



طراحی الگوی فراگیر بهبود کیفیت خدمات درمانی با رویکرد ترکیبی کانو-سروکوال

مرتضی شفیعی* (الف) هادی جمشیدی (ب)

الف: کارشناسی ارشد مدیریت بازاریابی دانشگاه اصفهان، m.shafiei@gmail.com

ب: کارشناسی ارشد اقتصاد دانشگاه علامه تهران

چکیده

بهداشت و درمان برای ملت‌ها بعنوان حقی طبیعی و برای دولت‌ها بعنوان مسئله‌ای استراتژیک مطرح می‌باشد. برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی حقی همگانی بوده و از اهداف توسعه ملی می‌باشد. در حوزه خدمات بهداشتی موضوع کیفیت خدمات دارای جایگاه ویژه‌ای است، زیرا وظیفه و رسالت خطیر حفظ سلامت در جامعه‌بر عهده این بخش است. هدف این مقاله تشخیص ویژگی‌های کیفی خدماتی است که از اصول سروکوال استفاده می‌کنند. مطالعه‌ای تجربی با استفاده از پرسشنامه با تمرکز بر خدمات، در جهت جویاشدن نحوه اجرای خدمات و رضایت عمومی مشتری با استفاده از اصول سروکوال در پنج بخش انجام شد. این داده‌ها وارد مدل رضایت مشتری کانو شدند که از پرسشنامه کانوی پنج سطحی برای تجزیه و تحلیل و مقایسه نسبت بین یکی و دیگری استفاده می‌کند. محدودیت‌های این تحقیق این است که مدل رضایت مشتری کانو باید به سایر متغیرهای رفتاری مشتری و همچنین مدیریت پاسخ راهبردی برای افزایش وفاداری مشتری هم تعمیم یابد.

واژگان کلیدی: رضایت مشتری، کیفیت خدمات، خدمات درمانی، مدل کانو

۱- مقدمه

اگر وفاداری مشتری را عاملی کلیدی برای موفقیت کسب و کار در یک بازار رقابتی در نظر بگیریم، شرکت‌ها باید چگونگی افزایش و تقویت آن در بلند مدت را بیابند. کیفیت خدمات و رضایت مشتری به عنوان پیش‌نیازهایی اساسی برای وفاداری مشتری شناخته شده‌اند. (اندرسون و میتال، ۲۰۱۸؛ گریس و اوکاس، ۲۰۱۷؛ کارتیه و همکاران، ۲۰۱۷؛ هیوم و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین، بهبود مستمر کیفیت باید هدف هر شرکتی باشد. از این رو، شرکت‌ها باید برای تشخیص قوت و یا ضعف و همچنین طراحی راهبردهای مناسب، بر درک مشتریان از کیفیت خدمات و ابسته باشند. اینطور ادعا می‌شود که بنظر می‌رسد کیفیت خدمت ارتباط نزدیکی با تهیه خدمات واقعی دارد و طبعاً دارای ابعاد متعددی است (گریس و اوکاس، ۲۰۱۷).

اگرچه داروی پیشگیری موفقیت‌آمیز است، ممکن است برخی از افراد در طول زندگی‌شان بیمار شوند. بنابراین آنها به داروی درمان بخش در درمان بیمارستانی نیاز خواهند یافت. خدمات بهداشتی و درمانی که توسط پزشکان، پرستاران و دیگر کارکنان درمانی بیمارستان‌ها ارائه می‌شود باید به صورت موثر و کارآمد اداره شوند. کیفیت خدمات درمانی، مدیریت زمان، پاسخ به انتظارات بیماران، پیشگیری از کم‌کاری و قصور، درمان به روز و غیره از جمله عوامل بسیار مهم در رایج خدمات درمانی در بیمارستان‌ها می‌باشند (اوگژان، ۲۰۱۴). اهمیت راهبرد در رضایت مشتری توسط کسب و کار درمانی شناخته شده است که شامل خدمات بیمارستانی همانند سایر موارد در دیگر بخش‌های خدماتی در سال‌های اخیر می‌باشد. پرکردن شکاف موجود بین ادراک مشتری و انتظاراتش درباره خدماتی که دریافت کرده است برای رضایت مشتری حیاتی است. همانگونه که ماتزلر و هینترهوبر (۲۰۱۸) اظهار داشتند سازمان‌های زیاد و بسیاری از رتبه بندی رضایت به عنوان شاخصی برای نحوه عملکرد خدمات و به تبع آن شاخصی برای آینده سازمان استفاده می‌کنند. از این رو کیفیت خدمت بک عامل حیاتی در ایجاد رضایت مشتری است.

می‌توان کیفیت خدمت و رضایت مشتری را با مدیریت عملکرد ویژگی‌های خدمت، بهبود بخشید. از آنجایی که تمام این مشخصه‌ها نقش یکسانی در برآورده ساختن نیازهای مشتری ندارند، یافتن این مساله که چگونه عملکرد آنها بر رضایت مشتری تاثیر می‌گذارد حایز اهمیت است. این بدین معناست که یک شرکت باید اهمیت ویژگی‌های خدمت را برای مشتریان ارزیابی کند و همچنین عملکرد فعلی این مشخصه‌ها را برای برنامه ریزی در جهت بهبود کیفیت مشخص نماید. معمولاً بیماران، از پیش انتظارات کمی راجع به خدمات درمانی قبل از اولین معاینه شان دارند و اساساً برای انتخاب یک پزشک بر گردآوری اطلاعات به طور غیرمستقیم تکیه می‌کنند که معمولاً از طریق توصیه‌های دوستان و اقوام می‌باشد. علی‌رغم اهمیت این امر اکثر افراد در زمان انتخاب یک پزشک برای تصمیم‌گیری آگاهانه گرفتن به شدت تحت فشارند (یورک و مک‌کارتی، ۲۰۱۱). اطلاعات موجود از پزشکان و یا دیگر واسطه‌ها معمولاً بسیار فنی هستند و برای برداشت و تصمیم‌گیری اولیه مفید نیستند. در نتیجه درک کیفیت مبتنی بر قضاوت‌های مشتری معمولاً بر منابع غیرمستقیم و درونی مانند خانواده و دوستان، در دسترس بودن و زمان بندی خدمات و همچنین مکان آن بستگی دارد. مفهوم عقیده مشتری دستخوش یک جابه‌جایی است؛ از یک گیرنده خدمت که توسط یک تأمین‌کننده دریافت کرده است، و تبدیل شدن به کسی که در ایجاد ارزش در تجربیات خدمات نقش دارد (پارالند و رمساوی، ۲۰۱۷).

راحتی فیزیکی و پذیرش خوشایند بیمار می‌تواند نارضایتی را کاهش دهد، اما ایجاد ارزش "حقیقی" بدون یک گفتگوی رضایت بخش که رابطه بین بیمار و دکتر یا پرستار را می‌سازد و تقویت می‌کند، غیرممکن است (ریسنیک

و گرفتار، (۲۰۱۱). می‌توان تجربه درمانی بیمار را به حس اعتماد او در روابط مربوط ساخت (فیلیپ و استورات، ۲۰۱۷). احتمالات موجود برای توسعه مفهومی مرسوم از بازدهی خدمات برای احتیاجات خدمات درمانی شده مشخص شده است. تمرکز بر درک فرایندهای ایجاد ارزش از منظر بیمار یا مشتری ضروری است. همانطوری که اعتبار باعث خلق مشتری می‌شود، سلامتی مشتری و کیفیت زندگی را در راه و میزانی که با خدمات درمانی مرتبط است، تحت تاثیر قرار می‌دهد. اعتبار در ایجاد مجدد "فرایند ایجاد اعتبار" و تقابل بین تامین کننده و مشتری ایجاد می‌شود. به جای بحث راجع به فعالیت ها، مفهوم بازدهی خدمات در مراقبت درمانی باید اعتبارهای مانند درمان با تجربه، کیفیت زندگی، کاهش زمان انتظار و امکان دسترسی، اعتماد، اطلاعات، درد و مرگ اجتناب پذیر را دربرگیرد. هدف کلی باید ایجاد اعتبار توسط تکمیل، حمایت و منطبق ساختن فرایند ایجاد اعتبار مشتری (بیمار) باشد. یک میدان عملی فاقد وجود سیستم حمایتیست که چگونه خدمات مراقبت سلامت می‌توانند به طور جامع فرایند ایجاد اعتبار را اجرا کند. از لحاظ بی کفایتی های مشخص شده، طرح ریزی یک سیستم حمایتی برای گنجایش هماهنگ شده بین تامین کننده و راه های منطبق سازی قابلیت‌ها در جهت... مشتری‌ها از موضوعات به صرفه است.

اگر مشکلات بیمار به شکل رضایت بخشی حل نشوند ممکن است روابط آینده بین بیمار و تامین کننده خدمات را تحت تاثیر قرار دهد. که این عوامل قابلیت فنی ادراکی تامین کننده، روابط میان فردی با همه کارکنان، دسترس به ملاقات‌ها و یا سایر خدمات، هماهنگی ادراکی درمان بین بخش‌ها و تامین کننده‌ها و بررسی شکایات مختلف را دربر می‌گیرند. یک کارمند بیمارستان باید بداند چگونه به درستی و کارآمد به نارضایتی بیمار پاسخ دهد. تکس و بروون (۲۰۱۸) و بوشوف و آلن (۲۰۰۰) اظهار داشتند باز یافتن خدمات موفق به طور چشمگیری از کارایی کارمندی که در صف اول دریافت شکایات قرار دارند، تاثیر می‌پذیرد. مانند بسیاری از صنایع خدمات، همچنین کارمند جلوداری وجود دارد که پیش قدم در بازیابی بسیاری از خدمات در زمینه های ارتباط با بیمار است. اهمیت کارمند جلودار و بازیابی خدماتی که آنها انجام می‌دهند از جمله عوامل مهم در کیفیت خدمات درمانی شهرت سازمانی محسوب می‌شود (آشیل، ۲۰۱۷).

نقطه نظر منطبق با این مقاله به درک ما از روابط مشتری در مدیریت بیمارستان و خدمات درمانی در چنین راه هایی کمک می‌کند. اولاً، این نقطه نظر منفعت های تشخیصی از رویکرد نسبی درک ما از کیفیت خدمات بیمارستانی برای بهبود وفاداری را گسترش می‌دهد. دوماً، به اهمیت هر کیفیت وابسته به رضایت مشتری مربوط می‌شود- بنابراین استنباط های مدیرانه می‌توانند به طور معناداری تفسیر شوند. در حالی که این امر پیچیدگی روابط را افزایش می‌دهد، همچنین تمرکز ما را بر تشخیص تغییرات پویا که در حال رخ دادن در محیط مدیریت بیمارستان و خدمات درمانیست معطوف می‌کند. هدف این تحقیق تمرکز بر راهبردهای مدیریت روابط مشتری (CRM) و روابط بین مشخصه های خدمات و رضایت مشتری طی مدل کانو مخصوصاً در خدمات درمانی در بیمارستان خصوصی، می‌باشد. این مقاله بطور ویژه، کاربرد این مدل و عوامل کلیدی در کسب و کار خدمات بیمارستانی را تحقیق می‌کند. کیفیت خدمات بیمارستانی بیشتر به اجرای ویژگی هایی که یک خدمت را تعریف می‌کند، بستگی دارد. اولین هدف این مقاله رسیدگی به ویژگی کیفیت خدمت‌یست که از دیدگاه سروکوال استفاده کرده است بنابراین مدیریت قادر به منطبق سازی روابط بین عملکرد ویژگی های خدمات و رضایت مشتری می‌باشد و ثانياً از طریق مطالعه موردی در بیمارستان خصوصی برای اثبات این امر که اهمیت یک مشخصه خدمت تابع اجرای آن مشخصه است.

۲- ادبیات تحقیق

مدل کانو

مدل کانو اولین بار توسط دکتر نوری‌اکی کانو و همکارانش در سال ۱۹۸۴ برای دسته بندی ویژگی های یک محصول یا خدمات بر اساس اینکه تاچه اندازه می‌توانند نیازهای مشتری را برآورده سازند و با الهام از نظریه بهداشت جذاب هرزبرگر علم رفتاری توسعه یافت. به طور خلاصه این نظریه فرض کرد عواملی که موجب نارضایتی شغلی می‌شوند متفاوت با عواملی است که رضایت شغلی را در پی دارند. تفاوت بین رضایت و نارضایتی ابتدا در نظریه دو عامل رضایت شغلی توسط هرزبرگر و همکاران معرفی شده بود (هرزبرگر، ۱۹۵۹). نظریه کانو تحت عنوان کیفیت جذاب از زمان آغازش در سال ۱۹۷۹ نمایش و پذیرش روبه رشدی داشته است و در مدیریت کیفیت، پیشرفت محصول، تفکر راهبردی، مدیریت کارمند، برنامه ریزی کسب و کار و مدیریت خدمات به کار برده شد (وایتل و لوفگرن، ۲۰۰۷). همچنین مدل کانو پویا هم هست همانطوری که یکبار توضیح داده شد، دیری نمی‌گذرد که ویژگی موجود توسط رقبا تقلید خواهد شد و بدین ترتیب مشتریان آن را از سایر تامین کننده‌ها هم انتظار خواهند داشت (شاهین، ۲۰۱۴). همچنین از آن عموماً برای تشخیص نقش ویژگی های مختلف کیفیت در درک مشتری از فرایندهای پیشرفت کیفیت یک محصول یا خدمات استفاده می‌شده است. در مقایسه با سایر روش‌ها، برتری روش تحقیق کانو توانایی آن در فراهم آوردن دستورالعمل‌هایی در موقعیت‌های جایگزین می‌باشد و همچنین می‌تواند شانس‌هایی را برای تفکیک خدمات نشان دهد (ماتزلر و هینتربر، ۲۰۱۸؛ وایتل و لوفگرن، ۲۰۰۷).

مدل کانو تحت عنوان کیفیت جذاب و اساسی (کانو همکاران، ۱۹۸۴؛ برگر و همکاران، ۱۹۹۱؛ وایتل و لوفگرن، ۲۰۰۷) یک دیدگاه متفاوت برای تجزیه و تحلیل بهبود فرصت‌ها در محصولات و خدمات رایج می‌دهد و این دقیقاً به این خاطر است که این مدل رابطه غیر خطی را بین عملکرد و رضایت در نظر گرفته است. مدل کانو ویژگی‌های محصولات و خدمات را در سه بخش دسته بندی می‌کند:

(۱) ویژگی‌های اساسی: این ویژگی‌ها عملکرد اصلی بک محصول را به عهده دارند. اگر نباشند و یا عملکردشان ناکافی باشد نارضایتی شدیدتری را در پی خواهد داشت. از طرفی اگر این ویژگی‌ها حاضر باشند و عملکرد مناسب و کافی داشته باشند رضایت را به همراه نمی‌آورند، مشتریان به این عوامل به عنوان پیش نیاز می‌نگزند.

(۲) ویژگی‌های عملکردی: با توجه به این ویژگی‌ها، رضایت از نظر میزان عملکرد نسبی است - هرچه قدر عملکرد بهتر باشد رضایت مشتری بیشتر خواهد شد و برعکس. معمولاً، مشتریان بصورت اشکار ویژگی‌های عملکردی را تقاضا می‌کنند.

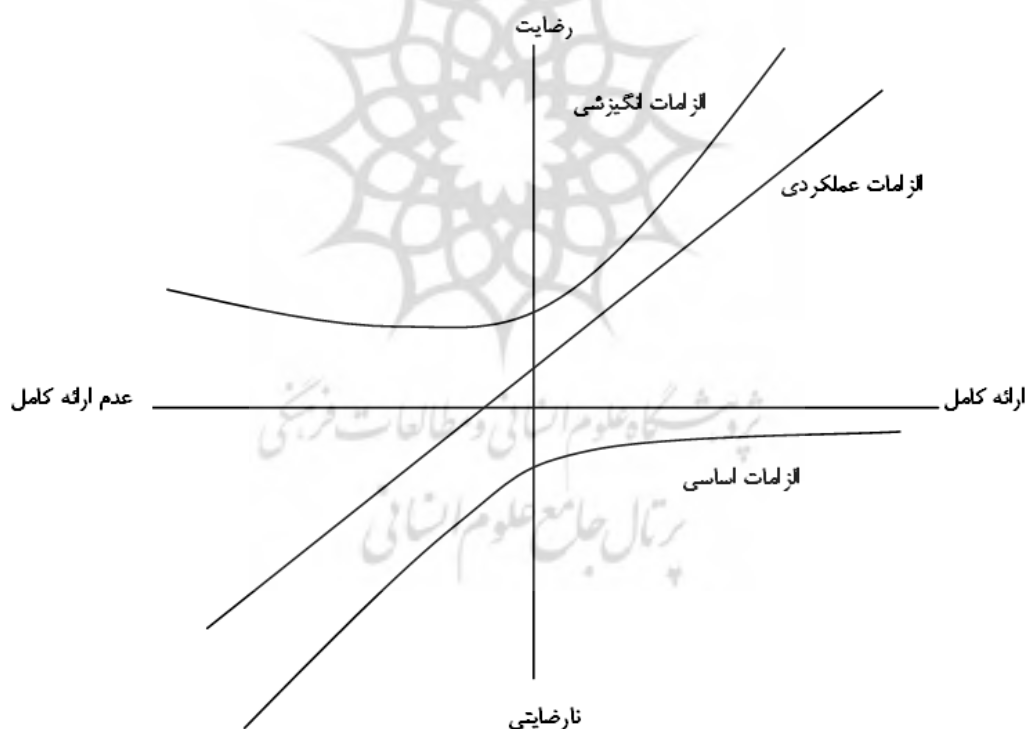
(۳) ویژگی‌های جذاب: این ویژگی‌ها عوامل کلیدی جلب رضایت مشتری اند. اگر این عوامل حاضر باشند و عملکرد مناسبی داشته باشند می‌توانند رضایت بالایی را در پی داشته باشند. از طرفی اگر این عوامل وجود نداشته باشند و یا عملکرد مناسبی نداشته باشند رضایت مشتری را در پی نخواهد داشت. این ویژگی‌ها نه از طرف مشتری تقاضا می‌شوند و نه مشتری آنها را انتظار دارد.

ممکن است ۲ ویژگی دیگر در مدل کانو به چشم بخورد: ویژگی‌های خنثی و معکوس. ویژگی‌های خنثی نه رضایت در پی دراند و نه نارضایتی. ویژگی‌های معکوس نبودنشان رضایت بیشتری به همراه دارد تا بودنشان. این توضیحات در شکل ۱ نشان داده شده است. شکل ۶ مدل کانو

پرسشنامه ۵ سطحی کانو

فرایند اصلی این طبقه بندی بر اساس " پرسشنامه کانو " می‌باشد، پرسشنامه‌ای که از سوالاتی مبنی بر احتیاجات مشتری ایجاد شده است (کانو همکاران، ۱۹۸۴؛ برگر و همکاران، ۱۹۹۱). کانو تغییری را برای رویکرد اصلی خودش پیشنهاد می‌دهد. این پرسشنامه از سوالات دوجزئی راجع به احتیاجات مشتری طرح ریزی شده است. بنابراین هر سوال از دو بخش تشکیل شده است: در صورت وجود داشتن این عامل در محصول احساس شما چگونه خواهد بود (شکل کارآمد سوال) و اگر این ویژگی وجود نداشته باشد احساس شما چگونه خواهد شد (شکل غیر کارآمد سوال). (مراجعه شود به کانو همکاران، ۱۹۸۴؛ برگر و همکاران، ۱۹۹۱). سوال اول در هر بخش بر آن است تا احساس مشتری را در صورت وجود یک ویژگی در یک محصول جویا شود این در حالی است که سوال دوم احساس مشتری در صورت عدم وجود آن ویژگی را می‌پرسد. برای هر یک از دو بخش سوال، مشتری یک پاسخ از ۵ پاسخ پیشنهادی را انتخاب می‌کند. این ۵ پیشنهاد عبارتند از " می‌پسندم " " ضروری است " احساسی ندارم " " منصرف می‌شوم " " نمی‌پسندم " (Kano et al, 1984). اما این عبارات در کاربردهای متعدد می‌توانند متفاوت باشند. سپس، این احساسات از نظر ابعاد کیفی بر اساس اینکه چگونه پاسخ دهنده شکل کارآمد یا غیر کارآمد یک ویژگی کیفی را دریافت کرده است، ارزیابی می‌شود. در شکل ۲ نشان داده شده است.

شکل ۱- مدل کانو؛ هاگستورم و همکاران، ۲۰۱۰



مدل کانو (کانو و همکاران ۱۹۸۴) به طور گسترده از روش شناسی، در مدیریت رابطه مشتری استفاده می‌کند، و دیدگاهی مشابه برای ویژگی های محصول یا خدمات پیشنهاد می‌دهد که به ۴ بخش مجزا تقسیم می‌شوند و هر کدام دارای اثرات رضایت بخشی منحصر بفردی می‌باشند. ویژگی مهم نظریه کیفیت جذاب این است که ویژگی های کیفی می‌توانند به صورت " کیفیت جذاب "، " کیفیت تک بعدی "، " کیفیت ضروری "، " کیفیت جزئی "، و " یا " کیفیت معکوس " دسته بندی می‌شود که به عنوان طرح ۵ سطحی طبقه بندی کانوست که ۲۵ نتیجه موجود

حاصل آن بوده است. ویژگی های تک بعدی (O) به ویژگی هایی اطلاق می گردد که اگر کامل اجرا شوند منجر به رضایت مشتری می شوند و در غیر این صورت نارضایتی را در پی دراند. ویژگی های جذاب (A) ویژگی هایی هستند که مشتری انتظاری از آنها ندارد. در حالی که وجود نداشتنشان نارضایتی مشتری را به همراه ندارد اما وجود داشتنشان و عملکرد قوی شان رضایت زیاد مشتری را در پی دارد. ویژگی های ضروری (M) به ویژگی هایی اشاره دارند که حضورشان بدیهی است، اما در صورت عدم وجودشان و یا عملکرد ضعیفشان نارضایتی بسیاری برای مشتری به همراه دارد و در نهایت ویژگی های خنثی، ویژگی هایی هستند که با عملکردشان در رضایت مشتری تغییری ایجاد نمی شود. بنابراین، دستورالعمل این روش ها در شکل ۲ نشان داده شده است.

ویژگی های کیفی خدمات درمانی و سروکوال

راه های پیشنهادی زیادی برای برانداز کردن ویژگی های خدمات و جود دارد. این گزینه ها بر پایه نقش شان در فرایند ارزیابی پیشنهادی، رابطه شان با محصول فیزیکی، نقش شان در ایجاد ارزش، نقش شان در جلب رضایت مشتری (Nilsson-Witell and Fundin, 2017) و نقش شان در ایجاد کیفیت (Kano et al, 1984) استوارند. ۲ ویژگی مهم وجود دارد که به فرایند ارزیابی پیشنهادی مرتبط است. ویژگی های تحقیق، ویژگی هایی هستند که قبل از خرید قابل مشاهده اند، در حالی که ویژگی های تجربه تنها پس از خرید و مصرف یک محصول قابل ارزیابی اند. ویلسون ویتل و فوندین در سال ۲۰۱۷ (Nilsson-Witell and Fundin, 2017) یک دسته سه تایی موسوم به ویژگی های اعتبار را مشخص کردند ویژگی هایی که به راحتی قابل مشاهده نیستند مگر پس از صرف مدتی از زمان خرید و مصرف. یک دسته چهار تایی نیز شناسایی شد به نام ویژگی های مبهم، این ویژگی ها توسط مشتری قابل درک و ارزیابی اند اما در بیشتر از یک راه قابل درک اند (Hoch and Ha, 1986) طبق نظر جانسون در سال ۲۰۱۵ می توان اطلاعات قیمت را به عنوان یک ویژگی تحقیق بشمار آورد این در حالی است که کیفیت معمولاً به عنوان یک ویژگی تجربه در نظر گرفته می شود. علاوه بر این، خدماتی که ویژگی های تجربه و اعتبار در آنها حکم فرماست و به عنوان خدمات، دست آورد ارزیابی شان قبل از خرید سخت می نماید. او پیشنهاد می دهد که کیفیت اشکارا می تواند به نشانه های درونی و بیرونی تقسیم شود. نشانه های درونی ترکیب فیزیکی محصول را شامل می شود در حالی که نشانه های خارجی مرتبط به محصول اند اما نه بخشی از خود محصول فیزیکی. برای ذکر مثال هایی از این ویژگی ها می توان قیمت، علامت تجاری و میزان تبلیغات را نام برد (Zeithaml, 2018)

برای ارزیابی کیفیت خدمات، سروکوال یکی از مدل های کثیرالاستفاده است (Pawitra and Tan, 2018) این مدل در میانه سال ۱۹۸۰ توسط پاراسورامان و همکاران برای تعیین کیفیت خدمات بوسیله شکاف بین ادراک و انتظارات مشتری راجع به عملکرد کیفیت خدمات سازمان، توسعه یافت. در نتیجه کیفیت خدمات از کیفیت درک شده و کیفیت مورد انتظار تشکیل شده است. در حالی که کیفیت درک شده را می توان به عنوان قضاوت مشتری از وضعیت کلی و مزیت خدمات دریافتی شان تعریف کرد، کیفیت مورد انتظار، انتظارات مشتری راجع به خدمات دریافتی اش را توضیح می دهد. در این مقیاس که همچنین به عنوان تحلیل شکاف شناخته می شود، کیفیت خدمات به عنوان اندازه ای تعریف می شود که کیفیت خدمات پیشنهادی قادر به برآوردن انتظارات مشتری می باشد (Baki et al, 2019). ۵ بعد کیفیت خدمات نشان داده شده اند (Lim et al, 1999):

- عینی ها: امکانات فیزیکی، تجهیزات، جلوه بیرونی مغازه و جلوه کارکنان
- اعتبار: پتانسیل شرکت در اجرای خدمات قول داده شده به صورت مورد اطمینان و دقیق.
- پاسخ دهی: استقبال شرکت در کمک به مشتریان و ارائه خدمات سریع.

تضمین: میزان دانش و تواضع مشتری و توانایی آنها در الهام بخشیدن اعتماد و اطمینان. این بعد همچنین شایستگی، تواضع، اعتبار و امنیت را در بر می‌گیرد.

همدلی: دلواپسی و توجه شخصی که یک شرکت برای مشتریانش دارد. این بعد همچنین شامل دسترسی، ارتباط و درک مشتری می‌شود.

۳- روش شناسی تحقیق

روش شناسی تحقیق برای دربرگرفتن اهداف اصلی این تحقیق طراحی شده است و در زیر تصریح می‌شوند: تعیین ویژگی‌های کیفیت خدمات برای خدمات بیمارستانی از دیدگاه سرکوال از طریق مطالعات ادبیات. وارد کردن داده در مدل کانو برای دسته بندی کردن اهمیت این ویژگی‌ها. همکاری در جهت بهبود کیفیت خدمات با کیفیت خدمات برای افزایش رضایت مشتری.

سرکوال: سازه‌های باچندین ویژگی

بنظر می‌رسد سازه‌هایی که برای ارزیابی خدمات پزشکی استفاده می‌شوند برای ۵ بعد خدمات مناسب اند و از سرکوال در مطالعات بهداشت و درمان زیادی استفاده شده است. ابزار سرکوال معتبر است (باکی و همکاران، ۲۰۱۹) و گفته می‌شود این ابزار اعتبار همزمان دارد (رنسیک و گریفیث، ۲۰۱۱). رویکرد سرکوال هم روش شناسی است و هم یک روش است؛ سرویکوول مفاهیم تیوری و فلسفی مرتبط با کیفیت خدمات را پشتیبانی می‌کند. استفاده بیش از اندازه از این روش خود گواهی ست بر تایید اعتبار و صحت آن. سرویکول برای تطابق یافتن در هر سازمانی برای اندازه گیری کیفیت خدمات طراحی شد (رنسیک و گریفیث، ۲۰۱۱). برای اندازه گیری کیفیت خدمات در خدمات بیمارستانی ابتدا تعیین اهمیت ابعاد یا ویژگی‌های کیفیت محصول ضروری است. نتایج ویژگی‌های کیفی از مطالعات ادبیات توسط جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۴. ویژگی‌های کیفیت که بر اساس بعد سرکوال طبقه بندی شده است

ویژگی‌های خدمات	اعتبار
۱. پاسخ سریع و شایسته کارمندان به بیمار . (Anderson,2015; Tam, 2007; York and McCarthy, 2011; Sharma et al, 2011)	
۲. کارایی شیوه‌های خدمات و سیستم قرار ملاقات (Wadongo, 2010; York and McCarthy, 2011; Sharma et al, 2011)	
۳. کارکردن با افراد حرفه‌ای و دقیق در صدور صورت حساب (Tam, 2007; Wadongo, 2010)	
۴. درمان پزشکی و ملاقات با دکتر طبق نوبت (Bullivant, 2018; Philip and Stewart, 1999; Tam, 2007; Sharma et al, 2011)	
۵. مقذور و درخور بودن ملاقات برای خانواده بیمار طبق نوبت . (Philip and Stewart, 1999; York and McCarthy, 2011; Sharma et al, 2011)	
۶. تامین زمان استراحت کافی برای بیماران در زمانی که منتظر هستند (Philip and Stewart, 1999; Resnick and Griffith, 2011)	

ابعاد	ویژگی های خدمات
پاسخدهی	<p>۷. پاسخ سریع درمان پزشکی در زمان نیاز بیمار (Anderson, 2015; Bell, 2014; Tam, 2007; Sharma et al, 2011)</p> <p>۸. کارکنان اطلاعات واضح و قابل فهم ارائه دهند (Anderson, 2015; Bell, 2014; Tam, 2007)</p> <p>۹. ارائه ارتباط خوب در اصلاح خدمات برای بار اول (Bullivant, 1996; Tam, 2007)</p> <p>۱۰. پرستار حاضر در بخش هیچ گاه نباید برای پاسخ دادن به مشتری وقت نداشته باشد (Philip and Stewart, 1999; Tam, 2007)</p>
ضمانت	<p>۱۱. احساس امنیت داشته باشند و درحالی که در بخش درمان اند گویی در منزل اند (Anderson, 2015; Philip and Stewart, 1999)</p> <p>۱۲. کارکنان در ارائه خدمات مودب و دوستانه باشند (Bell, 2014; Tam, 2007; Nugus et al, 2011)</p> <p>۱۳. کارکنان حفاظت، دوستانه برخورد کنند و محوطه پارکینگ محیط امنی باشد (Anderson, 2015; Tam, 2007; Sharma et al, 2011)</p> <p>۱۴. توانایی دقیق پزشکان در تشخیص بیماری مریض (Ashill, 2017; Tam, 2007; Nugus et al, 2011; Resnick and Griffiths, 2011; Sharma et al, 2011)</p>
همدلی	<p>۱۵. ارتباط خوب بین پزشکان، کارکنان و بیماران (Munro, 1992; Anderson, 2015; Philip and Stewart, 1999; Nordgren, 2019; York and McCarthy, 2011; Sharma et al, 2011)</p> <p>۱۶. پزشکان و پرستاران با دقت به معاینه و درمان بیمار پردازند (Anderson, 2015; Bullivant, 1996; Philip and Stewart, 1999; Bell, 2014; Tam, 2007; Nugus et al, 2011; Resnick and Griffiths, 2011; York and McCarthy, 2011)</p> <p>۱۷. توجه متعهدانه کارکنان به بیماران و خانواده هایشان (Anderson, 2015; Philip and Stewart, 1999; Bell, 2014; Nugus et al, 2011; Resnick and Griffiths, 2011; Sharma et al, 2011)</p> <p>۱۸. هیچ تبعیضی از نظر جایگاه اجتماعی برای بیماران وجود ندارد (Munro, 1992; Nordgren, 2019; Sharma et al, 2011)</p>
محسوسات	<p>۱۹. امکانات فیزیکی و بساط ابزار پزشکی کارگذاشته شده و جلوه جذابی باشند (Anderson, 2015; Resnick and Griffiths, 2011; York and McCarthy, 2011)</p> <p>۲۰. دمای مناسب در اتاق بیمار (Philip and Stewart, 1999; Tam, 2007)</p> <p>۲۱. منبع آب تازه به اندازه کافی در بخش (Tam, 2007; Sharma et al, 2011)</p> <p>۲۲. منابع تمیز و کافی آب در هر بخش (Anderson, 2015; Philip and Stewart, 1999; Tam, 2007; Sharma et al, 2011)</p> <p>۲۳. سرویس بهداشتی تمییز و مجهز (Anderson, 2015; Philip and Stewart, 1999; Tam, 2007; Sharma et al, 2011)</p> <p>۲۴. ظاهر آراسته کارکنان (Anderson, 2015)</p> <p>۲۵. برآوردن نیازهای بخصوص بیماران مانند غذاها و نوشیدنی های متفاوت (Bullivant, 1996; Resnick and Griffiths, 2011)</p> <p>۲۶. محل پارک مناسب و کافی (Anderson, 2015; York and McCarthy, 2011; Sharma et al, 2011; Tam, 2007)</p>

روش های گردآوری اطلاعات کانو

یک بیمارستان خصوصی در مشهد بصورت نمونه برای انجام تحلیل تجربی انتخاب شد. نمونه آماری را بیماران این بیمارستان تشکیل می دهد و این افراد از طبقه ۲ و ۳ (که در مجموع ۱۰ بخش است) که نشانگر پرتقاضاترین

بخش بمبارستان هستند، انتخاب شدند. داده‌های اولیه از بیماران بخش با استفاده از پرسشنامه گردآوری شد. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی می‌باشد. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شده است و ۱۵۳ بیمار شرکت کردند.

کانو و همکارانش در سال ۱۹۸۴ روشی خاص برای گردآوری داده که شامل پرسش‌سوالاتی است در تعیین میزان ویژگی به صورت کارآمد و غیرکارآمد پیشنهاد دادند. قسمت کارآمد این چنین بیان شده است: احساس شما در صورت وجود این بعد از این ویژگی در خدمات بیمارستانی چگونه است؛ و قسمت غیرکارآمد اینگونه تعریف شده است: احساس شما در صورت عدم وجود این بعد از این ویژگی در خدمات بیمارستانی چگونه است؟ پاسخ دهندگان می‌توانند به یکی از پنج راه متفاوت در هر بخش سوال پاسخ دهند. پرسشنامه مقیاس کانو را پوشش می‌دهد. در این بخش، برای هر ویژگی کیفیت محصول، پاسخ‌های مشتری طبق ۲ سوال سنجیده می‌شود- که یکی از آنها کارآمد و دیگری غیر کارآمد است. بدین ترتیب احتیاجات مشتری توسط در مجموع ۲۶ سوال با استفاده از مدل کانو اندازه‌گیری شد.

۴- تجزیه و تحلیل داده‌ها

با ترکیب هر دو پاسخ کارآمد و غیر کارآمد، برای هر ویژگی کیفیت محصول، ویژگی‌های خدمات در ۶ دسته هانطوری که کانو و همکارانش در سال ۱۹۸۴ اظهار داشتند به این صورت طبقه بندی شدند: ضروری (M)، تک بعدی (O)، جذاب (A)، خنثی (I)، سوال برانگیز (Q)، و یا معکوس (R). جدول ارزیابی پیش رو چگونگی طبقه بندی این ویژگی‌های خدمات را توضیح داده است. پاسخ به سوالات کارآمد و غیرکارآمد برای هر پاسخ مقایسه شدند و بنابراین هر ویژگی خدماتی در یکی از ۶ دسته خدمات جای داده شد. توضیح عملکرد با جزئیات بیشتر در شکل ۲ نشان داده می‌شود

بررسی داده موجود در پرسشنامه بر اساس روش مدل کانو محاسبه گردید. در این تحقیق، جنسیت، سن، و دیگر موقعیت‌های اجتماعی لحاظ نشدند. فرض بر آن است که همه بیماران رفتاری مشابه در قبال یک خدمت درمانی بخصوصی داشته باشند اما ما دریافتیم که اساساً رضایت از خدمات در هر یک از بیماران متفاوت است. نتایج حاصل از محاسبه تمامی ویژگی‌ها با استفاده از مدل کانو جدول بندی شده است، جدول ۲ دسته بندی‌های ویژگی را نشان می‌دهد.

جدول ۵ نتایج محاسبه تمامی ویژگی‌ها

کل	Q	R	I	M	A	O	ابعاد کیفیت خدمات
۱۵۳	۰	۰	۳۴	۲۴	۶۶	۲۹	۱. پاسخ سریع و شایسته کارمندان به بیمار
۱۵۳	۰	۰	۱۷	۴۵	*۲۱	*۷۰	۲. کارایی شیوه‌های خدمات و سیستم قرار ملاقات
۱۵۳	۰	۰	۹	۳۰	۲۱	*۹۳	۳. کارکردن با افراد حرفه‌ای و دقیق در صدور صورت حساب
۱۵۳	۰	۰	۱۶	۳۲	۳۲	*۷۳	۴. درمان پزشکی و ملاقات با دکتر طبق نوبت
۱۵۳	۵	۷	*۶۶	۱۳	۴۴	۱۸	۵. مقدر و درخور بودن ملاقات برای خانواده بیمار طبق نوبت
۱۵۳	۰	۰	۴۴	۲۷	۳۸	*۴۴	۶. تأمین زمان استراحت کافی برای بیماران در زمانی که منتظر هستند
۱۵۳	۰	۰	۹	۲۸	۱۲	۱۰۴	۷. پاسخ سریع درمان پزشکی در زمان نیاز بیمار
۱۵۳	۰	۰	۲۱	۵۷	۲۴	*۵۱	۸. کارکنان اطلاعات واضح و قابل فهم ارائه دهند
۱۵۳	۰	۰	۱۶	۲۷	۲۳	*۸۷	۹. ارائه ارتباط خوب در اصلاح خدمات برای بار اول
۱۵۳	۰	۰	۴	۲۵	۱۹	۱۰۵	۱۰. پرستار حاضر در بخش هیچ‌گاه نباید برای پاسخ دادن به مشتری وقت نداشته باشد
۱۵۳	۰	۰	۱۴	۳۴	۳۷	*۶۸	۱۱. احساس امنیت داشته باشند و در حالی که در بخش درمان اند گویی در منزل اند

۱۵۳	۰	۰	۹	۳۸	۸۹	۱۷	۱۲. کارکنان در ارائه خدمات مودب و دوستانه باشند
۱۵۳	۰	۰	۱	۱۶		۱۳۱	۱۳. کارکنان حفاظت، دوستانه برخورد کنند و محوطه پارکینگ محیط امنی باشد
۱۵۳	۰	۰	۲	۱۳	۸	۱۳۰	۱۴. توانایی دقیق پزشکان در تشخیص بیماری مریض
۱۵۳	۰	۰	۱۵	۶۲	۲۲	۵۴	۱۵. ارتباط خوب بین پزشکان، کارکنان و بیماران
۱۵۳	۰	۰	۱۳	۵۸	۸	*۷۴	۱۶. پزشکان و پرستاران با دقت به معاینه و درمان بیمار بپردازند
۱۵۳	۰	۰	۱۱	۵۵	۲۶	*۶۱	۱۷. توجه متعهدانه کارکنان به بیماران و خانواده هایشان
۱۵۳	۰	۰	۲۱	۶۰	۲۲	۵۰	۱۸. هیچ تبعیضی از نظر جایگاه اجتماعی برای بیماران وجود ندارد
۱۵۳	۰	۰	*۵۴		۳۴	۲۴	۱۹. امکانات فیزیکی و بساط ابزار پزشکی کارگذاشته شده و جلوه جذابی داشته
۱۵۳	۰	۰	۲۸	۲۶	۳۸	*۶۱	۲۰. دمای مناسب در اتاق بیمار
۱۵۳	۰	۰	۷	۲۶	۱۹	۱۰۱	۲۱. منبع آب تازه به اندازه کافی در بخش
۱۵۳	۰	۰	۱	۲۳	۲۳	*۱۰۶	۲۲. منابع تمیز و کافی آب در هر بخش
۱۵۳	۰	۰	۹	۴۵	۲۰	*۷۹	۲۳. سرویس بهداشتی تمیز و مجهز
۱۵۳	۰	۰	۴۱	۴۹	۳۲	۳۱	۲۴. کارکنان پاکیزه و تمیز
	۱۵۳	۰	۰	۵۰	۷۲	۱۲	۲۵. برآوردن نیازهای بخصوص بیماران مانند غذاها و نوشیدنی های متفاوت
۱۵۳	۰	۰	۱۰۷	۱۴	۲۹	۳	۲۶. محل پارک مناسب و کافی

هر یک از ویژگی های کیفی خدمات که توسط پاسخ دهندگان تعیین شده بود از طریق تحلیل فراوانی تجزیه و تحلیل شد. همانطوری که ماترلر و هینترهوبر اظهار داشتند، ساده ترین ترین روش برای ارزیابی و تفسیر اهداف، استفاده از فراوانی پاسخ هاست. بنابراین در شرح مشخصات هریک از ویژگی های خدمات، دسته از ویژگی خدمات که بیشترین فراوانی را نسبت به سایر ۴ دسته داراست به عنوان معرف انتخاب می شود. نتایج حاصل از این تجزیه و احلیل در جدول ۳ نشان داده می شود.

جدول ۴ خلاصه شماره بخش ها برای هر دسته.

دسته ها شماره هر بخش		جمع کل
جذاب	۱،۱۲،۲۶	۳
ضروری	۸،۱۵،۱۸،۲۴	۴
تک بعدی	۲،۳،۴،۶،۷،۹،۱۰،۱۱،۱۳،۱۴،۱۶،۱۷،۲۰،۲۱،۲۲،۲۳	۱۶
خنثی	۵،۱۹،۲۵	۳
معکوس	-	-
سوال برانگیز	-	-
مجموع بخش ها		۲۶

همانطوری که از جدول ۳ پیداست، ۳ ویژگی از مجموع ۲۶ ویژگی کیفی خدمات به عنوان «جذاب» طبقه بندی شدند. ۴ ویژگی کیفی خدمات به عنوان «ضروری» و ۱۶ ویژگی در «تک بعدی» دسته بندی شدند. با آن حال، هیچ ویژگی کیفی خدماتی در دسته «معکوس» و «سوال برانگیز» جای نگرفت. پویترا و تن (۲۰۱۸) طی تحقیقشان به این نتیجه دست یافتند که هیچ یک از ۱۹ ویژگی کیفی خدمات در دسته «ضروری» جای نگرفتند. می توان این گونه پیش بینی کرد که... پیشنهادی مشتریان و یا ویژگی های کیفیتی موردانتظار برای جلب رضایت مشتری در چند روز آینده به دلیل جهان معاصر و تغییرات محیطی، کافی نخواهد بود (شن و همکاران،

۲۰۱۸) از این رو شرکت‌ها باید برای جلب رضایت مشتریان و دست‌یابی به سود رقابتی، تمرکزشان را بر ویژگی‌های کیفیتی «جذاب» معطوف کنند به جای تمرکز بر ویژگی‌های «ضروری» و یا «تک‌بعدی» (چن و سو، ۲۰۱۶).

نتایج حاکی از حوزه‌هایی بود که در آنها خدمات درمانی مخصوصاً بخش بیمار تاحد زیادی به انتظارات بیمار نزدیک بودند و حوزه‌هایی که فاصله زیادی با انتظارات بیمار داشتند. اگر مدیریت بر مبنای راهبرد مدیریت خدمات پیش‌رود باید به بهبود کیفیت ذکرشده در ویژگی‌های «ضروری» توجه زیادی داشته باشد. از این طریق است که مدیریت خدمات درمانی می‌تواند میزان کیفیتش را در حوزه‌های تاثیرگذار بر ادارک مشتری از کیفیت خدمات بهبود بخشد. همچنین این مطالعه موردی نشان داد که چگونه رویکرد موجوداز مدل کانو و سرویکول می‌تواند در مدیریت بیمارستانی کاربرد داشته باشد. به عنوان اولین تلاش برای بکاربردن این رویکرد جامع در بخش‌های مختلف و بنابراین پیشنهاد دادن اطلاعات عملی و کاربردی، این مدل هم برای دانشگهیان و هم پزشکان مفید خواهد بود. از طریق چنین پیوستگی، وضعیت کیفیت خدمات در مدیریت خدمات بیمارستانی ارزیابی شد. سپس ویژگی‌های کیفی خدمات سروکوال در دسته‌بندی‌های کانو جای گرفتند برای یافتن اینکه کدام یک از ویژگی‌های کیفی خدمات، تاثیر راهبردی در جلب رضایت مشتری دارند.

از دیدگاه روش‌شناسی، می‌توان اینطور نتیجه گرفت که توانایی خدمات درمانی تعیین شده بر جلب رضایت مشتری این رویکرد را به ابزاری قدرتمند برای بخش کار بیمارستانی مانند سایر بخش‌ها تبدیل کرده است. در توضیح چرایی اینگونه کاربرد این روش در بخش‌های مختلف می‌تواند سودهای مورد انتظار و همچنین خدمات بیمارستانی را برآورده سازد ۲ دلیل اساسی وجود دارد. اول از همه اینکه، جهانی شدن در تجارت جهانی و پیشرفت‌های اساسی در اطلاعات، ارتباطات، و فناوری‌های حمل و نقل نه تنها استاندارد خدمات باکیفیت مشتری یا بیمار را افزایش داد، بلکه تاثیر چشمگیری در مدیریت خدمات درمانی داشته است. این پدیده، بروز مسله صلاحیت را در پی داشته است چیزی که در گذشته وجود نداشته است. برای ماندن در صحنه رقابت، طراحی محصولاتشان بر اساس انتظارات مشتری از احتیاجات مهم رو به رشد تبدیل شد. در این زمینه، این رویکرد، کار خدمات درمانی را درکی عمیق از میزان کیفیت خدماتشان از منظر رضایت مشتری عرضه داشته است. همچنین، مشخص نمودن مهمترین ویژگی‌های کیفیتی که جذابیت زیادی برای مشتریان شان دارند به مدیریت در توسعه ایده‌های ابتکاری هم در سطوح راهبردی و هم تاکتیکی کمک می‌کند. ثانیاً، استفاده از ۲ روش بصورت مکملی مزیت‌های روش‌شناسی و عملی را در پی دارد. گنجاندن کانو در سروکوال فرضیه خطی را که مهمترین نقد وارده بر سروکوال است از بین می‌برد و شانس شناسایی رضایت خاصی از مشتری را که می‌تواند بسیار سودآور باشد به پژوهشگران عرضه می‌دارد. اگرچه نتایج حاصل از مدل کانو مهمترین انتظارات مشتری را که باید برآورده شوند مشخص نمود اما راه کاری برای چگونگی برآورده ساختن این انتظارات و جلب رضایت ارایه نداده است. روش دیگری نیز می‌تواند به کار رود و ادغام شود مانند QFD (گسترش عملکرد کیفیت) که می‌تواند بر این محدودیت در این زمینه فایده‌ای در روش بخوبی توانایی‌های درونی را شناسایی و بهینه می‌سازد و فرصت‌های بخصوصی از مشتری را از طریق بهبود طراحی خدمات سازمان همسو با نیازهای مشتری در اختیار می‌گذارد (کیلن و همکاران، ۲۰۱۷).

همانطور که دیدید، ادغام هر دو روش در غلبه بر محدودیت‌های هر روش موفقیت‌آمیز است. در سروکوال محدودیت‌های وجود دارد مانند اندازه‌گیری انتظارات در برتری که ممکن است وجود نداشته باشد. تمییز دادن

ضعیف بین ابعاد و نتایج تحلیل شکاف که به راحتی نمی تواند به سایر حوزه‌ها تعمیم یابد که بتوان آنها را در اینجا ذکر کرد (بکی و همکاران، ۲۰۱۹) به طور مشابه، مدل کانو از مشتریان خواست که رضایت و یا عدم رضایتشان از خدمات را با یک موقعیت فرضی بیان کنند (تانتینی، ۲۰۱۷) با این حال، محدودیت‌ها استفاده از روش جامع را تحت تاثیر قرار نداد زیرا مزیت های این روش بسیار بیشتر از محدودیت هایش است. به طور خلاصه، از آنجایی که هیچ روشی به تنهایی نمی تواند به همه مزیت‌ها از این رویکرد جامع نایل آید و همچنین مقدار کمی تطابق برای هر روش مورد نیاز است (پاویترا و تان، ۲۰۱۱). این روش شناسی می‌تواند به عنوان روشی کافی در پاسخ گویی به اهداف اصلی این تحقیق مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین سهولت در بکاربردن این روش شناسی در بخش های مختلف جنبه مزیت های عملی را دایر ساخت و آن را برای کار خدمات درمانی همچون سایر کسب و کارها مطلوب ساخت. علاوه بر مزیت های ذکر شده در بالا، استفاده ترکیبی از هر دو روش هم محدودیت های به همراه دارد. این روش یک راه حل مطلوب در برنامه ریزی خطی و پیش بینی که افزایش رضایت مشتری را به همراه داشت، ارائه نمی دهد.

۵- نتیجه گیری

این مقاله با موضوع تحقیقی تجربی و با هدف بهبود رضایت مشتری، ویژگی های اصلی را در کار مراقبت های درمانی مخصوصا در بیمارستان خصوصی تعیین می‌کند. پزشکان حاضر در مدیریت بیمارستان باید بدانند که رابطه بین عملکرد ویژگی‌ها و رضایت مشتری به طبقه بندی ویژگی‌ها بستگی دارد. این مقاله ۲ روش از دیدگاه سرویکول و مدل کانو را برای بهبود رضایت مشتری تحلیل نمود. این تحقیق همچنین به درک ما از پیچیدگی خدمات درمانی کمک میکند. این تحقیق ایجاد تغییرات در دسته بندی‌ها با گذشت زمان و با تجربه مدیریت و مشتری را نشان می‌دهد. با ادامه دادن قدرت های رقابتی به وارد آوردن فشار در تقلید و نوآوری، در هر دو روش یک ویژگی جذاب مخصوص و همچنین افزودن یک ویژگی جدید می‌تواند کارساز باشد، مدیریت بیمارستان باید مداوما رابطه رضایت مشتری و خدماتش را بررسی کند تا تغییراتی را که باعث تقویت روابط و بهبود وفاداری میشوند اعمال کند. و آخرین اما نه کم اهمیت ترین اینک، از محدودیت های این تحقیق این است که مدل کانو در برآوردن نیازهای مشتری برای افزایش وفاداری مشتری باید به سایر متغیرهای رفتاری مشتری و همچنین مدیریت پاسخ راهبردی تعمیم یابد؛ که البته در این مقاله نمی‌گنجد. استنباط از این تحقیق این است که روش شناسی بکاررفته در اینجا به راحتی می‌تواند توسط مدیریت بیمارستان برای ارزیابی رفتارهای مشتری و عملکرد کیفی خدمات مورد استفاده قرار گیرد.

فهرست منابع

- [1] Anderson, E. A. (2015), Measuring service quality at a university health clinic, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 8 No. 2, pp. 32-37
- [2] Anderson, E.W. and Mittal, V. (2018), Strengthening the satisfaction-profit chain", *Journal of Service Research*, Vol. 3 No. 2, pp. 107-20.
- [3] Ashill, N., Carruthers, J., and Krisjanous, J. (2017), Antecedents and outcomes of service recovery performance in a public health-care environment, *Journal of Services Marketing*, Vol. 19 No. 5, pp. 293-308
- [4] Baki, B., Basfirinci, C.H., Cilingir, Z., and Murat, I. (2019), An application of integrating سروکوال and Kano's model into QFD for logistics services: A case study from Turkey, *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, Vol. 21 No. 1, pp. 106-126

- [5] Bell, L. (2014), Developing service quality in mental health Services, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17 No.7, pp. 401-406
- [6] Berger, C., Blauth, R. and Boger, D. (1993), Kano's methods for understanding customer customer-defined quality", *Centre for Quality Management Science*, Vol. 17 No. 1, pp. 66-88.
- [7] Bitner, M.J., Faranda, W.T., Hubbert, A.R. and Zeithaml, V.A. (1997), Customer contribution and roles in service delivery, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 8 No. 3, pp. 193-205.
- [8] Boshoff, C. and Allen, J. (2018), The influence of selected antecedents on frontline staff 's perceptions of service recovery performance, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 11 No. 1, pp. 63-90.
- [9] Bullivant, J.R.N. (1996), Benchmarking in the UK National Health Service, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 9 No. 2, pp. 9- 14
- [10] Chen, Y.H. and Su, C.T. (2016), A Kano-CKM model for customer knowledge discovery", *Total Quality Management*, Vol. 17 No. 5, pp. 589- 608.
- [11] Cheng Lim, P., Aquilano, N.J. and Jacobs, F.R. (1999), An innovative framework for health-care performance measurement, *Managing Service Quality*, Vol. 9 No. 6, pp. 423-33.
- [12] Grace, D. and O'Cass, A. (2017), An examination of the antecedents of re patronage intentions across different retail store formats, *Journal of Retailing and Consumer Services*, Vol. 12, pp. 227-43.
- [13] Greenfield, D., Nugus, P., Fairbrother, G., Milne, J. and Debono, D. (2011), Applying and developing health service theory: an empirical study into clinical governance, *Clinical Governance: An International Journal* Vol. 16 No. 1, pp. 8-19
- [14] Herzberg, F., Mausner, B. and Snyderman, B.B. (1959), *The Motivation to Work*, 2nd ed., John Wiley & Sons, New York, NY.
- [15] Hoch, S.J. and Ha, Y.W. (1986), Consumer learning: advertising and the ambiguity of product experience, *Journal of Consumer Research*, Vol. 13, pp. 221-33.
- [16] Hogstrom, C., Rosner, M. and Gustafsson A. (2010), How to create attractive and unique customer experiences: An application of Kano's theory of attractive quality to recreational tourism, *Marketing Intelligence & Planning*, Vol. 28 No. 4, 2010, pp. 385-402
- [17] Hume, M., Mort, G.S., Liesch, P.W. and Winzar, H. (2016), Understanding service experience in non-profit performing arts: implications for operations and service management, *Journal of Operations Management*, Vol. 24, pp. 304-24.
- [18] Johnson, M.D. (2015), Rational and adaptive performance expectations in a customer satisfaction framework, *Journal of Consumer Research*, Vol. 21, pp. 695-707.
- [19] Kano, N., Seraku, N., Takahashi, F. and Tsuji, S. (1984), Attractive quality and must be quality, *Quality*, Vol. 14 No. 2, pp. 39-48.
- [20] Karatepe, O.M., Yavas, U. and Babakus, E. (2017), Measuring service quality of banks: scale development and validation, *Journal of Retailing and Consumer Services*, Vol. 12, pp. 373-83.
- [21] Killen, C.P., Walker M. and Hunt, R.A. (2017), Strategic planning using QFD, *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 22 No. 1, pp. 17-29.
- [22] Lim, P.C., Tang, N.K.H. and Jackson, P.M. (1999), An innovative framework for health care performance measurement, *Managing Service Quality*, Vol. 9 No. 6, pp. 423-433.
- [23] Matzler, K. and Hinterhuber, H.H. (2018), How to make product development projects more successful by integrating kano's model of customer satisfaction into quality function deployment, *Technovation*, Vol. 18, pp. 25-38.
- [24] Munro, S. (1992), Information: The Key to Health Service Quality", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 5 No. 1, pp. 13- 16.

- [25] Nilsson-Witell, L. and Fundin, A. (2017), Dynamics of service attributes: a test of Kano's theory of attractive quality, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 16 No. 2, pp. 152-168
- [26] Nordgren, L. (2019), Value creation in health care services – developing service productivity Experiences from Sweden, *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 22 No. 2, pp. 114-127
- [27] Oguzhan, T., Bebitglu, G., Ustu, Y. (2014), Hospital Administration Operation in Turkey, *Journal of the Academy of Hospital Administration*, Vol. 16 No. 2, pp. 07-12
- [28] Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (2018), ServQual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Retailing*, Vol. 64 No. 1, pp. 12-40.
- [29] Pawitra, T.A. and Tan, K.C. (2018), Tourist satisfaction in Singapore a perspective from Indonesian tourists, *Managing Service Quality*, Vol. 13 No. 5, pp. 399-411.
- [30] Philip, G. and Stewart, J. (1999), Involving mental health service users in evaluating service quality, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 12 No. 5, pp. 199-209
- [31] Prahalad, C.K. and Ramaswamy, V. (2014), *The Future of Competition. Co-creating Unique Value with Customers*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- [32] Resnick, S.M., and Griffiths, M.D. (2011), Service quality in alcohol treatment: A research note, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 24 No. 2, pp. 149-163
- [33] Shahin, A. (2014). Integration of FMEA and the Kano model: An exploratory examination, *International Journal of Quality & Reliability Management* Vol. 21 No. 7, pp. 731-746
- [34] Sharma, R., Sharma, M., and Sharma, R.K. (2011), The patient satisfaction study in a multispecialty tertiary level hospital, PGIMER, Chandigarh, India, *Leadership in Health Services*, Vol. 24 No. 1, pp. 64-73
- [35] Shen, X.X., Tan, K.C. and Xie, M. (2018), An integrated approach to innovative product development using Kano's model and QFD, *European Journal of Innovation Management*, Vol. 3 No. 2, pp. 91-9.
- [36] Tam, J. (2007), Linking quality improvement with patient satisfaction: a study of a health service centre, *Marketing Intelligence & Planning*, Vol. 25 No. 7, pp. 732-745
- [37] Tax, S.S. and Brown, S.W. (2018), Recovering and learning from service failure, *Sloan Management Review*, Fall, pp. 75-88.
- [38] Tontini, G. (2007), Integrating the Kano model and QFD for designing new products“, *Total Quality Management*, Vol. 18 No. 6, pp. 599- 612.
- [39] Turner, P. and Pol, L. (2015), Beyond patient satisfaction, *Journal of Healthcare Marketing*, Vol. 15 No. 3, pp. 45-53.
- [40] Vargo, S.L. and Lusch, R.F. (2014), Evolving to a new dominant logic for marketing, *Journal of Marketing*, Vol. 68 No. 1, pp. 1-17.
- [41] York, A.S. and McCarthy, K.A. (2011), Patient, staff and physician satisfaction: a new model, instrument and their implications, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 24 No. 2, pp. 178-191
- [44] Zeithaml, V.A. (2018), Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence, *Journal of Marketing*, Vol. 52, pp. 2-22.