

# بررسی کیفیت خدمات گفتاردرمانی در درمانگاه دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران با استفاده از مدل سروکوال

ریحانه، محمدی<sup>۱</sup>؛ فریده، کامران<sup>۲</sup>؛ زینب، دمرچی<sup>۳\*</sup>

چکیده

**مقدمه:** بررسی کیفیت خدمات برای بهبود ارائه خدمات امری لازم می‌باشد. درمانگاه آموزشی درمانی گفتاردرمانی دانشکده توانبخشی در دانشگاه علوم پزشکی ایران یکی از مراکز دولتی ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی می‌باشد. هدف مطالعه حاضر، بررسی کیفیت خدمات گفتاردرمانی بر اساس مدل سروکوال، در این درمانگاه می‌باشد.

**روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ به صورت نمونه‌گیری در دسترس در ۵۹ نفر از مراجعان درمانگاه گفتاردرمانی دانشکده مذکور صورت گرفت. کیفیت خدمات با استفاده از پرسش‌نامه دو بعدی سنجش ادراکات و انتظارات و محاسبه فاصله (شکاف) ادراکات و انتظارات، مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد. برای بررسی معنی‌دار بودن شکاف از آزمون تی تک نمونه‌ای و برای بررسی رابطه آماری بین متغیرهای دموگرافیک کمی و کیفی با ابعاد پنج‌گانه کیفیت به ترتیب از آزمون اسپیرمن و کای‌دو استفاده شد.

**یافته‌ها:** در بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه، میزان روایی محتوایی برابر با ۰/۸۵ و نمرات آلفای کرونباخ در بخش ادراکات و انتظارات به ترتیب برابر با ۰/۹۵ و ۰/۸۲ بدست آمد. نتایج نشان داد که در هر پنج بعد کیفیت، شکاف خدمات وجود دارد. بیشترین شکاف مربوط به بعد همدلی و کمترین شکاف مربوط به بعد پاسخگویی بود. بین سن و میزان دفعات مراجعه به درمانگاه و جنس با میزان شکاف ارتباط معناداری وجود نداشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد درمانگاه گفتاردرمانی دانشکده توانبخشی به طور کامل انتظارات مراجعان را برآورده نمی‌کند و نیاز به ارتقاء کیفیت خدمات وجود دارد، لذا مسئولان این درمانگاه برای دستیابی به سطح بالاتر از کیفیت خدمات، باید در صدد کاهش شکاف بین ادراکات و انتظارات مراجعان باشند.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت خدمات، مدل سروکوال، گفتاردرمانی، توانبخشی، ایران

• وصول مقاله: ۹۷/۰۴/۲۰ اصلاح نهایی: ۹۷/۰۹/۱۴ پذیرش نهایی: ۹۷/۰۹/۲۵

DOI: 10.29252/jha.21.74.101

۱. استادیار، دکتری گفتاردرمانی، گروه آموزشی گفتاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد گفتاردرمانی، گروه آموزشی گفتاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. کارشناسی ارشد گفتاردرمانی، گروه آموزشی گفتاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛ نویسنده مسئول

(zeinab.damirchi@gmail.com)

## مقدمه

طبق نظر سازمان بهداشت جهانی هدف از نظام‌های مراقبتی سلامت، پاسخگویی به انتظارات مردم، بهداشت مناسب و کاهش هزینه‌های مالی می‌باشد. [۱] خدمات توانبخشی یکی از محورهای خدمات سلامت به جامعه است. پیشگیری، تشخیص و مداخله زود هنگام از اهداف مهم در خدمات توانبخشی است. کیفیت پایین خدمات توانبخشی موجب افزایش شیوع ناتوانی و انواع معلولیت‌ها و همچنین، کاهش کیفیت زندگی در جامعه خواهد شد. [۲ و ۳] در مانگاه‌های آموزشی درمانی در دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران از مراکز دولتی ارائه دهنده خدمات توانبخشی در تخصص‌های فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی، شنوایی‌شناسی، بینایی‌سنجی و اعضای مصنوعی به مراجعان می‌باشد. در در مانگاه گفتاردرمانی دانشکده توانبخشی، دانشجویان علاوه بر دریافت آموزش بالینی تحت نظر یک سرپرست بالینی مجرب، به ارائه خدمات گفتاردرمانی به مراجعان با انواع اختلالات گفتار و زبان و بلع در سنین مختلف می‌پردازند. بی‌توجهی به کیفیت خدمات گفتاردرمانی، کاهش در تعداد و تنوع مراجعان را به دنبال خواهد داشت. این موضوع کیفیت آموزش بالینی دانشجویان را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. لذا ارزیابی مستمر کیفیت خدمات گفتاردرمانی در در مانگاه آموزشی درمانی در مانگاه دانشکده توانبخشی امر مهمی است که باید به آن پرداخته شود. به این منظور می‌توان با اصل قرارداد کیفیت خدمات توانبخشی، فرآیند ارائه خدمات را ارتقا بخشید و رضایت مراجعان را به عنوان یک عامل بسیار مهم در عرصه رقابت تامین کرد. [۴] در این راستا نظریه پردازان آمریکایی، پذیرفتن ادراکات و انتظارات مراجعان را به عنوان اصلی‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت مطرح کرده‌اند. [۵]

مارتین معتقد است رضایت مراجع موجب افزایش وفاداری او و همچنین، کاهش هزینه‌ها خواهد شد. [۶] رویکرد مراجع‌مداری، سال‌های زیادی هست که وارد حوزه خدمات بهداشتی

شده است. به طوری که، امروزه نظر مراجع‌مبنایی برای سنجش فرآیندها و شیوه‌ای برای توانمندسازی مجموعه افراد درگیر در ارائه و دریافت خدمات به ویژه خدمات توانبخشی است و زمینه حضور آنها را در عرصه‌های ارائه خدمت و مشارکت و تصمیم‌گیری‌های مهم فراهم می‌کند. [۷]

مطالعه انجام شده در ترکیه نشان داد رضایت بیماران از بیمارستان‌های دولتی نسبت به خصوصی بیشتر است. [۲] پژوهش دیگری در آمریکا نشان داد رضایت والدین کودکان تحت پوشش خدمات توانبخشی خصوصی کمتر از دولتی است به طوری که از خدمات درمانی ارائه شده، بیمه و پیگیری‌های درمانی بخش دولتی رضایت بیشتری نسبت به بخش خصوصی داشتند. [۸]

با توجه به اهمیت این موضوع، در کشور ما طی سال‌های اخیر پژوهش‌هایی به صورت پراکنده در ارتباط با کیفیت خدمات توانبخشی انجام شده است. برای نمونه در پژوهش «بررسی کیفیت خدمات مراکز توانبخشی در اهواز» مشخص شد بین انتظارات بیماران و خدمات دریافتی فاصله وجود دارد به طوری که انتظارات مورد نظر آنها در مراکز توانبخشی برآورده نمی‌شد. [۹] در پژوهش دیگری، بررسی میزان رضایت‌مندی مراجعان از در مانگاه‌های دولتی و غیر دولتی گفتاردرمانی در شهر اهواز نشان داد در مانگاه‌های خصوصی نسبت به در مانگاه‌های دولتی از کیفیت خدمات بالاتر، ارتباط اجتماعی بهتر و فضای فیزیکی مناسب‌تر برخوردار بودند. [۱۰] مقایسه شکاف کیفیت در خدمات توانبخشی مراکز دولتی و غیر دولتی شهر تهران نشان داد که مراجعان، کیفیت خدمات را از آنچه که انتظار داشتند، پایین‌تر دریافت نموده‌اند. [۳]

مدیریت کیفیت مسئله‌ای است که نسبت به دیگر مسائل اولویت دارد. روش‌های ترکیبی مانند مدل سروکوال برای ارائه و اطمینان از کیفیت خدمات اهمیت زیادی نسبت به دیگر مدل‌ها دارد. [۱۱] مدل سروکوال در اواسط دهه هشتاد توسط پاراسورامان زیتامل و بری ایجاد شده است. سروکوال مدلی است که ده بعد کیفیت خدمات شامل: اعتبار، پاسخگویی، کفایت، ادب و مهربانی، اعتبار، امنیت، دستیابی، ارتباطات،

## روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که بصورت مقطعی در پایان نیمسال اول تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ در درمانگاه گفتاردرمانی دانشکده توانبخشی انجام گردید. جامعه هدف این پژوهش افراد مراجعه کننده به درمانگاه گفتاردرمانی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند. نمونه‌ها شامل ۵۹ نفر از مراجعان درمانگاه گفتاردرمانی بودند که از مجموع ۹۳ مراجعه کننده انتخاب شدند. به دلیل محدود بودن جامعه پژوهش، نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس بر روی مراجعان درمانگاه انجام شد. مراجعینی به این پژوهش وارد شدند که حداقل پنج جلسه درمانی را در درمانگاه تشکیل داده بودند و خود یا همراهشان دارای سواد خواندن و نوشتن بودند. سپس، پرسش‌نامه‌هایی که بصورت ناقص پر شده بودند از پژوهش حذف شد. ازدو بعد سنجش ادراکات و انتظارات از کیفیت خدمات بر اساس مدل سروکوال انتظارات و ادراکات مراجعان از خدمات گفتاردرمانی مورد سنجش قرار گرفت و با استفاده از تحلیل شکاف‌ها، میزان رضایت مراجعان از کیفیت خدمات مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا پرسش‌نامه‌های مذکور برای خدمات توانبخشی تهیه و روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت. به منظور طراحی سوالات پرسش‌نامه سروکوال جهت ارزیابی کیفیت خدمات توانبخشی از مطالعات پیشین در مراکز بهداشتی درمانی استفاده شد که به لحاظ برخی تفاوت‌های خدمات توانبخشی با خدمات درمانی، تغییرات مختصری در پرسش‌نامه داده شد. در نهایت ۳۳ پرسش در پنج بعد ملموسات (هفت پرسش)، اطمینان (پنج پرسش)، تضمین (شش پرسش)، همدلی (هفت پرسش) و پاسخگویی (هشت پرسش) طراحی شد. برای تعیین روایی صوری از نظر ۱۲ نفر از متخصصین توانبخشی و ۱۰ نفر از مراجعین به درمانگاه توانبخشی استفاده شد و برای تعیین روایی محتوایی از روش لاواشه استفاده شد. همچنین، پایایی ابزار با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در دو بخش ادراکات و انتظارات تعیین گردید.

شناختن مشتری و محسوسات را می‌سنجد. این مدل، کیفیت خدمت را از طریق مقایسه انتظارات و ادراکات مراجعان در ابعاد مختلف بررسی می‌نماید. در اوایل دهه نود پاراسورامان و همکاران عوامل دهگانه فوق را به پنج عامل اعتبار، پاسخگویی، اعتماد، همدلی و محسوساتکاهش دادند که حروف اول پنج بعد آن به فارسی به صورت "اپام" درآمده است. تان و پایوترا معتقدند که سرکوال تکنیک تشخیصی است که به سازمان‌ها در شناسایی نقاط قوت و ضعف کیفیت خدمات کمک می‌کند. [۱۱-۱۳] سازمان‌ها از نظرسنجی مراجعان و میزان رضایت آنها به منظور اطمینان از کیفیت خدمات استفاده می‌کنند. این موضوع در مورد خدمات توانبخشی از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ چرا که توانبخشی فرآیندی زمان‌بر و مستمر است و رضایت و نارضایتی مراجعان از کیفیت خدمات بر رفتار آنها برای تداوم برنامه توانبخشی موثر است. [۱۴ و ۱۷] از آنجایی که، با گذشت زمان تغییراتی در کیفیت خدمات توانبخشی حاصل می‌شود، ارزیابی کیفیت خدمات توانبخشی در طول زمان جهت بهبود شیوه ارائه خدمات امری لازم است. از طرفی، وجود چنین اطلاعاتی در برنامه‌ریزی برای ارتقاء خدمات توانبخشی و همچنین، پیش‌بینی میزان موفقیت و اثر بخشی خدماتی که ارائه می‌شوند، ضروری است. [۱۵ و ۱۶] در مطالعه حاضر، کیفیت خدمات، فاصله بین انتظارات و ادراکات مراجعان در درمانگاه گفتاردرمانی دانشکده توانبخشی تعریف شده است. انتظارات همان خواسته‌های مراجعان است، یعنی آنچه احساس می‌کنند که در مانگاه گفتاردرمانی باید به آنها ارائه دهد. ادراکات به تجربه مراجع از خدمات ارائه شده و یا به عبارت ساده‌تر به وضع موجود در درمانگاه مربوط می‌شود. [۱۷]

لذا هدف مطالعه حاضر، بررسی کیفیت خدمات گفتاردرمانی در درمانگاه دانشکده توانبخشی ایران در سال ۱۳۹۵ از طریق اندازه‌گیری انتظارات و ادراکات مراجعان از خدمات بوسیله مدل سروکوال می‌باشد. تا آنجا که نویسندگان بررسی کرده‌اند تاکنون در حوزه توانبخشی با استفاده از مدل سروکوال به بررسی کیفیت خدمات گفتاردرمانی پرداخته نشده است.

نسبت روایی محتوایی (Content Validity Ratio) که به اختصار بصورت CVR نشان داده می‌شود، براساس فرمول زیر برای هر سوال محاسبه گردید. [۱۸]

$$CVR = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

سپس، میانگین نمرات CVR برای تعیین میزان روایی محتوایی کل پرسش نامه (Content Validity Index) که به اختصار CVI نشان داده می‌شود، محاسبه گردید. کلیه نظرات اساتید و مراجعان در مورد ویژگی‌های ظاهری پرسش نامه (از جمله نکات دستوری، ساده و قابل فهم بودن) نیز اعمال گردید. در نهایت از ۳۳ پرسش اولیه چهار پرسش (دو مورد از ملموسات، یک مورد از همدلی و یک مورد از پاسخگویی) حذف گردید و یک پرسش به بعد ملموسات اضافه گردید و در مجموع پرسش نامه با ۳۰ مؤلفه نهایی شد.

پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل جنس، سن، مدت استفاده از خدمات گفتاردرمانی و پرسش نامه سروکوال که ابعاد پنج گانه کیفیت خدمات شامل ملموسات (شش سوال)، اطمینان (پنج سوال)، تضمین (شش سوال)، همدلی (شش سوال)، پاسخگویی (هفت سوال) را در دو بخش انتظارات و ادراکات بررسی می‌کند، در اختیار مراجعان قرار گرفت. سوالات در بخش انتظارات براساس مقیاس پنج گزینه ای لیکرت کاملاً مهم (۵)، مهم (۴)، نسبتاً مهم (۳)، کم اهمیت (۲) و خیلی کم اهمیت (۱) و در بخش ادراکات براساس مقیاس پنج گزینه ای لیکرت شامل کاملاً خوب (۵)، متوسط (۴)، متوسط (۳)، بد (۲) و خیلی بد (۱) تنظیم شد. در مواردی که مراجعان، کودک یا بزرگسالانی بودند که توانایی پاسخ‌گویی نداشتند، نظرات والدین یا همراهان ایشان اخذ گردید. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی هدف پژوهش برای مراجعان توضیح داده شد. علاوه بر آن، به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات ایشان به صورت محرمانه حفظ خواهد شد. همچنین، پرسش نامه‌ها

بدون نام بودند و هیچ اجباری برای مشارکت در مطالعه وجود نداشت. پس از جلب رضایت مراجعان، پرسش نامه توزیع شد و از آنها خواسته شد که بعد از تکمیل، پرسش نامه را به پذیرش یا ارزیابان تحویل دهند. از بین پرسش نامه‌های توزیع شده در مجموع ۶۰ پرسش نامه جمع‌آوری گردید. نمرات مؤلفه‌های هر بعد با هم جمع و بر تعداد مؤلفه‌ها تقسیم می‌گردد و بنابراین میانگین نمرات برای هر پنج بعد کیفیت خدمات نمره بین ۵-۱ بدست آمد. اختلاف نمره ادراکات از نمره انتظارات بیانگر شکاف کیفیت خدمات بود. نمره حاصل در صورت مثبت بودن بیانگر این بود که خدمات ارائه شده بیشتر از انتظارات بیمار می‌باشد و در صورت منفی بودن حاکی از آن بود که خدمات ارائه شده، انتظارات بیماران را برآورده نمی‌کند و شکاف کیفیت وجود دارد. همچنین، در صورتی که نمره کیفیت خدمات نمره حاصل برابر با صفر شود به معنی عدم وجود شکاف کیفیت در نظر گرفته می‌شود که نشان‌دهنده در حد انتظار بودن خدمات ارائه شده به بیماران می‌باشد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و پیرایش ۱۶ انجام شد. فراوانی و درصد برای متغیرهای دموگرافیک و میانگین و انحراف معیار برای نشان‌دادن وضعیت ابعاد پنج گانه کیفیت محاسبه شد. برای بررسی معنی‌دار بودن شکاف در تمام ابعاد کیفیت از آزمون تی تک نمونه‌ای استفاده شد. همچنین، برای بررسی رابطه آماری بین متغیرهای دموگرافیک کمی و ابعاد پنج گانه کیفیت از آزمون اسپیرمن و متغیرهای دموگرافیک کیفی و ابعاد پنج گانه کیفیت از آزمون کای دو استفاده شد.

### یافته‌ها

میزان نسبت روایی محتوایی هر مؤلفه و شاخص روایی محتوایی کل پرسش نامه در جدول یک نشان داده شده است. نمرات آلفای کرونباخ پرسش نامه (در بخش ادراکات ۰/۹۵ و در بخش انتظارات ۰/۸۲) نشان داد که پرسش نامه از پایایی قابل قبولی برخوردار است (الف > ۰/۷).

جدول ۱: میزان CVR و CVI پرسش نامه

ابعاد	عبارت	تعداد موارد ضروری	CVR
ملموسات	ظاهر آراسته و مناسب درمانگران	۱۱	۰/۸۳
	ظاهر آراسته و مناسب کارکنان	۱۰	۰/۶۶
	تسهیلات و تجهیزات درمانی مناسب و به روز	۱۱	۰/۸۳
	تابلوها و علائم راهنمایی کننده قابل دید	۱۱	۰/۸۳
	اتاق درمان مناسب ( از جمله، تمیز، نور مناسب و بی خطر)	۱۲	۱
	سالن انتظار مناسب ( از جمله، تمیز، نور مناسب و بی خطر)	۱۲	۱
اطمینان	ارائه خدمات در زمان مقرر شده	۱۲	۱
	اساتید حرفه ای و باتجربه	۱۱	۰/۸۳
	محرمانه نگه داشتن اطلاعات مراجع	۱۲	۱
	تعادل بین هزینه های پرداختی و خدمات ارائه شده	۱۰	۰/۶۶
	اطلاعات دقیق درباره روند و زمان ارائه خدمات به مراجع	۱۰	۰/۶۶
	دانش و تخصص کافی درمانگران در درمان مراجعین	۱۲	۱
تضمین	رفتار با احترام ضمن رعایت شئونات انسانی با مراجعین	۱۲	۱
	تشریح مشکل و شرایط پزشکی آن برای مراجعین	۱۲	۱
	ارجاعات لازم به سایر متخصصین	۱۲	۱
	رعایت حریم خصوصی مراجع توسط درمانگران	۱۲	۱
	رعایت حریم خصوصی مراجع توسط کارکنان	۱۲	۱
	توجه به ایده ها و نظرات مراجعین	۱۱	۰/۸۳
همدلی	علاقه مندی درمانگران جهت ارائه خدمت به مراجعین	۱۱	۰/۸۳
	علاقه مندی کارکنان جهت ارائه خدمت به مراجعین	۱۰	۰/۶۶
	توجه و درک نیازهای خاص مراجعین	۱۱	۰/۸۳
	جدیت و تسریع در رسیدگی به مشکلات و شکایات مراجعین	۱۲	۱
	احترام به ارزشهای فرهنگی و اعتقادات مراجعین	۱۲	۱
	سرعت قابل قبول ارائه خدمات به مراجعین	۱۰	۰/۶۶
پاسخگویی	برخورد مناسب و دوستانه ی درمانگر با مراجعین	۱۰	۰/۶۶
	برخورد مناسب و دوستانه ی کارکنان با مراجعین	۱۰	۰/۶۶
	پاسخگویی به سؤالات مطرح شده از جانب مراجعین	۱۲	۱
	ارائه راهنمایی های لازم به مراجعین در بخش پذیرش درمانگاه	۱۱	۰/۸۳
	احساس امنیت مراجعین در ارتباط با ارائه کنندگان خدمت	۱۰	۰/۶۶
	اشتیاق درمانگران در خدمت به مراجع	۱۰	۰/۶۶
کل پرسش نامه	CVI	۰/۸۵	

یک پرسش نامه از مجموع پرسش نامه های برگشت داده شده پرسش نامه ها را تکمیل کردند در جدول شماره دو نمایش بدلیل ناقص بودن از مطالعه خارج گردید و ۵۹ پرسش نامه مورد تحلیل قرار گرفت. ویژگی های جمعیتی مراجعینی که

جدول ۲: وضعیت جمعیتی مراجعان

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۳۹
	مرد	۶۱
سن	زیر ۱۸ سال	۷۶
	بالای ۱۸ سال	۲۴
مدت زمان مراجعه	۵-۱۰ جلسه	۴۲
	۱۰-۱۵ جلسه	۱۶
	بیشتر از ۱۵ جلسه	۴۲

بررسی ادراکات و انتظارات مراجعان از خدمات گفتاردرمانی دانشکده توانبخشی نشان داد که در هر پنج بعد کیفیت شکاف وجود دارد. بیشترین شکاف مربوط به بعد همدلی و کمترین شکاف مربوط به بعد پاسخگویی بود. جدول شماره سه میانگین و انحراف معیار ادراکات و انتظارات مراجعان و میانگین و انحراف معیار شکاف در کلیه ابعاد را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول مشخص می‌باشد شکاف بین انتظارات و ادراکات مراجعین در هر پنج بعد معنی دار بود. ( $p\text{-value} < 0/05$ )

جدول ۳: میانگین نمرات ادراک، انتظار و اختلاف در ابعاد پنج گانه کیفیت خدمات

ابعاد کیفیت	میانگین نمرات ادراک ± انحراف معیار	میانگین نمرات انتظار ± انحراف معیار	اختلاف کیفیت ± انحراف معیار	نتایج آزمون (p-value)
ملموسات	۰/۵۵ ± ۴/۰۴۲۴	۰/۵۰ ± ۴/۳۸۱۴	۰/۷۶ ± ۰/۳۳۸۹	۰/۰۰۱
اطمینان	۰/۶۲ ± ۴/۳۹۳۲	۰/۳۶ ± ۴/۷۱۱۹	۰/۷۲ ± ۰/۳۱۸۶	۰/۰۰۱
تضمین	۰/۵۵ ± ۴/۴۲۹۴	۰/۳۳ ± ۴/۶۸۶۴	۰/۵۵ ± ۰/۲۵۷۱	۰/۰۰۱
همدلی	۰/۶۵ ± ۴/۲۸۵۳	۰/۸۰ ± ۴/۶۶۱۰	۱/۰۲ ± ۰/۳۷۵۷	۰/۰۰۷
پاسخگویی	۰/۵۸ ± ۴/۴۳۸۳	۰/۴۳ ± ۴/۶۴۶۵	۰/۵۹ ± ۰/۲۰۸۲	۰/۰۰۹
کیفیت کل	۰/۵۱ ± ۴/۳۱۷۷	۰/۳۲ ± ۴/۶۱۷۴	۰/۵۶ ± ۰/۲۹۹۷	۰/۰۰

جدول چهار میانگین و انحراف معیار و شکاف خدمات در تک تک مولفه‌های هر بعد را نشان می‌دهد. در همه مولفه‌ها شکاف منفی وجود دارد و تنها در دو مولفه ظاهر آراسته درمانگران و کارکنان انتظارات کمتر از ادراکات بوده است. بنابراین، شکاف منفی وجود ندارد. در بعد ملموسات بیشترین شکاف منفی مربوط به اتاق‌های درمان مناسب، در بعد اطمینان مربوط به اساتید حرفه‌ای و با تجربه، در بعد تضمین مربوط به دانش و تخصص کافی درمانگران، در بعد همدلی مربوط به توجه و درک نیازهای خاص مراجعین و در بعد پاسخگویی مربوط به اشتیاق درمانگران در خدمت به مراجع بود.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات ادراک، انتظار و اختلاف در مؤلفه‌های ابعاد پنج گانه کیفیت خدمات

ابعاد	عبارت	انتظارات ± انحراف معیار	ادراکات ± انحراف معیار	شکاف خدمات ± انحراف معیار	Pvalue	t
ملموسات	ظاهر آراسته و مناسب درمانگران	۰/۸۷۷ ± ۴/۰۸	۰/۶۷۹ ± ۴/۴۷	۱/۱۵ ± ۰/۳۸	۰/۰۱۲	۲/۵۸
	ظاهر آراسته و مناسب کارکنان	۰/۸۲۴ ± ۳/۹۰	۰/۷۰۳ ± ۴/۲۴	۱/۰۹ ± ۰/۳۳	۰/۰۲۰	۲/۳۸
	تسهیلات و تجهیزات درمانی مناسب و به روز	۰/۴۷۷ ± ۴/۷۵	۰/۷۷۶ ± ۳/۸۶	۰/۸۷ ± ۰/۱۸۸	۰	-۷/۷۵
	تابلوه‌ها و علائم راهنمایی کننده قابل دید	۰/۹۱۱ ± ۴/۲۹	۰/۷۳۸ ± ۳/۸۵	۱/۰۳ ± ۰/۴۴	۰/۰۰۲	-۳/۲۶
	اتاق درمان مناسب (از جمله، تمیز، نور مناسب و بی خطر)	۰/۴۲۲ ± ۴/۸۳	۰/۷۱۲ ± ۳/۹۰	۰/۸۲ ± ۰/۹۳	۰	-۸/۶۵
سالن انتظار مناسب (از جمله، تمیز، نور مناسب و بی خطر)	۰/۷۷۲ ± ۴/۴۴	۰/۷۸۵ ± ۳/۹۳	۱/۰۸ ± ۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۳/۵۸	

جدول ۴: (ادامه)

ابعاد	عبارت	انتظارات $\pm$ انحراف معیار	ادراکات $\pm$ انحراف معیار	شکاف خدمات $\pm$ انحراف معیار	Pvalue	t
اطمینان	ارائه خدمات در زمان مقرر شده	۰/۵۵۹±۴/۷۸	۰/۶۷۹±۴/۴۹	۰/۷۸± -۰/۲۸	۰/۰۰۷	-۲/۸۰
	اساتید حرفه ای و باتجربه	۰/۲۵۴±۴/۹۳	۰/۸۳۶±۴/۳۱	۰/۸۲± -۰/۶۲	۰	-۵/۸۱
	محرمانه نگه داشتن اطلاعات مراجع	۰/۵۶۵±۴/۶۹	۰/۷۸۳±۴/۳۶	۰/۸۸± -۰/۳۳	۰/۰۰۵	-۲/۹۴
	تعادل بین هزینه های پرداختی و خدمات ارائه شده	۰/۶۵۳±۴/۵۱	۰/۷۷۳±۴/۴۶	۱/۱۶± -۰/۰۵	۰/۷۳۹	-۰/۳۳۵
تضمین	اطلاعات دقیق درباره روند و زمان ارائه خدمات به مراجع	۰/۵۱۷±۴/۶۴	۰/۷۱۳±۴/۳۶	۰/۸۷± -۰/۲۸	۰/۰۱۴	-۲/۵۳
	دانش و تخصص کافی درمانگران در درمان مراجعین	۰/۳۰۵±۴/۹۰	۰/۶۷۰±۴/۳۹	۰/۶۵± -۰/۵۰	۰	-۵/۹۷
	رفتار با احترام ضمن رعایت شئونات انسانی با مراجعین	۰/۵۰±۴/۶۹	۰/۶۱۶±۴/۶۱	۰/۷۴± -۰/۰۸	۰/۳۸۹	-۰/۸۶۹
	تشریح مشکل و شرایط پزشکی آن برای مراجعین	۰/۴۴۸±۴/۷۳	۰/۶۸۹±۴/۳۶	۰/۷۴± -۰/۳۷	۰	-۳/۸۶۸
هدلی	ارجاعات لازم به سایر متخصصین	۰/۶۴۹±۴/۵۸	۰/۷۷۹±۴/۲۵	۰/۸۵± -۰/۳۲	۰/۰۰۶	-۲/۸۷۷
	رعایت حریم خصوصی مراجع توسط درمانگران	۰/۵۵۸±۴/۶۱	۰/۶۷۸±۴/۵۴	۰/۸۶± -۰/۰۶	۰/۵۵۱	-۰/۶۰۰
	رعایت حریم خصوصی مراجع توسط کارکنان	۰/۵۵۸±۴/۶۱	۰/۶۴۹±۴/۴۲	۰/۸۴± -۰/۱۸	۰/۰۹۴	-۱/۷۰۴
	توجه به ایده ها و نظرات مراجعین	۰/۶۷۹±۴/۴۹	۰/۷۵۱±۴/۲۴	۰/۸۶± -۰/۲۵	۰/۰۲۷	-۲/۲۶۳
بستگی	علاقه مندی درمانگران جهت ارائه خدمت به مراجعین	۰/۴۵۷±۴/۷۱	۰/۶۲۶±۴/۴۹	۰/۶۹± -۰/۲۲	۰/۰۱۸	-۲/۴۳۰
	علاقه مندی کارکنان جهت ارائه خدمت به مراجعین	۸۱۷±۴/۵۳	۰/۸۲۶±۴/۲۰	۰/۹۷± -۰/۳۲	۰/۰۱۴	-۲/۵۴۳
	توجه و درک نیازهای خاص مراجعین	۰/۵۵۰±۴/۶۴	۰/۷۶۷±۴/۲۲	۰/۸۷± -۰/۴۲	۰	-۳/۷۲۰
	جدیت و تسریع در رسیدگی به مشکلات و شکایات مراجعین	۰/۶۷۳±۴/۵۹	۰/۸۲۶±۴/۲۰	۰/۹۶± -۰/۳۸	۰/۰۰۳	-۳/۱۰۲
بستگی	احترام به ارزشهای فرهنگی و اعتقادات مراجعین	۰/۷۵۰±۴/۴۶	۰/۷۳۷±۴/۳۶	۱/۰۱± -۰/۱۰	۰/۴۴۳	-۰/۷۷۲
	سرعت قابل قبول ارائه خدمات به مراجعین	۰/۶۱۶±۴/۶۱	۰/۶۸۹±۴/۳۶	۰/۸۲± -۰/۲۵	۰/۰۲۱	-۲/۳۷۶
	برخورد مناسب و دوستانه ی درمانگر با مراجعین	۰/۵۳۴±۴/۶۹	۰/۶۵۰±۴/۵۶	۰/۷۷± -۰/۱۳	۰/۱۸۵	-۱/۳۴۲
	برخورد مناسب و دوستانه ی کارکنان با مراجعین	۰/۶۷۹±۴/۵۱	۰/۶۹۸±۴/۴۱	۰/۸۶± -۰/۱۰	۰/۳۷۰	-۰/۹۰۳
بستگی	پاسخگویی به سؤالات مطرح شده از جانب مراجعین	۰/۵۸۰±۴/۶۴	۰/۶۷۰±۴/۳۹	۰/۷۰± -۰/۲۵	۰/۰۰۸	-۲/۷۵۳
	ارائه راهنمایی های لازم به مراجعین در بخش پذیرش درمانگاه	۰/۵۹۳±۴/۵۸	۰/۶۷۳±۴/۴۱	۰/۷۴± -۰/۱۶	۰/۰۸۶	-۱/۷۴۴
	احساس امنیت مراجعین در ارتباط با ارائه کنندگان خدمت	۰/۶۹۲±۴/۶۳	۰/۶۵۳±۴/۴۷	۰/۸۴± -۰/۱۵	۰/۱۷۲	-۱/۳۸۳
	اشتیاق درمانگران در خدمت به مراجع	۰/۴۳۴±۴/۸۶	۰/۶۷۹±۴/۴۷	۰/۶۶± -۰/۳۸	۰	-۴/۴۶

رابطه بین جنس و میزان شکاف در هر یک از ابعاد کیفیت خدمات از آزمون کای دو استفاده شد. با توجه به نتایج، بین جنس و میزان شکاف در هیچ یک از ابعاد ارتباط معناداری مشاهده نشد (کای دو پیرون  $< 0.05$ ). (جدول ۵).

برای بررسی رابطه متغیرهای سن و تعداد دفعات مراجعه با میزان شکاف در هر یک از ابعاد کیفیت خدمات از آزمون اسپیرمن استفاده شد. با توجه به نتایج، بین رابطه سن و میزان دفعات مراجعه به درمانگاه با میزان شکاف در هیچ یک از ابعاد ارتباط معناداری مشاهده نشد ( $\alpha > 0.05$ ). برای بررسی

جدول ۵: ارتباط متغیرهای سن، مدت زمان مراجعه و جنس با شکاف در ۵ بعد کیفیت خدمات

متغیر	ابعاد	ملموسات	اطمینان	تضمین	همدلی	پاسخگویی	کیفیت کلی
سن	p-value	۰/۷۰۵	۰/۲۰۶	۰/۳۹۳	۰/۷۲۴	۰/۵۰۱	۰/۱۶۹
	ضریب همبستگی	-۰/۰۵	-۰/۱۶۷	-۰/۱۱۳	-۰/۰۴	-۰/۰۸	-۰/۱۸۱
مدت مراجعه	p-value	۰/۲۶۴	۰/۸۴۱	۰/۸۲۵	۰/۱۶۹	۰/۱۶۸	۰/۱۷۵
	ضریب همبستگی	۰/۱۴۸	۰/۰۲۷	۰/۰۲۹	۰/۱۸۱	۰/۱۸۲	۰/۱۷۹
جنس	کای دو پیروسون	۰/۶۵	۰/۵۰	۰/۲۲	۰/۱۳	۰/۴۷	۰/۳۶

### بحث

دهندگان خدمات توجه کافی به دیدگاه و نظرات بیماران نداشتند و عقاید و پیشنهادات بیماران را در تصمیمات درمانی و برنامه‌ریزی بیمار در نظر نمی‌گرفتند. به نظر می‌رسد حجم بیشتر کار با بیمار، فرصت مناسب را برای بیان همدلی و توجه به نظرات بیماران به وجود نمی‌آورد. علاوه بر آن، شکاف در همدلی می‌تواند بخاطر ارتباط ضعیف درمانگران و کارمندان با بیماران باشد. به طور کلی، فاکتورهای وابسته به انسان بر ادارک کیفیت خدمات تاثیر بیشتری نسبت به مولفه‌هایی که وابسته به انسان (non human) نیست، دارد. [۲۷] روابط بین فردی یکی از مهم‌ترین فاکتورهای ادراک کیفیت خدمات هست. [۲۰] همچنین، از لحاظ اخلاقی سالم بودن محیط درمانگاه زمینه مناسب برای ارتقای بهبودی بیماران فراهم می‌نماید و بیمارانی که در محیط ناسالم قرار دارند از شانس کمتری برای بهبودی برخوردار هستند. در بخش خدمات گفتاردرمانی چون فرآیند بر روی یک انسان صورت می‌پذیرد و هر انسانی دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص خود است، باید به هر کدام از آنها توجه ویژه و خاصی شود و برای جبران این شکاف نیاز به تلاش بیشتر در زمینه بهبود رفتار کارمندان و درمانگران با بیماران می‌باشد. [۱۶]

یافته‌ها نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات در بعد ملموسات تفاوت معنی داری وجود دارد که همسو با مطالعه جناح‌آبادی [۱۶] و ترابی پور و همکاران می‌باشد. [۹] این مطالعات نشان داد بیماران در درمانگاه‌های توانبخشی و مراکز درمانی بر ظاهر محیط کار، تجهیزات درمانگاه، ظاهر و تمیزی درمانگران و کارکنان توجه خاصی دارند. اما در مطالعه محمدی و همکاران [۱۷] و پاراسومن

مطالعه حاضر، با هدف بررسی شکاف میان ادراکات و انتظارات از کیفیت خدمات درمانگاه گفتاردرمانی دانشکده توانبخشی دانشگاه ایران با استفاده از ابزار سروکوال انجام گرفت. به طور کلی، نتایج مطالعه نشان داد میانگین کیفیت انتظارات در همه ابعاد از میانگین کیفیت ادراکات بیماران بیشتر می‌باشد. بنابراین، درمانگاه گفتاردرمانی دانشکده در مورد هیچ یک از مولفه‌های پنج‌گانه کیفیت خدمات نتوانسته به سطح انتظارات بیماران پاسخ دهد. علاوه بر آن، میانگین ادراکات بیماران نشان داد که مدیران درمانگاه‌های گفتاردرمانی باید گام‌های اساسی در جهت بهبود کیفیت خدمات بردارند که این یافته‌ها با یافته‌های بهادری [۱۹]، ترابی پور [۹]، زارعی [۲۰] و رنجبر [۲۱] که به بررسی کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها و مراکز توانبخشی در ایران و [۲۲] و [۲۳] sadiq sohail در کشورهای دیگر پرداختند، همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر، بیشترین شکاف مربوط به بعد همدلی بود که با نتایج بهادری [۱۹] و همچنین، هانگ و لی همسو بود. [۷] در حالی که، در مطالعه وفایی [۲۴] و ترابی پور [۹] بیشترین شکاف در بعد ملموسات و اطمینان و همچنین، در مطالعه آقاملائی بیشترین شکاف در بعد پاسخگویی و همدلی [۲۶] و در مطالعه زارعی بیشترین شکاف مربوط به بعد ملموسات بود. [۲۰] تفاوت در نتایج مطالعات مذکور به عوامل گوناگونی مانند محیط پژوهش و فاکتورهای فرهنگی، سازمانی و فردی بستگی دارد. شکاف در همدلی نشان می‌دهد که ارائه



بر روش های جدید در جهت افزایش میزان رضایت مراجعان از کیفیت خدمات تلاش کنند.

همچنین، مطالعه حاضر نشان داد انتظارات مراجعان از بعد اطمینان نسبت به ابعاد دیگر بیشتر بود و در نتیجه تفاوت معنادار بین ادراکات و انتظارات وجود داشت که با نتایج مطالعه محمدی، جناح آبادی، ترابی پور و بهادری و همکاران همخوانی دارد. [۹، ۱۶، ۱۷، ۱۹] طبق نتایج مطالعات به نظر می رسد بعد اطمینان هسته اصلی کیفیت خدمات است که این بعد در برگیرنده ارائه خدمات در زمان مقرر شده، محرمانه نگه داشتن اطلاعات مراجع و نگاهداری از سوابق مراجعان می باشد و کارمندان و درمانگران می توانند با ارائه اطلاعات درست و به موقع شکاف موجود را کاهش دهند.

یافته های مطالعه حاضر بیانگر این بود که بین ابعاد پنج گانه کیفیت خدمات با سن، جنس ارتباطی وجود ندارد که با نتایج مطالعه جناح آبادی [۱۶]، بهادری و همکاران [۱۹] و اسماعیلی [۷] همخوانی دارد. در بعضی مطالعات سطح انتظارات در خانم ها بیشتر از آقایان گزارش شد که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت. [۳۳، ۳۲] همچنین، ابعاد کیفیت خدمات با مدت زمان مراجعه نیز ارتباط معناداری نداشت.

بعد همدلی در برگیرنده توجه به ارزش ها و روحیات بیمار می باشد که می تواند تاثیر قابل توجهی بر روی بهبود ادراک بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده بگذارد [۲۵] و بیشترین همدلی از طرف درمانگران و کارکنان بیشترین رضایت را در بیماران ایجاد می کند. بیماران علاقه دارند تا درمانگران زمانی را برای صحبت و گوش دادن به حرف آنها پیرامون مشکلاتشان اختصاص دهند و اطلاعات لازم را در ارتباط با بیماری و نحوه درمان در اختیار آنها قرار دهند تا نگرانی هایشان کمتر شود. اگرچه، تفاوت فرهنگی می تواند ادراک بیماران را در ارتباط با کیفیت تعامل با کارکنان و درمانگران تحت تاثیر قرار دهد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین ادراکات و انتظارات بیماران از همه ابعاد کیفیت خدمات توانبخشی شکاف وجود دارد. بیشترین شکاف در بعد همدلی و ملموسات دیده شد. علاوه بر آن، نتایج نشان داد درمانگاه گفتاردرمانی دانشکده نمی تواند

[۲۸] و lee [۲۹] بعد ملموسات را کم اهمیت ترین بعد کیفیت خدمات معرفی کردند. به این دلیل که، ظاهر فیزیکی هرچند بر جلب رضایت مراجع نقش موثری دارد اما نمی تواند کیفیت نامطلوب خدمت و اطلاعات غیر مفید را جبران کند. در هر حال، محیطی که در آن خدمات ارائه می شود بر ادراک مشتریان و احساس آنها نسبت به مرکز تاثیر گذار است [۳۰] و همچنین، ظاهر فیزیکی (ملموسات) تاثیر قابل توجهی بر روی انتخاب مراکز درمانی توسط بیماران دارد. [۲۰] بنابراین، جای دارد که مسئولان درمانگاه های گفتاردرمانی با رسیدگی به وضعیت ظاهری و فیزیکی محیط و مجهز کردن درمانگاه ها به تجهیزات جدید در جهت جلب رضایت بیماران از کیفیت خدمات درمانگاه ها گام بردارند.

مطالعه حاضر، نشان داد در بعد پاسخگویی اگرچه بین انتظارات و ادراکات تفاوت معنی داری دیده می شود اما کمترین شکاف را در مقایسه با دیگر ابعاد داشته است. بنابراین، کارکنان و درمانگران درمانگاه های گفتاردرمانی در بعد پاسخگویی نسبت به بقیه ابعاد عملکرد بهتری داشتند. در مطالعه ترابی پور [۹] کمترین شکاف در بعد تضمین و در مطالعه بهادری [۱۹] ملموسات کمترین شکاف را نشان داد. همچنین، در مطالعه وفایی و زارعی [۲۰، ۲۵] کمترین شکاف برخلاف نتایج مطالعه حاضر، در بعد همدلی بود که نشان می دهد در محیط های متفاوت عملکردهای متفاوتی در کیفیت خدمات دیده می شود. با این حال مدیران درمانگاه های گفتاردرمانی می توانند با بالابردن سطح توانایی کارکنان برای حل کردن به موقع مشکلات بیماران، کاهش زمان انتظار بیماران و برخورد مناسب با مراجعین، باعث افزایش سطح رضایت بیماران را از کیفیت خدمات شوند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد در بعد تضمین نیز همانند دیگر ابعاد بین انتظارات و ادراکات تفاوت معنی داری وجود داشت که با مطالعه زارعی و همکاران [۲۰] و همچنین، ترابی پور [۹] همسو نبود. اما، با نتایج مطالعه بهادری [۱۹]، جناح آبادی [۱۶] و محمدی و همکاران [۱۷] همخوانی داشت. این بعد در برگیرنده رفتار با احترام و ادب با مراجعین، دانش و تخصص کافی درمانگران در درمان مراجعین و احساس امنیت و محرمانه بودن اطلاعات بیماران می باشد. [۳۱] بنابراین، مدیران می توانند با تاکید

که در فرایند روایی محتوایی پرسشنامه مساعدت کردند کمال تشکر و امتنان را دارد. همچنین، نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از مراجعان گفتاردرمانی و خانواده‌های آنها که با سعه صدر ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی کنند.

به طور کامل انتظارات مراجعان را برآورده کند و نیاز به بهبود کیفیت خدمات وجود دارد، لذا مسئولان در مانگاه برای دستیابی به سطح قابل قبولی از کیفیت خدمات، نیاز است تا با احترام به بیماران، توجه به نظرات و پیشنهادهای آنها، مجهز نمودن درمانگاه به تجهیزات و همچنین، ایجاد محیطی مناسب برای ارائه خدمات در صدد کاهش شکاف بین ادراکات و انتظارات بیماران برآیند. از آنجا که درمانگاه توانبخشی یک درمانگاه آموزشی درمانی به حساب می‌آید، به نظر می‌رسد لازم است بازخوردهای مناسب براساس نتایج پژوهش حاضر به افراد مرتبط در این خصوص اعم از پرسنل کلنیک، دانشجویان و سرپرستان بالینی ارائه شود. همچنین، ارزیابی‌های سالیانه کیفیت خدمات توانبخشی در درمانگاه گفتاردرمانی ضروری به نظر می‌رسد.

پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری در جهت مقایسه کیفیت خدمات در کلینک‌های گفتاردرمانی خصوصی با دولتی انجام شود. همچنین، مقایسه دیگر درمانگاه‌های توانبخشی مانند فیزیوتراپی، شنوایی، کاردرمانی با درمانگاه گفتاردرمانی مورد مطالعه قرار گیرد. لذا، به مدیران و برنامه ریزان دانشگاه ها توصیه می‌شود با انجام چنین پژوهش‌هایی ضمن شناخت بیشتر نسبت به نقاط ضعف و مثبت خدمات ارائه شده، اولین گام را در جهت تدوین برنامه ارتقای کیفیت بردارند.

### ملاحظات اخلاقی

**دستورالعمل‌های اخلاقی:** کد اخلاق

IR.IUMS.REC.1395.29317 می‌باشد

**حمایت مالی:** مقاله حاضر با حمایت مالی معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

**تضاد منافع:** هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** مقاله حاضر حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان بررسی ادراکات و انتظارات دانشجویان از خدمات آموزش بالینی و تئوری دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران در مقطع تحصیلی کارشناسی، در سال ۱۳۹۵ می‌باشد. نویسندگان مقاله از خبرگان محترم پژوهش

## References

1. Bakan I, Buyukbese T, Ersahan B. The impact of total quality service (TQS) on healthcare and patient satisfaction: an empirical study of Turkish private and public hospitals. *The International journal of health planning and management*. 2014;29(3):292-315.
2. Taner T, Antony J. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*. 2006;19(2):1-10.
3. Akhavan Masuleh N. Comparison quality gap in rehabilitation(sensory-motor) in private and government mental retard upper 14 rehabilitation centers in Tehran. [Master thesis] Tehran Faculty of Management Rehabilitation,:University of social Welfare and Rehabilitation Sciences.2009.[ in persian]
4. Ahmadi Livani A, Hosseini M, Valipour Khatir M. Gap analysis between expectations and perceptions on Total Quality Management in private Gorgan's rehabilitation centers by using Fuzzy logic. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(1):7-16. [in persian]
5. Sharma B, Gadenne D. An investigation of the perceived importance and effectiveness of quality management approaches. *The TQM Magazine*. 2001;13(6):433-45.
6. Matzler K, Bailom F, Hinterhuber HH, Renzl B, Pichler J. The asymmetric relationship between attribute-level performance and overall customer satisfaction: a reconsideration of the importance–performance analysis. *Industrial marketing management*. 2004;33(4):271-7.
7. Esmaeili A, Mobaraki H, Kamali M, Soltani S. Evaluating quality of rehabilitation services using importance-performance Analysis in selected rehabilitation centers in Tehran. *Journal of Modern Rehabilitation*. 2014;8(3):45-53.[in persian]
8. Harris G, Potiner J. Measurement of satisfaction. School of social work university of Illinois at Urbana-Champaign. 1998:5-31.
9. Torabipour A, Sayaf R, Salehi R, Ghasemzadeh R. Analyzing the Quality Gaps in the Services of Rehabilitation Centers Using the SERVQUAL Technique in Ahvaz, Iran. *Jundishapur Journal of Health Sciences*. 2016;8:(1))25-30). [ In persian]
10. Zamani P, Shahabi P, Mohebinejad F, Heidari S. Comparing clients' satisfaction with govermental and private speechtherapy clinics of Ahvaz, Iran. *Jundishapur Journal of Health Sciences*. 2012;3(8):427-435. [ In persian]
11. Manulik S, Rosińczuk J, Karniej P. Evaluation of health care service quality in Poland with the use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center. *Patient preference and adherence*. 2016;10:1435-1445.
12. Heydarnia M, Riyazi-Esfahani S, Abadi A, Mohseni M. Cross cultural adaptation, Validity and Reliability study of the SERVQUAL for evaluation of haspital service quality. *Research in medicine*. 2013;38:98-105. [ In persian]
13. Ranjbar EM, Bahrami M, Zare AH, Nasiri S, Arab M, Hadizadeh F. Gap analysis between perceptions and expectations of service recipients through Servqual approach in Yazd, Afshar Hospital. *Toloo-e- behdasht Journal*. 2010;9(29):75-85. [ In persian]
14. Nnebue C, Ebenebe U, Adinma E, Iyoke C, Obionu C, Ilika A. Clients' knowledge, perception

and satisfaction with quality of maternal health care services at the primary health care level in Newwi, Nigeria. Nigerian journal of clinical practice. 2014;17(5):594-601.

15. Fan T, Stewart B, Payne WA, Wang Y, Song S, Luo J. Supplemental irrigation and water–yield relationships for plasticulture crops in the Loess Plateau of China. Agronomy Journal. 2005;97(1):177-88.

16. Jena abadi H, Abili Kh, Nastizayi N, Yaghubi N. Between patients' perceptions and expectations of service quality in Zahedan's centers with SERVQUAL model. payesh Journal. 2011;10(4): 449- 457. [ In persian]

17. Mohammadi A, Shoghli A. Survey on quality of primary health cares in Zanjan District Health Centers. ZUMS Journal. 2009;16(65):89-100. [ In persian]

18. Lawshe CH. A Quantitative Approach To Content Validity. Personnel Psychology. 1975;28(4):563-75.

19. Bahadori M, Raadabadi M, Jamebozorgi MH, Salesi M, Ravangard R. Measuring the quality of provided services for patients with chronic kidney disease. Nephro-urology monthly. 2014;6(5): e21810.

20. 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):12:31.

21. Ranjbar Ezatabadi M, Zare Ahmadabadi H, Arab M, Nasiri S, Hataminasab S, Bahrami M. Analysis of SERVQUAL in Shahid Sadoghi hospital, Yazd, Iran. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2012;16(4):333-40. [ In persian]

22. Lim PC, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2000;13(7):290-9.

23. Sadiq Sohail M. Service quality in hospitals: more favourable than you might think. Managing Service Quality: An International Journal. 2003;13(3):197-206.

24. Huang Y-Y, Li S-J. Understanding quality perception gaps among executives, frontline employees, and patients: the outpatient services in Taiwan hospitals. Quality Management in Healthcare. 2010;19(2):173-84.

25. Vafae-Najar A, Nejatadegan Z, Pourtaieb A, Kaffashi S, Vejdani M, Molavi-Taleghani Y, et al. The quality assessment of family physician service in rural regions, Northeast of Iran in 2012. International journal of health policy and management. 2014;2(3):137-142.

26. 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):322.

27. Suki NM, Lian JCC, Suki NM. A comparison of human elements and nonhuman elements in private health care settings: customers' perceptions and expectations. Journal of hospital marketing & public relations. 2009;19(2):113-28.

28. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. the Journal of Marketing. 1994:111-24.

29. Lee MA, Yom Y-H. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2007;44(4):545-55.

30. Cho WH, Lee H, Kim C, Lee S, Choi KS. The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: a South Korean study. *Health services research*. 2004;39(1):13-34.

31. Wong A, Sohal A. Service quality and customer loyalty perspectives on two levels of retail relationships. *Journal of services marketing*. 2003;17(5):495-513.

32. 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 and quality of life outcomes*. 2009;7(1):63

33. 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 services research*. 2009;9(1):239.



# Services quality of speech therapy clinic at the Rehabilitation Faculty of Iran University of Medical Sciences using SERVQUAL model

Mohammadi, Reihaneh<sup>1</sup>; Kamran, Farideh<sup>2</sup>; Damerchi, Zeinab<sup>3</sup>\*

## Abstract

**Introduction:** Service quality is essential for service delivery. The Speech Therapy Clinic at the Rehabilitation Faculty of Iran University of Medical Sciences is one of the governmental centers providing rehabilitation services. This study aimed to study the service quality of speech therapy services using SERVQUAL model.

**Methods:** In this descriptive-analytic study, conducted in 2016 – 2017, a convenience sampling was used to recruit 59 patients referring to the Speech Therapy Clinic. Service quality was measured using a two-dimensional questionnaire to measure the perceptions and expectations of the patients and calculate the existing gaps between their perceptions and expectations. Data were analyzed using SPSS software. One-sample t-test was used to examine the significance of the gap, and Spearman and Chi-square tests were used to examine the relationship between quantitative and qualitative demographic variables with five dimensions of quality, respectively.

**Results:** Regarding the validity and reliability of the questionnaire, the CVI was %0.85 and Cronbach's alpha for the perceptions and expectations were %0.95 and %0.82, in that order. The results indicated a service gap in all five dimensions of quality. The largest and lowest gaps were related to empathy and responsiveness dimensions, respectively. There was no significant relationship between service gap and age, the frequency of visiting the clinic and gender.

**Conclusions:** According to the findings, the Speech Therapy Clinic does not fully meet the expectations of the clients and there is a need to improve the quality of services; therefore, in order to achieve a higher level of service quality, the clinic officials are recommended to reduce the gap between their clients' perceptions and expectations.

**Keywords:** Quality of services, SERVQUAL Model, Speech Therapy

• Received: 11/July/2018 • Modified: 05/Dec/2018 • Accepted: 16/Dec/2018

1. Assistant Professor of Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. MSc Student, Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. MSc, Member of Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Corresponding author (zeinab.damirchi@gmail.com)