Sc,
Mohammadjavad Hoseinpoufard¹ Ph.D, Morteza Izadi MD^{1*}

¹ Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Health Economics Department, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: This study aims to analyze the gap between the expectations and reality on five dimensions of health care in a military medical center. This research was performed using a SERVQUAL Model.

Methods: This cross sectional study was carried out in a military medical center in 2013. A random sample of 104 patients were enrolled. Data gathering was done using a standard SERVQUAL questionnaire. The service recipients filled out the expectation section of the questionnaire considering ideal conditions. They also filled out the perception section of the questionnaire considering the current situation. At the end, these two sections determined the base of quality gap.

Results: Results revealed that the highest gap was considered in the Accessibility dimension (-1.19) and the lowest gap was considered in the Assurance dimension (-0.61). The quality gap was statistically meaningful in all the dimensions ($P < 0.001$). According to these results, in all the dimensions of service quality a negative gap exists.

Conclusion: The studied center needs serious efforts in order to integrate the services offered to patients. The service quality gap needs greater attention especially in the accessibility dimension.

Keywords: Quality of Health Care, Patients, Military Hospital, SERVQUAL

بررسی میزان کیفیت خدمات درمانی یک مرکز درمانی نظامی بر اساس مدل سروکوال

علی ایوبیان^۱ MSc، نورالدین دوبیکر^۲ MSc، پریسا مهدی زاده^۲ MSc،
محمدجواد حسینیپور فرد^۱ PhD، مرتضی ایزدی^{۱*} MD

^۱ مرکز تحقیقات بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
^۲ بخش علمی اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: این پژوهش با هدف تحلیل شکاف بین انتظارات و واقعیات در ۶ بعد کیفیت خدمات درمانی در یک مرکز درمانی نظامی با استفاده از مدل سروکوال انجام پذیرفت.

روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی مقطعی بود که در سال ۱۳۹۲ در یک مرکز بهداشتی درمانی نظامی صورت پذیرفت. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۱۰۴ نفر از بیماران انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد مدل سروکوال بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS16 تحلیل شدند.

یافته‌ها: بیشترین شکاف در بعد دسترسی به مراقبت (۱/۱۹-) و کمترین شکاف در بعد تضمین خدمت تعهد شده (۰/۶۱-) مشاهده شد. شکاف کیفیت در همه ابعاد از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$). بر اساس نتایج، در تمام ابعاد کیفیت خدمات، شکاف منفی وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** مجموعه مورد پژوهش نیازمند تلاش جدی در خصوص یکپارچه‌سازی خدمات قابل‌ارائه به بیماران و توجه بیشتر در بهبود شکاف خدمات بویژه در بعد دسترسی به مراقبت به بیماران می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت خدمات درمانی، بیماران، بیمارستان نظامی، سروکوال

مقدمه

امروزه سازمان‌ها جهت اندازه‌گیری کیفیت خود نیازمند مدلی می‌باشند که توانایی ارزیابی کیفیت خدمات را داشته و معیار مناسبی جهت اندازه‌گیری سطح رضایت‌مندی مشتریان ارائه نمایند. سازمان‌های بخش عمومی به دلیل تنوع و تعداد مشتریان نه تنها بایستی مراقبت نمایند که انتظارات مشتریان برآورده شود بلکه باید تلاش نمایند تا دریابند طرز نگرش مشتریان نسبت به سازمان‌های بخش عمومی و نحوه ارائه خدمات آنان چیست؟ این نیاز باعث شده که سازمان‌های بخش عمومی بیش از گذشته در پی ارزیابی مؤلفه‌های کیفیت خدمات در این بخش باشند. در میان انواع مختلف خدمات، خدمات بهداشتی و درمانی دارای جایگاه ویژه‌ای است، چراکه اولاً این قشر با بخش وسیعی از جامعه ارتباط پیدا می‌کند و مهم‌تر اینکه رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از جامعه بر عهده این بخش می‌باشد [۱-۳].

برداشت مشتری از کیفیت خدمت، نقش اصلی را در شکل‌دهی به بازار بخش سلامت دارد و وجود اطلاعات معتبر در مورد ادراکات و انتظارات مشتری تأثیر انکارناپذیری بر ارتقای کیفیت خدمات این بخش بر جای می‌گذارد. یکی از این روش‌ها برای اندازه‌گیری کیفیت خدمات، مدل سروکوال (SERVQUAL) است که توسط پارسورامان ابداع شد [۴]. این ابزار، ادراک مشتریان را در پنج بعد خدمت شامل: ابعاد فیزیکی یا ملموس، اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی اندازه‌گیری می‌نماید [۵، ۶].

در حوزه بهداشت و درمان پژوهش‌های متعددی با استفاده از مدل سروکوال انجام شده است. در بیمارستان‌های عربستان سعودی در سال ۲۰۱۲ مطالعه‌ای به منظور ارزیابی رضایت بیماران از کیفیت خدمات با استفاده از این مدل صورت پذیرفت [۷]. آنتوس و همکاران، روش سروکوال را با روش‌های تحلیل سلسله مراتبی و فرآیند شبکه‌های تحلیلی، به منظور سنجش کیفیت در بیمارستان‌های ترکیه ترکیب نمودند [۸]. همچنین هوه‌ای، روش سروکوال را با رویکرد فازی با هدف تحلیل شکاف کیفیت خدمات در ارائه خدمات سرپایی بیمارستان، در کشور تایوان انجام دادند [۹]. در بیمارستان‌ها، توجه به کیفیت اهمیت ویژه‌ای دارد و نقش مهمی در پیشبرد اهداف سازمانی از جمله ارائه خدمات باکیفیت و رضایت بیماران دارد. این پژوهش با هدف تحلیل شکاف بین انتظارات و واقعیات در شش بعد کیفیت خدمات درمانی مرکز درمانی با استفاده از رویکرد سروکوال صورت پذیرفت.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام پذیرفت. جامعه پژوهش تعداد کل بیماران مرکز درمانی مورد مطالعه واقع در شهر اصفهان بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۱۰۴ نفر به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی برای انجام

پژوهش به مراجع ذی‌صلاح اطلاع‌رسانی شد و ضمن حفظ محرمانگی اطلاعات، نتایج حاصله به سازمان مورد مطالعه اعاده گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد مدل سروکوال بود [۱۰، ۱۱]. روایی پرسشنامه با استفاده از نظر خبرگان (روایی محتوا) و آزمون تحلیل عاملی (روایی سنج) و پایایی آن با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۵) اثبات گردید. این پرسشنامه دارای ۲ بخش اطلاعات دموگرافیک بیماران شرکت‌کننده در پژوهش و ابعاد شش‌گانه کیفیت خدمات (ابعاد فیزیکی، تضمین خدمات، پاسخگویی، اطمینان خدمات، دسترسی به خدمات و همدلی) با ۳۱ سؤال دوجویی بود. هر بیمار با پاسخ به آن‌ها بر روی طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت (بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم، بسیار کم) ارزیابی خود را از کیفیت خدمات، در وضع مطلوب و مورد انتظار وی (انتظارات بیماران از کیفیت خدمت) و نیز وضع موجود (ادراکات بیماران از کیفیت خدمات دریافت شده) ارائه می‌داد. برای تعیین شکاف کیفیت، نمره بیماران به وضعیت موجود کیفیت خدمات (ادراک آن‌ها از کیفیت خدمات ارائه‌شده)، با نمره آن‌ها به وضعیت مطلوب کیفیت خدمات (انتظار آن‌ها از کیفیت خدمات) مورد مقایسه قرار گرفت - نمره حاصل در صورت مثبت بودن، بیانگر خدمات ارائه‌شده بیشتر از حد انتظارات بیماران است و در صورت منفی بودن حاکی از آن است که خدمات ارائه‌شده، انتظارات بیماران را برآورده نمی‌کند و شکاف کیفیت وجود دارد؛ در صورتی که نمره حاصل برابر با صفر باشد، به معنی عدم وجود شکاف کیفیت و نشان‌دهنده در حد انتظار بودن خدمات ارائه‌شده به بیماران است - به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آماره‌های توصیفی از قبیل میانگین و درصد استفاده گردید. همچنین به‌منظور انجام آزمون‌های تحلیلی در ابتدا آزمون کولموگروف-اسمیرنف با هدف بررسی توزیع نرمال بودن داده‌ها انجام گرفت با توجه به نرمال نبودن توزیع متغیر پاسخ از آزمون‌های تحلیلی ناپارامتریک شامل آزمون من-ویتنی، کروسکال-والیس و ویلکاکسون استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

نتایج نشان داد که از نمونه مورد بررسی، ۵۸ نفر (۵۵/۸ درصد) مرد و ۴۶ نفر (۴۲/۲ درصد) زن بودند. از نمونه مورد بررسی ۱۸ نفر (۱۷/۳ درصد) کمتر از ۱۸ سال، ۱۴ نفر (۱۳/۵ درصد) در گروه سنی ۱۸-۲۸ سال، ۱۲ نفر (۱۱/۵ درصد) در گروه سنی ۲۹-۳۸ سال و ۶۰ نفر (۵۷/۷ درصد) در گروه سنی بالاتر از ۳۸ سال قرار داشتند؛ همچنین ۷۹ نفر (۷۶ درصد) متأهل و ۲۵ نفر (۲۴ درصد) مجرد بودند. نتایج نشان داد که از نمونه مورد بررسی، ۸۶ نفر (۸۲/۷ درصد) دیپلم و زیر دیپلم، ۱۶ نفر (۱۵/۴ درصد) فوق‌دیپلم و لیسانس، ۲ نفر (۱/۹ درصد) فوق‌لیسانس و بالاتر بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار انتظارات و ادراکات به تفکیک هریک از ابعاد و کیفیت کلی

ابعاد کیفیت	انتظارات		ادراکات		تفاضل انتظارات از ادراکات	سطح معنی داری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
بعد ملموس و فیزیکی	۴/۶۲	۰/۵۵	۳/۷۷	۰/۸۸	-۰/۸۵	<۰/۰۰۱
بعد قابلیت اطمینان خدمت	۴/۵۹	۰/۶۶	۳/۸۴	۰/۸۹	-۰/۷۵	<۰/۰۰۱
بعد پاسخگویی ارائه کنندگان خدمت	۴/۶۲	۰/۶۵	۳/۸۰	۰/۹۵	-۰/۸۲	<۰/۰۰۱
بعد تضمین خدمت تعهد شده	۴/۷۱	۰/۵۴	۴/۱	۰/۸۹	-۰/۶۱	<۰/۰۰۱
بعد همدلی	۴/۶۱	۰/۵۸	۳/۸۱	۱	-۰/۸	<۰/۰۰۱
بعد دسترسی به مراقبت	۴/۶۹	۰/۶۹	۳/۵	۱/۱۳	-۱/۱۹	<۰/۰۰۱
کیفیت کل	۴/۶۴	۰/۵۳	۳/۸۶	۰/۸۱	-۰/۷۸	<۰/۰۰۱

تضمین خدمت تعهد شده بود. شکاف کیفیت در همه ابعاد و کیفیت کلی از نظر آماری معنی دار شده است ($P < 0.001$) (جدول ۱). در جدول شماره ۲ ارتباط متغیرهای مورد مطالعه با شکاف هریک از ابعاد کیفیت و کیفیت کلی ارائه شده است؛ همان گونه که ملاحظه می گردد؛ شکاف کیفیت در هیچ کدام از ابعاد برحسب متغیرهای مورد مطالعه از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشته است ($p > 0.05$).

بیشترین میانگین انتظارات (۴/۷۱) مربوط به بعد تضمین خدمت تعهد شده و کمترین میانگین انتظارات (۴/۵۹) مربوط به بعد قابلیت اطمینان خدمت بود. همچنین بیشترین میانگین ادراکات (۴/۱) مربوط به بعد تضمین خدمت تعهد شده و کمترین میانگین ادراکات (۳/۵) مربوط به بعد دسترسی به مراقبت بود (جدول ۱). بیشترین میزان شکاف کیفیت (-۱/۱۹) مربوط به بعد دسترسی به مراقبت و کمترین میزان شکاف کیفیت (-۰/۶۱) مربوط به بعد

جدول ۲. بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه با شکاف هر یک از ابعاد کیفیت و کیفیت کلی

متغیر	بعد ملموس و فیزیکی							
	بعد فیزیکی	بعد قابلیت اطمینان خدمت	بعد پاسخگویی ارائه کنندگان خدمت	بعد تضمین خدمت تعهد شده	بعد همدلی	بعد دسترسی به مراقبت	کیفیت کل	
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	
جنسیت	مرد	-۰/۸۴	-۰/۷۸	-۰/۸۳	-۰/۶۴	-۰/۸۸	-۱/۲۸	-۰/۸۲
	زن	-۰/۸۷	-۰/۷۷	-۰/۸	-۰/۵۷	-۰/۷۱	-۱/۰۸	-۰/۷۵
وضعیت تأهل	سطح معنی داری	۰/۹۵۸	۰/۸۳۹	۰/۶۵۶	۰/۳۴۸	۰/۳۱۵	۰/۱۹۷	۰/۴۲۸
	مجرد	-۰/۸۷	-۰/۵۹	-۰/۵۱	-۰/۴۷	-۰/۷	-۱/۴۲	-۰/۶۷
سطح تحصیلات	متاهل	-۰/۸۵	-۰/۸۳	-۰/۹۱	-۰/۶۵	-۰/۸۴	-۱/۱۲	-۰/۸۳
	سطح معنی داری	۰/۹۰۹	۰/۱۷۶	۰/۰۷۴	۰/۱۸۹	۰/۵۶۶	۰/۳۹۷	۰/۲۷۳
شغل	زیر دیپلم و دیپلم	-۰/۸۵	-۰/۷۶	-۰/۷۹	-۰/۵۷	-۰/۷۶	-۱/۱۹	-۰/۷۶
	لیسانس	-۰/۹۶	-۰/۸۴	-۰/۹۴	-۰/۷۵	-۱/۰۸	-۱/۱۹	-۰/۹۲
زوج	فوق لیسانس و دکتری	-۰/۳	-۰/۷۱	-۱/۱	-۰/۷۹	-۰/۴	-۱/۲۵	-۰/۷۱
	سطح معنی داری	۰/۵۳۵	۰/۸۸۱	۰/۵۰۵	۰/۵۱۵	۰/۲۶۰	۰/۹۶۶	۰/۶۳۸
بیمه	کارمند	-۰/۸۳	-۰/۹۲	-۰/۶۳	-۰/۵	-۰/۵۱	-۰/۷۷	-۰/۶۹
	محصل یا دانشجو	-۰/۸	-۰/۳۷	-۰/۱۹	-۰/۳۵	-۰/۶۳	-۱/۴۵	-۰/۵۱
سایر بیمه	نظامی	-۰/۸۲	-۰/۶۶	-۰/۵۸	-۰/۳۸	-۰/۶۸	-۰/۶۲	-۰/۶۲
	آزاد	-۰/۷۱	-۰/۵۹	-۰/۹۲	۰/۶۸	-۱/۱۵	-۱/۵	-۰/۸۳
سایر بیمه	خانه دار	-۱/۱۱	-۱/۳۹	-۱/۳۶	-۰/۹	-۱/۰۶	-۱/۴۳	-۱/۱۸
	بیکار	-۰/۸۴	-۰/۸۳	-۰/۹۲	-۰/۶۲	-۰/۷۲	-۱/۰۶	-۰/۸
سایر بیمه	سطح معنی داری	۰/۹۱۷	۰/۱۱۲	۰/۰۸۰	۰/۲۹۵	۰/۴۳۳	۰/۲۲۲	۰/۳۰۴
	نیروهای مسلح	-۰/۹	-۰/۶۶	-۰/۶۶	-۰/۵۹	-۰/۷۹	-۰/۹۳	-۰/۷۲
سایر بیمه	سایر بیمه ها	-۰/۹۱	-۰/۹۴	-۰/۹۱	-۰/۷	-۰/۷۷	-۱/۴	-۰/۸۸
	فاقد بیمه	-۰/۶۷	-۰/۵۷	-۱/۱۱	-۰/۷۳	-۱/۱۱	-۰/۹۴	-۰/۸۲
سطح معنی داری	۰/۷۶۷	۰/۱۶۶	۰/۳۲۳	۰/۷۷۷	۰/۵۷۱	۰/۱۸۳	۰/۶۸۶	

جدول ۳. نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	ملموس و فیزیکی بودن	قابلیت اطمینان خدمت	پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمت	تضمین خدمت تعهد شده	همدلی	دسترسی به مراقبت	کیفیت کل
ملموس و فیزیکی	۱						
قابلیت اطمینان خدمت	**۰/۵۲۳	۱					
پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمت	**۰/۵۱۴	**۰/۷۰۹	۱				
تضمین خدمت تعهد شده	**۰/۵۶۴	**۰/۴۹۴	**۰/۶	۱			
همدلی	**۰/۵۷۳	**۰/۴۳۷	**۰/۵۲۸	**۰/۷۶۲	۱		
دسترسی به مراقبت	**۰/۵۰۵	**۰/۵۱۳	**۰/۴۷۴	**۰/۵۱۱	**۰/۵۷۶	۱	
کیفیت کل	**۰/۷۷۲	**۰/۷۶۸	**۰/۷۸۰	**۰/۸۳۶	**۰/۸۱۱	**۰/۷۱۴	۱

P<.۰۰۱**

که در مطالعه حاضر، میانگین شکاف در ابعاد شش‌گانه کیفیت بر اساس جنسیت، تأهل و سطح تحصیلات معنی‌دار نبود. نتایج مطالعات البوری، اسکار که به بررسی کیفیت خدمات ارائه‌شده در مراکز درمانی در کشورهای عربستان و کرواسی می‌پرداخت حاکی از آن است که بین انتظارات و ادراکات مشتریان شکاف وجود دارد [۷، ۱۳]. بر اساس نتایج مطالعه بات و همکاران که به بررسی کیفیت مراقبت سلامت در مراکز خصوصی کشور مالزی پرداختند، کیفیت خدمات ذکرشده از منظر بیماران رضایت‌بخش نبوده و بین همه ابعاد کیفیت، شکاف وجود دارد که با نتایج مطالعه حاضر مشابه است [۴].

در مطالعه دیگری با هدف بررسی کیفیت خدمات ارائه‌شده در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی با استفاده از مدل سروکوال انجام گرفت، نتایج نشان داد که بعد همدلی بیشترین تأثیر و بعد پاسخگویی کمترین تأثیر را بر روی رضایت بیماران دارد که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است [۱۴]. نتایج پژوهش‌های سیمبار و همکاران [۱۵] کبریایی و رودباری [۱۶] نشان می‌دهد شکاف منفی در ابعاد پنج‌گانه کیفیت خدمات وجود دارد که بیانگر آن است که خدمات از کیفیت مطلوبی برخوردار نبوده است.

نتیجه‌گیری

تعیین شکاف کیفیت خدمات می‌تواند مبنای مناسبی برای برنامه‌ریزی، اولویت‌بندی و تصمیم‌گیری در مورد اختصاص بودجه به ابعادی که دارای بیشترین شکاف هستند، باشد [۱۷]. می‌توان گفت که با کاهش شکاف در این ابعاد سایر ابعاد نیز بهبود خواهد یافت؛ زیرا وجود داشتن نقص و شکاف و بالعکس افزایش کیفیت در یک بعد، اثر تشدیدکنندگی دارد؛ بدین معنا که موجب افت کیفیت یا افزایش کیفیت در سایر ابعاد از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمات می‌شود.

نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش یعنی معنی‌دار بودن شکاف کیفیت، مؤید آن است که مدیریت خدمات در مجموعه موردپژوهش نسبت به محورهای فوق مذاقه بیشتر داشته و تلاش جدی در برآورده ساختن هرچه بیشتر نیازهای بیماران داشته باشند.

همچنین در جدول شماره ۳ نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن برای متغیرهای مورد مطالعه نمایش داده شده است که بر پایه این نتایج می‌توان مشاهده نمود که ۶ بعد ملموس و فیزیکی بودن، قابلیت اطمینان خدمت، پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمت، تضمین خدمت تعهد شده، همدلی، دسترسی به مراقبت و کیفیت کل با یکدیگر همبستگی مثبت و معنی‌داری دارند.

بحث

کیفیت یکی از راهبردهای اساسی در مراکز درمانی محسوب می‌شود که نقش اساسی در رضایتمندی دارد. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت خدمات درمانی در یک مرکز درمانی انجام گرفت. بر اساس نتایج یک مطالعه که به‌منظور مطالعه کیفیت خدمات در بیمارستان‌های خصوصی و عمومی انجام گرفت، سروکوال ابزار مناسبی برای سنجش و پایش کیفیت خدمات و کمک به کارکنان برای شناسایی حوزه‌هایی است که نیازمند بهبود از منظر مشتریان است [۱۲]. نتایج این مطالعه نشان داد، ادراک بیماران در هر شش بعد کیفیت خدمات پایین و انتظاراتشان بالا می‌باشد. همچنین با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در هر شش بعد کیفیت خدمات، شکاف منفی وجود دارد که نشان می‌دهد از دید بیماران ارائه خدمات در حد انتظار آن‌ها نیست و برای بهبود کیفیت خدمات فرصت‌هایی وجود دارد که باید از آن‌ها استفاده کرد. بیشترین شکاف در بعد دسترسی به مراقبت (۱/۱۹-) مشاهده شد. سایر بعدها به ترتیب عبارت‌اند از ملموس و فیزیکی (۸۵-/-)، پاسخگویی ارائه‌کننده خدمات (۸۲-/-)، همدلی (۸-/-)، قابلیت اطمینان خدمت (۷۵-/-) و تضمین خدمات تعهد شده (۶۱-/-). وجود شکاف کیفیت بیانگر این است که بیمارستان مربوطه نسبت به تعهدات خود در زمینه برآورده کردن کامل انتظارات بیماران خود نیازمند اقدامات مناسب‌تری می‌باشد.

در مطالعه‌ای که البوری و همکاران، در سال ۲۰۱۲ در بیمارستان‌های ریاض با استفاده از مدل سروکوال انجام دادند به این نتیجه رسیدند که جنسیت، آموزش و سطح تحصیلات به‌طور معنی‌داری در رضایت بیماران تأثیرگذار است [۷]. این در حالی است

منابع

1. Sadiq Sohail M. Service quality in hospitals: more favourable than you might think. *Manag Serv Qual*. 2003;13(3):197-206.
2. Zeithaml VA. Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *J Marketing*. 1988;52(3):2-22.
3. Zaboli R, Zarandi MRS, Ayoubian A. A comparison of service quality in teaching and non-teaching hospitals: the Gap Analysis. *Int J Travel Med Global Health*. 2015;3(1):37-41.
4. Butt MM, De Run EC. Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *Int J Health Care Qual Assur*. 2010;23(7):658-73.
5. Bahadori M, Sadeghifar J, Nejati M, Hamouzadeh P, Hakimzadeh M. Assessing quality of educational service by the SERVQUAL model: Viewpoints of paramedical students at Tehran university of medical science. *Tech Technol Educ Ma*. 2012;6(4):1058-65.
6. Bahadori M, Abdi M, Teimourzadeh E, Ayoubian A, Yaghoubi M. Assessment of the quality of transport services at a military healthcare center using SERVQUAL model. *J Mil Med*. 2013;15(3):177-83. Persian.
7. Al-Borie HM, Damanhour AM. Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: a SERVQUAL analysis. *Int J Health Care Qual Assur*. 2013;26(1):20-30.
8. Altuntas S, Dereli T, Yilmaz MK. Multi-criteria decision making methods based weighted SERVQUAL scales to measure perceived service quality in hospitals: a case study from Turkey. *Total Qual Manag Bus*. 2012;23(11-12):1379-95.
9. Hu HY, Lee YC, Yen TM. Service quality gaps analysis based on Fuzzy linguistic SERVQUAL with a case study in hospital out-patient services. *TQM J*. 2010;22(5):499-515.
10. Ameryoun A, Dopeykar N, Nasiri T, Meskarpour Amiri M, Gholami Fesharaki M, Karamali M, et al. Assessment the gap between patients' expectations and the services provided to them in selected hospitals of Tehran in 2012. *Police Med*. 2013;2(1):1-10. Persian.
11. 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. *J Mil Med*. 2014;15(4):273-9. Persian.
12. Bahadori M, Ravangard R, Yaghoubi M, Alimohammadzadeh K. Assessing the service quality of Iran military hospitals: Joint Commission International standards and Analytic Hierarchy Process (AHP) technique. *J Educ Health Promot*. 2014;3:98.
13. Skare T, Skare V, Ozretic Dosen D. Measuring health care service quality by using Servqual. *Croat J Soc Policy*. 2010;17(1):27-44.
14. Isik O, Tengilmoglu D, Aklobat M. Measuring health care quality with the Servqual method: a comparison in public and private hospitals. *HealthMED*. 2011;5.
15. Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Majd HR. Quality assessment of family planning services in urban health centers of Shahid Beheshti Medical Science University, 2004. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2006;19(4-5):430-42.
16. Kebriaei A, Roudbari M. Quality gap in educational services at Zahedan university of medical sciences: students viewpoints about current and optimal condition. *J Med Educ (IR)*. 2005;5(1):53-61. Persian.
17. Campbell J, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care*. 2001;10(2):90-5.