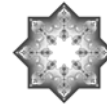


طراحی الگوی ارزیابی کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده از دیدگاه مصرف‌کنندگان خدمات در بیمارستان‌های خصوصی استان تهران و رتبه‌بندی این بیمارستانها بر مبنای الگوی طراحی شده



از صفحه: ۸۱ تا ۱۰۸

تاریخ ارایه: ۸۷/۱۰/۱

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۲/۲۵

دکتر حسین وظیفه دوست^۱

دکتر حمیدرضا سعید نیا^۲

دکتر الهام فریدچهر^۳

چکیده

امروزه کیفیت محصولات و خدمات ادراک شده از دیدگاه مشتریان، یک عامل رقابتی است. از این رو، برای کشورها، تعریف، اندازه‌گیری و بهبود کیفیت خدمات ادراک شده یک موضوع بسیار مهم و اساسی به شمار می‌آید.

کیفیت خدمات مراقبت‌های درمانی ادراک شده در بیمارستان‌ها نیز از اهمیت استراتژیکی برخوردار است. لذا ضروری به نظر می‌رسد که بیمارستان‌ها در پی کسب تجربه و شناسایی نیازها و انتظارات مشتریان خود باشند تا درک نمایند که افراد مختلف از خدمات ارایه شده چه انتظارات و ادراکاتی دارند.

بدین ترتیب، در این تحقیق، سعی بر این بوده است، مدل و ابزاری موثر جهت ارزیابی کیفیت مراقبت‌های درمانی متناسب با انتظارات و ادراکات بیماران ایرانی از کیفیت مراقبت‌های درمانی، گسترش یابد که بتواند به بیمارستان‌ها جهت ارزیابی کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده از دیدگاه بیماران کمک نماید. بدین منظور جهت تعیین ابعاد کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده به انجام مصاحبه‌های اکتشافی و به تهیه دو پرسش‌نامه انتظارات و ادراکات مبادرت شده است و سپس کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده در بیمارستان‌های مورد مطالعه بر اساس ابعاد شناسایی شده، ارزیابی و بر اساس آن رتبه‌بندی شده‌اند.

بر اساس یافته‌های تحقیق ۶ بعد شناسایی شده است که تعیین‌کننده کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده از دیدگاه بیماران ایرانی در بیمارستان‌های خصوصی استان تهران می‌باشد که عبارتند از: عوامل ملموس، قابلیت اعتبار، اطمینان خاطر، همدلی، کیفیت تکنیکی و تخصصی و جنبه‌های تجاری.

واژگان کلیدی: کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده، مصرف‌کنندگان خدمات، انتظارات بیماران، ادراکات بیماران، ابعاد کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده.

^۱ - استادیار، عضو هیات علمی دانشگاه علوم و تحقیقات، گروه مدیریت بازرگانی vazifehdust@yahoo.com

^۲ - استادیار، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، گروه مدیریت drsaeednia@gmail.com

faridchehr@yahoo.com

^۳ - دانش‌آموخته دکتری مدیریت، دانشگاه علوم و تحقیقات

مقدمه

یکی از صنایع در حال رشد در دنیا در بخش خدمات بیمارستانی، صنعت مراقبت‌های درمانی است که یکی از انواع طبقه بندی بخش های خدمات بیمارستانی است که در میان انواع خدمات و سازمان‌های خدماتی دارای جایگاه ویژه ای است؛ چرا که، اولاً این بخش با تمام افراد و اقشار جامعه ارتباط پیدا می کند و مهمتر اینکه وظیفه ورسالت خطیر درمان، مراقبت و حفظ سلامت جامعه بر عهده دارد. اما متأسفانه علی رغم اهمیت زیادی که این بخش دارد، شیوه آرایه خدمت توسط این بخش گاهاً به نوعی است که در موارد زیادی نارضایتی افراد جامعه را به همراه دارد؛ چرا که به لحاظ خطیر بودن وظیفه این سازمان‌ها و این بخش حتی اشتباهات کوچک، می تواند خسارت‌های بزرگ و جبران ناپذیری را به دنبال داشته باشد. (Ghobadian & etal, 1994: 43-66)

همچنین رشد سریع این بخش با تغییرات پویای محیطی همراه شده است از جمله این تغییرات افزایش فشارهای رقابتی، مکانیسم‌های آرایه خدمات متناوب، تغییر ساختار هزینه و افزایش دسترسی به اطلاعات می باشند که سبب ایجاد فشارهای قابل ملاحظه‌ای برای مدیران و تا مین کنندگان این بخش از خدمات جهت ارزیابی مجدد استراتژی‌های خود شده است. (Andaleeb, S.S, 1998: 181)

کیفیت خدمات در حوزه بیمارستان‌ها نیز اهمیت خاصی دارد و صرفاً به حفظ مشتری و شهرت سازمان مربوط نمی‌شود، اما شهرت خوب قطعاً همراه با آرایه خدمت مناسب، رضایتمندی جامعه را در پی خواهد داشت. به طوری که هم اکنون در سراسر دنیا اهمیت استراتژیک کیفیت خدمات آرایه شده به بیماران در بخش بیمارستانی و مراقبت‌های درمانی به طور فزاینده‌ای شناخته شده است به طوری که در بعضی از کشورها خدمت بیمار به عنوان یک داده استراتژیک برای مدیریت بیمارستان‌ها به شمار می آید. چرا که افزایش رقابت بین بیمارستان‌ها نیازمند درک بهتر نقش بیماران در بازاریابی استراتژیک این حوزه است. (Finn & Lamb, 1991: 483-90)

لذا ضروری به نظر می‌رسد که بیمارستان‌ها در پی کسب تجربه و شناسایی نیازها و انتظارات و خواسته‌های مشتریان خود باشند تا درک نمایند که افراد مختلف چه انتظارات و ادراکاتی دارند. به همین جهت سازمان‌های خدماتی دولتی و خصوصی در ایران جهت اندازه‌گیری کیفیت خدمات خود نیازمند مدلی تعریف شده هستند که توانایی ارزیابی کیفیت خدمات را از دیدگاه مصرف‌کنندگان خدمات با تعیین ابعادی متناسب با انتظارات، ادراکات آنها در این سازمان‌ها به اثبات رسانده تا معیار مناسبی جهت ارزیابی کیفیت خدمات باشد.

ابعاد مدیریت کیفیت خدمات که با مطالعات ادبیات موجود استخراج گردیده، نشان می‌دهد که دانشمندان مختلف ابعاد متفاوتی را برای مدیریت کیفیت خدمات و سنجش آن ارائه نموده‌اند. در زمینه مدیریت کیفیت خدمات در حوزه بیمارستانی و به طور مشخص کیفیت مراقبت‌های درمانی کمتر مطلبی به چشم می‌خورد. در این نوع مدیریت باید بیماران را جایگزین مشتریان نمود و اصولاً سنجش کیفیت خدمات بسیار پیچیده‌تر است. چرا که بیشتر بیمارستان‌ها تاکید کمی بر نتایج دارند؛ چون مدیران و مسئولین بیشتر به منابع صرف شده مانند بودجه و مسایل مالی تاکید دارند و توجه قوانین و مقررات بیمارستان‌ها بیشتر معطوف به فرایند اجرای امور است.

به طور کلی ارزیابی با هدف ایجاد انگیزه برای رقابت، تعیین شاخص‌های کمی و کیفی و ارائه الگوهای مناسب برای ارتقا و بهبود در کیفیت پایین، می‌تواند در ارتقا کیفیت نقش مهمی ایفا کند و با تعیین این مسیر زمینه رقابت سالم را در ارائه خدمات بهینه و با کیفیت فراهم آورد. (هادوی، ۱۳۷۸)

به همین منظور، در ایران جهت سنجش و ارزیابی کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده نیازمند مدلی تعریف شده هستیم که توانایی ارزیابی خدمات از دیدگاه بیماران را در این حوزه به اثبات رسانده و در نهایت موجبات رضایتمندی بیماران را فراهم آورد.

در این راستا به نظر می‌رسد که، ارایه الگویی جهت ارزیابی کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده در این بخش علاوه بر اینکه می‌تواند فرایند ارایه خدمات را بهبود بخشد، رضایتمندی مشتری را نیز به عنوان عنصری بسیار حساس و استراتژیک در عرصه رقابت امروزی است تامین نماید. به همین منظور در این پژوهش سعی شده تا با بررسی انتظارات و ادراکات بیماران از خدمات درمانی ارایه شده در حوزه بیمارستان ها به ارزیابی کیفیت مراقبت های درمانی ارایه شده در این حوزه بپردازیم. و در نهایت الگویی با شاخص های متناسب و موثر جهت ارزیابی کیفیت مراقبت های درمانی از دیدگاه مصرف‌کنندگان خدمات، در حوزه خدمات بیمارستانی ارایه نماییم. امید است که نتایج این پژوهش بتواند گام مهمی در جهت بهبود کیفیت مراقبت های درمانی و ارزیابی کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده از دیدگاه مشتریان بردارد.

چارچوب نظری تحقیق

امروزه مشتری محوری، مهمترین استراتژی تمامی سازمان‌ها و شرکت‌های دنیا در حوزه بازاریابی به شمار می‌رود. این امر اهمیت مشتری را به عنوان بزرگترین دارایی سازمان نمایان می‌سازد. از طرفی مشتریان راضی منابع سود سازمان‌ها هستند. سازمان‌هایی که نمی‌توانند مشتریان را راضی نگاه دارند در بلندمدت باقی نخواهند ماند. ارایه خدمات برترو با کیفیت به مشتریان در سطحی بالاتر به طور مستمر، موجب ایجاد مزیت‌های رقابتی می‌شود. از جمله این مزیت‌ها، وفاداری مشتریان، ارایه خدمات متمایز، کاهش هزینه‌ها و در نهایت قیمت گذاری بالاتر می‌باشد. بنابراین سازمانهای خدماتی باید به دنبال راه کارهایی باشند تا بتوانند مشتریان خود را به درستی شناسایی کرده و خدمات متناسب با نیاز آنان را ارایه نمایند.

از سوی دیگر، موفقیت تجاری در اقتصاد جدید جهانی به توانایی خلق ارزش‌های متمایز در محصول و خدمات از طریق کیفیت در طراحی، تولید، ارایه و بیان این ارزش‌ها به صورتی اثربخش به مشتریان بستگی دارد. بنابراین استراتژی اثربخش، حفظ

مشتریان از طریق خلق ارزش های مبتنی بر کیفیت می باشد. این حقیقت که کیفیت محصولات و خدمات ادراک شده در حال تبدیل شدن به مهمترین عامل رقابت در دنیای کسب و کار است باعث شده است که عصر کنونی کسب و کار را " عصر کیفیت " بنامند. (Peeler, 1996)

ساختار کیفیت بر مبنای مفهوم خدمات بر کیفیت قابل درک یا ادراک شده متمرکز است. کیفیت قابل درک به قضاوت مصرف کنندگان درباره وضعیت یا کیفیت بالاتر تعریف شده است. (Zeithaml & etal, 1998: 36) کیفیت قابل درک نوعی طرز تلقی مربوط به رضایتمندی است که در نتیجه مقایسه انتظارات با ادراکات مصرف کننده حاصل می شود. پاراسورمن (۱۹۹۱) نظریه کیفیت خدمات را به عنوان یک طرز تلقی در ارزیابی مورد حمایت قرار داده و معتقد است که آن از مقایسه انتظارات با ادراکات از عملکرد ناشی می شود .

در نوشته های معاصر ، اولسن و ویکاف ، گرونروز ، لهتینن، پاراسورمن و همکارانش آشکارا از این موضوع حمایت کرده‌اند که کیفیت خدمات ادراک شده به وسیله مصرف کنندگان از مقایسه آنچه که آنها احساس می کنند که شرکت خدماتی باید ارائه کند(انتظاراتشان) با ادراکاتشان از عملکرد شرکت‌های ارائه کننده خدمات نشات می گیرد. (Parasurman & etal, 1991: 14-39)

قبل از آنکه مشتریان یک خدمت را خریداری کنند ، در مورد کیفیت خدمات انتظاراتی دارند که بر پایه نیازهای شخصی ، توقعات گذشته ، توصیه هایی که شنیده اند و تبلیغات موسسه ارائه کننده خدمات و عواملی دیگر قرار دارد . بعد از مصرف خدمات ، مشتریان کیفیتی را که انتظار داشته‌اند، با آنچه واقعاً دریافت کرده اند ، مقایسه می کنند . حال اگر خدمت ادراک شده درست برابر انتظارات پیش بینی شده باشد، قضاوت کنند، آن خدمت مناسب است ولی چنانچه کیفیت درک شده پایین تر و مغایر با انتظار

مشتریان باشد، یک شکاف کیفیت بین عملکرد ارائه کننده خدمت و انتظارات مشتری ایجاد شده است. (Lovelock, Wright, 1999)

بنابراین درک انتظارات مشتری، پیش نیاز ارائه خدمت بهتر می باشد. مشتریان زمانی که می خواهند درباره خدمات شرکت قضاوت نمایند، ادراکات و انتظاراتشان را با هم مقایسه می کنند. از سوی دیگر، کیفیت یک پدیده تک بعدی نیست بلکه پدیده ای چند بعدی است. بنابراین دستیابی به کیفیت خدمات، بدون شناسایی ابعاد مهم کیفیت ممکن نمی باشد.

ابعاد کیفیت خدمات

ابعاد مدیریت کیفیت خدمات که با مطالعات ادبیات موجود از تئوری های مربوط استخراج شده است، نشان می دهد که دانشمندان مختلف ابعاد متفاوتی را در مدل های مختلف جهت مدیریت کیفیت خدمات، سنجش و ارزیابی آن ارایه نموده اند. جدول ۱ ابعاد (عوامل) کیفیت خدمات ادراک شده را که توسط پارسورمان (۱۹۸۵ و ۱۹۸۸)، گاروین^۱ (برای کیفیت محصولات)، استوارت و والش^۲، گاستر^۳ (برای خدمات غیرانتفاعی)، هیوود-فارمر^۴ (برای خدمات انتفاعی) و ماستون^۵ ارایه شده است، نشان می دهد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

¹.Garvin,1984

².Stwart and Walsh 1989

³.Gaster,1990

⁴. Haywood Farmer ,1998

⁵.Mattsson,1992

جدول ۱: مقایسه ابعاد تعیین کننده کیفیت خدمات ادراک شده

پاراسورمن و همکارانش (۱۹۸۵)	پاراسورمن و همکارانش (۱۹۸۸)	گاروین	استوارت و والش	گاستر	هیوود - فارمر	ماتسون
قابلیت اعتبار	قابلیت اعتبار	قابلیت اعتبار	قابلیت اعتبار	قابلیت اعتبار	قابلیت اعتبار	قابلیت اعتبار
پاسخگویی	پاسخگویی	سرعت در	سرعت در	سرعت ارایه	و تسهیلات	مناسبت
دسترسی	اطمینان خاطر	ارایه	ارایه	خدمت	مناسبت	در دسترس
تواضع	همدلی	شایستگی	شایستگی	دسترسی	دانش	بودن
ارتباطات	عوامــــل	دسترسی	دسترسی	قابلیت	موقعیت	انسانی
قابلیت اعتماد	ملموس	مفیدبودن	مفیدبودن	پذیرش	گرمی	انتخاب، هزینه
امنیت		دانش	دانش	زیبائی محیط	ارتباطات	
درک مشتری		قابلیت اعتماد	قابلیت اعتماد	صداقت	رازداری	
عوامــــل ملموس		امنیت	امنیت	توجه	آراستگی و	
		درک نیازهای	درک نیازهای	پاکیزگی	عدالت	
		مصرف کننده	مصرف کننده	(انصاف)		
		استفاده	استفاده			
		اثربخش از فن	اثربخش از فن			
		آوری	آوری			
		ظرفیت برای	ظرفیت برای			
		انتخاب	انتخاب			

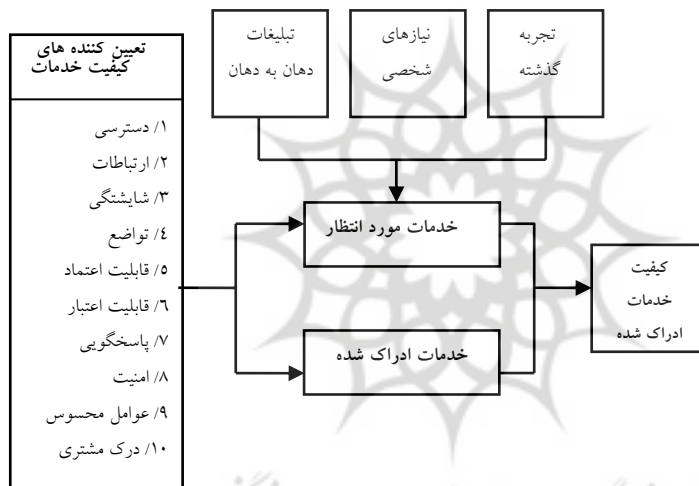
مدل پاراسورمن و همکارانش

تعیین کننده‌های کلی کیفیت خدمات به وسیله پاراسورمن و همکارانش تعیین شده است که اساس تلاش‌های محققان در شناسایی تعیین کننده‌های کیفیت برای سازمان‌های خصوصی و غیر خصوصی قرار گرفته است و پایه‌ای برای تحقیقات بعدی به شمار می‌رود.

براساس این مدل (شکل ۱) ابعاد متعددی برای سنجش کیفیت خدمات در قالب مدلی به نام سروکوال ارایه شده است. در این مدل کیفیت خدمات ادراک شده در نتیجه مقایسه انتظارات با ادراکات مصرف کننده حاصل می شود.

در مدل سروکوال که توسط پاراسورمن و همکارانش در سال ۱۹۸۵ ارایه گردیده، ۱۰ بعد کیفیت خدمات معرفی شده است که عبارتست از: قابلیت اعتبار، پاسخگویی، درک مشتری، قابلیت اعتماد، شایستگی، دسترسی، تواضع، امنیت، ارتباطات و عوامل ملموس.

این محققان در بررسی های بعدی خود، بین ارتباطات، شایستگی، تواضع، قابلیت اعتماد و امنیت و نیز بین دسترسی و درک کردن، همبستگی قوی یافتند. بنابراین آن عوامل را در دو بعد کلی اطمینان خاطر و همدلی ترکیب کردند و بدین ترتیب ابعاد پنج گانه عوامل ملموس، قابلیت اعتبار، پاسخگویی، اطمینان خاطر و همدلی را ارایه دادند.



شکل (۱): تعیین کننده های کیفیت خدمات (parasuraman & et.al, ۱۹۸۵)

اهمیت کیفیت خدمات

تمایل به ارایه خدمات با کیفیت نقش مهمی در صنایع خدمات نظیر خدمات بیمه، بیمارستانی و بانکی و ... ایفا می‌نماید، چرا که کیفیت خدمات برای بقا و سودآوری سازمان امری حیاتی به شمار می‌رود.

فیلیپ و دیگران^۱ در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت محصولات و خدمات واحدهای تجاری استراتژیک^۲ مهمترین عاملی است که بر عملکرد این واحدها اثرگذار است. آنها عنوان می‌کنند که کیفیت برتر، سودهای بیشتری از طریق قیمت‌های بالاتر ایجاد می‌کند و راهی برای رشد واحدها است. بعلاوه بازل و گال^۳ اظهار می‌کنند که به دلیل اثر کیفیت بر ارزش ادراک شده از سوی مشتریان، کیفیت خدمات نه تنها با قابلیت سودآوری سازمان بلکه با رشد سازمان، نیز در ارتباط است.

کیفیت خدمات و رضایتمندی مشتری^۴

به طور خلاصه کیفیت خدمات ادراک شده و رضایتمندی مشتری به طور دقیقی به هم مرتبط می‌شوند. رابطه نزدیک بین این دو ساختار به این معنی است که این دو مفهوم با هم مطرح شده‌اند.

اگرچه غالب مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت خدمات پیش نیاز رضایتمندی است، لیکن رضایتمندی، بیشتر ارزیابی می‌شود و مملو از احساسات بوده و کیفیت بیشتر توصیفی و براساس واقعیت است^۵.

رضایتمندی مشتری و در نهایت کیفیت خدمات برای هرشرکتی مزایای زیادی دارد و همچنین سطح رضایتمندی بالاتر مشتری به وفاداری بیشتر او منجر می‌شود. در

^۱- Philips, et al,1993.

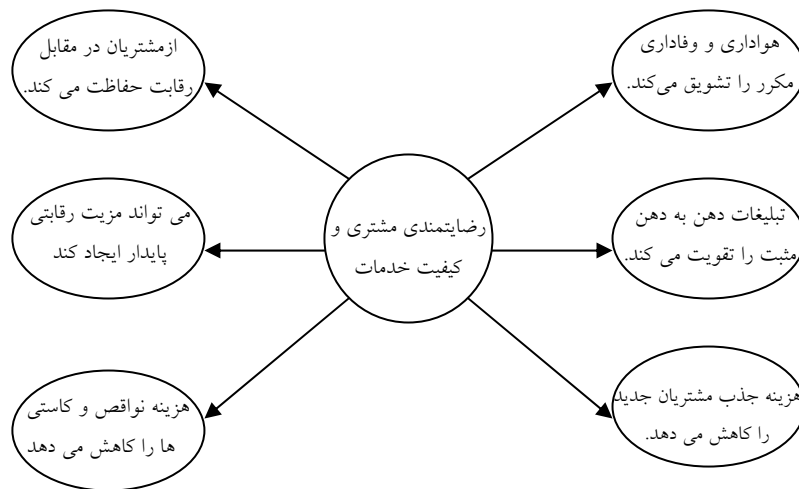
^۲-SBU

^۳-Buzzel and Gale,1987.

^۴-Service Quality & Customer Satisfaction

^۵- Schneider , B ., White S . ,Service Quality: Research Perspective 2004

بلندمدت سودآوری بیشتر در گرو حفظ مشتریان خوب و نه تلاش مستمر برای ایجاد و جذب مشتریان جدید و جایگزینی مشتریان از دست رفته است.



شکل (۲): مزایای رضایتمندی مشتری و کیفیت خدمات

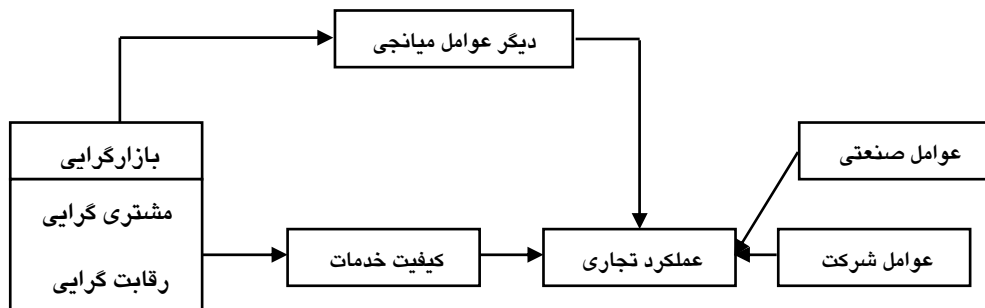
منبع: (lovelock.2002)

کیفیت خدمات و بازارگرایی

در محیط پویای امروزه بازاریابان به طور پیوسته برنامه های خود را در واکنش و یا براساس پیش بینی نیازهای مشتریان و اقدامات آتی رقبا اصلاح می کنند. این اقدامات شرکت های بازارگرا، شکاف ادراکی بین مدیریت و مشتریان را محدود می کند. به این جهت واحدهای تجاری که بیشتر بازارگرا هستند از نظر عملکرد تجاری در سطح بالاتری قرار خواهند گرفت. دی^۱ بیان می کند این تفکر بازاریابی که در آن شرکت ها به طور منظم اطلاعات بازار را بدست آورده، تفسیر و از آن استفاده می نمایند، توان متمایز کننده سازمان های بازارگرا می باشد. از طرف دیگر در مطالعات مختلفی به اثرات کیفیت خدمات بر وفاداری مشتری و رابطه معکوس آن با تمایل به ترک شرکت یا پناهندگی

^۱- Day,1994

اشاره شده است. همچنین تحقیقات مختلفی حاکی از اثر مثبت کیفیت خدمات بر سودآوری کسب و کار می‌باشد. بر این اساس چانگ و چن (۱۹۹۸) رابطه بین این مفاهیم را همان‌گونه که در شکل ۳ نشان داده شده ارایه کرده‌اند. (Chang & Chen, 1998: 246-64)



شکل ۳: ارتباط بین کیفیت خدمات و بازارگرایی

منبع: Chang And Chen, 1998, P.247

کیفیت خدمات و وفاداری مشتری

اخیراً در کتب اقتصادی از این واژه برای بیان تمایل و تصمیم داوطلبانه مشتری به ادامه هواداری از یک شرکت در طول زمان استفاده می‌شود که به صورت خرید و استفاده دائمی و ترجیحاً انحصاری کالاها و خدمات آن شرکت و تبلیغ داوطلبانه خرید آن کالا به دوستان و آشنایان بروز می‌کند. کارونا در تحقیقی در زمینه ارتباط بین کیفیت خدمات، رضایتمندی مشتری و وفاداری، به این نتیجه رسید که رضایتمندی مشتری نقش میانجی در اثر کیفیت خدمات بر وفاداری خدمت ایفا می‌کند. در حقیقت کیفیت خدمات از طریق رضایتمندی مشتری بر وفاداری خدمت اثر گذار است. (Caruna, Albert, 2002: 811) همچنین در مطالعات دیگری بر اثرات کیفیت خدمات بر وفاداری مشتریان به شرکت و اثر منفی آن (در صورت عدم وفاداری) بر تمایل به ترک شرکت اشاره شده است. (Chang & Chen, 1998: 246-64)

پیامدهای کیفیت خدمات

همانطور که قبلاً نیز گفته شد، مدیران سازمان‌ها باید بدانند که کیفیت خدمات یک استراتژی سودآور برای سازمان می‌باشد. آنها باید به این باور برسند که سرمایه‌گذاری در کیفیت خدمات منجر به سودآوری سازمان می‌گردد لیکن باید در نظر داشت که ارتباط بین کیفیت خدمات و سود یک رابطه ساده نیست. بهبود کیفیت خدمات منجر به جذب مشتریان جدید شده و همچنین سازمان را قادر می‌سازد تا مشتریان کنونی اش را حفظ نماید. (Zeithaml, Bithner, 1996: 31-46)

کیفیت خدمات می‌تواند به یک سازمان جهت متمایز کردن خود از دیگر سازمان‌ها و دستیابی به مزیت رقابتی پایدار کمک نماید. کیفیت بالای خدمات به عنوان عامل اصلی در سودآوری بلندمدت، نه تنها برای شرکتهای خدماتی بلکه برای سازمان‌های تولیدی نیز به شمار می‌آید حتی در برخی از صنایع تولیدی کیفیت خدمات دارای اهمیت بیشتری نسبت به کیفیت محصول به شمار می‌رود. (Ghobadian & et al, 1994: 43-4)

ارایه خدمات بهتر به مشتریان باعث تکرار خرید و گسترش تبلیغات دهان به دهان^۱ مثبت به مشتریان می‌گردد. دیگر اثر مستقیم کیفیت خدمات، افزایش توانایی سازمان جهت ارایه خدمات به صورتی کارا و اثربخش به مشتریان می‌باشد چرا که سازمان دریافته است، مشتریان چه خواسته‌ها و نیازهایی دارند. لذا از خدمات غیر ضروری کاسته و یا آنها را حذف می‌نماید. با افزایش کارایی و اثربخشی در ارایه خدمات سودآوری افزایش خواهد یافت.

موانع دستیابی به بهبود کیفیت خدمات

(۱) فقدان پیدایی^۲؛

(۲) مشکلات در تعیین پاسخگویی ویژه؛

(۳) زمان مورد نیاز برای بهبود کیفیت خدمات؛

^۱ -Word- of- Mouth

^۲ -Lack of Vasibility

۴) رهایی از عدم اطمینان‌ها.^۱

الزامات کیفیت خدمات

۱- تمرکز بر بازار و مشتری؛

۲- قدرت کارکنان صفی؛

۳- کارکنان به خوبی آموزش دیده و ترغیب یافته. (انگیخته شده)؛

۴- یک دیدگاه روشن از «کیفیت خدمات».

خدمات مراقبت‌های درمانی

یکی از صنایع در حال رشد در بخش خدمات صنعت مراقبت‌های درمانی است. رشد سریع این بخش با تغییرات محیطی همراه شده است. فشارهای تغییر، شامل فشارهای رقابتی با مکانیسم ارابه خدمات متناوب، تغییر ساختارهای هزینه، نظارت بر بخش خصوصی و دولتی، افزایش دسترسی به اطلاعات و به ویژه افزایش اطلاعات مشتریان، فشارهای قابل ملاحظه‌ای را بر تامین‌کنندگان مراقبت‌های درمانی جهت ارزیابی مجدد استراتژی‌هایشان اعمال می‌کند.

دان بدین^۲ بیان می‌کند که عامل رضایتمندی بیمار می‌تواند به عنوان یکی از نتایج مورد دلخواه مراقبت باشد و اطلاعات درباره رضایتمندی بیماران باید به عنوان ضرورتی، جهت ارزیابی کیفیت، در جهت طراحی و مدیریت سیستم‌های مراقبت درمانی باشد. (Andeleeh, 1998: 81-7)

به طور کلی، اندازه‌گیری کیفیت مراقبت‌های درمانی در سطح سازمان بر روی مشتریان متمرکز است و هر یک از تئوری پردازان در مدل‌های مختلف ارابه شده به ابعاد متفاوتی از کیفیت مراقبت‌های درمانی در حوزه خدمات بیمارستانی اشاره نموده‌اند، که موجب رضایتمندی مشتریان می‌شود. (جدول ۱) برای مثال مدل سروکوال (۱۹۸۵) که بوسیله پاراسورمن

^۱- Delivery Uncertainties

^۲- Donabedian, 1998

و همکارانش توسعه یافته است ۱۰ بعد را برای سنجش و اندازه گیری کیفیت خدمات ادراک شده معرفی کرده است .

در حوزه خدمات بیمارستانی نیز تحقیقاتی توسط تئوری پردازان مختلف انجام شده است. هر یک از تئوری پردازان در مدل های مختلف ارایه شده به ابعاد متفاوتی از کیفیت مراقبت های درمانی در حوزه خدمات بیمارستانی اشاره نموده اند. (جدول ۲) نکته ای که در همه تحقیقات حایز اهمیت است، این که، غالب تحقیقات بر اساس مدل سروکوال که توسط پاراسورمن و همکارانش در سال ۱۹۸۵ ارایه داده اند، می باشد. بطوریکه علی رغم انتقادهایی که به آن وارد شده است ، پایه ای برای تحقیقات بعدی به شمار می رود که به نوبه خود یک دفاع جدی از اساس تئوریک و موفقیت در زمینه کاربردی آن است؛ از این رو دارای اعتبار بالایی است. (Tomas & Chee, 1995: 25-33)

اگرچه انتقادهای وارده می تواند مرتبط باشد با اینکه، نتایج و سنجش کیفیت خدمات به نوع خدمت، موقعیت خدمت، زمان خدمت و نیاز به خدمت و عوامل دیگر وابسته است. به علاوه برای انتظارات مشتریان از خدمات ویژه در برخورد با عوامل، در زمان های مختلف، در تعداد مواجهات با خدمتی خاص و محیط رقابتی قابل تغییر است. بر همین اساس ضرورت انجام این تحقیق بیشتر از پیش مشخص می شود چرا که ابعاد تعیین شده کیفیت خدمات ادراک شده از دیدگاه مشتریان در تحقیقات انجام شده در سایر کشورها می تواند در کشور ما از دیدگاه بیمار ایرانی به دلیل نوع خدمت خاص یعنی خدمات مراقبت های درمانی متفاوت باشد و نتایج نیز این امر را تایید می کنند. (Seth & Vrat, 2005: 913-949)

ردن باخ و سنديفر اسمال وود (۱۹۹۰) با استفاده از مقیاس سروکوال، یک تحقیق اکتشافی از ۳۰۰ بیمار که از خدمات بیمارستانی در سال های گذشته استفاده نموده اند، هفت شاخص را جهت اندازه گیری مراقبت های درمانی، شناسایی کردند که عبارتند از

همدلی، کیفیت معالجه، زمان انتظار، ظواهر فیزیکی، خدمات حمایتی، جنبه‌های تجاری یا شایستگی تجاری و سازگاری با بیمار. (Reidenach & Smallwood, 1990: 47-55)

کامیلری و کالانگان (۱۹۹۸) نیز بر اساس مقیاس سروکوال، از دو پرسش‌نامه انتظارات و ادراکات برای سنجش انتظارات و ادراکات بیماران و در نهایت کیفیت مراقبت‌های درمانی استفاده نمودند و به شاخص‌هایی همچون: محیط بیمارستان، کیفیت تکنیکی و تخصصی، سازگاری با بیمار، دسترسی، پرسنل خدمات و تامین کردن اشاره نموده‌اند. (Camiller & Callaghan, 1998: 127-33)

تامز و چی پنگ نگ (۱۹۹۵) نیز به هفت بعد شامل همدلی، نیازهای روحی، درک بیمار، روابط محترمانه متقابل، محیط فیزیکی، غذا و بزرگی دست یافته‌اند.

هولکا^۱ به سه بعد: روابط شخصی، آسودگی و شایستگی تخصصی اشاره نموده‌اند.

تامپسون^۲ نیز به ابعادی همچون: عوامل ملموس، ارتباطات، روابط بین کارکنان و بیماران، زمان انتظار، روش‌های پذیرش و تسویه حساب اشاره نموده است.

در همین راستا بیکر^۳ بر مراقبت‌های تخصصی، زمان مشاوره و عمق روابط تاکید دارد. (Tomes, Chee, 1995: 26)

اندلیب^۴ بعد را که عبارتند از ارتباطات، هزینه، تسهیلات، شایستگی و رفتار مد نظر قرار می‌دهد. (Andalleb, 1998: 181-7)

اورت ویت^۴ به ابعاد کیفیت مدیریتی، کیفیت تخصصی و کیفیت مشتری توجه می‌کند.

کارمن^۵ بر اساس مدل گرونروز به ابعاد تکنیکی (مراقبت پرستاری، نتایج، مراقبت‌های فیزیکی) و به ابعاد تطبیقی (غذا، صدا، حرارت اتاق، نظافت، پارکینگ و سفارشی سازی) اشاره دارد.

1- Hulka, 1970

2- Thompson, 1983

3- Baker, 1990

4- Overveit, 2000

5- Carman, 2000

والترز و جونز^۱ نیز در سنجش کیفیت مراقبت‌های درمانی به ۶ بعد شامل: امنیت، عملکرد، زیبایی شناسی، اعتبار، جنبه‌های اقتصادی و آسودگی اشاره نموده‌اند. گروس و نیرل^۲ نیز به ابعاد دسترسی، ساختار، فضا و شخصی‌سازی را در سنجش کیفیت مراقبت‌های درمانی شناسایی کرده است و در نهایت، حسین^۳ به پنج بعد ارتباطات، پاسخگویی، تواضع، هزینه و نظافت تأکید کرده است. (Rose & et al, 2004: 149-159)



1- Walters and Jones, 2001

2- Gross and Nirel, 1998

3- Hasin et al, 2001

جدول ۲: خلاصه‌ای از ابعاد کیفیت مراقبت‌های درمانی بیمارستانی در تحقیقات گذشته

محققان	کشور	ابعاد کیفیت خدمات
پاراسورمن (۱۹۸۵)	USA	دسترسی، ارتباطات، شایستگی، تواضع، قابلیت اعتماد، قابلیت اعتبار، پاسخگویی، امنیت، عوامل ملموس، درک مشتری
پاراسورمن (۱۹۸۸)	USA	عوامل ملموس، قابلیت اعتبار، پاسخگویی، اطمینان خاطر، همدلی
ردن باخ و سندیفر-اسمال وود (۱۹۹۰)	USA	همدلی، کیفیت معالجه، زمان انتظار، ظواهر فیزیکی، خدمات حمایتی، جنبه‌های تجاری، سازگاری با بیمار
تامز وچی پنج‌نگ (۱۹۹۵)	UK	همدلی، بزرگی، نیازهای روحی، درک بیمار، روابط محترمانه متقابل، محیط فیزیکی، غذا
کامیلری و کالاکان (۱۹۹۸)	MALTA	تهیه کردن، محیط بیمارستان، کیفیت تکنیکی و تخصصی، سازگاری با بیمار، دسترسی، پرسنل خدمات
اندلیب (۱۹۹۸)	USA	ارتباطات، هزینه، تسهیلات، شایستگی، رفتار
گروس و نیرل (۱۹۹۸)	IRELAND	دسترسی، ساختار، فضا، خصوصی بودن
کارمن (۲۰۰۰)	USA	بعد تکنیکی (مراقبت پرستاری، نتایج، مراقبت فیزیکی)، بعد تطبیقی (غذا، صدا، حرارت اتاق، نظافت، پارکینگ، اختصاصی سازی)
اورت ویت (۲۰۰۰)	SWEDEN	کیفیت مدیریتی، کیفیت مشتری، کیفیت تخصصی
والترز و کانز (۲۰۰۱)	NEWZEALAND	امنیت، عملکرد، زیبایی شناسی، اعتبار، اقتصاد، آسودگی
هسین (۲۰۰۱)	THAILAND	ارتباطات، پاسخگویی، تواضع، هزینه، نظافت

همان‌طور که پیش از این نیز گفته شد، نکته‌ای که در غالب تحقیقات انجام شده حایز اهمیت است، استفاده اولیه از مدل سروکوال است که شامل استفاده از تعاریف پاراسورمن از کیفیت ادراک شده است که عبارتست از مقایسه انتظارات بیمار با

ادراکاتش می باشد و همچنین استفاده از ابعاد سروکوال که توسط پاراسورمن و همکارانش (۱۹۸۵) ۱۰ بعد برای سنجش و اندازه گیری کیفیت خدمات ادراک شده معرفی شده است . اسپیلر و قبادیان (۱۹۹۳) بیان می کنند که استفاده از اصول سروکوال جهت ارزیابی کیفیت مراقبت های درمانی ثبت شده و معتبر است. (Tomes & Chee, 1995: 26)

هدف اصلی این تحقیق دستیابی به الگویی بومی با تعیین ابعادی موثر و متناسب با انتظارات و ادراکات بیماران ایرانی جهت ارزیابی کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده از دیدگاه مصرف کننده خدمات بیمارستانهای خصوصی استان تهران شده است.

سوالات تحقیق

- ۱- ابعاد کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده از دیدگاه مصرف کنندگان خدمات در بیمارستان های مورد مطالعه کدامند؟
- ۲- سطح کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده در بیمارستان های مورد مطالعه چه اندازه است؟
- ۳- بین کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده در بیمارستان های مورد مطالعه استان تهران تفاوت وجود دارد؟

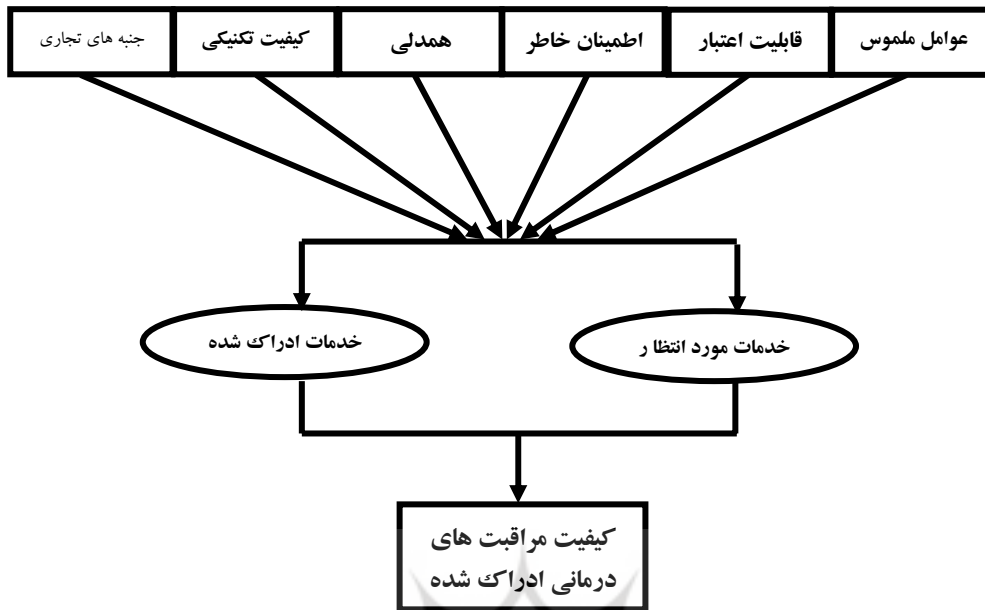
فرضیات تحقیق

- ۱- کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده ، در حد مورد انتظار مصرف کنندگان خدمات در بیمارستان های مورد مطالعه است.
 - ۱-۱- عوامل ملموس ادراک شده در حد مورد انتظار است؛
 - ۲-۱- قابلیت اعتبار ادراک شده در حد مورد انتظار است؛
 - ۳-۱- اطمینان خاطر ادراک شده در حد مورد انتظار است؛
 - ۴-۱- همدلی ادراک شده در حد مورد انتظار است؛
 - ۵-۱- کیفیت تکنیکی و تخصصی ادراک شده در حد مورد انتظار است؛
 - ۶-۱- جنبه های تجاری ادراک شده در حد مورد انتظار است.

۲- بین کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده در بیمارستانهای مورد مطالعه تفاوت وجود دارد. به این منظور در پژوهش بر اساس مراحل تحقیق اکتشافی، در مرحله اول، ابتدا به انجام مطالعات اولیه و بررسی دقیق ادبیات موجود در زمینه مدیریت کیفیت خدمات ادراک شده، شامل مدیریت کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده در حوزه مدیریت بازاریابی پرداخته و پژوهش‌های انجام شده در زمینه تعیین ابعاد کیفیت خدمات از دیدگاه مشتریان خدمات مورد بررسی قرار گرفته است. نتیجه حاصل از این مطالعات در مجموع تحقیقات انجام شده در سراسر دنیا، دستیابی به تعدادی ابعاد تعیین کننده کیفیت خدمات ادراک شده (۳۳ بعد) است. سپس با انجام مصاحبه‌های اولیه (اکتشافی) از مدیران، پزشکان، پرستاران و بیماران بیمارستان‌ها، از بین این ابعاد (متغیرها)، ۱۳ بعد به عنوان ابعاد تعیین کننده کیفیت مراقبت‌های درمانی از دیدگاه بیماران ایرانی مشخص شد که براساس اولویت از دیدگاه بیماران ایرانی عبارتند از: پاسخگویی، قابلیت اعتبار، اطمینان خاطر، کیفیت تکنیکی و تخصصی، عوامل ملموس، تامین غذا، همدلی، درک بیمار، نیازهای روحی و مذهبی، زمان انتظار، کیفیت معالجه، جنبه‌های تجاری و ارایه تسهیلات.

در مرحله دوم بر اساس این عوامل و با استفاده از اصول سروکوال، (کیفیت خدمات ادراک شده در نتیجه مقایسه انتظارات با ادراکات مصرف کننده حاصل می‌شود) دو پرسش‌نامه تهیه و توزیع شده است که پرسش‌نامه اول انتظارات بیماران را از کیفیت مراقبت‌های درمانی قبل از مصرف خدمات، اندازه‌گیری و سنجش نموده و پرسش‌نامه دوم ادراکات بیماران را از کیفیت مراقبت‌های درمانی بعد از ارایه و مصرف خدمات اندازه‌گیری و سنجش کرده است. بعد از جمع‌آوری اطلاعات دو پرسش‌نامه انتظارات و ادراکات و دستیابی به اطلاعات کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده بیماران ایرانی (شکاف انتظارات و ادراکات بیماران) و انجام تکنیک تحلیل عاملی، ۱۳ بعد (عامل) در مدل تحلیلی اولیه در ۶ متغیر طبقه بندی شده و ۶ بعد شناسایی شده است که در

شکل ۴ نشان داده شده است و عبارتند از عوامل ملموس، قابلیت اعتبار، اطمینان خاطر، همدلی، کیفیت تکنیکی، جنبه های تجاری، همدلی، کیفیت تکنیکی و تخصصی، جنبه های تجاری.



شکل ۴: مدل تحقیق

۱- عوامل ملموس

به طور کلی این عامل در برگیرنده جنبه های مهمی از آن جمله شرایطی فیزیکی، تزیینات، ظاهر و آراستگی محل ارائه خدمت، ظاهر و آراستگی کارکنان، مدرن بودن تجهیزات، تامین غذا، تامین تسهیلات کافی جهت آسودگی و راحتی بیماران و همراهان بیمار، سهولت دسترسی و پارکینگ می باشد.

۲- قابلیت اعتبار

قابلیت اعتبار و پاسخگویی، توانایی رسیدگی به شکایات و ارتقا خدمات به شکلی اثربخش و توانایی ارائه خدمت در اولین زمان به شکل صحیح، سرعت و تسهیل پذیرش، ارائه خدمات و زمان بین پذیرفتن و ارائه اتاق می باشد.

۳- اطمینان خاطر

اطمینان خاطر حس امنیتی است که از آسیب‌های فیزیکی، شایستگی ساختار ترخیص و توانایی بیمارستان در درمان وجود دارد در این پژوهش این عامل به عنوان عامل سوم شناسایی شده است.

۴- همدلی

همدلی شامل توجهات فردی به مشتریان، درک نیازها و خواسته‌های خاص مشتریان، تامین ارزش‌های مذهبی و نیازهای روحی توسط پزشکان و کارکنان و مهارت پزشکان، پرستاران و کارکنان در توجه به بیمار در تامین نیازها با ادب و نزاکت است.

۵- کیفیت تکنیکی و تخصصی

شامل مراقبت‌های پرستاری، مراقبت‌های دارویی و مراقبت‌های پزشکی است که در زیر عامل پنجم قرار گرفته است که کیفیت تکنیکی و تخصصی نام نهاده شده است.

۶- جنبه‌های تجاری

به طور کلی شامل پذیرش بیمه و شایستگی کارکنان در ضبط بیمه و صحت روش صدور صورت حساب‌ها است که در زیر عامل ششم با همین نام قرار گرفته است.

روش تحقیق

این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی با رویکرد اکتشافی است. در این تحقیق به جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسش‌ها به صورت شفاهی (مصاحبه اکتشافی) و در مرحله دوم، به صورت کتبی (پرسش‌نامه) صورت گرفته است و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها، این تحقیق از نوع پژوهش توصیفی پیمایشی می‌باشد.

۱- جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، بیماران دریافت‌کننده خدمات بیمارستان‌های خصوصی استان تهران هستند. این جامعه از لحاظ آماری بزرگ بوده و امکان دسترسی به همه آنها

فراهم نیست بر این اساس از نمونه‌گیری استفاده شده است. لذا تعداد ۲۰۰ نمونه از بیماران به روش تصادفی ساده در بیمارستان‌هایی که تعداد تخت‌های آنها ۱۰۰ و بالاتر از ۱۰۰ تخت و به طور مشترک دارای ۳ بخش داخلی، جراحی و زنان است انتخاب شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شده است.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 \sigma^2}{\epsilon^2}$$

بر اساس این فرمول حجم نمونه ۱۹۶ نفر بدست آمده است که ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شده است.

لازم به ذکر است که علی‌رغم تعیین حجم نمونه با استفاده از این فرمول، به منظور حصول اطمینان از کفایت حجم نمونه قبل از انجام تحلیل عاملی از شاخص (KMO) نیز استفاده شده است که برابر با ۰/۹۲۰ بوده است. یعنی، یک بار دیگر کفایت حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفته است.

۲- ابزار جمع آوری داده‌ها

مصاحبه اکتشافی: در این تحقیق، برای شناسایی اولیه ابعاد و طراحی مدل اولیه تحقیق و تهیه پرسش‌نامه و جمع‌آوری دیگر اطلاعات اولیه موردنیاز با توجه به اهداف تحقیق با مدیران بیمارستان، پزشکان، پرستاران، بیماران مصاحبه شده است.

پرسش‌نامه: برای جمع‌آوری اطلاعات پیرامون انتظارات و ادراکات بیماران از خدمات دریافت شده و تعیین ابعاد کیفیت مراقبت‌های درمانی از ابزار پرسش‌نامه ساختار یافته استفاده شده است. به این منظور دو پرسش‌نامه جهت سنجش انتظارات و ادراکات بر اساس ابعاد اولیه تهیه شده است که بر اساس طیف ۵ گزینه ای لیکرت طرح ریزی شده است.

۳- پایایی و روایی ابزار اندازه گیری

در این پژوهش برای تست پایایی (اعتبار) و سنجش سازگاری درونی مقیاس از آلفای کرن باخ استفاده شده است. روایی محتوایی پرسش‌نامه با نظرخواهی از کارشناسان و اساتید بازاریابی حاصل شده است. همچنین از آنجاییکه روایی عاملی، صورتی از روایی سازه است که از طریق تحلیل عاملی بدست آمده است، از روش تحلیل عاملی، روایی سازه نیز حاصل شده است.

۴- روش تحلیل داده ها

به طور کلی تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق طی مراحل زیر انجام می شود .
مرحله اول: تحلیل سوالات که خود طی مراحل زیر انجام شده است .

الف: محاسبه شاخص تمیز^۱؛

ب: استفاده از آزمون مجذور کای دو، جهت بررسی معنی داری قدرت تمیز سوالات؛

ج: محاسبه ضریب همبستگی هر سوال با نمره کل.

مرحله دوم: محاسبه ضریب پایایی و همسانی درونی^۲ سوالات.

مرحله سوم: بررسی روایی ساختاری از طریق تحلیل عاملی که شامل:

۱- آماده کردن ماتریس همبستگی؛

۲- استخراج عوامل اولیه؛

۳- چرخش.

مرحله چهارم: محاسبه شاخص‌های آماری توصیفی کیفیت خدمات ادراک شده و خرده مقیاس‌های آن به تفکیک بیمارستان‌ها.

مرحله پنجم: استفاده از آزمون‌های آماری فریدمن، کروسکال - والیس به منظور بررسی تفاوت بین بیمارستان‌ها.

¹ - Discremination Index

² - Internal Consistency

نتیجه تحلیل داده ها

نتایج سوال اصلی تحقیق: ابعاد کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده از دیدگاه مصرف کنندگان خدمات در بیمارستان های مورد مطالعه کدامند؟

نتیجه حاصل از بررسی سوال اصلی تحقیق که با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی بدست آمده است، دستیابی به ۶ عامل بنیادی تعیین کننده کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده از دیدگاه مصرف کنندگان خدمات است که حاکی از این مطلب است که کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده توسط ۶ عامل تبیین می شود و به ترتیب میزان تبیین کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده عبارتند از: عوامل ملموس، قابلیت اعتبار، اطمینان خاطر، همدلی، کیفیت تکنیکی و تخصصی، جنبه های تجاری. بر همین اساس نتایج بدست آمده در جدول واریانس کل تبیین شده نشان می دهد که این ۶ عوامل در حدود ۵۷/۷۵ درصد کیفیت مراقبت های درمانی را تبیین می کند. همچنین این جدول نشان داد عامل اول ۱۱/۷ درصد و عامل ششم با ۷/۹۰ درصد به ترتیب دارای بالاترین و پایین ترین میزان واریانس تبیین شده می باشند.

جدول (۳): واریانس کل تبیین شده توسط عوامل پس از چرخش

Total Variance Explained

Rotation Sums of Squared Loadings			عوامل
Cumulative %	% of Variance	Total	
11.70	11.70	9.36	1
22.55	10.85	8.68	2
31.84	9.30	7.44	3
40.38	8.53	6.83	4
48.90	8.52	6.82	5
56.80	7.90	6.32	6

Extraction Method: Principal Component Analysis.

نتایج فرضیه اول: کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده، در حد موردانتظار مصرف‌کننده گان خدمات در بیمارستان‌های مورد مطالعه است.

نتایج آزمون‌های انجام شده نشان می‌دهند که به طور کلی سطح کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده در حد مورد انتظار نیست و به عبارت دیگر پایین‌تر از حد مورد انتظار است.

نتایج فرضیه دوم: بین کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده در بیمارستان‌های مورد مطالعه تفاوت وجود دارد.

نتایج آزمون‌های انجام شده نشان می‌دهد که سطح کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده در بیمارستان‌های مورد مطالعه متفاوت است و در مورد هر یک از فرضیات فرعی نیز چنین است و بر همین اساس بیمارستان‌های مورد مطالعه رتبه بندی شده‌اند.

نتایج سایر یافته‌های تحقیق

مقایسه عوامل ششگانه تعیین‌کننده کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده

بر طبق نتایج حاصل از فرضیه دوم، محقق به مقایسه عوامل ششگانه کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده نیز پرداخته است در واقع محقق درصدد پاسخگویی به این پرسش اساسی بوده است که آیا سطح عوامل ششگانه تعیین‌کننده کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده متفاوت است؟ نتایج این بررسی حاکی از آن است که بین سطوح عوامل ششگانه کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده از دیدگاه مصرف‌کنندگان خدمات بیمارستانی، تفاوت وجود دارد.

مقایسه کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده بر اساس بخش‌های درمانی مختلف

همچنین محقق به مقایسه کیفیت مراقبت‌های درمانی ادراک شده بر اساس بخش‌های درمانی مختلف (جراحی، زنان و داخلی) پرداخته است. که نتایج نشان داده است که بین کیفیت خدمات ادراک شده در بخش‌های مختلف بیمارستانی اعم از جراحی، زنان و داخلی تفاوتی وجود ندارد.

نتیجه گیری و پیشنهادات

با توجه به تجزیه و تحلیل یافته ها به خوبی روشن شده است که در حوزه خدمات مراقبت های درمانی بیمارستانی در ایران به ترتیب ، ۶ عامل که عبارتند از عوامل ملموس، قابلیت اعتبار، اطمینان خاطر، همدلی، کیفیت تکنیکی و تخصصی و جنبه های تجاری ، عوامل تبیین و تعیین کننده کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده از سوی بیماران ایرانی می باشد و بر اساس آن می توان به ارزیابی کیفیت مراقبت های درمانی ادراک شده در هر یک از بیمارستانهای ایران پرداخت .

با مقایسه نتایج حاصل از تحقیق حاضر با سایر تحقیقات انجام شده مشاهده می شود که علی رغم وجود تشابهاتی با تحقیقات انجام شده در این زمینه ، وجوه افتراقی نیز با آنها دارد. وجوه این افتراق ها همانطور که قبلاً نیز گفته شد می تواند به دلیل نوع خدمت، شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، رقابتی، تکنولوژیکی و غیره ارایه خدمت باشد. چرا که انتظارات و ادراکات افراد به نوبه خود می تواند تحت تاثیر هریک از این عوامل باشد. به همین علت است که علی رغم کاربردهای بسیار و اعتبار بالای سروکوال انتقادهایی بر آن وارد است. انتقادهای وارده می تواند مرتبط باشد با اینکه ، نتایج و اندازه گیری های کیفیت خدمات به نوع خدمت، موقعیت خدمت ، زمان خدمت و نیاز به خدمت و عوامل دیگر وابسته است . بعلاوه حتی انتظارات مشتریان از خدمات ویژه در برخورد با عوامل در زمان های مختلف در تعداد مواجهات با خدمتی خاص و محیط رقابتی قابل تغییر است.^۱

از سوی دیگر ، با توجه به اینکه هیچ یک از عوامل ادراک شده کیفیت مراقبت های درمانی از دیدگاه بیمار ایرانی در حد مورد انتظار نیست لذا تامین و تقویت هریک از این عوامل توسط بیمارستان های خصوصی ضروری به نظر می آید.

^۱- Seth,D and Vrat ,(2005),” Reliability Management”,International Journal of Quality &Reliability Management , Vol 22 No 9,PP.913-949

منابع و مأخذ:

- ^۱ - هادوی م. م.، (۱۳۷۸)، نقش استاندارد و استانداردسازی در افزایش توان رقابتی، سومین کنفرانس بین المللی مدیریت کیفیت
- 2-Andaleeb,S.S,(1998),"Determinants of Customer Satisfaction with Hospitals : a Managerial Model" , International Journal of Health Care Quality Assurance,Vol. 17 No. 6.
- 3- Camilleri,D. and Callaghan, M.(1998), "Comparing Public and Private Care Service Quality" , International Journal of Health Care Quality Assurance,Vol. 11 No. 4.
- 4- Caruana,Albert , (2002),"Service Loyalty:the Effects of Service Quality and the Mediating Role of Customer Satisfaction",European Journal of Marketing,Vol. .36 No.7.
- 5- Chang, T.Z. and Chen, S.J. (1998), "Market Orientation, Service Quality and Business Profitability : a Conceptual Model and Empirical Evidence" , Journal of Service Marketing , Vol.12 No.4.
- 6- Finn,D.and Lamb,C.(1991)," an Evaluation of the SERVQUAL Scale in a Retailing Setting", Advances in Consumer Research, Vol.18.
- 7- Garvin .D.A., "What Does Product Quality Really Mean?" Sloan Management Review, Vol.76,No.1,Autumn 1984.
- 8- Ghobadian A.Spellers,S .,Jones M.,(1994),"Service Quality Concepts and Models " , International Journal of Quality &Reliability Management , Vol. 11 No. 9.
- 9- Lovelock, C. and Wright,L. Principle of Service Marketing and Management ,Prentice Hall, New Jersey,1999.
- 10-Parasurman,A.Zeithaml,V.and Berry,L.L,(1991),"Understanding Customer Expectations of Service " ,Sloan Management Review , Vol.32 , No.3.
- 11- Peeler , George H., "Selling In the Quality Era", Blackwell Business, USA, 1996
- 12- Reidenbach,R.E. and Sndifer- Smallwood, B.(1990), "Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL Approach " , Journal of Health Care Maketing, Vol. 10 No. 4.

- ۱۳- Rose . R.C ., Uli .J. , Abdul. M. and Looi Ng. K., (2004), "Hospital Service Quality : a Managerial challenge", International Journal of Health care Quality Assurance, Vol.17 No.3.
- ۱۴- Sage,G.C.(1991)," Customers and the Nhs" , International Journal of Health Quality Assurance, Vol. .4 No.3.
- ¹ Schneider , B ., White S . ,Service Quality: Research Perspective 2004
- ۱۵- Seth,D and Vrat ,(2005)," Reliability Management",International Journal of Quality &Reliability Management ,Vol 22 No 9.
- ۱۶- Singh,J.(1990),"Amultifaceted Typology of Patient Satisfaction with a Hospital" Journal of Health Care Marketing, Vol. .10,December.
- ۱۷- Tomes, A.E, and Chee P.N.(1995)," Service Quality in Hospital Care: the Development of In-Patient Questionnaire " , International of Health Care Quality Assurance, Vol. . 8 No.3.
- ۱۸- Zeithaml .V.A., Bitner M.J, Service Marketing , Mc Grow Hill , 2003.
- ۱۹- Zeithaml V.A., Bithner M.J.,(1996) "The Behavioral Consequence of Service Quality " , Journal of Marketing , Vol.60, April.
- 20 -Zeithaml,V.A.,Berry,L.L.andParasuraman,A.(1988)." Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality", Journal of Marketing, Vol.52 No.2.