

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده مهندسی صنایع و مدیریت

پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت صنعتی

**ارایه مدل ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی از نگاه مشتری با
استفاده از ابزار تصمیم گیری چند معیاره فازی ترکیبی
(نمونه موردی : مراکز خدماتی شهرستان شاهرود)**

نگارنده: نورا امیری

استاد راهنما

دکتر علی اکبر حسنی

استاد مشاور

دکتر محمد فتاحی

بهمن ۱۳۹۷



فرم شماره (۳) صورتجلسه نهایی دفاع از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد

با نام و یاد خداوند متعال، ارزیابی جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد آقای/خانم نورامیری
با شماره دانشجویی ۹۵۱۶۵۶۴ رشته: مدیریت صنعتی-تولید و عملیات تحت عنوان ارائه مدل ارزیابی کیفیت
خدمات بیمارستانی از نگاه مشتری با استفاده از ابزار تصمیم گیری چند معیاره فازی ترکیبی در تاریخ ۹۷-۱۱-۱۱
با حضور هیأت محترم داوران در دانشگاه صنعتی شاهرود برگزار گردید به شرح ذیل اعلام می گردد:

☐ مردود ☒ قبول (با درجه: عالی)			
نوع تحقیق: ☐ نظری ☐ عملی			
عضو هیأت داوران	نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی	امضاء
۱- استاندارهتمای اول	دکتر حسنی		
۲- استاندارهتمای دوم			
۳- استاد مشاور	دکتر فتاحی		
۴- نماینده تحصیلات تکمیلی	مجید علمری		
۵- استاد ممتحن اول	دکتر شیخ		
۶- استاد ممتحن دوم	دکتر اشرفی		

نام و نام خانوادگی دانشجو: 
تاریخ و امضاء و مهر دانشگاه: 
تبصره: در صورتی که کسی مردود شود حداکثر یکبار دیگر (در مدت مجاز) می تواند مجدداً از خود دفاع نماید (دفاع مجدد نباید زودتر از ۴ ماه برگزار شود).

تقدیم بہ پدر و مادر عزیز و مہربانم

کہ ہر خطہ وجودم را از چشمہ سار پر از عشق چشمانشان سیراب میکنند...

تشکر و قدردانی

پاس خدای بزرگ را که مرا یاری رساند تا بتوانم این مقطع تحصیلی را به پایان رسانده و گامی در راستای اعتلای علم بردارم.

از استاد راهنمای گرانقدرم جناب آقای دکتر حنی که وجودشان همیشه قوتی برای انجام کارهایم بوده است و بدون شک انجام این

پایان نامه بدون کمک و راهنمایی های ارزنده ایشان امکان پذیر نبوده است، کمال تشکر را دارم. همچنین از جناب آقای دکتر قاضی

که زحمت مشاوره این پایان نامه را بر عهده داشتند سپاسگزارم.

تعمدنامه

اینجانب **نورا امیری** دانشجوی دوره کارشناسی ارشد رشته مدیریت صنعتی دانشکده مهندسی صنایع و مدیریت دانشگاه صنعتی شاهرود نویسنده پایان‌نامه «**ارایه مدل ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی از نگاه مشتری با استفاده از ابزار تصمیم‌گیری چند معیاره فازی ترکیبی (نمونه موردی : مراکز خدماتی شهرستان شاهرود)**» تحت راهنمایی جناب آقای **دکتر حسنی و مشاوره جناب آقای دکتر فتاحی** متعهد می‌شوم:

- تحقیقات در این پایان‌نامه توسط اینجانب انجام شده است و از صحت و اصالت برخوردار است .
- در استفاده از نتایج پژوهش‌های محققان دیگر به مرجع مورد استفاده استناد شده است .
- مطالب مندرج در پایان‌نامه تاکنون توسط خود یا فرد دیگری برای دریافت هیچ نوع مدرک یا امتیازی در هیچ جا ارائه نشده است .
- کلیه حقوق معنوی این اثر متعلق به دانشگاه صنعتی شاهرود می‌باشد و مقالات مستخرج با نام « دانشگاه صنعتی شاهرود » و یا « Shahrood University of Technology » به چاپ خواهد رسید .
- حقوق معنوی تمام افرادی که در به دست آمدن نتایج اصلی پایان‌نامه تأثیرگذار بوده اند در مقالات مستخرج از پایان‌نامه رعایت می‌گردد.
- در کلیه مراحل انجام این پایان‌نامه ، در مواردی که از موجود زنده (یا بافتهای آنها) استفاده شده است ضوابط و اصول اخلاقی رعایت شده است .
- در کلیه مراحل انجام این پایان‌نامه، در مواردی که به حوزه اطلاعات شخصی افراد دسترسی یافته یا استفاده شده است اصل رازداری ، ضوابط و اصول اخلاق انسانی رعایت شده است .

تاریخ

امضای دانشجو

مالکیت نتایج و حق نشر

کلیه حقوق معنوی این اثر و محصولات آن (مقالات مستخرج ، کتاب ، برنامه های رایانه ای ، نرم افزار ها و تجهیزات ساخته شده است) متعلق به دانشگاه صنعتی شاهرود می‌باشد . این مطلب باید به نحو مقتضی در تولیدات علمی مربوطه ذکر شود .

استفاده از اطلاعات و نتایج موجود در پایان‌نامه بدون ذکر مرجع مجاز نمی‌باشد.

چکیده

آگاهی از میزان رضایت بیمار از کیفیت خدمات جهت پیشبرد استراتژی‌های بهبود عملکرد حیاتی است. هدف اصلی ارزیابی کیفیت خدمات در سیستم سلامت و درمان، اندازه‌گیری عملکرد خدمات، تشخیص مشکلات خدمات، ارتقای کارایی خدمات و درنهایت ارائه خدمات مطلوب برای جامعه وسیع مشتریان است. در این پژوهش ابتدا با نظرخواهی از خبرگان و مطالعه ادبیات موضوع، هفت بعد کلیدی جهت ارزیابی کیفیت خدمات درمانی تعیین و با استفاده از روش توسعه‌یافته بهترین-بدترین فازی وزن دهی شده‌اند. در ادامه با استفاده از پرسش نامه محقق ساخته، داده‌های مربوط به نظرات ۳۸۴ نفر از مراجعه‌کنندگان بخش‌های مختلف مراکز درمانی منتخب در مورد کیفیت خدمات بررسی شده است. در نهایت مجموعه مراکز درمانی و بخش‌های بستری و ابعاد کیفیت با استفاده از روش ویکور فازی و آزمون‌های آماری فریدمن و تحلیل واریانس تحلیل و رتبه‌بندی شده‌اند. توسعه مدل ارزیابی رضایت‌مندی جامع توانسته است گستره مطلوبی از معیارهای تأثیرگذار بر رضایت‌مندی مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی را در برگیرد. علاوه بر آن، استفاده از تصمیم‌گیری چندمعیاره ترکیبی توسعه داده‌شده فازی توانسته است عدم قطعیت فرایند ارزیابی معیارهای کیفی مدنظر ارزیابی شوندگان را لحاظ نماید. یافته‌های کلیدی تحقیق حاکی از آن است که اوزان نهایی به ترتیب اولویت عبارتند از ابعاد بیمارمحوری (۰/۱۹۸)، زمان (۰/۱۸۸)، اثربخشی (۰/۱۷۸)، پاسخگوی (۰/۱۲۳)، تضمین (۰/۱۱۲)، مالی (۰/۱۰۸) و ارتباطات سلامت (۰/۰۹). مراکز درمانی با تمرکز برنامه‌های بهبود عملکرد مبتنی بر اولویت‌های حاصل می‌توانند به سطح مطلوب‌تری از کیفیت خدمات و درنهایت رضایت‌مندی مراجعه‌کنندگان (مشتریان) دست یابند. از این رو خواهند توانست به مزیت رقابتی پایدار دست یابند.

کلمات کلیدی: ارزیابی کیفیت، خدمات درمانی، تصمیم‌گیری چندمعیاره، عدم قطعیت، آزمون‌های آماری

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش.....	۱
۱-۱- مقدمه.....	۲
۲-۱- بیان مسئله.....	۴
۱-۲-۱- ارزیابی کیفیت خدمات درمانی به عنوان ارزیابی عملکرد سازمانی.....	۶
۲-۲-۱- توسعه مدل های ارزیابی.....	۶
۳-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق.....	۸
۴-۱- اهداف پژوهش.....	۱۱
۵-۱- روش گردآوری اطلاعات پژوهش.....	۱۲
۶-۱- سوالات پژوهش.....	۱۲
۷-۱- نوآوری پژوهش.....	۱۲
۸-۱- روش کلی اجرا و تحلیل داده های پژوهش.....	۱۳
۹-۱- قلمرو مکانی پژوهش.....	۱۴
۱۰-۱- قلمرو زمانی پژوهش.....	۱۴
۱۱-۱- تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم و متغیرها.....	۱۴
۱-۱۱-۱- ابعاد کیفیت.....	۱۴
۲-۱۱-۱- ارزیابی کیفیت.....	۱۶
۳-۱۱-۱- مراکز درمانی.....	۱۷
۴-۱۱-۱- بیمار.....	۱۷
۵-۱۱-۱- رضایتمندی.....	۱۷
۶-۱۱-۱- کیفیت.....	۱۸

۱۸.....	۷-۱۱-۱ خدمت
۱۹.....	۸-۱۱-۱ کیفیت خدمات
۲۰.....	۹-۱۱-۱ رضایتمندی بیمار از کیفیت خدمات درمانی
۲۰.....	۱۰-۱۱-۱ عوامل تعیین کننده رضایت بیماران
۲۱.....	۱۱-۱۱-۱ کیفیت خدمات بهداشتی درمانی
۲۲.....	۱۲-۱ خلاصه فصل
۲۳.....	فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش
۲۴.....	۱-۲-۱ مقدمه
۲۵.....	۲-۲-۱ مدل‌های عمومی ارزیابی رضایت مندی مشتریان
۲۸.....	۲-۲-۱-۱ معرفی مدل سروکوال
۳۰.....	۲-۲-۲ ابعاد و معیارهای ارزیابی کیفیت خدمات درمانی
۳۴.....	۳-۲-۱ سابقه پژوهش (ارزیابی رضایت مندی از خدمات درمانی)
۴۲.....	۴-۲-۱ خلاصه فصل
۴۳.....	فصل سوم: روش شناسی پژوهش
۴۴.....	۱-۳-۱ مقدمه
۴۵.....	۲-۳-۱ روش‌شناسی تحقیق
۴۵.....	۳-۳-۱ جمع‌آوری داده‌ها
۴۶.....	۱-۳-۳ پرسشنامه
۴۷.....	۲-۳-۳ مقیاس لیکرت
۴۸.....	۴-۳-۱ جامعه آماری، تعیین حجم نمونه و روش نمونه‌گیری
۴۸.....	۱-۴-۳ جامعه آماری
۴۸.....	۲-۴-۳ نمونه آماری

۴۹	۳-۴-۳- روش نمونه گیری.....
۴۹	۳-۴-۴- حجم نمونه.....
۵۰	۳-۵- روایی و پایایی پرسشنامه.....
۵۲	۳-۶- استخراج ابعاد کیفیت خدمات درمانی.....
۵۳	۳-۷- روش بررسی و تجزیه و تحلیل داده ها.....
۵۴	۳-۷-۱- روش بهترین-بدترین فازی.....
۵۴	۳-۷-۱-۱- معرفی روش بهترین-بدترین فازی.....
۵۵	۳-۷-۱-۲- پیاده سازی روش بهترین-بدترین.....
۵۸	۳-۷-۲- روش ویکور فازی.....
۵۸	۳-۷-۲-۱- معرفی روش ویکور فازی.....
۵۹	۳-۷-۲-۲- پیاده سازی روش ویکور فازی.....
۶۲	۳-۷-۳- میانگین هندسی فازی.....
۶۳	۳-۷-۳- آزمون های آماری.....
۶۴	۳-۸- خلاصه فصل.....
۶۷	فصل چهارم: تحلیل داده های پژوهش.....
۶۸	۴-۱- مقدمه.....
۶۸	۴-۲- آمار توصیفی.....
۶۹	۴-۲-۱- متغیر جنسیت.....
۷۰	۴-۲-۲- متغیر سن.....
۷۱	۴-۲-۳- متغیر تحصیلات.....
۷۲	۴-۲-۴- متغیر وضعیت تاهل.....
۷۲	۴-۲-۵- وضعیت اشتغال.....
۷۳	۴-۲-۶- وضعیت سکونت (بومی بودن).....
۷۴	۴-۲-۷- تعداد روز های بستری بیمار.....

۷۵.....	۸-۲-۴- سابقه بستری.....
۷۶.....	۹-۲-۴- وضعیت بیمه.....
۷۷.....	۳-۴- تحلیل ابعاد ارزیابی کیفیت.....
۷۸.....	۴-۴- تحلیل رضایت‌مندی بیماران از بیمارستان.....
۷۹.....	۱-۴-۴- رتبه بندی بخش های بستری مراکز درمانی با استفاده از روش ویکور فازی.....
۷۹.....	۱-۱-۴-۴- رتبه بندی بخش های بستری بیمارستان الف.....
۸۰.....	۲-۱-۴-۴- رتبه بندی بخش های بستری بیمارستان ب.....
۸۱.....	۳-۱-۴-۴- رتبه بندی بخش های بستری بیمارستان ج.....
۸۲.....	۲-۴-۴- رتبه بندی نهایی مراکز درمانی با یکدیگر.....
۸۳.....	۳-۴-۴- رتبه بندی بخش های مشترک مراکز درمانی با یکدیگر.....
۸۵.....	۵-۴- بررسی و تحلیل آزمون فریدمن.....
۸۸.....	۶-۴- بررسی و تحلیل آزمون تحلیل واریانس.....
۹۰.....	۱-۶-۴- بررسی و تحلیل آزمون تحلیل واریانس و فریدمن در بخش های بستری.....
۹۰.....	۷-۴- خلاصه فصل.....
۹۱.....	فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات.....
۹۲.....	۱-۵- مقدمه.....
۹۲.....	۲-۵- نتایج کلیدی پژوهش.....
۹۶.....	۱-۲-۵- تحلیل حساسیت اوزان ابعاد سنجش کیفیت خدمات.....
۹۷.....	۳-۵- پیشنهادات کاربردی.....
۱۰۰.....	۴-۵- پیشنهادات برای تحقیقات آتی.....
۱۰۰.....	۵-۵- محدودیت‌های تحقیق.....
۱۰۱.....	۶-۵- خلاصه فصل.....

۱۰۳.....منابع و مأخذ

۱۱۱.....پیوست ها

فهرست اشکال

- شکل ۱-۱: نمودار گام‌های اجرایی تحقیق..... ۱۳
- شکل ۱-۳: نمودار ابعاد و معیارهای ارزیابی کیفیت خدمات درمانی..... ۵۲
- شکل ۲-۳: نمودار گام‌های روش تحلیل کمی..... ۵۴
- شکل ۱-۴: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر جنسیت..... ۶۹
- شکل ۲-۴: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر سن..... ۷۰
- شکل ۳-۴: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر تحصیلات..... ۷۱
- شکل ۴-۴: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر تاهل..... ۷۲
- شکل ۵-۴: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر اشتغال..... ۷۳
- شکل ۶-۴: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر سکونت..... ۷۴
- شکل ۷-۴: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر تعداد روزهای بستری..... ۷۵
- شکل ۸-۴: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر سابقه بستری..... ۷۶
- شکل ۹-۴: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر وضعیت بیمه..... ۷۷
- شکل ۱۰-۴: نمودار نتایج مربوط به تحلیل داده‌های بیمارستان الف..... ۸۰
- شکل ۱۱-۴: نمودار نتایج مربوط به تحلیل داده‌های بیمارستان ب..... ۸۱
- شکل ۱۲-۴: نمودار نتایج مربوط به تحلیل داده‌های بیمارستان ج..... ۸۲
- شکل ۱۳-۴: نمودار نتایج مربوط به تحلیل داده‌های بیمارستان ها..... ۸۳
- شکل ۱۴-۴: نمودار نتایج مربوط به تحلیل داده‌های بخش‌های مشترک بیمارستان ها..... ۸۵

فهرست جداول

- جدول ۱-۱: معیار های ارزیابی مدنظر در مدل های ارائه شده جهت ارزیابی کیفیت خدمات درمانی..... ۷
- جدول ۱-۲: تعریف متغیرهای پژوهش از نظر منابع متفاوت..... ۴۱
- جدول ۱-۳: ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد پرسشنامه..... ۵۱
- جدول ۲-۳: متغیرهای زبان شناختی روش بهترین-بدترین..... ۵۶
- جدول ۳-۳: طیف فازی معادل مقیاس پنج درجه ای طیف لیکرت..... ۶۳
- جدول ۱-۴: نتایج توصیفی متغیر جنسیت..... ۶۹
- جدول ۲-۴: نتایج توصیفی متغیر سن..... ۷۰
- جدول ۳-۴: نتایج توصیفی متغیر تحصیلات..... ۷۱
- جدول ۴-۴: نتایج توصیفی متغیر تاهل..... ۷۲
- جدول ۵-۴: نتایج توصیفی متغیر اشتغال..... ۷۳
- جدول ۶-۴: نتایج توصیفی متغیر سکونت..... ۷۴
- جدول ۷-۴: نتایج توصیفی متغیر تعداد روزهای بستری..... ۷۴
- جدول ۸-۴: نتایج توصیفی متغیر سابقه بستری..... ۷۵
- جدول ۹-۴: نتایج توصیفی متغیر وضعیت بیمه..... ۷۶
- جدول ۱۰-۴: مقایسات زوجی کارشناسان از ابعاد کیفیت..... ۷۵
- جدول ۱۱-۴: اوزان نهایی ابعاد کیفیت خدمات..... ۷۸
- جدول ۱۲-۴: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان الف..... ۷۹
- جدول ۱۳-۴: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ب..... ۸۱
- جدول ۱۴-۴: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ج..... ۸۲
- جدول ۱۵-۴: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ها..... ۸۳

- جدول ۴-۱۶: نتایج مربوط به تحلیل داده های بخش های مشترک بیمارستان ها..... ۸۴
- جدول ۴-۱۷: وضعیت رتبه بندی متغیرها در بیمارستان الف طبق آزمون فریدمن..... ۸۶
- جدول ۴-۱۸: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان الف در آزمون فریدمن..... ۸۶
- جدول ۴-۱۹: وضعیت رتبه بندی متغیرها در بیمارستان ب طبق آزمون فریدمن..... ۸۷
- جدول ۴-۲۰: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ب در آزمون فریدمن..... ۸۷
- جدول ۴-۲۱: وضعیت رتبه بندی متغیرها در بیمارستان ج طبق آزمون فریدمن..... ۸۸
- جدول ۴-۲۲: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ج در آزمون فریدمن..... ۸۸
- جدول ۴-۲۳: نتایج مربوط به تحلیل واریانس در بیمارستان ها..... ۸۹
- جدول ۴-۲۴: نتایج تحلیل تعقیبی شفه..... ۹۰

فصل اول: کلیات پژوهش

امروزه با تشدید فضای رقابت و فشار مشتریان بر سازمان ها جهت دسترسی مطلوب به دریافت خدمات مدنظر، عواملی همچون توسعه، ایجاد، تحویل و حفظ کیفیت خدمات بهتر از جمله دغدغه های مدیران سازمانی شده است. انتظارات درک شده از کیفیت خدمات دریافتی توسط مشتریان به عنوان عامل مهم در پیش بینی خدمات، استاندارد ایده آل، ویژگی های مهم و ارزیابی مشتریان بر کیفیت خدمات معرفی شده است (تسکین و همکاران^۱، ۲۰۱۵). توجه به کیفیت کالا و حساسیت نسبت به خدمات مطلوب تر در زمره مهمترین نکاتی است که جامعه جهانی در عصر حاضر به آنها اولویت خاصی بخشیده است. کالای نامرغوب و خدمات پایین تر از حد انتظار همواره موجب می شود که مشتریان کالا و بهره گیران از خدمات روز به روز اعتبار و اعتماد کمتری نسبت به عرضه کنندگان آن کالا و ارائه دهندگان این خدمت پیدا کنند. تحولات شگرف دانش مدیریت وجود نظام ارزیابی اثربخش را اجتناب ناپذیر نموده است. به گونه ای که فقدان ارزیابی در ابعاد مختلف سازمان اعم از ارزیابی استفاده از منابع و امکانات، کارکنان، اهداف و استراتژی ها به عنوان یکی از علائم و بیماری های سازمان قلمداد می شود (خانجانی و همکاران، ۲۰۱۶).

این مسئله در حوزه مدیریت سیستم های سلامت و درمان با توجه به جایگاه مقوله بیمار و کیفیت دریافت خدمات، از اهمیت دو چندانی برخوردار است. آگاهی یافتن از میزان رضایت بیمار از کیفیت خدمات دریافتی می تواند برای پیشبرد استراتژی های بهبود کیفیت کمک کننده و حیاتی باشد (باشکر و همکاران، ۲۰۱۴). همانطور که می دانید از جمله خدمات حساس و حیاتی که ما در طی زندگی خود بارها و بارها به آنها نیاز پیدا می کنیم خدمات بهداشتی و درمانی می باشد. ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت مطلوب امری بسیار حساس است زیرا که دو پیامد حاصل از آن عبارت است از کمک به رهایی از درد و رنج و ارتقای سلامت افراد (بویرز و همکاران، ۲۰۰۲). هرچند سیستم بهداشت و درمان از سال ۱۹۹۰ تاکنون در معرض چالش های فراوانی قرار گرفته است، حرکت

¹ Harun Taşkın · Ünal Atakan Kahraman · Cemalettin Kubat

پرشتاب سیستم مدیریت خدمات بهداشتی به سمت شبکه یکپارچه ارائه خدمات باعث شده است تا ارائه دهندگان وجود رقابت در این عرصه را کاملاً حس کنند (برادی و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین ارائه خدمات به بیماران با توجه به نیازها و انتظارات متغیر و متنوع آن‌ها، شانس بقای سازمان را در یک محیط رقابتی ارتقا می‌دهد (آقا ملائی و همکاران، ۲۰۱۴).

براساس طبقه بندی صنایع خدماتی، مرکز درمانی از جمله صنایع خدماتی است که می‌بایست با مردم ارتباط مستقیم داشته باشد، با اغلب افراد ارتباط برقرار کرده و خدمات سفارشی و حرفه‌ای ارائه دهد. بنابراین، خدمات متمایل به تقاضای مشتریان برای ارتقاء رضایت مشتریان ضروری است (شفیعی و همکاران، ۲۰۱۶). طی دهه‌های گذشته، بیمارستان‌ها با بهبود و توسعه مراقبت‌های بیمار توسط توسعه و اجرای استراتژی‌های بهبود کیفیت و فعالیت‌های مبتنی بر دیدگاه بیماران جهت رضایت بیماران از خدمات سیستم بهداشتی و درمانی اقدام کرده‌اند (کلیسترا، ۲۰۱۵). مطالعات متعدد نشان داده است اگرچه ثابت شده است اندازه‌گیری رضایت بیماران یک کار دشوار است اما اگر سازمان‌ها رویکرد‌های استراتژیک بیشتری را اتخاذ کنند و به بیماران تمرکز کنند، بهبود قابل ملاحظه‌ای رخ خواهد داد (لوکسفورد و همکاران، ۲۰۱۱). یافته‌های مطالعات در کشورهای پیشرفته در زمینه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، به طور گسترده‌ای در کشورهای در حال توسعه در ارزیابی کیفیت سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی تاثیر گذار بوده است. نتایج حاصل از این یافته‌ها به عنوان سنجشی از مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت مورد توجه قرار گرفته است. ارزیابی نتایج هر دو به عنوان شاخصی برای اثربخشی مداخلات بهداشتی مختلف و به عنوان بخشی از یک سیستم مانیتورینگ جهت بهبود کیفیت مراقبت و شناسایی زوال آن اهمیت دارد (اپستین، ۱۹۹۰).

ارتباط فرآیندی پویا بین انسان‌ها است که جهت تاثیرگذاری، کسب حمایت متقابل و کسب آنچه جهت تندرستی، رشد و بقا ضروری است استفاده می‌شود. زندگی بدون ارتباط، خاموش، کشنده و مرگبار خواهد بود (پهلوان نژاد و مقصودی، ۱۳۸۴). مشخص شده است که ارتباطات بین فردی، نقش حیاتی در زندگی انسان‌ها به خصوص زندگی شغلی یا حرفه‌ای آن‌ها دارد (یکتا و همکاران، ۱۳۸۱).

در حرفه پزشکی شیوه ای با صرفه و مطمئن برای آگهی از مشکلات بیمار و تشخیص می باشد. مراقبت از بیماران جسمی و روانی نیاز به برقراری ارتباط دارد و با برقراری ارتباط مشکلات بیماران تعیین و به استناد آن برنامه ریزی مراقبتی درمانی تنظیم می گردد (محسنیان، ۱۳۶۹).

توجه به کیفیت مراقبت از دید بیماران جنبه مهمی در توسعه و بهبود خدمات بهداشتی و درمانی به شمار می رود و شاید به همین دلیل است که رضایتمندی بیماران به عنوان یک شاخص اساسی در سنجش کیفیت خدمات مراقبتی به طور متناوب در ارزشیابی و برنامه ریزی این خدمات مورد استفاده قرار می گیرد و به عنوان مهم ترین شاخص کیفیت مراقبت درمانی در نظر گرفته می شود و یک از مهم ترین عامل تعیین کننده در بخش خدمات ارائه در مرکز بهداشتی درمانی و کیفیت خدمات سلامت محسوب می شود. این موضوع به اندازه ای دارای اهمیت است که رضایتمندی بیماران از نحوه ارائه خدمات سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت یکی از پنج شاخص کیفیت ارائه خدمات شناخته شده است (گنزالز و همکاران، ۲۰۰۵). جایگاه این رضایت در عرصه خدمات در یک نگاه سیستماتیک شامل داده ها و ورودی هایی است که این داده ها د خدمات بستری بیماران در بیمارستان بروز میکند (ظفرقندی و رضایی، ۱۳۸۳). میزان رضایت بیمار منعکس کننده قابلیت و توانایی پزشک و کارکنان، میزان رعایت حقوق وی و انجام اقدامات ضروری برای حل مشکلات و نارسایی های موجود می انجامد که در نهایت ارتقای سطح مراقبت را به طور دائم امکان پذیر میسازد. از طرفی در ارزیابی خدمات بهداشتی و درمانی یکی از منابع مورد استفاده میزان رضایت بیماران از خدمات ارائه شده بر طبق حقوق ایشان است (کلروزی و همکاران، ۲۰۱۰).

۱-۲- بیان مسئله

در حال حاضر شاهد توسعه یافتن معیارهای ادراکی در کنار معیارهای سنتی عملکردی در سنجش عملکرد سازمان ها هستیم. به منظور ایجاد یا حفظ مزیت رقابتی، ارائه دهندگان خدمات درمانی برخلاف نگاه سنتی که بر اثربخشی و کارایی نتایج خدمات درمانی از دیدگاه صرف ارائه دهنده تاکید

می‌کنند، در نگاه جدید با تاکید بر یک اصل مبتنی بر بیمار (مشتری و مهم‌ترین ذینفع) که نگرانی‌ها و منافع بیمار را در بر دارد، در نظر گرفتن کیفیت خدمات مراکز درمانی ارتباط معناداری با انتظارات رضایتمندی بیماران دارد (تسکین و همکاران، ۲۰۱۵). رضایت بیماران در مورد مراقبت‌های پزشکی و خدماتی که دریافت می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود. رضایت بیماران یکی از عناصر مهم در اندازه‌گیری کیفیت خدمات مراکز درمانی و پیش‌بینی اهداف رفتاری بیماران پس از دریافت خدمات است. اگر مرکز درمانی کیفیت خدمات خوبی را فراهم کند، بیماران پس از آن رضایت بیشتری خواهند داشت، در مورد مرکز درمانی به بیماران دیگر صحبت می‌کنند و بیشتر مایل به بازگشت به همان مرکز درمانی هستند. این رفتارها در قالب وفاداری بیماران است که بسیاری از مراکز درمانی برای رسیدن به آن تلاش می‌کنند.

ارزیابی کیفیت خدمات مراکز درمانی و مراقبت‌های بهداشتی پیچیده است و نیازمند لحاظ نمودن مجموعه‌ای متنوع از عوامل کمی و کیفی است که خود فرایند اندازه‌گیری را دشوار می‌کند. برخی از این مهم‌ترین معیارهای کمی عبارتند از سیاست‌ها و جنبه‌های مالی، خطاهای پزشکی منجر به هزینه‌های اضافی، زمان‌بندی رسیدگی به بیمار و موارد مشابه دیگر. همچنین، برخی از مهم‌ترین معیارهای کیفی عبارتند از تغییر الگوی بیماری‌ها از حاد به مزمن، تغییر دیدگاه از درمان قطعی به مراقبت، افزایش نارضایتی حاصل از توسعه تکنولوژی و غیر شخصی شدن مراقبت‌های پزشکی، رشد دانش افراد غیر متخصص، تمایل به اعمال کنترل شخصی در مسایل بهداشتی و در همکاری با متخصصین و نیاز به کنترل هزینه‌های مراقبت از خود. در نتیجه ارزیابی کیفیت خدمات مراکز درمانی می‌تواند شامل موارد متعددی نظیر تجهیزات مناسب، درمان به موقع، میزان کافی خدمات و رسیدن به استاندارد‌های قابل قبول اقدامات پزشکی باشد (تسکین و همکاران، ۲۰۱۵).

به عبارت دیگر، کیفیت ارائه خدمات سلامت و درمان در یک مرکز درمانی می‌تواند از جنبه‌های مختلف نظیر خدمات پذیرش، پرستاری، پزشکی، هتلینگ شامل فضای فیزیکی و پذیرایی از بیمار و همراه، خدمه، خدمات وابسته، مسائل محیط زیستی و احتمال بازگشت بیمار مدنظر قرار گیرند.

ارزیابی مناسب کیفیت خدمات مراکز درمانی نیازمند نگاهی جامع بر تمامی معیار های تاثیرگذار بر این فرایند به صورت توانمند با در نظر گرفتن تمامی تفاوت ها و ویژگی های مربوط به هرکدام از آن ها است. اگرچه مدل های ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستان در طی سال های اخیر سال در حال توسعه و تکامل بوده است، همچنان نیاز به توسعه بیشتر این مدل ها احساس می گردد.

۱-۲-۱- ارزیابی کیفیت خدمات درمانی به عنوان ارزیابی عملکرد سازمانی

ارزیابی کیفیت خدمات درمانی به عنوان ارزیابی عملکرد سازمانی به فرآیند سنجش و اندازه گیری کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز درمانی در دوره های مشخص به گونه ای که انتظارات و شاخص های مورد ارزیابی برای مرکز ارزیابی شونده شفاف و از قبل به آن ابلاغ شده باشد، اطلاق می گردد. در حقیقت اگر نتوانیم کیفیت خدمات را اندازه گیری کنیم نمی توانیم آن را کنترل کنیم و مدیریت و بهبود آن امکان پذیر نخواهد بود. به عبارت دیگر هیچ سازمانی بدون سیستم ارزیابی عملکرد قابل تصور نمی باشد. ارزیابی کیفیت خدمات درمانی با ارائه اطلاعات به مدیران مراکز درمانی جهت تصمیم گیری بهتر و شناسایی محدودیت ها و فرصت های موجود برای بهبود خدمات، اندازه گیری نتایج مورد انتظار، سنجش رضایت مشتریان و پیگیری میزان پیشرفت در راستای بهبود خدمات به منظور اینکه سیاست های درمانی درست تدوین شده اند و با موفقیت به اجرا درآمده اند یا خیر؛ نقش به سزایی در موفقیت مراکز درمانی دارد (تولایی، ۱۳۸۵). از این رو جهت دستیابی به عملکرد موفق برای یک مرکز درمانی، اهداف کلیدی باید به منظور حفظ و جذب حداکثر تعداد بیماران (به عنوان مشتریان) از طریق پاسخگویی موثر به نیازهای بالقوه آن ها ایجاد شود.

۱-۲-۲- توسعه مدل های ارزیابی

برای بیماران، کیفیت و کارایی مراکز درمانی در مورد مراقبت های بهداشتی دو نگرانی عمده است. اگر بیماران از کیفیت خدماتی که مراکز درمانی فراهم می کنند راضی نباشند، ممکن است دریافت خدمات از محل های غیر مطمئن انجام شود و یا آن که شاهد انتقال مشتریان به سمت دیگر مراکز

درمانی رقیب باشیم. بنابراین، مراکز درمانی باید کیفیت و کارایی خدمات بهداشتی و درمانی خود را افزایش دهند تا بتوانند بیماران فعلی به عنوان مشتریان بالفعل خود را جذب و حفظ کنند. علاوه بر آن، جامعه مشتریان بالقوه خود را نیز توسعه دهند. بنابراین چگونگی پاسخگویی به نیازهای بیمار و نحوه ارزیابی کیفیت خدمات بیماران، برای مدیران مراکز درمانی از اهمیت بالایی برخوردار است. از سوی دیگر حضور عوامل ارزیابی متنوع در فرایند ارزیابی کیفیت خدمات و دشواری سنجش کیفیت خوداز جمله چالش های مهم در برابر مدیران مراکز درمانی است (تسکین و همکاران، ۲۰۱۵). در جدول زیر، معیارهای ارزیابی مدنظر در مدل های ارائه شده جهت ارزیابی کیفیت خدمات درمانی نمایش داده شده است.

جدول ۱-۱: معیارهای ارزیابی مدنظر در مدل های ارائه شده جهت ارزیابی کیفیت خدمات درمانی

ابعاد منابع	پاسخگویی	بیمارمحوری	امور مالی	زمان	ارتباطات سلامت	تضمین	اثر بخشی
شریفی، و همکاران (۲۰۱۶)	✓	✓			✓	✓	
رزارتا کلاجا و همکاران (۲۰۱۶)	✓				✓	✓	
هسیو یوان هو و همکاران (۲۰۰۹)	✓				✓	✓	
هارون تسکین و همکاران (۲۰۱۵)		✓	✓				
زارعی و همکاران (۱۳۸۹)	✓	✓			✓	✓	
شفیعی و همکاران (۱۳۹۴)	✓				✓	✓	
انصاری و همکاران (۱۳۸۳)	✓	✓		✓	✓		
هرمن آکداگ و همکاران (۲۰۱۲)	✓	✓		✓	✓	✓	
پژوهش حاضر	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

از این رو در این مطالعه، اقدام به توسعه یک مدل ارزیابی عملکرد جامع برای کیفیت خدمات درمانی از منظر مشتری خواهد شد. هدف اصلی در این مطالعه، توسعه یک مدل ارزیابی عملکرد جامع برای کیفیت خدمات درمانی از منظر مشتری و سپس پیاده سازی فرایند ارزیابی با در نظر گرفتن عدم قطعیت است. بدین منظور اقدام به تهیه و معرفی پرسش نامه محقق ساخته شامل معیار های متنوع کمی و کیفی جهت دریافت نظرات بیماران نسبت به میزان رضایت آن ها از خدمات درمانی طی فرایند پیمایش شده است. همچنین در جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهشگر در ابتدا هدف از انجام پژوهش را برای واحدهای مورد پژوهشی توضیح داد و به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد بود و نیازی به نوشتن نام نمی باشد و شرکت در مطالعه بر حسب تمایل شخصی آنها بود. مجموعه ای گسترده و جامع از معیارهای کمی و کیفی در فرایند ارزیابی مدنظر قرار خواهند گرفت. عدم قطعیت در فرایند ارزیابی با استفاده از رویکرد برنامه ریزی فازی لحاظ شده است. سپس با استفاده از یک تکنیک تصمیم گیری چند معیاره ترکیبی مبتنی بر ویکور و بهترین بدترین اقدام به اولویت بندی معیارها و ارزیابی کیفیت خدمات خواهد شد. همچنین با استفاده از آزمون تحلیل واریانس، وجود تفاوت معنادار بین بیمارستان ها و بخش ها از لحاظ رضایتمندی از هر بعد و با استفاده از آزمون فریدمن، تفاوت و رتبه بندی ابعاد از نظر بیماران در هر بیمارستان و بخش بررسی خواهد شد و در نهایت، بیمارستان های تحت بررسی به عنوان نمونه های موردی تحقیق رتبه بندی خواهند شد.

۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق

امروزه کیفیت خدمات به ویژه در مؤسساتی که با حجم بالایی از ارباب رجوع مواجه هستند، نظیر خدمات مالی و مراقبتی، اهمیت فزاینده ای پیدا کرده است. با توجه به رقابتی شدن فضای موجود در سازمان های خدماتی و هم چنین افزایش آگاهی مشتریان از خدمات ارائه شده توسط این سازمان ها،

انتظارات مشتریان افزایش پیدا کرده است. بنابراین به منظور حفظ مشتریان سازمان های خدماتی، باید خدمات با کیفیت عالی به آنها ارائه داد. نقش بیمارستان ها به عنوان یکی از سازمان های بزرگ و پیچیده خدماتی و مهمترین واحدهای ارائه ی خدمات در نظام سلامت، بسیار برجسته است. از آنجا که ریسک خدمات این سازمان بالا است باید خدمات ارائه شده دارای کیفیت قابل قبولی باشد (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۱). و هر موسسه درمانی برای برآوردن خواسته های مختلف بیماران خود، نه تنها باید آخرین مقررات پزشکی را رعایت و اجرا کند، بلکه باید در همان زمان به بهبود استراتژی بازاریابی و نحوه عملکرد آن تمرکز کند. واضح است که تجهیزات پزشکی تنها عاملی نیستند که بیمار را جذب می کنند. برعکس، خدمات بهداشتی عمومی و رضایت کیفیت شاخص های مهمتری هستند. بنابراین، بیمارستان باید به طور مداوم نیازهای بیماران را درک کند و تمام خدمات بهداشتی مورد نیاز برای جذب آنها را فراهم کند. کیفیت خدمات شاخص اصلی تنظیمات مشتری است و به همین دلیل مدیران می خواهند آنها را اندازه گیری کنند. بسیاری از دانشگاهیان، مشاوران و کارشناسان از نیاز به پیوند مدیریت و استراتژی و کنترل و بازنگری صحبت میکنند (آکداگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۴).

همانطور که گفته شد رضایتمندی از بیماران در هنگام سنجش نتایج سلامت و کیفیت خدمات ارائه شده از سوی هر مرکز مراقبت بهداشتی یکی از مهمترین پیش بینی ها است. رضایتمندی بیمار از طریق اندازه گیری عوامل بسیاری که معمولاً توسط بیمار گزارش می شود اندازه گیری می شود و نتایج توسط محققین به منظور برنامه ریزی برنامه های جدید و سیاست هایی که امیدوارم رضایت بیماران از نتایج بهتر را بهبود بخشد، سنجیده شود. این عوامل عبارتند از تمام خدمات ارائه شده توسط کارکنان، پرستاران و پزشکان، و نیز افکار بیماران درباره ظاهر کلی، پاکیزگی، آرامش و زمان انتظار را منعکس می کنند. رضایتمندی را می توان در مراکز کلینیکی (سرپایی)، مراکز بهداشتی اولیه و یا حتی بیمارستان های غیرمترقبه اندازه گیری کرد، همه آنها جهت شناسایی نقاط نقص در

² Herman Akdag .Turgay Kalaycı .Suat Karagöz Haluk .Zülfikar Deniz Giz

سیستم مراقبت های بهداشتی و در نتیجه با هدف بهبود آنها هستند. رضایتمندی بیمار یک عامل مهم است که باید به طور مرتب مورد مطالعه قرار گیرد (جابر و همکاران، ۲۰۰۸). از آنجا که مأموریت اصلی بیمارستان ها تأمین مراقبت با کیفیت برای برآوردن نیازها و انتظارات بیماران است، ارائه خدماتی پایین تر از حد انتظارات همواره موجب می شود که مشتریان و بهره گیران از خدمات، روز به روز اعتماد کمتری نسبت به ارائه دهندگان خدمت پیدا کنند و در نهایت عدم رضایت مشتریان و تبلیغات منفی آنان موجب ضرر و زیان و نابودی سازمان مربوطه می شود. اولین قدم جهت طراحی برنامه های حفظ یا ارتقاء کیفیت مراقبت، بررسی میزان کیفیت میباشد. آنچه که امروزه در خدمات به عنوان کیفیت مطرح می شود ارائه ی خدمتی (محصول) مطابق با میل مشتری است (طیبی و همکاران، ۱۳۸۷).

اگرچه خدمات پزشکی و مراقبتهای بهداشتی باید چندین ویژگی متمایز داشته باشند، ولی کیفیت خدمات در موفقیت این بخش نقش به سزایی دارد. با بهبود کیفیت خدمات، ارائه دهندگان خدمات بهداشت و درمان می توانند عملکرد خود را در پاسخ به ترجیحات مشتریان و راهنمایی کردن بیماران افزایش دهند. رضایتمندی بیماران از سیستم بهداشتی به معنی برآورده شدن نیازهای مختلف آنان و دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده می باشد، (مک، ۲۰۰۴) یعنی اگر بیماری در دوران درمان از نحوه عملکرد کادر درمانی رضایت بیشتری داشته باشند دستورات، توصیه ها، آموزش های پزشکی را جدی تر گرفته و عملکرد بهتری در انتخاب روش درمانی اتخاذ می کند (جکسون، ۲۰۰۱) رضایت کمتر بیان کننده عدم رعایت دستورات پزشکی، برطرف شدن کمتر علائم و نشانه های بیماری و باعث حداقل عدم مشارکت آنان در خدمات می شود. به علاوه ناخوشایندی مردم منجر به احساس عدم کفایت و ناخشنودی کارکنان، کاهش کارایی نظام بهداشتی و رعایت کمتر حقوق بیماران می شود.

امروزه کیفیت خدمت به عنوان معیار مهم عملکرد سازمان های خدماتی شناخته شده است؛ آنها به دنبال خواست مشتریان و دستیابی به کیفیت مستمر هستند (زین الدین، ۲۰۰۶) از طرفی در سازمان های بهداشتی درمانی، جذب و حفظ مشتریان نسبت به گذشته دشوارتر شده است، چرا که افزایش

میزان آگاهی افشار جامعه نسبت به مسایل بهداشتی درمانی و کیفیت مراقبت ها از یک سو و فزونی مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی از سوی دیگر موجب شده است که متقاضیان این گونه خدمات با حیطه و انتخاب گسترده تری خدمات مورد نظر را درخواست کنند و در عرصه رقابت موجود، سازمانی موفق خواهد بود که تلاش بیشتری در جهت جلب رضایت مشتریان خود داشته باشد (شعبان درزاده و همکاران، ۱۳۸۸) و این موضوع به خوبی اهمیت توجه به رضایت بیمار برای خلق ارزش مورد انتظار را نشان می دهد. سازمان های بهداشتی درمانی بایستی به کیفیت به عنوان یک ابزار راهبردی برای ارتقای رضایت بیمار توجه کنند.

پس همانطور که گفته شد ارزیابی خدمات بیمارستان از نگاه مشتریان (بیماران) از اهمیت به سزایی برخوردار است و نحوه ارزیابی آن ها به میزان رضایتشان از خدمات بهداشتی بستگی دارد.

۴-۱- اهداف پژوهش

با وجود مطالعات گوناگون در مورد ارزیابی کیفیت سازمان های مختلف و همینطور ارزیابی کیفیت از منظر مشتریان همواره سازمان ها نیاز به سیستم های ارزیابی به روز و توسعه یافته میباشند. و مراکز درمانی نیز از مهم ترن و حیاتی ترین سازمان های هر جامعه میباشند. بیمارستان ها برای توسعه و رقابت نوعی سیستم ارزیابی عملکرد نیاز دارند تا کارایی و اثربخشی برنامه ها، فرآیندها و نیروی انسانی خود را بسنجند. همانطور که گفته شد هدف اصلی ارزیابی کیفیت خدمات در سیستم سلامت و درمان، اندازه گیری عملکرد خدمات، تشخیص مشکلات خدمات، مدیریت کاراتر ارائه خدمات و درنهایت ارائه خدمات مطلوب برای جامعه وسیع مشتریان است (تسکین و همکاران، ۲۰۱۵). در این تحقیق نیز ارزیابی از نگاه مشتریان انجام می شود و هدف این پژوهش، ارزیابی عملکرد بیمارستان ها از نگاه مشتریان و در نهایت رتبه بندی آن ها با استفاده از روش تصمیم گیری چند معیاره ترکیبی و همچنین آزمون های آماری است.

۱-۵- روش گردآوری اطلاعات پژوهش

مرحله گردآوری اطلاعات بسیار مهم می باشد و انجام درست و منظم آن موجب دقت و سرعت عمل در تحلیل و نتیجه گیری پژوهش می شود. در این پژوهش استخراج ابعاد کیفیت خدمات درمانی با مطالعه ادبیات و پیشینه تحقیق و مطالعات انجام گرفته در کتب و مقالات و شبکه های اینترنتی در این مورد و با نظر خبرگان مرتبط با موضوع انجام شده است. و همچنین گردآوری داده های مورد نیاز برای تحلیل کیفیت خدمات درمانی بیمارستان ها با استفاده از روش میدانی (توزیع پرسشنامه) صورت گرفته است.

۱-۶- سوالات پژوهش

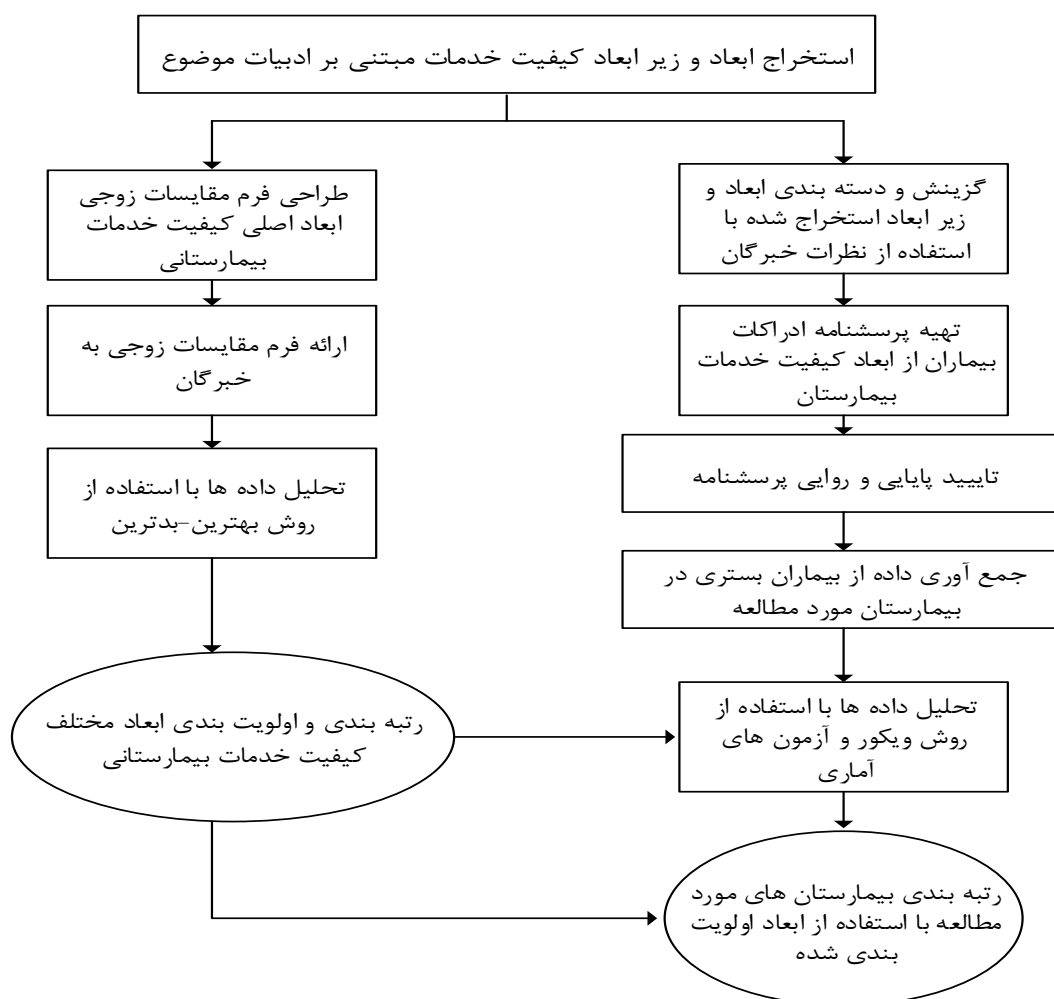
- کدام معیارها در ارزیابی کیفیت خدمات درمانی از منظر مراجعه کنندگان به مراکز مربوطه در نظر گرفته می شوند؟
- چگونه با استفاده از تکنیک تصمیم گیری چندمعیاره بهترین-بدترین می توان نظرات مجموعه خبرگان و عدم قطعیت در فرایند ارزیابی کیفیت خدمات را مدنظر قرار داد؟
- اولویت هر یک از ابعاد کیفیت از منظر مراجعه کنندگان به مراکز درمانی چگونه است؟
- رتبه بندی مراکز درمانی به طور کلی و همچنین از منظر هر یک از ابعاد کیفیت چگونه است؟

۱-۷- نوآوری پژوهش

- توسعه مدل ارزیابی کیفیت جامع از منظر معیارهای ارزیابی از دیدگاه مراجعه کنندگان به مراکز درمانی
- توسعه روش تصمیم گیری چندمعیاره ترکیبی مبتنی بر بهترین-بدترین فازی و ویکور فازی
- پیاده سازی مدل توسعه یافته در نمونه موردی و ارائه پیشنهادات کاربردی

۸-۱- روش کلی اجرا و تحلیل داده های پژوهش

پژوهش حاضر یک تحقیق نظری-کاربردی می باشد. تحقیق کاربردی پژوهشی است که با استفاده از نتایج تحقیقات بنیادی به منظور بهبود و به کمال رساندن رفتارها، روش ها، ابزارها، وسایل، تولیدات، ساختارها و الگوهای مورد استفاده جوامع انسانی انجام می شود. هدف تحقیق کاربردی توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص است. در اینجا نیز سطح گفتمان انتزاعی و کلی اما در یک زمینه خاص است (فیروزی، ۱۳۹۵) و تحقیق نظری نوعی پژوهش بنیادی است، که از روش های استدلال و تحلیل عقلانی استفاده می کند، و بر پایه مطالعات کتابخانه ای انجام می شود. نمای کلی از گام های اجرایی تحقیق توسط شکل (۱-۱) نمایش داده شده است.



شکل ۱-۱: نمودار گام های اجرایی تحقیق

۹-۱- قلمرو مکانی پژوهش

قلمرو مکانی پژوهش شامل بیمارستان های اصلی شهرستان شاهرود می باشد. که محقق با مراجعه به این مراکز درمانی و توزیع پرسشنامه بین بیماران بستری در این مراکز اطلاعات مورد نظر را به دست آورده است. و با استفاده از روش تصمیم گیری چند معیاره ترکیبی به رتبه بندی رضایت آنان نسبت به خدمات دریافتی از بیمارستان ها پرداخته است.

۱۰-۱- قلمرو زمانی پژوهش

داده های این تحقیق در بازه زمانی تیر تا شهریور ۹۶ جمع آوری و استخراج شده است.

۱۱-۱- تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم و متغیرها

در این بخش به تعریف برخی مفاهیم کاربردی در پژوهش میپردازیم.

۱-۱۱-۱- ابعاد کیفیت

در این بخش به تعریف هفت بعد کیفیت خدمات درمانی که با مرور ادبیات موضوع و نظرخواهی از خبرگان استخراج و در پژوهش حاضر جهت ارزیابی رضایت بیماران از کیفیت خدمات مورد استفاده قرار گرفته است می پردازیم.

۱. پاسخگویی^۳

تمایل به کمک به مشتریان و حساس بودن نسبت به حل مسایل و مشکلات آنها. از قبیل:

بررسی و درمان - بهنگام بودن خدمت - سرعت ارائه خدمت - تناسب خدمت - تداوم مراقبت -
فراهمی خدمت - قابل دسترس بودن خدمات

³ responsiveness

۲. بیمار محوری^۴

ارزش قائل شدن سازمان برای مشتری به عنوان یک عنصر تاثیر گذار در موفقیت سازمان؛ به گونه ای که تمایل مراجعه مجدد بیمار به سازمان را افزایش داده و یا وی سازمان را به افراد دیگر پیشنهاد دهد. از قبیل:

تمایل داشتن به استفاده مجدد از خدمات مرکز - وفاداری مشتری - رضایت مشتری - راحتی و آسودگی بیمار

۳. ارتباطات سلامت^۵

توانایی برقراری ارتباط موثر با بیمار. از قبیل:

درک و شناخت مشتری - رفتار و سلوک - احترام به مشتری - همدلی - حمایت عاطفی، توجه، دوستی - اطلاع رسانی - توضیحات پزشک - دخالت دادن بیمار در امر درمان

۴. تضمین^۶

مهارت و شایستگی کارکنان و سازمان در القا اعتماد و اطمینان به مشتری (توانایی سازمان خدمت دهنده در عمل به وعده های خود به طور دقیق و مستمر). از قبیل:

تعهد - ایمنی و ارائه خدمت - مسئولیت پذیری - اعتماد - مهارت، توانایی و دقت کارکنان - حرفه ای بودن

۵. امور مالی^۷

قسمت های حسابداری مالی ، حسابداری ترخیص ، بیمه گری ، صندوق مربوط به امور مالی می باشد که کارکنان این قسمت باید به خدمات مالی بیماران رسیدگی کنند. از قبیل:

⁴ pivotal patient

⁵ health communication

⁶ warranty

⁷ financial

ثبت اطلاعات - پیگیری در جهت رفع اشکال - ضمائم پرونده

۶. زمان^۸

خدمات کارکنان باید بدون فوت وقت و در اولین فرصت ممکن به بیماران ارائه شود. از قبیل:

زمان رسیدگی به بیمار - تخمین زمان بهبودی بیمار

۷. اثربخشی^۹

خدمات درمانی باید اثربخش باشد. به طور ساده می‌توان گفت خدمات باید بیشترین اتکا به شواهد و راهنماهای درمانی داشته باشند تا امکان اثربخشی آن‌ها خدمات افزایش یابد. از قبیل:

تمرکز زیاد پزشکان بر تشخیص صحیح - میزان کم عوارض و خطا در درمان

۱-۱۱-۲- ارزیابی کیفیت

اولین تعریف ارزیابی به نام رالف تایلر ثبت شده وی ارزیابی را وسیله ای جهت تعیین میزان رسیدن برنامه رسیدن به هدفهای آموزشی میداند. در این تعریف هدفهای آموزشی به تغییرات مطلوب اشاره میکنند که انتظار می رود در اثر اجرای برنامه آموزشی در رفتار فراگیران حاصل آید (زمانیان و همکاران، ۱۳۹۵).

ارزیابی کیفیت نیز به سنجش ابعاد کیفیت و ویژگی های کارکنان یک سازمان و تخمین حدود توانایی آنها کمک میکند و در نهایت موجب می شود نقاط ضعف و قوت شناسایی شده و برای برنامه ریزی درجهت بهبود آن ها و یا آموزش های لازم به کارکنان در جهت ارتقای کیفیت خدمات یا محصولات تصمیماتی اتخاذ گردد.

⁸ time

⁹ effectiveness

۱-۱۱-۳- مراکز درمانی

بیمارستان بخش تلفیقی یک سازمان اجتماعی- پزشکی است که کارکرد آن فراهم کردن مراقبت کامل بهداشتی، خواه درمان و خواه خدمات ارتقای و پیشگیری برای جمعیت است (آصف زاده، ۱۳۶۹). واحدی است که حداقل دارای ۱۵ تخت با تجهیزات، تسهیلات و خدمات عمومی پزشکی لازم بوده، نیز حداقل دارای دو بخش داخلی و جراحی، همراه با گروه پزشکان متخصص باشد.

مرکز درمانی مکانی است که با اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با استفاده از امکانات تشخیصی، درمانی، بهداشتی، آموزشی و پژوهشی به منظور تشخیص، درمان و بهبود بیماران سرپایی و بستری به صورت شبانه روزی تاسیس میگردد و به مراکز درمانی عمومی و تک تخصصی تقسیم می شود (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی).

۱-۱۱-۴- بیمار

بیمار کسی است که به علت احساس درونی و فردی ناتوانی، یعنی بیماری، در جستجوی کمک پزشکی بر می آید؛ بیماران بخشی از یک جمعیت هستند که احساس ناخوشی می کنند و در پی مشاوره پزشکی برای بهبود خود می باشند (آصف زاده، ۱۳۷۶).

۱-۱۱-۵- رضایتمندی

مشتریان پس از هر تجربه ی خدماتی، بسته به اینکه تا چه حد انتظاراتشان تامین شده یا از آن فراتر رفته باشد، سطوح مختلفی از رضایت یا نارضایتی را تجربه می کنند. رضایت حالتی احساسی-عاطفی است. بنابراین، واکنش های پس از خرید مشتریان ممکن است عصبانیت، نارضایتی، هیجان، بی طرفی، خشنودی یا سرور باشد (فروزنده، ۱۳۸۸).

رضایت و خشنودی بیمار به ارضای نیازها و تمایلات درونی او از ارائه ی خدمات بیمارستانی در رسیدن به هدف تامین سلامت اطلاق می گرد.

رضایت بیمار یک صفت چند بعدی و متأثر از عوامل زمینه ای مانند (وضعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و مذهبی) افراد است (نیکپور، ۱۳۸۰).

۱-۱۱-۶- کیفیت

کیفیت یعنی توانایی که محصول در برآوردن هدف مورد نظر که با حداقل هزینه ی ممکن تولید شده باشد. کیفیت شاخص و معیاری برای تعالی است. کیفیت هیچ معنا و مفهومی به جز آنچه که مشتری می خواهد ندارد. به عبارت دیگر یک محصول یا خدمت زمانی با کیفیت است که با خواسته ها و نیازهای مشتری انطباق داشته باشد (مادو، ۲۰۰۲).

جوزف جوزان، کیفیت را مناسب بودن برای استفاده و کاربرد و یا مناسب برای مصرف کننده نهایی میداند، و در اینجا مشتری مناسب بودن را تعیین و توصیف میکند (کراسبی، ۱۹۷۹).

موریس و بل کیفیت را تمام ویژگی های یک محصول یا خدمت و همچنین چگونگی تامین آن بیان می کنند که توانایی ارضای نیازها و خواسته های دریافت کنندگان خدمت در قالب قضاوتی خاص و تخصصی را داشته باشد (حاتمی، ۱۳۸۵).

یکی از آخرین تعاریفی که درباره کیفیت مراقب تهای سلامتی ارائه شده و هنوز هم اعتبار خود را حفظ کرده است عبارتست از، سطحی از خدمات ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج بهداشتی درمانی مطلوب را افزایش داده و مطابق دانش، حرفه ای روز باشد (عرب، ۱۳۸۶).

۱-۱۱-۷- خدمت

خدمت، فرآیندی است مشتمل بر یک سری از فعالیت های کم و بیش نامحسوس که به طور طبیعی اما نه لزوماً همیشگی، در تعاملات بین مشتریان و کارکنان و یا منابع فیزیکی یا کالاها و یا سیستم های ارائه کننده ی خدمت، روی داده تا راه حلی برای مسائل مشتریان باشد (سید جوادین، ۱۳۸۴).

۸-۱۱-۱- کیفیت خدمات

ارائه توصیف دقیقی از واژه کیفیت در خصوص خدمات دشوار و مبهم به نظر می‌رسد. با این وجود تعاریفی در این مورد وجود دارد که به برخی از آن‌ها اشاره میکنیم.

کیفیت خدمات سازگاری پایدار با انتظارات مشتری و شناخت انتظارات مشتری از خدمت خاص می‌باشد. درواقع، کیفیت خدمات به عنوان کارکردی از تفاوت بین انتظارات و عملکرد به همراه ابعاد کیفیت است. بنابراین می‌توان پذیرفت که کیفیت خدمات نوعی قضاوت است که مشتریان بر اساس ادراک خود پس از یک فرایند دریافت خدمت انجام می‌دهند. آنان با این قضاوت انتظارات خود را با خدماتی که دریافت آن را ادراک کرده اند مقایسه می‌کنند (اخلاقی و همکاران، ۲۰۱۲).

کیفیت خدمات یک ابزار استراتژیک است که به منظور حصول کارایی سازمان و به مفهوم اختلاف بین ادراک و انتظارات مشتریان از خدمات ارائه شده سازمان تعریف می‌شود (ویلیام و همکاران، ۲۰۱۳). کیفیت خدمات، که قضاوت مشتریان با مقایسه انتظارات عملکرد سازمان است، عبارت است از میزانی فرآیند و نحوه ارائه خدمت یک سازمان خدماتی، بتواند انتظارات مشتریان را برآورده سازد (دهقانی و همکاران، ۱۳۸۱).

پرسورمن و همکارانش کیفیت خدمات را حاصل مقایسه انتظار مشتریان (ایده ال‌ها) از عملکرد و درک آنها از ارائه خدمات در سازمان میدانند. ادراک به ارزشیابی مصرف کنندگان از ارائه خدمات بر میگردد در صورتی که رتبه بندی عملکرد سازمان (ارائه دهنده خدمت) پایین تر از انتظارات باشد نشانه کیفیت ضعیف بوده و برعکس این نشان دهنده کیفیت خوب است (پارسومن و همکاران، ۱۹۸۸).

۱-۱۱-۹- رضایتمندی بیمار از کیفیت خدمات درمانی

برخی رضایت بیمار را یک صفت چند بعدی و متأثر از عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دانسته اند.

لوین رضایت بیمار را تامین استراحت و آسایش بیمار، رسیدگی به نیازهای دفعی، واکنش به درمان، روش ارتباط کارکنان با بیمار، محیط فیزیکی، هزینه های بیمارستان، در دسترس بودن پرستار و دانسته اند (کول و همکاران، ۱۹۹۶).

لی مینویسد که رضایت بیماران یک ساختار پیچیده، چند بعدی حاصل مقایسه تجربه مراقبت های بهداشتی و درمانی یک فرد و استاندارد های است (لی و همکاران، ۲۰۰۸).

۱-۱۱-۱۰- عوامل تعیین کننده رضایت بیماران

عوامل تعیین کننده رضایت بیماران به چگونگی کیفیت و کمیت ارائه خدمات و درک بیمار از وضعیت نسبی بهبودی و ویژگی های دموگرافیک، اقتصادی و اجتماعی مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، آشنایی با حقوق خود به عنوان مشتری و گیرنده خدمات بستگی دارد (حاجیان، ۱۳۸۳).

طبق مطالعات انجام شده در کارولینای آمریکا اکثریت بیماران مورد مطالعه مهم ترین عامل تاثیر گذار منفی بر رضایتمندی بیماران مدت زمان انتظار برای دریافت خدمات و اطلاعات بوده است (براک و همکاران، ۲۰۰۴).

در مطالعه دیگری ارائه اطلاعات اولیه قبل از پذیرش بیماران را عاملی موثر در جهت بالا بردن رضایت بیماران دانسته اند (مکنلی و همکاران، ۲۰۰۷).

پرسورمن ۲۰۰۸ کیفیت خدمات را به عنوان توانایی یک سازمان برای ملاقات و یا تجاوز انتظارات مشتری تعریف کردند. آنها ده عامل موثر بر کیفیت خدمات را که می تواند به هر نوع از خدمات

تعمیم داده شود، را ارائه می دهند از جمله: ملموسات، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، شایستگی، دسترسی، حسن نیت، ارتباطات، اعتبار، امنیت و درک (حیدرزاده و همکاران، ۱۳۸۶).

۱-۱۱-۱۱- کیفیت خدمات بهداشتی درمانی

تعاریف متعددی از کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در ادبیات موضوع ذکر شده است؛ برای مثال طبق تعریف نظام ملی بهداشت انگلیس کیفیت مراقبت بهداشتی عبارت است از تامین خدمات درست به افراد مناسب، در زمان مناسب، با شیوه‌ای مناسب و عملی، در حد توان متوسط افراد جامعه و با استفاده از روش‌های انسانی (اسلیم و همکاران، ۲۰۰۰). گرون روس^{۱۰} (۱۹۸۴) اظهار می‌کند که دو جزء اصلی در کیفیت خدمات وجود دارد که عبارتند از کیفیت فنی و کیفیت عملکردی. وی معتقد بود، این که مشتری پس از ارائه خدمات چه چیزی دریافت می‌کند، بعد فنی کیفیت است و اینکه چگونه آن را دریافت کرده است، بعد عملکردی کیفیت را تشکیل می‌دهد (آودیس، ۱۹۸۸). این تعریف در سال (۱۹۹۲) توسط کرونین و تیلور^{۱۱} بدین صورت تکامل یافت که در یافته‌های تجربی خود روابط بین کیفیت خدمات، رضایت مشتری و تصمیم خریدار را مورد بسط و بررسی قرار می‌دهند که تمرکز آنان بر ارائه این مطلب است که کیفیت خدمات از مقدمات رضایت مشتری است و رضایت مشتری تأثیر قابل ملاحظه‌ای روی تصمیمات خرید و یا وفاداری به خدمات خواهد داشت (زیار و همکاران، ۲۰۱۲).

در تمامی تعاریف فوق محور اصلی، تامین خدمات مناسب و برآوردن انتظارات بیماران به عنوان مشتریان است. در واقع کیفیت خدمات آن چیزی است که مشتری آن را بپذیرد و نیازهایش را به نحو مطلوب برآورده سازد.

¹⁰ Gronroos

¹¹ Cronin and Taylor

۱-۱۲- خلاصه فصل

در این فصل پس از ذکر مقدمه ای کوتاه در مورد بحث ارزیابی کیفیت در سازمان های مختلف و در نظام سلامت به بیان مسئله و ضرورت انجام پژوهش پرداخته شد و بیان شد از آنجایی که مسئله سلامت و درمان امروزه امری بسیار مهم و حیاتی محسوب می شود لذا ارزیابی کیفیت خدمات درمانی که میتواند در بهبود ارائه خدمات تأثیرگذار باشد امری ضروری و حائز اهمیت تلقی می شود. پس از بیان اهداف و نوآوری و سوالات پژوهش و روش انجام آن به قلمرو مورد مطالعه پرداخته شد و در انتها تعاریف نظری و عملیاتی مفاهیم مورد استفاده در این پژوهش ارائه گردید.

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۲-۱- مقدمه

بیمارستان از لحاظ سازمانی بر دیگر اجزای نظام سلامت تسلط دارد؛ به نحوی که مراقبت ارائه شده در بیمارستان در هیچ سطحی قابل مقایسه نیست و هیچ نظام بهداشتی نمی تواند بدون وجود بیمارستان ها به ارائه خدمت پردازد در حقیقت بیمارستان ها نقش حمایت از خدمات مراقبت اولیه را به عهده دارند که بدون ایفای موثر آن، تامین مراقبت با کیفیت و اثر بخش و کارآمد نظام بهداشتی کامل نخواهد بود (محمدی و همکاران، ۱۳۸۷). کیفیت خدمات به سازمان کمک می کند تا خود را از دیگر سازمان ها متمایز سازند و از آن طریق به موقعیتی رقابتی دست یابند. چالش سنجش کیفیت در جهت یافتن راهی برای برقراری توازن بین انتظارات بیماران و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی است و نقطه شروع آن به این باز می گردد که بیماران و ارائه دهندگان به چه چیز بها می دهند (ساروقی، ۱۳۷۴)؛ چرا که هدف اصلی هر بیمارستان ارائه خدمات با کیفیت است به گونه ای که علاوه بر برآورده ساختن نیاز بیماران، رضایت آنها را نیز به همراه داشته باشد.

رضایت از خدمات، شاخص مناسبی برای سنجش کیفیت خدمات و نحوه ی ارائه ی آن، از نظر گیرندگان خدمت است که تطبیق کالا یا خدمت را با نیازها و انتظارات مشتریان امکان پذیر می سازد. رضایت سنجی در مدیریت سلامت علاوه بر تأمین اطلاعات مورد نیاز برای ارتقای سطح خدمات بهداشتی درمانی به دلیل اثر عوامل روانی و ذهنی بر سلامت موجب ارتقای سطح سلامت افراد به طور غیرمستقیم نیز می شود (بویزوکان و همکاران، ۲۰۱۱). رضایت و خشنودی بیمار به ارضای نیازها و تمایلات درونی او از ارائه ی خدمات بیمارستانی در رسیدن به هدف تامین سلامت اطلاق می گردد. ارضای نیاز ها، تمایلات، انتظارات و توقعات بیمار از خدمات ارائه شده پیچیده بوده و به صورت رضایت، تجلی و نمود پیدا می کند. از آنجایی که بیمار مشتری اصلی خدمات و محور بیمارستان می باشد، رضایت او تا حدودی می تواند نشان دهنده ی انجام صحیح ارائه ی خدمات باشد. برای ارزیابی کیفیت ارائه ی خدمات بیمارستانی نشانگرهای مختلفی از جمله: مرگ و میر بیمارستانی، طول مدت بستری، پذیرش مجدد و درصد عودت بیماری وجود دارد (غیور و همکاران، ۱۳۹۰). در واقع کیفیت و

رضایت مشتری نقش عمده ای در موقعیت و بقای سازمان ها در بازار رقابتی امروزی دارد. تعجب آور نیست که تحقیقات زیادی در مورد این دو مفهوم صورت گرفته است.

ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستان از دید بیمار یا متخصصان حرفه ای با هدف کنترل محیط و سوانح و پیش بینی بعضی اقدامات بهداشتی یا نتیجه این اقدامات انجام می شود (نعمتی و همکاران، ۱۳۹۳). بهبود فرایندهای کاری و ارتقای کیفیت بیمارستان، بدون توجه به نظرات، نیازها و انتظارات و جلب رضایت بیماران امکان پذیر نمی باشد. معمولاً بیماران انتظار دارند که به خدمات پرستاری و پزشکی دسترسی آسان داشته باشند و همه امور مربوط به درمان آنها سریع و صحیح انجام گیرد. با افراد آگاه، قابل اعتماد و مؤدب سر و کار داشته باشند و نحوه و محل ارائه خدمات مورد نظر را بدانند (کلاجا و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهشگران یکی از عوامل مؤثر در جذب مشتریان را رضایت قبلی آنان از بیمارستان می دانند. آموزش کارکنان بیمارستان و ایجاد انگیزه در آنان برای مشارکت فعال در جلب رضایت بیماران از اولویت های مدیریت بیمارستانی محسوب می شود (بهشتی نیا و ترک زاده، ۱۳۹۶). در این فصل به مطالعه پیشینه تحقیق و همچنین بررسی و تحلیل ابعاد مختلف موجود در کیفیت خدمات درمانی که از گذشته تا امروز شناسایی شده اند، پراخته خواهد شد.

۲-۲- مدل های عمومی ارزیابی رضایت مندی مشتریان

در دنیای رقابتی امروز، جلب رضایت مشتریان و حفظ مشتری، برای شرکت ها و سازمان ها اهمیت زیادی دارد. به همین دلیل، مدل های مختلفی در دنیا برای سنجش رضایت مشتریان طراحی شده است؛ در این بخش قسمتی از پیشینه پژوهش های انجام شده در جهان در زمینه ارزیابی رضایتمندی مشتریان از کیفیت خدمات در سازمان های مختلف را مرور خواهیم کرد.

نیاکان لاهیجی (۱۳۹۱) در پژوهشی به شناسایی عوامل مؤثر بر رضایت مشتریان بیمه های زندگی پرداخت. ابتدا باتوجه به ادبیات موضوع و اطلاعات مشتریان داخل یک شرکت بیمه مدلی مفهومی متناسب با نیاز این شرکت برای سنجش رضایت مشتریان در رشته های بیمه زندگی طراحی گردید و

سپس پرسش نامه ای برای جمع آوری داده ها تهیه و توزیع شد. جامعه آماری مورد بررسی، ۱۴۰ مشتری به عنوان نمونه از میان همه ی مشتریان بیمه های زندگی این شرکت بیمه بودند. و برای تحلیل داده ها از تحلیل عاملی اکتشافی، آزمون t ، همبستگی و تحلیل تمییز استفاده گردیده است. نتایج اصلی به دست آمده حاکی از آن است که دو عامل پاسخ گویی و تکریم، بر رضایت مشتریان تأثیر دارد..

نورالسنا و همکاران (۱۳۸۶) به اندازه گیری رضایت مشتری برای شناسایی فرصتهای بهبود در خدمات پژوهشی آموزش عالی پرداختند. در این مقاله طراحی یک مدل اندازه گیری جدید برای برآورد استنباط مشتریان از کیفیت خدمات پژوهشی مطابق با ساختار دانشگاه های ایرانی و با استفاده از روش های مختلف آماری که قابلیت اطمینان آن را تضمین کند، بررسی و نشان داده شده است. همچنین، شواهد عینی مبنی بر کفایت و اعتبار مدل مذکور نیز ارائه و در نهایت، مزایا و تبیین ضرورت استفاده از مدل های مفهومی و ابزارهای آماری معتبر برای ارزیابی کیفیت خدمات بررسی شده است. در نتیجه، بر این موضوع تأکید می شود که مدل سروکوال در سازمان های خدماتی به تعیین استراتژی اندازه گیری رضایت مشتری و شناسایی نواحی بحرانی و مهم اثرگذار بر رضایت کمک زیادی کرده است. لذا، کار بر روی توسعه مدل های این چنینی در سازمان های خدماتی که با ویژگی های منحصر به فرد محیط و مشتریان نیز تطابق داشته باشد، توصیه می شود.

کوزه چیان و همکاران (۱۳۸۷) به بررسی و مقایسه ی رضایت مندی مشتریان باشگاه های بدنسازی خصوصی و دولتی شهر تهران بود. جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، مشتریان باشگاه های بدنسازی خصوصی و دولتی مردان شهر تهران بودند که دست کم شش ماه سابقه فعالیت ورزشی داشتند. نمونه آماری ۴۸۱ نفر از مشتریان بودند که به طور تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه به همراه پرسشگر بود. بررسی یافته های پژوهش نشان داد که تفاوت معنی داری در رضایت کلی مشتریان باشگاه های بدنسازی خصوصی و دولتی وجود دارد. همچنین تفاوت معنی داری در رضایت مشتریان از عوامل اجتماعی، تجهیزات، کیفیت رفتار کارکنان، برنامه

های تمرینی و شهریه در باشگاه های خصوصی و دولتی وجود دارد و تفاوت معنی داری در رضایت مشتریان از عامل سلامت در باشگاه های خصوصی و دولتی مشاهده نشد.

میشرا و همکاران^{۱۲} (۲۰۱۰) به ارزیابی کیفیت خدمات در صنعت بانکی هند (مطالعه مقایسه ای بین بخش های دولتی و خصوصی) پرداخته اند. در این مطالعه از ابعاد پنج گانه سروکوال استفاده شده است. تجزیه و تحلیل واکنش ها به وضوح نشان می دهد که تفاوت های ادراکی بین مشتریان در رابطه با کیفیت خدمات کلی بانک های مربوطه وجود دارد با این حال، نتایج تجزیه و تحلیل مولفه اصلی نشان می دهد که هر چند ابعاد پیشنهاد شده در مدل با نتایج نمونه قابل مقایسه است، اما محتویات عوامل متفاوت است. پاسخ دهندگان هر کدام از این بانک ها عمدتاً بر کارکنان (کارکنان بانک ها) برای بهبود رضایت مشتری تمرکز دارند؛ در حالی که بانک ها بر روی عوامل محسوس مانند کامپیوتر سازی، دستگاه های خودپرداز و غیره تمرکز می کنند تا مشتریان را جذب کنند.

آنجلووا و زکیری (۲۰۱۱) به مطالعه ای با عنوان ارزیابی رضایت مشتری با کیفیت خدمات با استفاده از مدل رضایت مشتری آمریکا (مدل ACSI) پرداختند. هدف از این تحقیق، استفاده از مدل ACSI در زمینه کیفیت خدمات در صنعت ارتباطات تلفن همراه است تا نحوه تعریف مشتریان از کیفیت خدمات و اینکه آیا آنها از خدمات ارائه شده توسط T-Mobile، ONE و VIP (سه اپراتور تلفن همراه) رضایت دارند یا خیر، مشخص شود. پرسشنامه ساختار یافته از مدل ACSI تهیه شد و به طور تصادفی برای کاربران سه اپراتور تلفن همراه توزیع شد تا رضایت خود را از ارائه خدمات کیفیت در بازار مخابرات تلفن همراه تخصیص دهند. از تجزیه و تحلیل انجام شده، مشخص شده است که کیفیت کلی خدمات درک شده توسط مشتریان رضایت بخش نیست، انتظارات بالاتر از ادراکات است. مشتریان از خدمات خشنود نبودند.

در ارزیابی کیفیت خدمات و رضایت مشتری در بخش هتل، تاباکو و کری (۲۰۱۶) پژوهشی با هدف ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده توسط هتل ها در ساحل آلبانی و همچنین ارزیابی تأثیر کیفیت

¹² Uma Sankar Mishra, Kalyan Kumar Sahoo, Satyakama Mishra, Sujit Kumar Patra

خدمات بر رضایت مشتریان هتل انجام دادند. برای جمع آوری اطلاعات مهم و ارزیابی متغیرهای مطالعه از یک پرسشنامه ساختار یافته استفاده شده است. از سروپرف^{۱۳} تجدید نظر شده با مقیاس ۵- لیکرت برای جمع آوری ادراک گردشگران بر کیفیت خدمات و رضایت مشتری استفاده شده است در حالیکه تجزیه و تحلیل فاکتوریل برای ارزیابی کیفیت خدمات و تاثیر کیفیت بر رضایت مشتری استفاده می شود. نمونه شامل گردشگرانی است که در هتل اقامت دارند. نتایج تجزیه و تحلیل آماری داده های جمع آوری شده نشان دهنده اهمیت درک گردشگران در مورد کیفیت خدمات و تأثیر قابل توجه کیفیت خدمات درک شده بر رضایت مشتری برای مهمانان هتل می باشد. این روش یک روش برای توسعه کیفیت خدمات و رضایت مشتری را ارائه می دهد. بنابراین، کسب و کارها و موسسات در بخش هتل درک بهتری از عواملی که از نظر مشتری مهم هستند به منظور ایجاد و حفظ کیفیت خدمات بالا و رضایت مشتری در نظر گرفته می شود.

۲-۲-۱- معرفی مدل سروکوال^{۱۴}

مدل سروکوال از مدل هایی است که برای سنجش کیفیت خدمات، ادراک و عقاید مشتریان را در نظر می گیرد و یکی از مهمترین مدل ها برای سنجش کیفیت خدمات است که در سطح جهان استفاده وسیعی دارد. مدل سروکوال یک مدل ذهنی برای سنجش رضایت مشتریان از خدمات یک شرکت است به عبارت دیگر این مدل بر اساس ادراک مشتریان از رضایتشان عمل می کنند. مدل مستقیماً از عقاید مشتریان استفاده کرده و تصویری از رضایتمندی یا عدم رضایت آنها را ارائه می کند. این مدل در اواسط دهه ۱۹۸۰ توسط پاراسورمن و همکارانش برای سنجش کیفیت خدمات توسعه داده شد. مدل سعی دارد کیفیت خدمات را در محیط هایی اندازه گیری کند که کیفیت خدمات به عنوان یک ضرورت رقابتی مهم برای درک مناسب انتظارات، خواسته ها و ارزش های مشتری توسط شرکت احساس می شود. مدل اولیه سروکوال مبتنی بر ده مولفه شامل: اعتبار، پاسخگویی، شایستگی، دسترسی، تواضع،

¹³ SERVPERF

¹⁴ Servqual Model

ارتباطات، اعتماد، امنیت، درک و شناخت مشتریان، شواهد فیزیکی و ملموس بود. پس از مطالعاتی که در دهه ۱۹۹۰ صورت گرفت تعداد مولفه ها به ۵ مؤلفه کاهش داده شد. ضمن اینکه مطالعاتی که با استفاده از مدل سروکوال انجام گرفته است نشان داده است که “قابلیت اطمینان” بیشتر از سایر عوامل بر روی رضایت‌مندی مشتری تاثیرگذار است. شاخص های پنجگانه و سهم هر کدام به شرح زیر است:

۱- ابعاد ملموس و فیزیکی: وجود و نمایش تسهیلات، امکانات فیزیکی، تجهیزات کارکنان و مسیرهای ارتباطی

۲- قابلیت اطمینان: قابلیت انجام خدمت وعده شده به نحوی اطمینان‌بخش و صحیح.

۳- پاسخگوئی: تمایل به کمک به مشتریان و ارائه خدمات فوری.

۴- ضمانت و تضمین: دانش و تواضع کارکنان و قابلیت و توانایی آنها در انتقال اعتماد و اطمینان به مشتری

۵- همدلی: اهمیت دادن و توجه ویژه به تک تک مشتریان

از آن جا که ارزیابی کیفیت خدمات همواره با ابهامات و اشکالاتی رو به رو بوده است، ما در پژوهش حاضر سعی به توسعه ابعاد برای روشن شدن بهتر انتظارات و ادراکات بیماران نموده ایم. به این دلیل در ۷ بعد انتخابی در این پژوهش (که در فصل ۲ نام برده شدند) ابعاد مدل سروکوال را در نظر گرفته ایم. به صورتی که بعد ملموسات را جزئی از بیمار محوری و همدلی را جزئی از ارتباطات سلامت و همچنین قابلیت اطمینان را جزئی از تضمین در نظر گرفته و سوالات مربوط به آن ها را در این دو بعد گنجانده ایم. و علاوه بر ابعاد سروکوال که از مهم ترین ابعاد کیفیت خدمات هستند سه بعد زمان و امور مالی و اثربخشی را برای توسعه مدل و شفافیت موضوع انتخاب نموده ایم.

۲-۲-۲- ابعاد و معیارهای ارزیابی کیفیت خدمات درمانی

از آن جا که موضوع ارزیابی کیفیت در بخش سلامت از اهمیت قابل توجهی برخوردار است تا به حال ابعاد و معیار های مختلفی جهت ارزیابی کیفیت تعیین و تعریف شده اند. در ادامه به معرفی برخی از این ابعاد اشاره خواهیم کرد.

○ تعهد و پاسخگویی

پایبندی و علاقه مندی کارکنان بیمارستان به وظایف و مسئولیت های خود در قبال بیماران و کمک به آنها با میل و علاقه

مانند: سرعت پاسخ به شکایات بیماران، ارائه به موقع و سریع خدمات، در دسترس بودن ۲۴ ساعته خدمات، انجام صحیح و قابل اعتماد وظایف، تمایل به حل مشکلات بیماران، ارائه خدمات بدون نقص و دقت در امر درمان، سازمان یافتگی خوب کارها، میزان برخورداری بیمار از شبکه های حمایت اجتماعی - اقدامات بی درنگ پرستاری حتی در مواقع شلوغی

○ ملموسات

نما و ظاهر تسهیلات فیزیکی وسایل و تجهیزات، کارکنان

مانند: تمیزی و راحتی اتاق بیمار و ایجاد یک محیط صمیمی، فضا و موقعیت فیزیکی مناسب و دسترسی به آن، تجهیزات به روز و در دسترس بودن آنها، ظاهر آراسته پرسنل، سلامت روحی و جسمی پرسنل، پوشش و لباس مناسب و آراسته برای بیماران

○ شایستگی و حرفه ای بودن

داشتن دانش و مهارت فنی، آموزش و تجربه لازم متناسب با شغل

مانند: تجربه و شهرت پزشکان، پرستاران آگاه، با تجربه و با دانش، پزشکان و پرستاران مجرب آموزش دیده و بدون سابقه قصور در درمان، انجام کامل و دقیق درمان ها و آزمایشات

○ دسترسی

در دسترس بودن پزشک و خدمات مورد نیاز برای بیمار

مانند: دسترسی به خدمات پارکینگ برای بیمار، استقرار بیمارستان در محل مناسب از نظر رفت و آمد، طی شدن زمان انتظار مناسب توسط بیمار، وقت شناسی پزشک و پرستار و سایر کارکنان، دسترسی آسان و مناسب بیماران به ارائه کنندگان خدمات و مراکز ارائه مراقبت سلامت، دسترسی شبانه روزی بیماران به خدمات پاراکلینیک و بالینی

○ ارتباطات سلامت

آگاهی دادن به مشتریان به زبانی که برای آنها قابل درک باشد، گوش دادن به آنها

مانند: ارائه اطلاعات در زمینه خدمات و هزینه آن ها، دادن اطلاعات کافی به بیمار و دسترسی وی به این اطلاعات در مورد وضعیت سلامتی خود، در اختیار قرار دادن زمانی برای مشاوره و شنیدن نظرات بیمار و سوالات وی، ارائه رفتار مناسب و مودبانه با بیماران، ارائه توصیه های پزشکی و آموزش به بیماران به طور ساده و قابل درک

○ اعتبار و تضمین

اعتماد، باور و صداقت (ایجاد حس اعتماد و اطمینان در بیماران و همراهان آنها)

مانند: میزان امین و قابل اعتماد بودن پزشکان و پرستاران و سایر کادر درمان - میزان باور و اعتقاد به پزشکان، پرستاران و سایر کادر درمان - میزان صداقت در گفتار و رفتار پزشکان، پرستاران و سایر کادر درمان - اطمینان دادن به بیمار در مورد حل مشکل - القا کردن حس اطمینان و اعتماد به بیمار - ایجاد حس آرامش و یکدلی در بیمار - انجام کارها مطابق تعهدات انجام شده - وجود حس مسئولیت پذیری در کارکنان - رعایت شئون اسلامی و اخلاقی - احساس مسئولیت و وجدان کاری

○ ایمنی و مدیریت بحران

به معنای رهایی از خطر، ریسک یا شک است.

مانند: وجود سیستم هشدار خطر- برنامه و تسهیلات ضد آتش سوزی داشتن امکانات و تسهیلات برای حوادث غیر مترقبه- ایمنی فیزیکی و استحکام ساختمان- وجود برنامه مدیریت بحران-میزان آگاهی و اهمیت دادن کارکنان به مبحث ایمنی- وجود پله ها و خروجی اضطراری در زمان حوادث غیر مترقبه

○ توجه به بیمار و مشتری مداری (بیمارمحوری)

تلاش جهت درک نیاز های مشتری و ارزش قائل شدن برای وی به عنوان یک عنصر تاثیر گذار در موفقیت سازمان؛ به طوریکه تمایل مراجعه مجدد بیمار به سازمان را افزایش داده و یا وی سازمان را به افراد دیگر پیشنهاد می دهد.

مانند: داشتن آگاهی و رعایت الزامات منشور حقوق بیمار، شناخت نیازها و انتظارات مشتری، توجه به نیازهای اجتماعی بیمار و نه فقط تمرکز بر درمان وی، ارائه مناسب خدمات مددکاری به بیماران نیازمند، توجه فردی به بیمار و درک نیازهای خاص وی، میزان محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیمار

○ تجهیزات و امکانات

مانند:

کیفیت اتاق - کیفیت تجهیزات پزشکی - دارا بودن امکانات و تجهیزات آزمایشگاهی، تصویربرداری و تجهیزات تشخیصی - کیفیت غذا و لباس

○ قابلیت حرفه ای

مرکز درمان حرفه ای و بی نقص از همه نظر. مانند:

صلاحیت حرف های پزشک - تنوع پزشکان متخصص مجرب در زمینه های مختلف - خدمات الکترونیکی و بکارگیری فناوری نوین - دارا بودن بخشهای درمانی متنوع

○ تخصص گرایی

مانند:

مهارت - تجربه - ابداع و نوآوری

○ کارایی

خدمات باید به صورت کارآمد ارائه شوند و کمتر یا بیشتر از نیاز ارائه نشوند. هم چنین منابع به درستی مورد استفاده قرار گیرند.

○ عادلانه بودن

خدمات باید فارغ از وضعیت اقتصادی اجتماعی و ویژگی‌های فردی بیمار به وی ارائه شود. طبق تعاریف گفته شده از ابعاد مختلف مشاهده می شود که مطالعات گوناگون ابعاد گوناگونی را برای ارزیابی کیفیت خدمات درمانی استفاده میکنند و همچنین در بین ابعاد نام برده شده برخی جزئی از ابعاد دیگر هستند و میتوان آن ها را زیر مجموعه ابعاد دیگر به حساب آورد. همچنین دسته بندی ابعاد نیز در مطالعات گوناگون متفاوت است. برای مثال نعمتی دوپلانی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه خود ابعاد را به ۳ دسته خدمات بالینی (رعایت حریم بیمار حین معاینه و انجام پروسیجرهای درمانی، رضایت از طرز برخورد کادر درمانی با بیمار، رضایت از توضیحات ارائه شده در مورد بیماری، تشخیص و روش های درمانی، دادن اطلاعات لازم در زمان پذیرش، رضایت از آموزش کادر درمانی در مورد بیماری، رضایت از مهارت و تجربه کادر درمانی در هنگام معاینه، رضایت از ارائه اطلاعات و آگاهی از سوالات و خواسته های بیمار، رضایت از دسترسی به کادر درمانی هنگام نیاز، رضایت کلی از خدمات پرستاری، رضایت کلی از خدمات پزشکی، رضایت از خدمات ترخیص)، امکانات و محیط فیزیکی (تعویض به موقع ملافه، لباس و وسایل فردی، شرایط اتاق بستری (نور، دما و ...))، وضعیت سرویس بهداشتی) و وضعیت تغذیه (حجم و کمیت غذا، کیفیت غذا) تقسیم کرده اند.

همچنین قدرت برقراری ارتباط با بیمار یکی از ضروریات حرفه پرستاری و پزشکی بوده که بر اساس آن مشکلات بیماران تایید و به استناد آن برنامه ریزی مراقبتی درمانی تنظیم میگردد. مدیریت ارتباط با بیمار یک نگرش همراه با تغییر استراتژیک فرایندی سازمانی و تکنیکی است که به واسطه آن یک سازمان درمانی میکوشد کسب و کارش را حول رفتار رضایت بیماران به صورت بهتری مدیریت کند و در برخی از مطالعات نیز فقط از جنبه نحوه برخورد با بیمار رضایت آن ها را ارزیابی میکنند. برای مثال فرزیان پور و همکاران (۱۳۹۳) به مطالعه میزان رضایت بیماران از نحوه ارتباط کارکنان بیمارستان با آنها پرداخته اند. آن ها بعد ارتباط با بیمار را به ۳ دسته میزان رضایت بیماران از ارتباط و نحوه برخورد کارکنان پزشکی (نحوه برخورد و رفتار کادر پزشکی (بجز پزشکان)، فاصله زمانی بین ویزیت های پزشک، نحوه برخورد و رفتار پزشک معالج با بیمار، مهارت و تجربه پزشک، ارائه اطلاعات و آگاهی در مورد بیماری، توصیه های پزشک معالج قبل از ترخیص، گوش کردن به سولات و انجام راهنمایی های لازم، برخورد و رفتار کارکنان پزشکی بطور کلی، دسترسی آسان به پزشک در مواقع نیاز)، میزان رضایت بیماران از ارتباط و نحوه برخورد کارکنان پرستاری (نحوه برخورد و رفتار پرسنل پرستاری، تجربه و مهارت پرسنل پرستاری، کنترل مرتب توسط پرستار، کمک پرستار در انجام امور شخصی، فراهم بودن و نحوه توزیع دارو در مواقع لزوم، آموزش به بیمار، پاسخ سریع به زنگ احضار پرستار، توضیح قبل از انجام اقدامات درمانی، رعایت حریم بیماران، برخورد و رفتار پرستاران بطور کلی) و میزان رضایت بیماران از ارتباط و نحوه برخورد سایر کارکنان بیمارستان (ارتباط و نحوه برخورد پرسنل نگهبانی و پذیرش، ارتباط و نحوه برخورد کارکنان پزشکی، ارتباط و نحوه برخورد کارکنان پرستاری، ارتباط و نحوه برخورد پرسنل پاراکلینیک، ارتباط و نحوه برخورد پرسنل محیط و خدمات بخش، ارتباط و نحوه برخورد پرسنل ترخیص) تقسیم کرده اند.

۲-۳- سابقه پژوهش (ارزیابی رضایت مندی از خدمات درمانی)

به دلیل اهمیت موضوع ارزیابی خدمات درمانی و جایگاه آن در حوزه سیستم سلامت جوامع بشری در این بخش به مرور مبانی نظری و تحقیقاتی که در این زمینه در جهان شده است می پردازیم.

تاریخچه پرداختن به مسئله ارزیابی و کنترل کیفی خدمات در بیمارستان ها و مراکز درمانی به اواسط قرن نوزدهم میلادی باز می گردد که بر اساس تصویب سازمان ملی ارائه خدمات بهداشتی درمانی در آمریکا با تمرکز بر تمامی مراکز بهداشتی درمانی انجام شده است. در این مطالعه جهت برنامه ریزی، ارزیابی، کنترل و تجدیدنظر برنامه ها از نظرات بیماران استفاده شده است و نتایج این ارزیابی ها را در برنامه ریزی مجدد لحاظ شده است (چانگ و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۱).

دکتر انصاری، دکتر عبادی و دکتر ملاصادقی در سال ۱۳۸۲ به ارزیابی میزان رضایت بیماران چهار بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران پرداخته اند. در این مطالعه توصیفی، از مجموع ۱۲۶۰ بیمار بخشهای درمانگاه، فوریتهای پزشکی و بستری پرستگری شده است و برای سنجش رضایت بیماران از پرسشنامه استاندارد شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استفاده شده است. و نتایج نشان داده است که هنوز برخی از خدمات درمانی از سطح مطلوب فاصله دارد؛ به ویژه درباره هزینه پرداختنی، هنگام ترخیص بیشترین نارضایتی وجود دارد و برای دستیابی به یک ارزیابی یکسان مطالعه کشوری و تجزیه و تحلیل نتایج حاصله پیشنهاد میشود.

در مطالعه دیگر انجام شده توسط میرغفوری و زارع (۱۳۸۶) اقدام به تجزیه و تحلیل کیفیت خدمات مراکز درمانی در بخش داخلی مرکز درمانی شهید رهنمون یزد با استفاده از مدل سروکوآل انجام شده است. نتایج مطالعه مذکور نشان می دهد که بیماران بخش داخلی از نحوه پاسخگویی ارایه دهندگان خدمات رضایت دارند ولیکن بین انتظارات و ادراکات آنها از کیفیت خدمات در سایر حوزه ها تفاوت معناداری مشاهده می گردد. مدیران مراکز خدمات درمانی، با استفاده مدل های تحلیل کیفیت خدمات قادر خواهند بود تا شکاف های ایجاد شده بین دو وجه ارایه خدمت یعنی بیماران و پرسنل مراکز درمانی را شناخته و به برنامه ریزی جهت تقویت و اصلاح نابسامانی ها بپردازند.

¹⁵ Chang, S. J., Hsiao, H. C., & Huang, L. H

در فرآیند ارزیابی عملکرد، رسیدگی به این نابسامانی ها مستلزم آن است که بتوان میزان کارایی و عوامل موثر بر آن را محاسبه نمود در این راستا چوودوری و زلینوک^{۱۶} در سال ۲۰۱۶ به ارزیابی عملکرد ارائه خدمات بیمارستان در انتاریو کشور کانادا با استفاده از داده های سال های ۲۰۰۳ الی ۲۰۰۶ با بررسی عوامل تعیین کننده آن پرداخته اند. برای این منظور از رویکرد دو مرحله ای ارائه شده توسط سیمیلارو ویلسون استفاده شده است. در مرحله اول از تجزیه و تحلیل پوششی داده ها^{۱۷} برای برآورد میزان کارایی استفاده شده و سپس از برآورد رگرسیون کوتاه برای آزمون اهمیت متغیرهای توضیحی استفاده شده است. همچنین توزیع کارایی در موقعیت های جغرافیایی، اندازه و موقعیت آموزشی تحلیل شده است. نتایج نشان می دهند که عوامل متعدد سازمانی مانند میزان اشغال، نرخ تولید پرسنل واحد، بستری سرپایی، شاخص مخلوط، مکان های جغرافیایی، اندازه و وضعیت آموزش از جمله عوامل تعیین کننده کارایی هستند.

در فرایند ارزیابی، ماهیت کیفی برخی از ابعاد سنجش کیفیت سبب خواهد شد تا نادیده انگاشتن عدم قطعیت در فرایند ارزیابی منجر به کاهش کارایی ارزیابی و نتایج حاصله شود. از این رو نیز تسکین و همکاران (۲۰۱۵) با توجه به ماهیت غیرقطعی در فرایند ارزیابی معیارهای کیفی سنجش خدمات اقدام به بررسی ارزیابی خدمات مراکز درمانی در کشور ترکیه با استفاده از روش تصمیم گیری فازی نموده اند. ایشان یک چارچوب ارزیابی مطابق مفهوم نظریه مجموعه های فازی و روش تصمیم گیری چندمعیاره ویکور ارائه داده اند. نتایج تجزیه و تحلیل نشان می دهد که کیفیت خدمات مراکز درمانی خصوصی بهتر از مراکز درمانی دولتی است چرا که مراکز درمانی خصوصی به ندرت توسط ادارات دولتی یارانه می گیرند. این مرکز درمانی خصوصی باید خود را حفظ کند تا بیماران موجود را حفظ کند یا بیماران جدید را جذب کند تا بقای پایدار را تحقق بخشند.

در سال ۲۰۱۶ نیز تحقیقی با نام تجزیه و تحلیل کیفیت خدمات بیمارستان های آموزشی دانشگاهی شهر یزد با استفاده از تکنیک های تصمیم گیری چند معیاره توسط خانجانی و همکاران صورت

¹⁶ Chowdhury.H, Zelenyuk.V

¹⁷ DEA

گرفته است که در آن با بررسی ادبیات پژوهش و نظرخواهی از خبرگان ابعاد کیفیت خدمات در بیمارستان تعیین و با روش تحلیل سلسله مراتبی فازی وزن دهی گردید. سپس با استفاده از پرسشنامه، داده‌های مربوط به ادراکات ۳۰۰ بیمار بستری از کیفیت خدمات بخش‌های منتخب بیمارستان‌های مورد مطالعه، جمع‌آوری و رتبه‌بندی بخش‌ها با روش تاپسیس انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد بعد امنیت به عنوان بعد اثر گزار شناخته می‌شود در حالی که نتایج حاصل از نظر بیماران بیان کرد از بین ۲ بعد مورد بررسی، بعد امنیت در هر سه بیمارستان رتبه ششم را به دست آورده است و با اینکه نظر خبرگان به برقراری امنیت در بیمارستان است، اما کمتر برای این موضوع برنامه ریزی می‌شود و گواه آن نتایج حاصل از نظر بیماران است.

در سال ۱۳۹۳ در یکی از بیمارستان‌های آموزشی تهران توسط فاطمه نعمتی دوپلانی و اسمعیل محمدنژاد و امیر طباطبایی وسیده رقیه احسانی کوهی خیلی و اعظم سجادی و عایشه حاجی اسمعیل پور تحقیقی صورت گرفت با نام ارزیابی میزان رضایتمندی بیماران از خدمات درمانی در بیمارستان آموزشی که با استفاده از روش تصادفی بر روی ۲۸۶ نفر از بیمار در حال ترخیص انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات با پرسشنامه محقق ساخته دو قسمتی انجام شد که روایی پرسشنامه با روش صوری و محتوایی و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ کسب گردید. اطلاعات به کمک نرم افزار SPSS با ویرایش ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در نتیجه این پژوهش در مجموع درصد رضایتمندی بیماران از خدمات درمانی کاملاً راضی بوده است. در ابعادی که کمبودها و نارضایتی وجود داشته باید با کارشناسی صحیح نواقص برطرف شود و عدم رضایت بیماران از این خدمات دریافتی می‌تواند بیانگر رعایت نشدن حقوقشان باشد.

در پژوهشی دکتر امیر اشکان نصیری پور و همکاران (۱۳۸۷)، به طراحی الگوی ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها با استفاده از روش ارزیابی متوازن پرداختند. کشورهای مورد مطالعه این پژوهش، استرالیا، آمریکا، کانادا و نیوزلند و ۳۴ بیمارستان دولتی ایران بودند. ارزیابی عملکرد با شش رویکرد رسالت، دورنما، استراتژی، منظر، هدف و سنجه بررسی شد و الگویی طراحی شد. منظرهای الگوی

ارزیابی متوازن شامل: مشتری، فرآیندهای داخلی، رشد و یادگیری کارکنان و مالی می شد و تمام کشورهای مورد مطالعه اهداف و سنجه هایی برای هریک از این منظرهادر بیمارستان داشتند و در ایران نیز با اینکه مانند دیگر کشورها، رسالت، دورنما، استراتژی ها و اهداف تعریف شده بود ولی منطری وجود نداشت. چهار منظر برای تشریح استراتژی های بیمارستان ها و ایجاد مزیت رقابتی تعیین و سنجه های مربوطه تدوین گردید. و نتیجه این پژوهش نشان داد که استفاده از این سنجه ها، فرآیندهای داخلی و بهره وری، رشد و نوآوری، مالی برای ارزیابی عملکرد بیمارستان های دولتی ایران منجر به مقایسه دقیق عملکرد آنها و در نهایت افزایش بهره وری منابع بیمارستانی و رضایت بیماران خواهد شد.

در مطالعه دیگری با عنوان ارزیابی کیفیت خدمات در بخش مراقبت های بهداشتی ، رضاکارا کلاهایی^{۱۸} و همکاران (۲۰۱۵) به ارزیابی کیفیت خدمات در بیمارستان دولتی منطقه ای دورس پرداختند. این مطالعه براساس پرسشنامه ای است که توسط ۲۰۰ بیمار بستری شده بین ماه های ژوئیه و سپتامبر تکمیل شده است. این بررسی بر اساس ابعاد مدل سروکوال تعریف شده است و پردازش داده ها، عوامل اصلی را که بر پایه ترجیحات کلی بیماران تأثیر می گذارند شناسایی می کند که یافته های آن نتایج مثبتی را بدون تفاوت های چشمگیر بین انتظارات و درک واقعی بیماران نسبت به کیفیت خدمات نشان می دهد. نتایج بدست آمده باید به عنوان جنبه های بسیار مهم برای مدیران بیمارستان و همچنین سیاست گذاران در هنگام رسیدگی به تصمیم های موثر بر ارزیابی کیفیت خدمات در نظر گرفته شود.

در مطالعه با عنوان ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستان ، هرمان اکدگ و همکاران (۲۰۱۴) به ارزیابی کیفیت خدمات چهار بیمارستان استانبول که به عنوان بیمارستان های خصوصی طبقه بندی می شوند پرداخته اند و پیشنهاد شده است که اندازه گیری عملکرد خدمات را با استفاده از اعداد فازی

¹⁸Rezarta Kalajaa , Redi Myshketab , Francesco Scalera

مثلی ارائه کنند. در این مطالعه، وزن معیارهای عملکرد با فرآیند تحلیل سلسله مراتبی^{۱۹} یافت می شود. سپس از روش تاپسیس^{۲۰} و روش حداقل-حداکثر Yager برای به دست آوردن و رتبه بندی مقادیر عملکرد استفاده می شود. در مرحله دوم، جمع آوری معیارهای عملکرد با OWA و Compensatory AND و اپراتورها به جای روش تاپسیس و مینیمکس حداکثر می شود. به این ترتیب، چهار روش کاربردی عددی ارائه می شود و نتایج به دست آمده مقایسه می شود. بر طبق این تحقیق، مدیریت بیمارستان نیاز به اقدامات احتیاطی اداری بیشتر بر کیفیت دارد. همچنین باید به پیشنهادات مربوط به خدماتی که در مورد نتایج مدیریت بهبود یافت شده است، توجه شود.

پژوهشی در استان گیلان با عنوان مطالعه تاثیر کیفیت خدمات بر رضامندی بیماران، سلوکدار و همکاران (۱۳۹۵) به تعیین تاثیر عوامل کیفیت خدمات بر رضامندی بیماران در بیمارستان های خصوصی و رتبه بندی بیمارستان ها پرداختند. براساس مدل استاندارد بویزکان و همکاران (۲۰۱۱) با افزودن یک بعد جدید تخصص گرایی به پنج بعد مدل سروکوال، شش بعد: ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، تضمین، همدلی و تخصص گرایی به عنوان ابعاد کیفیت خدمات، معرفی شد. از طریق کوکران، تعداد ۳۶۰ بیمار انتخاب و برای تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی ساده و چندگانه استفاده شد. سپس با استفاده از آزمون تحلیل واریانس^{۲۱} و دانکن^{۲۲}، رتبه بندی این بیمارستان ها انجام شد. طبق یافته ها فقط متغیرهای اعتماد و تضمین بر رضایتمندی بیماران تاثیر معنی داری نداشت و با توجه به آن پیشنهاد می شود که بیمارستان ها در بعد همدلی، با توجه ویژه به بیماران، در بعد ملموسات، با فراهم نمودن تجهیزات و امکانات به روز؛ در بعد پاسخگویی، با پاسخ آنی به بیماران؛ و در بعد تخصص گرایی، با تجهیز نیروی انسانی متخصص و مهارت دیده باعث رضامندی بیماران شوند.

¹⁹ AHP

²⁰ TOPSIS

²¹ ANOVA

²² Duncan

در پژوهش ارزشیابی و رتبه بندی کیفیت خدمات نوشته بهشتی نیا و ترک زاد (۱۳۹۴) به ارزشیابی و رتبه بندی کیفیت خدمات در چهار بیمارستان دولتی شهرستان اصفهان با استفاده از روشهای "تصمیمگیری چندمعیاره" پرداخته شده است. در این مطالعه یک نمونه ۸ نفری از اساتید دانشگاه و یک نمونه تصادفی ۳۸۴ نفری از بیماران و از روش کوکران با خطای ۰/۰۵ محاسبه شد. از "پرسشنامه مقایسات زوجی" و "پرسشنامه ماتریس تصمیم" به ترتیب جهت وزن دهی معیارهای شناسایی شده و تعیین نمره هر بیمارستان در هر معیار استفاده شد. رتبه بندی بیمارستان ها با ترکیب روش تاپسیس با روش های "فرآیند تحلیل سلسله مراتبی" و "منطق دیجیتالی بهبود یافته"^{۲۳} یا صورت گرفته است که به ترتیب روشهای AHP-TOPSIS و MDL-TOPSIS نام گذاری شده اند. تحلیل داده ها با کمک نرم افزار Expert Choice انجام شد. ، نتایج روشهای AHP-TOPSIS و MDL-TOPSIS به ترتیب با مقادیر شاخص نزدیکی ۰/۸۹۳ و ۰/۸۷۳ نشان داد، که بیمارستان الزهرا (س) بهترین کیفیت خدمات را ارائه میدهد. و نتیجه گیری نشان میدهد بیمارستان الزهرا (س) عملکرد قابل قبولی نسبت به بیمارستان های دیگر دارا میباشد.

جدول (۱-۲) خلاصه تعاریف گوناگون از متغیرهای پژوهش را نشان میدهد.

²³ MDL

جدول ۲-۱: تعریف متغیرهای پژوهش از نظر منابع متفاوت

متغیر (ابعاد)	تعریف (زیرمعیار)	منبع
اثر بخشی	خدمات باید بیشترین اتکا به شواهد و راهنما های درمانی داشته باشند/ کاهش میزان عوارض و خطا	انجمن پزشکی آمریکا
پاسخگویی	تمایل به کمک به مشتریان و ارائه خدمات فوری	مدل سروکوال
	تمایل به کمک به مشتریان و حساس بودن نسبت به حل مسایل و مشکلات آنها / قابل دسترس بودن خدمات بررسی و درمان/ بهنگام بودن خدمت سرعت ارائه خدمت/ تناسب خدمت تداوم مراقبت/ فراهمی خدمت	خانجانهانی و همکاران (۲۰۱۶)
	به موقع بودن / کامل بودن تمایل به کمک	سلوکار و همکاران (۱۳۹۵)
بیمار محوری	ترجیحات، ارزش ها و اولویت های بیماران باید مدنظر ارائه کنندگان خدمات باشد و به ان ها احترام گذاشته شود	انجمن پزشکی آمریکا
	داشتن آگاهی و رعایت الزامات منشور حقوق بیمار/ شناخت نیازها و انتظارات مشتری / توجه به نیازهای اجتماعی بیمار و نه فقط تمرکز بر درمان وی / ارائه مناسب خدمات مددکاری به بیماران نیازمند	شفیعی و همکاران (۱۳۹۵)
	تمایل داشتن به استفاده مجدد از خدمات مرکز / وفاداری مشتری / رضایت مشتری / راحتی و آسودگی بیمار	خانجانهانی و همکاران (۲۰۱۶)
زمان	خدمات باید بدون فوت وقت و در اولین فرصت ممکن به بیماران ارائه شود	انجمن پزشکی آمریکا
امور مالی	رسیدگی به امور بیمه گری و ارسال مدارک / راهنمایی بیماران و همراهان و آشنا کردن آن ها با امور اداری، مالی	خسرو گرزین (۱۳۹۱)
ارتباطات سلامت	درک و شناخت مشتری / رفتار و سلوک / احترام به مشتری / همدلی	خانجانهانی و همکاران (۲۰۱۶)
	نزدیکی و همدلی با مشتری و توجه ویژه و فردی به وی و تلاش در جهت درک	مدل سروکوال
	ارائه رفتار مناسب و مودبانه با بیماران / ارائه توصیه های پزشکی و آموزش به بیماران به طور ساده و قابل درک / ارائه اطلاعات در زمینه خدمات و هزینه آن ها	شفیعی و همکاران (۱۳۹۵)
تضمین	میزان امین و قابل اعتماد بودن پزشکان و پرستاران و سایر کادر درمان / میزان باور و اعتقاد به پزشکان، پرستاران و سایر کادر درمان / میزان صداقت در گفتار و رفتار پزشکان / پرستاران و سایر کادر درمان	شفیعی و همکاران (۱۳۹۵)
	دانش و مهارت و شایستگی کارکنان و سازمان در القای حسن اعتماد و اطمینان به مشتری	مدل سروکوال
	تعهد / ایمنی و ارائه خدمت / مسئولیت پذیری / اعتماد / مهارت، توانایی و دقت کارکنان	خانجانهانی و همکاران (۲۰۱۶)

۲-۴- خلاصه

در این فصل پس از ذکر مقدمه ای کوتاه نمونه مدل های عمومی ارزیابی کیفیت معرفی شد. در ادامه ابعاد و معیار های کلی ارزیابی کیفیت که تا به حال معرفی شده اند، تعریف شدند و در پایان به سابقه پژوهش (تحقیقات انجام شده در زمینه ارزیابی کیفیت خدمات درمانی) اشاره شده است.

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

۳-۱- مقدمه

از آنجا که صنعت خدمات شامل خصوصياتی مانند لمس ناپذیری، عدم تجزیه پذیری و عدم همسانی می باشد؛ اندازه گیری کیفیت خدمات برای مردم امری سخت تر می شود. همچنین بدلیل اینکه ارزیابی، نتیجه دیدگاه شخص ارزیابی کننده نسبت به متغیرهای زبانی است، این نتیجه گیری در یک چارچوب نامطمئن به دست می آید. در نتیجه یک مسأله اساسی پیش رو قرار می گیرد: کیفیت خدمات که تا این حد مهم می باشد چگونه باید ارزیابی و اندازه گیری شود (گلدستین و همکاران، ۲۰۰۲). در رابطه با سنجش کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی ارائه شده در سازمان های مختلف بهداشت و درمان، پژوهش های متعددی در ایران و جهان صورت گرفته است که بیانگر اهمیت غیر قابل انکار کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و تاثیر آن بر روی رضایتمندی بیماران می باشد (رجبی، ۱۳۸۸).

همانطور که در فصل دوم مشاهده شد در ادبیات موضوع، مطالعات متعددی پیرامون توسعه مدل های ارزیابی عملکرد بیمارستان ها انجام شده است. از جمله روش های متداول برای اندازه گیری کیفیت خدمات بیمارستانی عبارت است از درخواست از بیماران جهت ارزیابی کیفیت ارتباط آن ها با کادر درمان نظیر پزشکان، پرستاران، مشاوران و کارکنان اداری. برای این منظور، تکنیک های بسیاری جهت اندازه گیری کیفیت خدمات از جمله روش های آماری، تعیین شاخص، اندازه گیری بازده خدمات و غیره وجود دارد، اما هر یک از این روش ها با ابهاماتی نظیر داده های ناتمام، ناقص و عدم اطمینان در ارزیابی مواجه می باشند. به منظور غلبه بر این چالش ها، از مدل های تصمیم گیری چند معیاره تحت عدم قطعیت در ارزیابی عملکرد استفاده می شود. مدل های تصمیم گیری چند معیاره توسعه یافته تحت عدم قطعیت مانند رویکرد برنامه ریزی فازی ما را در رفع ابهامات موجود در مفاهیم که ناشی از قضاوت انسانی است؛ یاری می کنند. امروزه از این مدل ها در بسیاری از دیگر شاخه های علم مدیریت با تمرکز بر فرایند تولید و ارائه محصول نیز استفاده می شود. اما این رویکرد های ارزیابی در

اندازه‌گیری کیفیت خدمات به ویژه خدمات بیمارستانی کمتر مورد کاربرد قرار گرفته است (شفیعی و همکاران، ۲۰۱۶).

۳-۲- روش‌شناسی تحقیق

روش تحقیق وسیله یا طریقه تعیین این امر است که چگونه یک گزاره تحقیق مورد تأیید قرار می‌گیرد یا رد می‌شود. به عبارت دیگر، روش تحقیق چارچوب عملیات یا اقدامات جستجوگرانه برای تحقق هدف پژوهش، جهت آزمون فرضیه یا پاسخ دادن به سؤالات تحقیق را فراهم می‌آورد (سرمد و دیگران ۱۳۸۲: ۲۲). انتخاب روش، یک کار کلیدی در فرایند تحقیق به حساب می‌آید. بنابراین، لازم است با کاربردهای هر یک از روشها و نقاط ضعف و قوت آنها برای موضوعات متفاوت تحقیق آشنا شده و مهارت‌های خود را در مورد روش‌ها و تکنیک‌های مختلف تحقیق توسعه دهید. روش تحقیق با ماهیت و هدف موضوع ارتباط کامل دارد. پژوهش حاضر یک مطالعه نظری- کاربردی است که به صورت مقطعی در سال ۹۷ در شهرستان شاهرود صورت گرفت. هدف این پژوهش ارزیابی و رتبه‌بندی سه بیمارستان دولتی و خصوصی و همچنین بخشهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی است. بدلیل حفظ حقوق معنوی مورد مطالعه، مراکز درمانی با عناوین الف، ب و ج نام‌گذاری شده‌اند.

۳-۳- جمع‌آوری داده‌ها

جمع‌آوری اطلاعات در یک پژوهش علمی از حساسیت زیادی برخوردار است و برای آن که نتایج به دست آمده قابل اعتماد و نتیجه‌گیری باشد باید کلیه اطلاعات به طور مرتب و سیستماتیک جمع‌آوری شوند روش‌های گردآوری اطلاعات پژوهش به دو دسته کتابخانه‌ای و میدانی تقسیم می‌شود. روش کتابخانه‌ای: در این نوع مطالعه، حوزه کار پژوهشگر منابع کتابخانه، اسناد و مدارک (منابع چاپ شده) و نیز وبلاگ‌ها و بانک‌های اطلاعاتی است. در این مرحله، پژوهشگر هنوز با محیط بیرونی پژوهش، ارتباطی ندارد.

روش میدانی: در شیوه جمع آوری اطلاعات به صورت میدانی، علاوه بر مطالعه کتابخانه ای، توجه پژوهشگر به کاوش در نمونه های عینی و حضور در صحنه عملی پژوهش و با تفحص در محدوده خاص (نمونه پژوهش) اطلاعات جمع آوری می کند.

در واقع در خصوص گردآوری اطلاعات مربوط به ادبیات موضوع و پیشینه پژوهش از روش های کتابخانه ای و جهت جمع آوری اطلاعات برای تایید یا رد فرضیه های پژوهش از روش میدانی استفاده می شود. در این پژوهش به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شده است که از جمله روش های، روش میدانی میباشد و محقق با مراجعه به مراکز درمانی منتخب و توزیع پرسشنامه بین بیماران بستری در بخش های مختلف آن ها اقدام به گردآوری داده های مورد نیاز پژوهش کرده است (حافظ نیا، ۱۳۸۹).

۳-۳-۱- پرسشنامه

پرسشنامه شامل دسته ای از پرسش هاست که برطبق اصول خاصی تدوین گردیده است و به صورت کتبی به افراد ارائه می شود و پاسخگو بر اساس تشخیص خود جواب ها را در آن می نویسد. هدف از ارائه پرسشنامه کسب اطلاعات معین در مورد موضوعی مشخص است. بزرگ بودن گروه یا جامعه مورد مطالعه یکی از دلایل مهم برای استفاده از پرسشنامه است چه امکان مطالعه نمونه های بزرگ را فراهم می آورد. کیفیت تنظیم پرسشنامه در بدست آمدن اطلاعات صحیح و درست و قابل تعمیم بسیار با اهمیت است. بر اساس نحوه اجرای پرسشنامه و نیز نوع سوالات پرسشنامه می توان آن را به دسته های متفاوت تقسیم نمود. طبقه بندی بر اساس ماهیت پرسشنامه : پرسشنامه باز، پرسشنامه بسته و طبقه بندی بر اساس نحوه اجرا: پرسش نامه همراه با مصاحبه، پرسش نامه پستی، پرسش نامه الکترونیک، پرسش نامه خود ایفا (خاکی، ۱۳۹۱)

در این پژوهش اقدام به معرفی پرسش نامه محقق ساخته شامل معیارهای متنوع کمی و کیفی جهت دریافت نظرات بیماران نسبت به میزان رضایت آن ها از خدمات درمانی طی فرایند پیمایش شده است.

مقیاس حداقل ۱۰۰ نفر است. در این پژوهش شیوه امتیاز دهی به سوالات بدین صورت است که گزینه بسیار مخالف کمترین امتیاز و گزینه بسیار موافق بیشترین امتیاز را خواهد داشت.

۳-۴- جامعه آماری، تعیین حجم نمونه و روش نمونه گیری

۳-۴-۱- جامعه آماری

جامعه (آماري)، عبارت است از مجموعه کامل اندازه‌های ممکن یا اطلاعات ثبت شده از یک صفت کیفی، در مورد گرد آورده کامل واحدها، که می‌خواهیم استنباط‌هایی راجع به آن انجام دهیم. در هر بررسی آماری، مجموعه عناصر مورد نظر را جامعه می‌نامند. یعنی جامعه، مجموعه تمام مشاهدات ممکن است که می‌توانند با تکرار یک آزمایش حاصل شوند (سرمد و همکاران، ۱۳۸۲). به عبارت دیگر، جامعه آماری به مجموعه افراد، اشیاء و یا به طور کلی پدیده‌های اطلاق می‌شود که محقق می‌تواند نتیجه مطالعه خود را به کلیه آنها تعمیم دهد. جامعه آماری تحقیق با یک یا چند صفت مشترک شناسایی می‌شود. با توجه به تعاریف ذکر شده، جامعه آماری این پژوهش بیماران بستری در بخش‌های ۳ بیمارستان دولتی و خصوصی شهرستان شاهرود می‌باشد (آذر و مومنی، ۱۳۸۰).

۳-۴-۲- نمونه آماری

نمونه زیر مجموعه‌ای است از جامعه، که اعضای آن را بخشی از افراد جامعه‌ی اصلی تشکیل می‌دهند. یا در مفهوم وسیع، نمونه عبارت است از "مجموعه‌ای از نشانه‌ها که از یک قسمت یا یک گروه از جامعه‌ی بزرگ‌تر انتخاب شده است، به طوری که صفات اعضای این مجموعه، معرف کیفیات و ویژگی‌های جامعه‌ی بزرگ‌تر باشد". نمونه، اطلاعاتی را ارائه می‌کند که بر اساس آن می‌توان در مورد خصوصیات جامعه قضاوت کرد؛ به عبارت دیگر، از طریق مطالعه‌ی نمونه و پیدا کردن خصوصیات و

روابط پدیده‌ها و تعمیم آن، می‌توان خصوصیات و روابط پدیده‌ها را در جامعه پیدا نمود (سرمد و همکاران، ۱۳۸۲).

۳-۴-۳- روش نمونه‌گیری

در بیشتر موارد به سبب حجم گسترده جامعه آماری، مراجعه به کلیه آحاد جامعه و مطالعه تک تک آنها امکان‌پذیر نیست. در این صورت محقق ناگزیر است که بخشی از جامعه آماری را مورد مطالعه قرار داده و نتیجه بررسی را به تمامی جامعه آماری تعمیم دهد. مراجعه به بخشی از جامعه آماری جهت شناسایی همه آن را روش نمونه‌گیری می‌نامند. به عبارت دیگر نمونه‌گیری انتخاب تعدادی از افراد حوادث و اشیاء از یک جامعه تعریف شده به عنوان نماینده آن جامعه است (سکاران ۱۳۸۵).

در این تحقیق از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شده است. این روش وقتی به کار می‌رود که فهرست کامل افراد جامعه در دسترس نباشد. به این منظور افراد را در دسته‌هایی خوشه‌بندی می‌کنند سپس از میان خوشه‌ها نمونه‌گیری به عمل می‌آورند و به طور کلی زمانی به کار می‌رود که انتخاب گروهی از افراد امکان‌پذیر و آسانتر از انتخاب افراد در یک جامعه تعریف شده باشد. نمونه‌گیری خوشه‌ای ما را از ساختن چارچوب برای تمامی جامعه بی‌نیاز می‌کند، علاوه بر این چون واحدهای یک خوشه مجاور هم هستند و دسترسی به آنها آسان است لذا فرایند نمونه‌گیری به طور قابل ملاحظه‌ای مقرون به صرفه خواهد بود.

۳-۴-۴- حجم نمونه

نمونه بخشی از جامعه تحت بررسی است که با روشی که از پیش تعیین شده است انتخاب می‌شود. به قسمی که می‌توان از این بخش، استنباط‌هایی درباره کل جامعه بدست آورد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران^{۲۵} در سطح اطمینان ۰/۹۵ و مقدار خطای پنج صدم استفاده شده است. و اندازه نمونه برابر با ۳۸۴ نفر محاسبه شده است و از نمونه‌گیری خوشه‌ای یکسان استفاده شده است

²⁵ Cochran

بطوریکه در هر بیمارستان تعداد ۱۲۸ نفر نمونه انتخاب شده اند. که جهت جمع‌آوری اطلاعات با رعایت کفایت اندازه نمونه، پرسشنامه به میزان ۲۵ درصد بیش از اندازه نمونه مدنظر در بیمارستان های مورد مطالعه انتشار یافته است.

۳-۵- روایی و پایایی پرسشنامه

مفهوم روایی^{۲۶} پاسخ دهنده این است که ابزار اندازه گیری تا چه حد خصیصه مورد نظر را می سنجد. موضوع روایی از آن جهت اهمیت دارد که اندازه گیری های نامتناسب می تواند هر پژوهش علمی را بی ارزش سازد.

مفهوم پایایی^{۲۷} قابلیت تکرار روش یا ابزار اندازه گیری است. میزان سازگاری نتایج حاصل از اجرای مجدد آزمون با ابزار اندازه گیری را پایایی گویند. اگر روشی از پایایی برخوردار نباشد، داده های گردآوری شده روایی (اعتبار) نیز نخواهند داشت (خاکی، ۱۳۹۰).

روایی پرسشنامه توسط متخصصین و خبرگان تایید شده است. خبرگان تحقیق از متخصصان دانشگاهی و اجرایی شامل اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مدیران ارزشیابی معاونت درمانی دانشگاه، مدیران ارزشیابی مراکز درمانی، سرپرست بخش های بیمارستانی، مدیران بیمارستان و دیگر متخصصان دانشگاهی در رشته مدیریت و به تعداد ۲۰ نفر انتخاب شده‌اند.

همچنین جهت تایید پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ^{۲۸} استفاده شده است. این روش برای محاسبه هماهنگی درونی ابزار اندازه گیری از جمله پرسشنامه ها یا آزمون هایی که خصیصه های مختلف را اندازه گیری می کند بکار می رود. در این گونه ابزارها، پاسخ هر سوال می تواند مقادیر عددی مختلف را اختیار کند. معمولاً دامنه ضریب قابلیت از صفر (عدم ارتباط) تا ۱+ (ارتباط کامل) است. ضریب قابلیت اعتماد نشانگر آن است که تا چه اندازه ابزار اندازه گیری ویژگی های با ثبات آزمودنی و یا ویژگی های متغیر و موقتی وی را می سنجد. برای محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ابتدا

²⁶ Validity

²⁷ Reliability

²⁸ Cronbach's alpha

باید واریانس نمره های هر زیر مجموعه سوال های پرسشنامه (یا زیر آزمون) و واریانس کل را محاسبه کرد. سپس با استفاده از فرمول زیر مقدار ضریب آلفا را محاسبه کرد.

$$\alpha = \frac{\sum}{1} \quad (3-1)$$

که در آن:

نماد k تعداد سوالات یا گویه های پرسشنامه یا آزمون،

نماد S2 واریانس زیر آزمون k ام و

سیگمای S2 واریانس کل آزمون است.

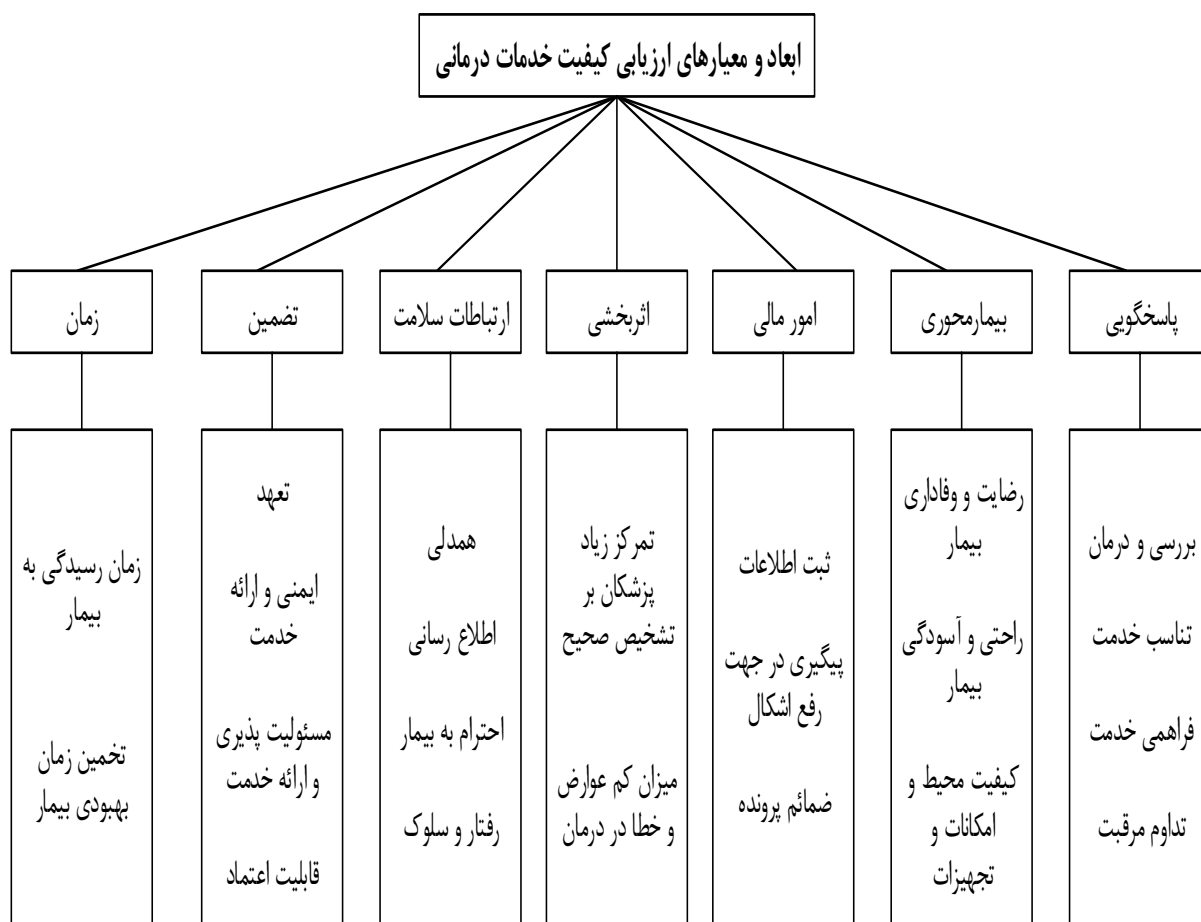
در این پژوهش از نرم افزار SPSS جهت اندازه گیری آلفای کرونباخ استفاده شده است. نتایج حاصل از پایایی متغیرهای پژوهش به طور مجزا در جدول * آورده شده است. از آنجا که این مقادیر بزرگتر از ۰/۷ است بنابراین تمامی ابزار اندازه گیری استفاده شده در این پژوهش از قابلیت اعتماد و پایایی قابل قبولی برخوردار است.

جدول ۳-۱: ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد پرسشنامه

ابعاد پرسشنامه	آلفای کرونباخ
پاسخگویی	۰/۸۷۶
بیمار محوری	۰/۸۴۹
امور مالی	۰/۸۰۲
زمان	۰/۷۵۷
ارتباطات سلامت	۰/۸۹۵
تضمین	۰/۷۸۷
اثربخشی	۰/۸۷۸

۳-۶- استخراج ابعاد کیفیت خدمات درمانی

در فصل دوم به مفهوم کیفیت خدماتی و تعریف ابعاد کیفیت خدمات درمانی که با مطالعه ادبیات و پیشینه تحقیق و همچنین با نظرخواهی از خبرگان استخراج و تایید شد، اشاره شده است. در شکل زیر نگاهی دوباره به ابعاد کیفیت خدمات خواهیم انداخت. تلاش شده است تا نگاه جامع در توسعه ابعاد و معیارهای ارزیابی با توجه به الزامات نمونه‌های موردی مدنظر قرار گیرند. مدل حاصل به تایید خبرگان دانشگاهی و مدیران مربوطه در مراکز درمانی مورد مطالعه رسیده است.

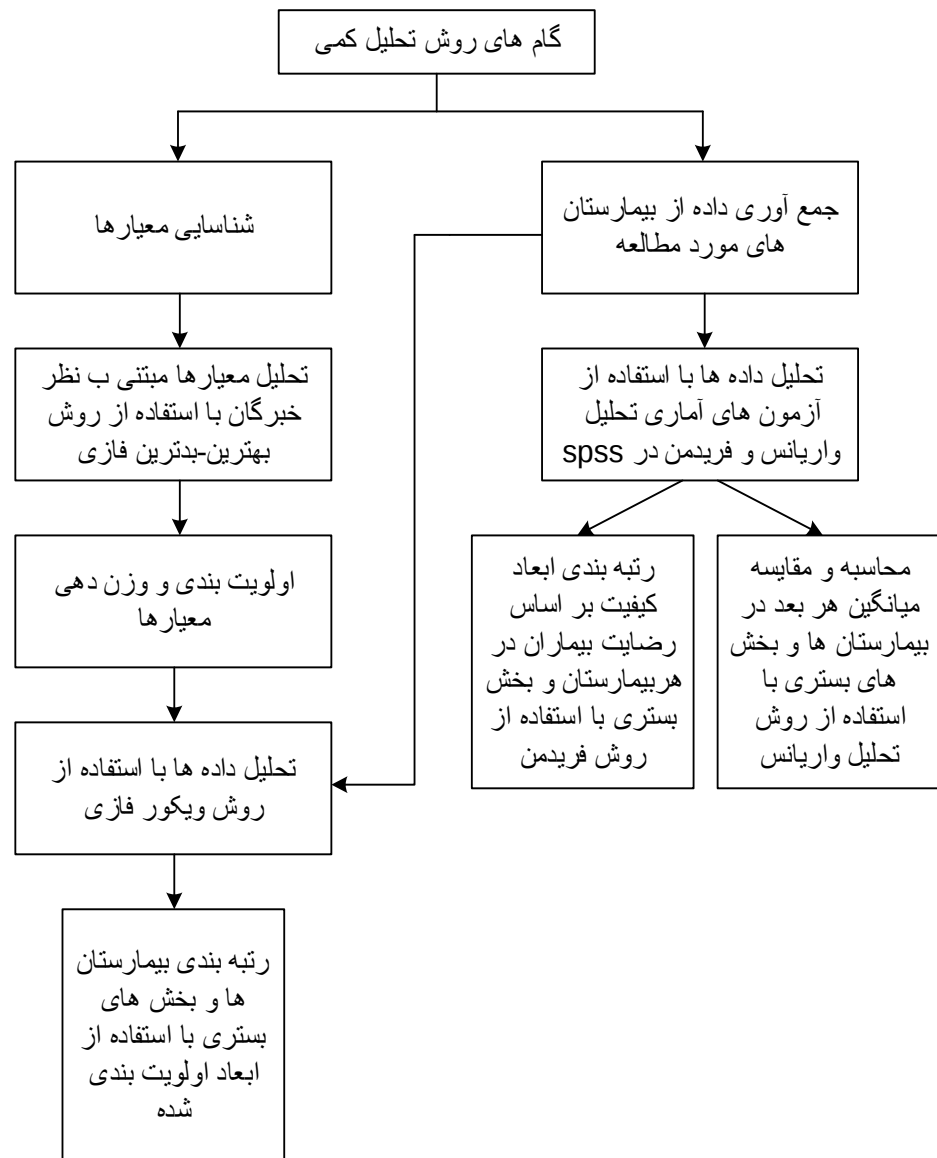


شکل ۳-۱: نمودار ابعاد و معیارهای ارزیابی کیفیت خدمات درمانی

۳-۷- روش بررسی و تجزیه و تحلیل داده ها

تجزیه و تحلیل داده ها فرایندی چند مرحله ای است که طی آن داده هایی که از طریق به کارگیری ابزار های جمع آوری در نمونه آماری فراهم آمده اند خلاصه، کد بندی و دسته بندی و در نهایت پردازش می شوند تا زمینه برقراری انواع تحلیل ها و ارتباط بین این داده ها به منظور آزمون فرضیه ها فراهم آید. در این فرآیند داده ها هم از لحاظ مفهومی و هم از جنبه تجربی پالایش می شوند و تکنیک های گوناگون آماری نقش به سزایی در استنتاج و تعمیم ها به عهده دارند (سرمد و همکاران، ۱۳۹۲).

همانطور که گفته شد در این تحقیق ارزیابی از نگاه مشتریان انجام شده است. هدف اصلی در این مطالعه، توسعه یک مدل ارزیابی عملکرد جامع برای کیفیت خدمات درمانی از منظر مشتری و سپس پیاده سازی فرایند ارزیابی با در نظر گرفتن عدم قطعیت است. عدم قطعیت در فرایند ارزیابی با استفاده از رویکرد برنامه ریزی فازی لحاظ شده است. با استفاده از یک تکنیک تصمیم گیری چند معیاره ترکیبی مبتنی بر ویکور و روش بهترین-بدترین با استفاده از نرم افزارهای لینگو و اکسل و همچنین با استفاده از آزمون فریدمن و تحلیل واریانس در نرم افزار SPSS اقدام بده اولویت بندی ابعاد و ارزیابی کیفیت خدمات خواهد شد. در شکل (۳-۲) نمای کلی از گام های روش تحلیل را مشاهده می شود.



شکل ۳-۲: نمودار گام های روش تحلیل کمی

۳-۷-۱- روش بهترین-بدترین^{۲۹} فازی

۳-۷-۱-۱- معرفی روش بهترین-بدترین فازی

تکنیک بهترین-بدترین یکی از جدیدترین و کاراترین تکنیک های تصمیم گیری چند معیاره است که به منظور وزن دهی عوامل و معیارهای تصمیم گیری به کار می رود. این روش در سال ۲۰۱۵ توسط آقای رضایی طی مقاله ای ارائه شد و در سال ۲۰۱۶ طی یک مقاله دیگر مدل را بسط داد.

²⁹ best-worst method

مدل مقاله آقای رضایی در محیط قطعی بود. اما در سال ۲۰۱۷ آقایان گو و ژائو به بررسی مدل bwm در محیط فازی پرداختند و با ارائه چندین مثال این مدل را در محیط فازی حل کردند. استفاده از اعداد فازی باعث می شود که ابهامات کلام پاسخ دهنده از بین برود.

در روش های تصمیم گیری چند معیاره از جمله روش تحلیل سلسله مراتبی شاخص ها و معیارهای و زیر معیارهای تصمیم گیری را می توان توسط مقایسه های زوجی و تحلیل نظرات خبرگان رتبه بندی نمود و آنها را از ارجح ترین و با اهمیت ترین به کم اهمیت ترین مرتب نمود. اما در روش بهترین-بدترین، بهترین و بدترین شاخص ها و معیارها توسط تصمیم گیرنده مشخص می شود و سپس مقایسه زوجی بین هر کدام از این دو شاخص، که بهترین و بدترین هستند، با دیگر شاخصها صورت می گیرد. آنگاه مساله تبدیل به یک مساله برنامه ریزی خطی می شود بدین گونه که وزن شاخص ها به صورتی بدست آید که تفاوت های مطلق اوزان حداقل گردد.

ازجمله ویژگی های برجسته این روش نسبت به سایر روش های تصمیم گیری چند معیاره عبارت است از:

۱. به داده های مقایسه ای کمتر نیاز دارد؛ (این روش جدید، نیاز به تعداد مقایسات زوجی کمتری نسبت به روش AHP دارد).

۲. این روش به مقایسه های استوارتر منجر می شود؛ بدین معنا که جواب های قابل اطمینان تری می دهد. و خروجی آن اوزان فازی بدست آمده برای هر یک از ابعاد تعیین شده برای ارزیابی کیفیت خدمات درمانی از منظر بیماران در نرم افزار لینگو خواهد بود.

۳-۷-۱-۲ پیاده سازی روش بهترین-بدترین

گام های پیاده سازی روش بهترین-بدترین جهت ارزیابی ابعاد بیمارمحوری، زمان، اثربخشی، پاسخگوی، تضمین، مالی و ارتباطات سلامت در ذیل اشاره شده است.

در این روش ابتدا پرسشنامه روش بهترین بدترین با توجه به ابعاد کیفیت تهیه شده و در اختیار ۴ نفر از خبرگان قرار داده شده است. بهترین و بدترین شاخص توسط تصمیم گیرنده (خبرگان) مشخص می شود و مقایسه زوجی بین هر یک از این دو شاخص (بهترین و بدترین) و دیگر شاخص ها با توجه به متغیرهای زبان شناختی این روش، که در جدول زیر مشاهده می کنید، صورت می گیرد؛

جدول ۳-۲: متغیرهای زبان شناختی روش بهترین-بدترین

متغیرهای زبان شناختی	تابع عضویت
اهمیت برابر (EI)	(۱،۱،۱)
اهمیت ضعیف (WI)	(۲/۳، ۱، ۳/۲)
نسبتا مهم (FI)	(۳/۲، ۲، ۵/۲)
خیلی مهم (VI)	(۵/۲، ۳، ۷/۲)
کاملا مهم (AI)	(۷/۲، ۴، ۹/۲)

و در گام بعد با ساخت مدل فازی (۷-۱) و حل آن توسط نرم افزار بهینه سازی لینگو ، وزن فازی برای هر بعد محاسبه شده است.

$$\min \widetilde{\xi}^* \quad (2-3)$$

$$\left| \frac{(l_B^w, m_B^w, r_B^w)}{(l_j^w, m_j^w, r_j^w)} - (l_{Bj}, m_{Bj}, r_{Bj}) \right| \leq (K^*, K^*, K^*) \quad (3-3)$$

$$\left| \frac{(l_j^w, m_j^w, r_j^w)}{(l_W^w, m_W^w, r_W^w)} - (l_{jw}, m_{jw}, r_{jw}) \right| \leq (K^*, K^*, K^*) \quad (4-3)$$

$$\sum_{j=1}^n R(\tilde{w}_j) = 1 \quad (5-3)$$

$$l_j^w \leq m_j^w \leq r_j^w \quad (6-3)$$

$$l_j^w \geq 0 \quad (7-3)$$

$$j = 1, 2, \dots, n \quad (8-3)$$

در مدل خطی بالا تابع هدف (رابطه ۲) تمامی انحرافات را مینیمم میکند، رابطه (۳) ارجحیت بهترین معیار نسبت به معیار $\bar{z}$ ام با اعداد فازی و رابطه (۴) ارجحیت همه معیارها نسبت به بدترین معیار با اعداد فازی را نشان میدهد. رابطه (۵) نشان میدهد که مجموع وزن ها باید برابر با یک باشند. رابطه (۶) نشان میدهد که حد پایین (l_j^w)، حد وسط (m_j^w) و حد بالا (r_j^w) باید بدین صورت باشند که حد پایین از حد وسط و حد وسط از حد بالا کوچکتر باشد. و رابطه (۷) بیانگر آن است که حد پایین فازی باید عددی بزرگتر از صفر باشد. و $\bar{z}$ نیز نمایانگر تعداد ابعاد است.

پس از محاسبه اوزان فازی ابعاد به منظور فازی زدایی اوزان محاسبه شده از رابطه ذیل استفاده شده است.

$$R(\tilde{a}_i) = \frac{l_i + 4m_i + r_i}{6} \quad (9-3)$$

در ادامه جهت دریافت نظرات بیماران در رابطه با کیفیت خدمات مراکز درمانی از پرسشنامه توسعه داده شده (محقق ساخته) استفاده شده است. بخش های بستری بیمارستان الف شامل (داخلی، جراحی، زنان و اطفال)، بیمارستان ب شامل (داخلی، اطفال، جراحی، زنان، گوش و حلق و بینی، قلب، ارتوپدی، ارولوژی، اعصاب و چشم) و بیمارستان ج شامل (داخلی، جراحی و زنان) میباشند. لازم به ذکر است که بیماران بخش های مراقبت های ویژه مراکز درمانی به دلیل عدم توانایی در مشارکت از

پژوهش حذف گردیدند و در بخش اطفال نیز همراهان اطفال در پژوهش مشارکت کردند. پس از جمع آوری داده های مربوط به رضایت بیماران از کیفیت خدمات درمانی و نیز محاسبه ابعاد کیفیت با روش بهترین-بدترین اقدام به ارزیابی کیفیت از نگاه بیماران و در نتیجه اولویت بندی مراکز درمانی و بخش های بستری مبتنی بر روش ویکور فازی شده است.

۳-۷-۲- روش ویکور فازی^{۳۰}

۳-۷-۲-۱- معرفی روش ویکور فازی

ویکور یک ابزار موثر در تصمیم گیری به منظور بهینه سازی سیستم های پیچیده است. این روش توسط آپریکوویچ و زنگ توسعه یافت. کلمه ویکور برگرفته از نام صربستانی به معنای "بهینه سازی چندمعیاره و حل سازشی" است. این روش روی دسته بندی و انتخاب از یک مجموعه گزینه ها تمرکز داشته و جواب های سازشی را برای یک مسئله با معیارهای متضاد تعیین می کند. منظور از جواب سازشی نزدیکترین جواب موجه به جواب ایده آل است که کلمه سازش به یک توافق متقابل اطلاق می شود. در این روش هدف رتبه بندی گزینه های پژوهش بر اساس تعدادی معیار می باشد.

ویکور یک ابزار مفید است به ویژه در شرایطی که تصمیم گیرنده قادر نیست یا نمی داند که اولویت خود را در ابتدای طراحی سیستم چگونه بیان کند. این روش برای بهینه سازی چند منظوره سیستم های پیچیده، توسعه یافته است و امروزه به طور گسترده ای مورد استفاده قرار می گیرد. این تمرکز بر روی رتبه بندی و انتخاب بین گزینه هایی با معیارهای متضاد با واحدهای مختلف است. در خروجی رویکرد ویکور رتبه بندی با مقایسه اندازه گیری نزدیک بودن هر جایگزین به جایگزین ایده آل انجام می شود و سازش مستلزم توافق ایجاد شده توسط امتیازات متقابل است و در نهایت، مراکز درمانی تحت بررسی به عنوان نمونه های موردی تحقیق رتبه بندی خواهند شد (آپرکویک، ۲۰۱۱).

در ادامه، با استفاده از روش ویکور فازی در محیط اکسل، مراکز درمانی و بخش ها بر اساس ابعاد کیفیت خدمات رتبه بندی می شوند.

³⁰ fuzzy vikor

۳-۷-۲-۲- پیاده سازی روش ویکور فازی

در گام اول با نظرات افراد نسبت به هر بعد به صورت اعداد فازی، ماتریس ذیل تشکیل خواهد شد.

$$\tilde{D} = \begin{bmatrix} \tilde{f} & \tilde{f} & \tilde{f} \\ \tilde{f} & \tilde{f} & \tilde{f} \\ \tilde{f} & \tilde{f} & \tilde{f} \end{bmatrix} \quad (۱۰-۳)$$

$$[\tilde{f} \quad \tilde{f} \quad \tilde{f}_{ij}]$$

$$\tilde{W} = [\tilde{w} \quad \tilde{w} \quad \tilde{w}_j] \quad (۱۱-۳)$$

که در آن :

i برابر است با تعداد مولفه های مورد بررسی،

j برابر است با تعداد ابعاد مورد بررسی،

F_{ij} برابر است با نظر افراد پاسخ دهنده مرکز درمانی یا بخش i به بُعد j (که از میانگین هندسی فازی پاسخ ها بدست می آید) و

W_i برابر است با میزان اهمیت یا اوزن ابعاد که به صورت عدد فازی بیان می شود (در روش بهترین-بدترین).

در این پژوهش به دلیل اینکه پاسخ ها به میزان رضایت نسبت به ابعاد است و رضایت مثبت است، تمامی معیار ها مثبت در نظر گرفته شده اند.

در گام دوم تعیین F^* و FO فازی طبق فرمول زیر:

$$\tilde{f} = \max \tilde{f}_i \quad \tilde{f}_i^o = \min \tilde{f}_i \quad for \quad \in I^b; \quad (12-3)$$

در گام سوم طبق رابطه زیر نرمال سازی انجام می شود:

$$\tilde{d} = (\tilde{f}_i^* \ominus \tilde{f}_{ij}) / (\quad^o \quad for \quad \in I^b; \quad (13-3)$$

در رابطه بالا :

برابر با مقدار r (حد بالای) $\tilde{f}_i^*$ و o برابر است با 1 (حدپایین) $^{\sim o}$.

سپس سه شاخص $\tilde{S}_j, \tilde{Q}_j, \tilde{R}_j$ محاسبه می شوند:

$$\tilde{R} = \max(\tilde{w}_i \otimes \tilde{d} \quad (14-3)$$

$$\tilde{S}_j = \sum \oplus (\tilde{w} \quad \tilde{d} \quad (15-3)$$

$$\tilde{Q} = v(\tilde{S}_j \ominus \tilde{S}^*) / (S^{or} \quad^l) \oplus (1 - v)(\tilde{R}_j \ominus \tilde{R}^*) / (R^{or} - R^{*l}) \quad (16-3)$$

در روابط بالا :

$\tilde{S}$ برابر است با مجموع مقادیر معیار ها در هر گزینه به صورت فازی،

$\tilde{R}$ برابر ست با ماکزیمم معیار ها در هر گزینه به صورت فازی و

$\tilde{Q}$ برابر مقداری است که با استفاده از $\tilde{S}_j$ و $\tilde{R}_j$ و رابطه های (۱۶-۲۰) بدست می آید و آن را

شاخص ویکور می نامند. v مقداری برابر با:

$$v = \frac{\quad}{\quad} \quad (17-3)$$

است. دراین رابطه n برابر است با تعداد معیار ها و در این پژوهش با توجه به تعداد معیارها v برابر با ۰,۵۷۱ در نظر گرفته شده است.

$$S^{or} = \max_j S_j^r \quad (۱۸-۳)$$

$$\tilde{S}^* = \min_j \tilde{S}_j \quad (۱۹-۳)$$

$$R^{or} = \max_j R_j^r \quad (۲۰-۳)$$

$$\tilde{R}^* = \min_j \tilde{R}_j \quad (۲۱-۳)$$

در روابط بالا :

$\tilde{S}^*$ برابر است با مینیمم هرکدام از ستون های $\tilde{S}_j$.

$\tilde{R}^*$ برابر است با مینیمم هرکدام از ستون های $\tilde{R}_j$.

S^{or} برابر است با ماکزیمم درایه های سوم (r) $\tilde{S}_j$ و

R^{or} برابر است با ماکزیمم درایه های سوم (r) $\tilde{R}_j$.

سپس طبق رابطه زیر هر کدام از مقادیر $\tilde{Q}_j$ و $\tilde{R}_j$ و $\tilde{S}_j$ از حالت فازی به غیر فازی تبدیل خواهند شد.

$$Crisp(\tilde{N}) = (2m + l + r) / 4 \quad (۲۲-۳)$$

در مرحله پایانی اعداد نهایی را به ترتیب کوچکترین عدد به بزرگترین عدد رتبه بندی میکنیم و گزینه ای به عنوان گزینه برتر است که دارای کمترین مقدار Q باشد به شرطی که اگر $A^{(1)}$ ، $A^{(2)}$ و $A^{(n)}$ به ترتیب اولین، دومین و آخرین گزینه بر اساس مقدار Q باشد و n بیانگر تعداد گزینه ها باشد، رابطه ذیل برقرار باشد:

$$[Q(A(2)) - Q(A(1))]/[Q(A(n)) - Q(A(1))] \geq (1/n - 1) \quad (23-3)$$

اگر این شرط برقرار نباشد مجموعه‌ای از گزینه‌ها به صورت زیر به عنوان گزینه‌های برتر انتخاب می

شوند:

$$A_1, A_2, \dots, A_m = \text{بهترین جایگزین}$$

بیشترین مقدار m با توجه به رابطه زیر محاسبه می شود:

$$Q(A_m) - Q(A_1) < 1/(n - 1) \Rightarrow Q(A_m) < (1/n - 1) + Q(A_1) \quad (24-3)$$

اگر شرط ۱ برقرار باشد شرط شماره ۲ نیز باید چک شود. شرط ۲: گزینه $A^{(1)}$ باید حداقل در یکی از گروه‌های R و S رتبه اول باشد. زمانی که شرط دوم برقرار نباشد دو گزینه $A^{(1)}$ و $A^{(2)}$ به عنوان گزینه‌های برتر شناخته می‌شوند. اگر هر دو شرط برقرار بود رتبه‌بندی براساس مقدار Q خواهد بود. (به صورت کاهشی: هر چه مقدار Q کمتر باشد آن گزینه بهتر است).

۳-۷-۲-۳- میانگین هندسی فازی

برای محاسبه میانگین هندسی نظرات نسبت به هر بعد نیاز است تا نظرات حاصل از پرسشنامه به صورت فازی بیان شوند. در جدول زیر طیف فازی معادل مقیاس پنج درجه ای طیف لیکرت نشان داده شده است.

جدول ۳-۳: طیف فازی معادل مقیاس پنج درجه ای طیف لیکرت

عبارت کلامی و امتیاز	معادل فازی
کاملاً موافق - ۵	(۱،۱،۱)
موافق - ۴	(۲،۳،۴)
نه موافق و نه مخالف - ۳	(۴،۵،۶)
مخالف - ۲	(۶،۷،۸)
کاملاً مخالف - ۱	(۹،۹،۹)

اعداد فازی به صورت (l, m, r) هستند. برای محاسبه میانگین هندسی نظرات به صورت زیر عمل میکنیم:

$$l_{ij} = \left(\prod_{k=1}^k l_{ijk} \right)^{\frac{1}{k}} \quad (۲۵-۳)$$

$$m_{ij} = \left(\prod_{k=1}^k m_{ijk} \right)^{\frac{1}{k}} \quad (۲۶-۳)$$

$$r_{ij} = \left(\prod_{k=1}^k r_{ijk} \right)^{\frac{1}{k}} \quad (۲۷-۳)$$

K نشان دهنده تعداد تصمیم گیرندگان است (توکلی و همکاران، ۱۳۹۲).

۳-۷-۳- آزمون های آماری

در بخش قبلی با استفاده از روش بهترین-بدترین و ویکور فازی اولویت بندی بخش ها و بیمارستان های مورد مطالعه نسبت به کلیه ابعاد معرفی شده کیفیت خدمات بررسی شد. در ادامه برای بررسی و تجزیه و تحلیل دقیق تر وضعیت مراکز درمانی از دو آزمون آماری تحلیل واریانس و فریدمن در نرم افزار spss استفاده خواهد شد.

آزمون فریدمن^{۳۱} یک آزمون ناپارامتری است که برای مقایسه سه یا بیش از سه گروه وابسته که حداقل در سطح رتبه ای اندازه گیری می شوند، مورد استفاده قرار می گیرد. این آزمون می تواند در مورد داده های پیوسته (فاصله ای یا نسبی) نیز به کار برده شود، اما در هنگام محاسبه این داده ها نیز رتبه بندی آن ها مدنظر قرار می گیرد. فرضیه ی صفر در این آزمون بیان می کند که توزیع مشاهدات در سنجش های تکرار شده یکسان هستند. یا به عبارت دیگر میان توزیع های ایجاد شده در اثر سنجش های مکرر روی یک گروه و یا بین گروه های همتا در زمینه متغیر وابسته تفاوتی وجود ندارد.

در تحلیل واریانس یک طرفه، تأثیر یک متغیر مستقل اسمی (یا ترتیبی) روی یک متغیر وابسته فاصله ای (یا نسبی) بررسی می شود. این روش به ما می گوید که تفاوت های مشاهده شده در میانگین نمونه آماری در جامعه آماری نیز وجود دارد یا خیر. به عبارت دیگر تفاوت بین میانگین ها معنادار است یا خیر. به طور خلاصه آزمونی که برای مقایسه میانگین یک صفت کمی در بیش از دو جمعیت استفاده می شود، آنالیز واریانس نام دارد.

در این پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یکطرفه وجود تفاوت معنادار در میانگین هر یک از ابعاد پاسخگویی، بیمارمحوری، زمان، امور مالی، تضمین، ارتباطات سلامت و اثربخشی در هر یک از ۳ بیمارستان الف، ب و ج و همچنین هریک از بخش های آن ها در مقایسه با دیگر بخش ها یا بیمارستان ها بررسی خواهد شد. و همچنین با استفاده از آزمون فریدمن به رتبه بندی ابعاد کیفیت خدمات در هر بخش یا بیمارستان و بررسی وجود تفاوت معنادار در میانگین رضایت از هر یک از ابعاد در آن بخش یا بیمارستان پرداخته خواهد شد.

³¹ Friedman

۳-۸- خلاصه

در این فصل به بررسی روش تحقیق پرداخته شده است. با توجه به ماهیت این پژوهش که یک تحقیق کاربردی می‌باشد محقق با استفاده از جامعه آماری نمونه آماری خود را تعریف نموده است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بوده است. ادامه فصل به روایی و پایایی پرسشنامه اشاره دارد که در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ محاسبه شده است. سپس روش تجزیه و تحلیل و رتبه بندی ابعاد معرفی شده بررسی شده است و در آخر روش های تجزیه و تحلیل داده ها که در این پژوهش از روش ویکور فازی و آزمون های آماری تحلیل واریانس و فریدمن استفاده شده است بیان شده اند.

فصل چهارم: تحلیل داده های پژوهش

۴-۱- مقدمه

پس از آن که پژوهشگر داده ها را گردآوری، استخراج و طبقه بندی نمود، باید مرحله جدید از فرایند تحقیق که به مرحله تجزیه و تحلیل داده ها معروف است، آغاز شود. این مرحله در تحقیق اهمیت زیادی دارد؛ چرا که نشان دهنده تلاش ها و زحمات فراوان گذشته است. در این مرحله پژوهشگر با استفاده از روش های مختلف و با تکیه بر معیار عقل، سعی میکند اطلاعات و داده ها را در جهت آزمون فرضیه و ارزیابی آن مورد بررسی قرار دهد. در مرحله تجزیه و تحلیل، آنچه مهم است این است که محقق باید اطلاعات و داده ها را در مسیر هدف تحقیق، پاسخگویی به سوال تحقیق و ارزیابی فرضیه های آن مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد (حافظ نیا، ۱۳۸۹).

در این فصل از پژوهش به تجزیه و تحلیل داده ها که از طریق پرسشنامه جمع آوری شده اند، با استفاده از نرم افزار spss و هم چنین روش تصمیم گیری چندمعیاره ترکیبی و در دو بخش توصیفی و استنباطی پرداخته خواهد شد.

۴-۲- آمار توصیفی

به مجموعه روش هایی که برای سازماندهی و خلاصه کردن و توصیف اطلاعات به کار می رود، آمار توصیفی گفته میشود. در آمار توصیفی اطلاعات حاصل از یک گروه، همان گروه را توصیف می کند و اطلاعات به دست آمده به دسته های مشابه تعمیم داده نمی شود (آذر و مومنی، ۱۳۸۷).

در این قسمت به ارائه آماره های توصیفی و جداول مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی نمونه میپردازیم. شناخت ویژگی های جمعیت شناختی نمونه، از این جهت مفید است که به کمک آن مشخصات کلی جامعه مورد بررسی و ویژگی های عمومی آن برای سایر محققان مشخص می شود. بعلاوه، این شناخت باعث میشود در تعمیم نتایج به جوامع دیگر، یا در طراحی سوالات تحقیقات آتی برای جوامع دیگر از این اطلاعات استفاده می کنیم.

در این بخش داده های جمعیت شناختی نمونه آماری از نظر جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، وضعیت بومی بودن، تعداد روز های بستری، سابقه بستری در بیمارستان و وضعیت بیمه در ادامه ارائه شده است. همچنین برای توصیف این داده ها از شاخص های آماری فراوانی و درصد فراوانی استفاده شده است. سپس از نمودارهای دایره ای برای نمایش گویاتر درصد متغیرها استفاده گردید.

۴-۲-۱- متغیر جنسیت

همانطور که مشاهده می شود، جامعه مورد مطالعه در این پژوهش از ۵۱/۳ در صد مردان و ۴۸/۷ در صد زنان تشکیل شده است. نتایج توصیفی متغیر جنسیت در جدول و شکل (۴-۱) آورده شده است.

جدول ۴-۱: نتایج توصیفی متغیر جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
زنان	۱۸۷	٪۴۸/۷
مردان	۱۹۷	٪۵۱/۳
مجموع	۳۸۴	٪۱۰۰



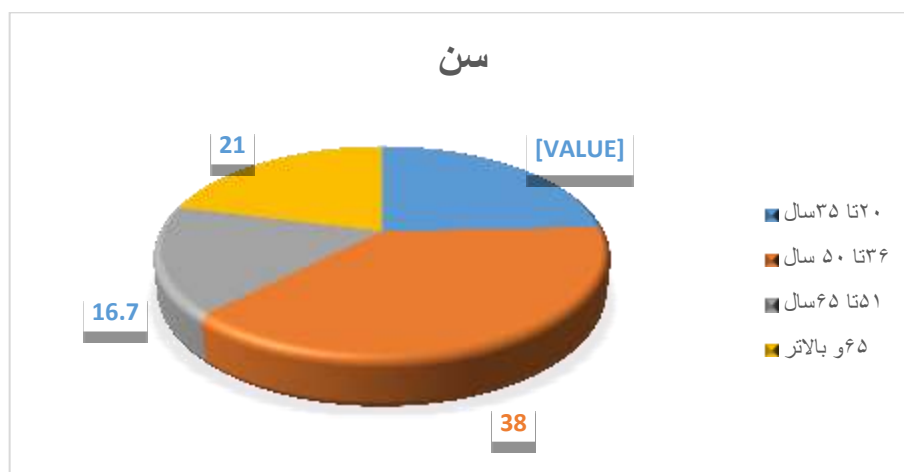
شکل ۴-۱: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر جنسیت

۴-۲-۲-متغیر سن

همانطور که مشاهده می شود، بازه سنی ۳۶ تا ۵۰ سال با ۳۸ درصد بیشترین تعداد را در نمونه مورد بررسی به خود اختصاص داده است. این در حالی است که ۵۱ تا ۶۵ سال تنها با ۲۱ درصد کمترین تعداد را در نمونه مورد بررسی داشته اند. نتایج توصیفی متغیر سن در جدول و شکل (۴-۲) آورده شده است.

جدول ۴-۲: نتایج توصیفی متغیر سن

سن	فراوانی	درصد فراوانی
۲۰ تا ۳۵ سال	۹۳	۲۴/۳٪
۳۶ تا ۵۰ سال	۱۴۶	۳۸٪
۵۱ تا ۶۵ سال	۶۴	۱۶/۷٪
۶۵ سال و بالاتر	۸۱	۲۱٪
مجموع	۳۸۴	۱۰۰٪



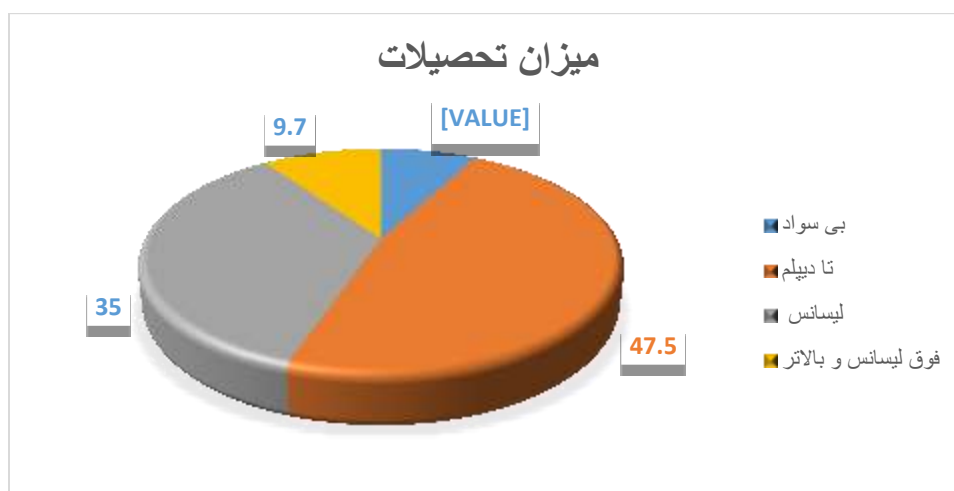
شکل ۴-۲: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر سن

۳-۲-۴- متغیر تحصیلات

همانطور که در تصویر مشخص است، مقطع تحصیلی دیپلم با ۴۷/۵ درصد بیشترین سهم را در میان اعضای نمونه به خود اختصاص داده اند. همچنین مقطع تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر با ۹ / ۷ در صد کمترین میزان را در میان نمونه آماری تحت بررسی تشکیل می دهد. نتایج توصیفی متغیر میزان تحصیلات در جدول و شکل (۳-۴) آورده شده است.

جدول ۳-۴: نتایج توصیفی متغیر تحصیلات

میزان تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
بی سواد	۳۰	٪۷/۸
تا دیپلم	۱۸۳	٪۴۷/۵
لیسانس	۱۳۴	٪۳۵
فوق لیسانس و بالاتر	۳۷	٪۹/۷
مجموع	۳۸۴	٪۱۰۰



شکل ۳-۴: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر تحصیلات

۴-۲-۴- متغیر وضعیت تاهل

همانطور که مشاهده می شود، از جامعه مورد مطالعه در این پژوهش ۶۰/۲ درصد متاهل و ۳۹/۸ درصد مجرد می باشند. نتایج توصیفی متغیر وضعیت تاهل در جدول و شکل (۴-۴) آورده شده است.

جدول ۴-۴: نتایج توصیفی متغیر تاهل

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد فراوانی
متاهل	۲۳۱	۶۰/۲٪
مجرد	۱۵۳	۳۹/۸٪
مجموع	۳۸۴	۱۰۰٪



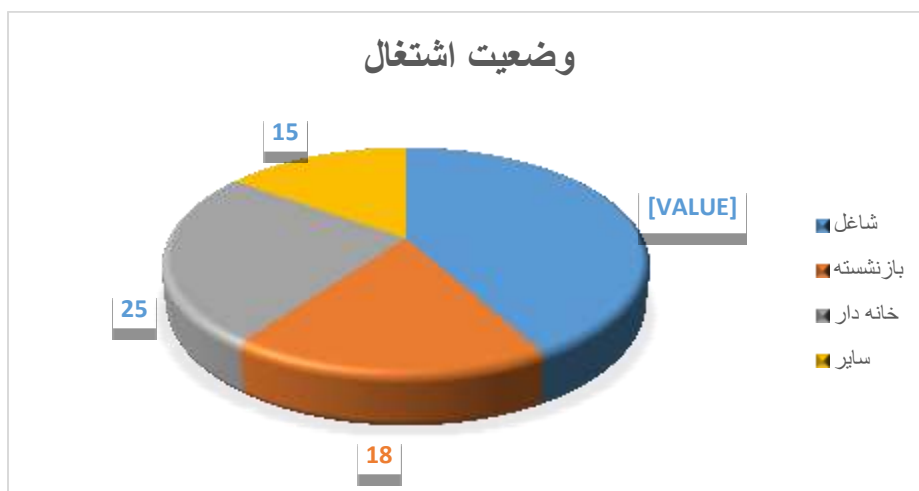
شکل ۴-۴: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر تاهل

۴-۲-۵- وضعیت اشتغال

همانطور که در تصویر مشخص است، افراد شاغل با ۴۲ درصد بیشترین سهم را در میان اعضای نمونه به خود اختصاص داده اند. همچنین گزینه سایر با ۱۵ درصد کمترین میزان را در میان نمونه آماری تحت بررسی تشکیل می دهد. نتایج توصیفی متغیر وضعیت اشتغال در جدول و شکل (۴-۵) آورده شده است.

جدول ۴-۵: نتایج توصیفی متغیر اشتغال

وضعیت اشتغال	فراوانی	درصد فراوانی
شاغل	۱۶۱	٪۴۲
بازنشسته	۶۹	٪۱۸
خانه دار	۹۶	٪۲۵
سایر	۵۸	٪۱۵
مجموع	۳۸۴	٪۱۰۰



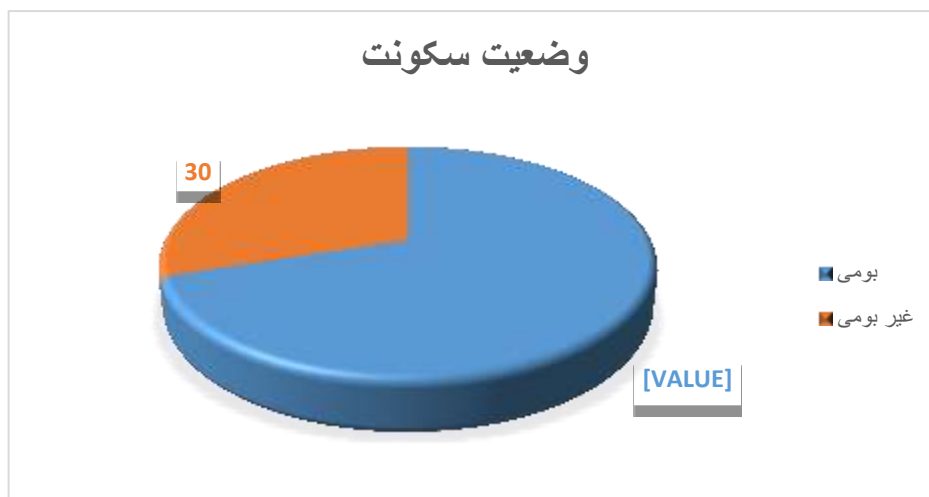
شکل ۴-۵: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر اشتغال

۴-۲-۶- وضعیت سکونت (بومی بودن)

همانطور که مشاهده می شود، از جامعه مورد مطالعه در این پژوهش ۷۰ درصد بومی و ۳۰ درصد غیر بومی می باشند. نتایج توصیفی متغیر وضعیت سکونت در جدول و شکل (۴-۶) آورده شده است.

جدول ۴-۶: نتایج توصیفی متغیر سکونت

وضعیت سکونت	فراوانی	درصد فراوانی
بومی	۲۶۹	٪۷۰
غیر بومی	۱۱۵	٪۳۰
مجموع	۳۸۴	۱۰۰



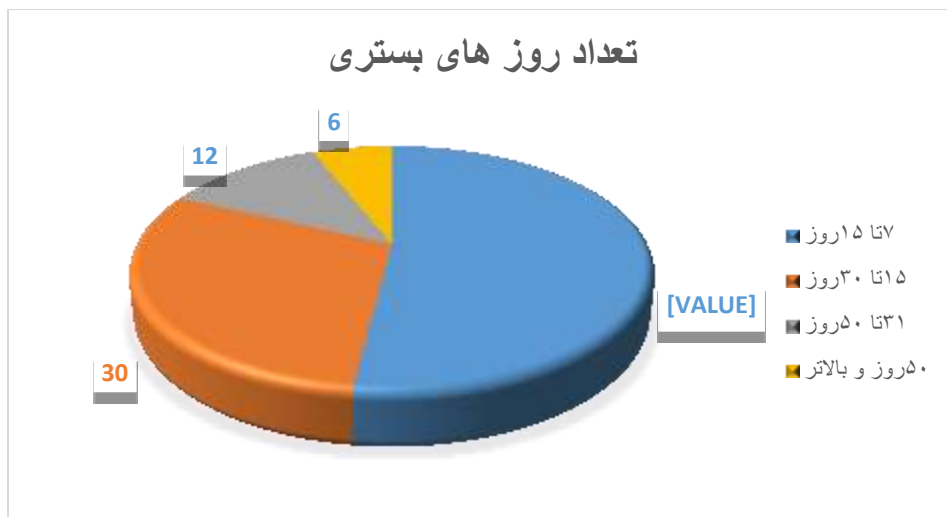
شکل ۴-۶: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر سکونت

۴-۲-۷- تعداد روزهای بستری بیمار

همانطور که در تصویر مشخص است، بیشترین افراد با میزان ۵۲ درصد بین ۷ تا ۱۵ روز در بیمارستان بستری بوده اند و کمترین افراد با میزان ۶ درصد، ۵۰ روز به بالا بستری بوده اند. نتایج توصیفی متغیر وضعیت اشتغال در جدول و شکل (۴-۷) آورده شده است.

جدول ۴-۷: نتایج توصیفی متغیر تعداد روزهای بستری

تعداد روزهای بستری	فراوانی	درصد فراوانی
۷ تا ۱۵ روز	۲۰۰	٪۵۲
۱۵ تا ۳۰ روز	۱۱۵	٪۳۰
۳۱ تا ۵۰ روز	۴۶	٪۱۲
۵۰ روز و بالاتر	۲۳	٪۶
مجموع	۳۸۴	٪۱۰۰



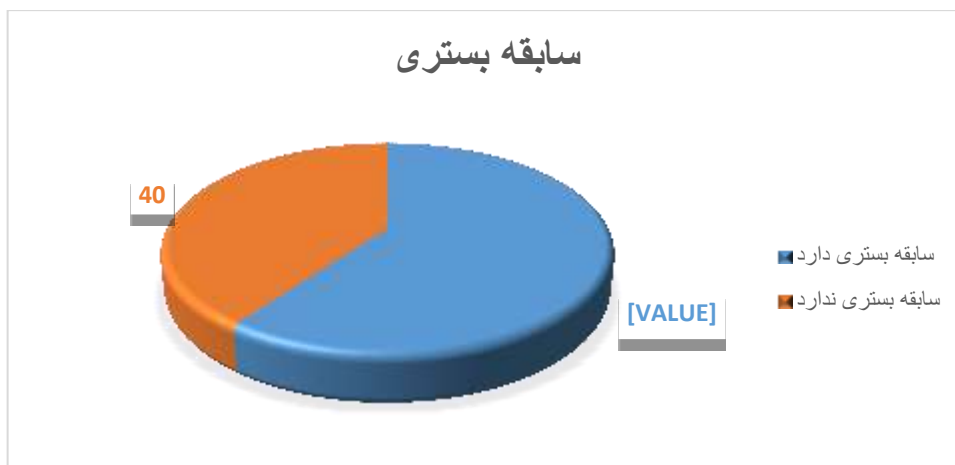
شکل ۴-۷: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر تعداد روزهای بستری

۴-۲-۸- سابقه بستری

همانطور که مشاهده می شود، از جامعه مورد مطالعه در این پژوهش ۶۰ درصد سابقه بستری قبلی دارند و ۴۰ درصد برای اولین بار در بیمارستان بستری شده اند. نتایج توصیفی متغیر سابقه بستری در جدول و شکل (۴-۸) آورده شده است. و همچنین از بین ۶۰ درصد که سابقه قبلی بستری دارند، ۹۰ درصد آن ها در بیمارستان دولتی و ۱۰ درصد در بیمارستان خصوصی بستری بوده اند.

جدول ۴-۸: نتایج توصیفی متغیر سابقه بستری

سابقه بستری	فراوانی	درصد فراوانی
سابقه بستری دارد	۲۳۰	۶۰٪
سابقه بستری ندارد	۱۵۴	۴۰٪
مجموع	۳۸۴	۱۰۰٪



شکل ۴-۸: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر سابقه بستری

۴-۲-۹- وضعیت بیمه

همانطور که مشاهده می شود، از جامعه مورد مطالعه در این پژوهش ۹۰ درصد دارای بیمه هستند و ۱۰ درصد بیمه ندارند. نتایج توصیفی متغیر سابقه بستری در جدول و شکل (۴-۹) آورده شده است. همچنین از بین ۹۰ درصد دارندگان بیمه، بیشترین فراوانی متعلق به بیمه تامین اجتماعی می باشد.

جدول ۴-۹: نتایج توصیفی متغیر وضعیت بیمه

وضعیت بیمه	فراوانی	درصد فراوانی
بیمه دارد	۳۴۶	٪۹۰
بیمه ندارد	۳۸	٪۱۰
مجموع	۳۸۴	٪۱۰۰



شکل ۴-۹: نمودار وضعیت گرافیکی متغیر وضعیت بیمه

۴-۳- تحلیل ابعاد ارزیابی کیفیت

جدول (۴-۱۰) مقایسات زوجی کارشناسان از ابعاد کیفیت می باشد. به ازای هر کارشناس سطر اول جدول نشان دهنده ارجحیت بهترین شاخص نسبت به بقیه شاخص ها و سطر دوم نشان دهنده ارجحیت همه شاخص ها به بدترین شاخص است.

جدول ۴-۱۰: مقایسات زوجی کارشناسان از ابعاد کیفیت

شماره کارشناس	بهترین معیار	بدترین معیار	معیارهای ارزیابی					
			پاسخگویی	بیمار محوری	امور مالی	زمان	ارتباطات سلامت	تضمین
۱	زمان	---	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۳/۲،۲،۵/۲)	(۳/۲،۲،۵/۲)	(۱،۱،۱)	(۵/۲،۳،۷/۲)	(۷/۲،۴،۹/۲)
	---	تضمین	(۳/۲،۲،۵/۲)	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۳/۲،۲،۵/۲)	(۷/۲،۴،۹/۲)	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۱،۱،۱)
۲	بیمار محوری	---	(۳/۲،۲،۵/۲)	(۱،۱،۱)	(۷/۲،۴،۹/۲)	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۳/۲،۲،۵/۲)
	---	امور مالی	(۳/۲،۲،۵/۲)	(۷/۲،۴،۹/۲)	(۱،۱،۱)	(۵/۲،۳،۷/۲)	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۳/۲،۲،۵/۲)
۳	اثر بخشی	---	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۲/۱،۳،۳/۲)	(۷/۲،۴،۹/۲)	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۳/۲،۲،۵/۲)	(۱،۱،۱)
	---	امور مالی	(۵/۲،۳،۷/۲)	(۳/۲،۲،۵/۲)	(۱،۱،۱)	(۳/۲،۲،۵/۲)	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۷/۲،۴،۹/۲)
۴	بیمار محوری	---	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۱،۱،۱)	(۵/۲،۳،۷/۲)	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۷/۲،۴،۹/۲)	(۳/۲،۲،۵/۲)
	---	ارتباطات سلامت	(۵/۲،۳،۷/۲)	(۷/۲،۴،۹/۲)	(۲/۳،۱،۳/۲)	(۳/۲،۲،۵/۲)	(۱،۱،۱)	(۳/۲،۲،۵/۲)

پس از ارزیابی مبتنی بر نظرات هر کدام از خبرگان با استفاده از روش بهترین-بدترین فازی در نرم افزار لینگو، از اوزان بدست آمده میانگین گرفته و در نهایت اوزان نهایی مربوط به هریک از ابعاد کیفیت خدمات بر اساس اولویت مطابق جدول (۴-۱۱) بدست آمده است.

جدول ۴-۱۱: اوزان نهایی ابعاد کیفیت خدمات

ابعاد		اوزان بصورت فازی	اوزان دی فازی شده
۱	بیمار محوری	(۰/۲۱ ، ۰/۲ ، ۰/۱۸)	۰/۱۹۸
۲	زمان	(۰/۲۱ ، ۰/۱۹ ، ۰/۱۶)	۰/۱۸۸
۳	اثربخشی	(۰/۱۹ ، ۰/۱۸ ، ۰/۱۵)	۰/۱۷۸
۴	پاسخگویی	(۰/۱۵ ، ۰/۱۲ ، ۰/۱۱)	۰/۱۲۳
۵	تضمین	(۰/۱۲ ، ۰/۱۱ ، ۰/۱۱)	۰/۱۱۲
۶	امور مالی	(۰/۱۵ ، ۰/۱ ، ۰/۱)	۰/۱۰۸
۷	ارتباطات سلامت	(۰/۱ ، ۰/۰۹ ، ۰/۰۸)	۰/۰۹

۴-۴- تحلیل رضایت‌مندی بیماران از بیمارستان

در این بخش جهت ارزیابی و تحلیل ابعاد کیفیت خدمات بیمارستان های منتخب، طبق نظرسنجی که از بیماران نسبت به رضایت آنها از کیفیت خدمات بیمارستان ها با استفاده از پرسشنامه حاصل شده است، به رتبه بندی بیمارستان ها با استفاده از روش ویکور فازی در نرم افزار اکسل خواهیم پرداخت.

۴-۴-۱ رتبه بندی بخش های بستری مراکز درمانی با استفاده از روش

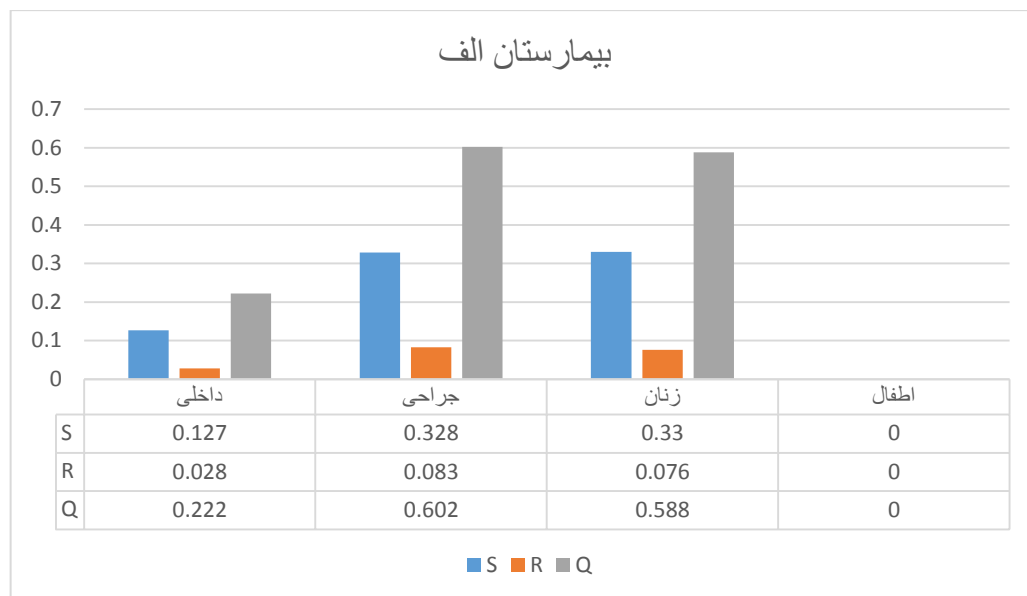
ویکور فازی

۴-۴-۱-۱ رتبه بندی بخش های بستری بیمارستان الف

جدول و شکل (۴-۱۲) نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان الف را نشان می دهند. همانطور که در جدول مشاهده می شود، نتایج حاصل در این بخش نشان می دهد بخش های بستری در مرکز درمانی الف با میزان شاخص های ویکور برابر با (اطفال (۰)، داخلی (۰/۲۲۲)، زنان (۰/۵۸۸) و جراحی (۰/۶۰۲)) به ترتیب رتبه اول تا چهارم را از جهت رضایت بیماران نسبت به کیفیت خدمات درمانی بدست آوردند.

جدول ۴-۱۲: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان الف

بیمارستان الف				
رتبه	Q	R	S	بخش
۲	۰,۲۲۲	۰,۰۲۸	۰,۱۲۷	داخلی
۴	۰,۶۰۲	۰,۰۸۳	۰,۳۲۸	جراحی
۳	۰,۵۸۸	۰,۰۷۶	۰,۳۳۰	زنان
۱	۰	۰	۰	اطفال



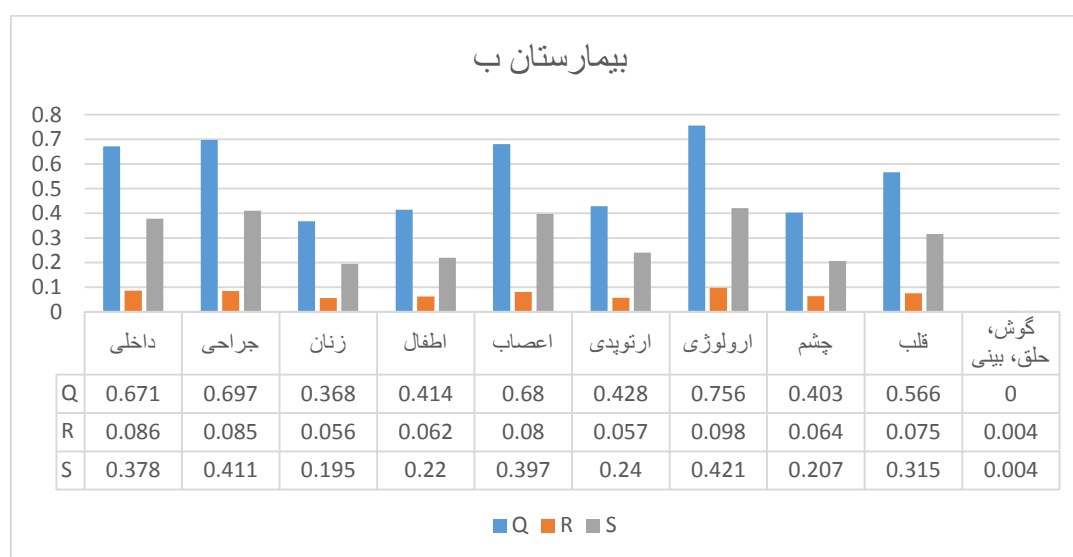
شکل ۴-۱۰: نمودار نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان الف- پایینتر بودن میزان Q نشان دهنده وضعیت مطلوبتر است.

۴-۴-۱-۲- رتبه بندی بخش های بستری بیمارستان ب

جدول و شکل (۴-۱۳) نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ب را نشان می دهند. همانطور که در جدول مشاهده می شود، نتایج حاصل در این بخش نشان می دهد بخش های بستری در مرکز درمانی ب با میزان شاخص ویکور برابر با (گوش و حلق و بینی (۰)، زنان (۰/۳۶۸)، چشم (۰/۴۰۳)، اطفال (۰/۴۱۴)، ارتوپدی (۰/۴۲۸)، قلب (۰/۵۶۶)، داخلی (۰/۶۷۱)، اعصاب (۰/۶۸۰)، جراحی (۰/۶۹۷) و اورولوژی (۰/۷۵۶) به ترتیب رتبه اول تا دهم را از جهت رضایت بیماران نسبت به کیفیت خدمات درمانی بدست آوردند.

جدول ۴-۱۳: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ب

بیمارستان ب									
بخش	S	R	Q	رتبه	بخش	S	R	Q	رتبه
داخلی	۰,۳۷۸	۰,۰۸۶	۰,۶۷۱	۷	ارتوپدی	۰,۲۴۰	۰,۰۵۷	۰,۴۲۸	۵
جراحی	۰,۴۱۱	۰,۰۸۵	۰,۶۹۷	۹	ارولوژی	۰,۴۲۱	۰,۰۹۸	۰,۷۵۶	۱۰
زنان	۰,۱۹۵	۰,۰۵۶	۰,۳۶۸	۲	چشم	۰,۲۰۷	۰,۰۶۴	۰,۴۰۳	۳
اطفال	۰,۲۲۰	۰,۰۶۲	۰,۴۱۴	۴	قلب	۰,۳۱۵	۰,۰۷۵	۰,۵۶۶	۶
اعصاب	۰,۳۹۷	۰,۰۸۰	۰,۶۸۰	۸	گوش، حلق، بینی	۰,۰۰۴	۰,۰۰۴	۰	۱



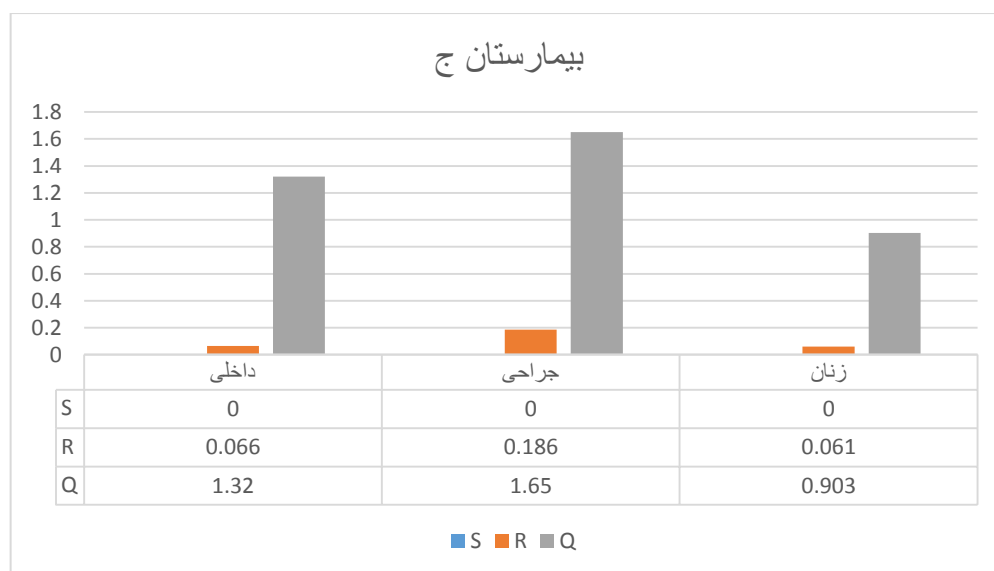
شکل ۴-۱۱: نمودار نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ب- پایینتر بودن میزان Q نشان دهنده وضعیت مطلوبتر است.

۴-۱-۳- رتبه بندی بخش های بستری بیمارستان ج

جدول و نمودار (۴-۱۴) نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ب را نشان می دهند. همانطور که در جدول مشاهده می شود، نتایج حاصل در این بخش نشان میدهد در مرکز درمانی ج بخش زنان با میزان شاخص ویکور برابر با (۱/۱۱۲)، بخش داخلی با میزان شاخص ویکور برابر با (۱/۳۲۳) و بخش جراحی با میزان شاخص ویکور برابر با (۲/۰۷۵) به ترتیب رتبه اول تا سوم را از جهت رضایت بیماران از خدمات درمانی بدست آوردند.

جدول ۴-۱۴: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ج

بیمارستان ج				
رتبه	Q	R	S	بخش
۲	۱,۳۲	۰,۰۶۶	-۱,۱۲	داخلی
۳	۱,۶۵	۰,۱۸۶	-۰,۰۹۹	جراحی
۱	۰,۹۰۳	۰,۰۶۱	-۱,۴۱۳	زنان



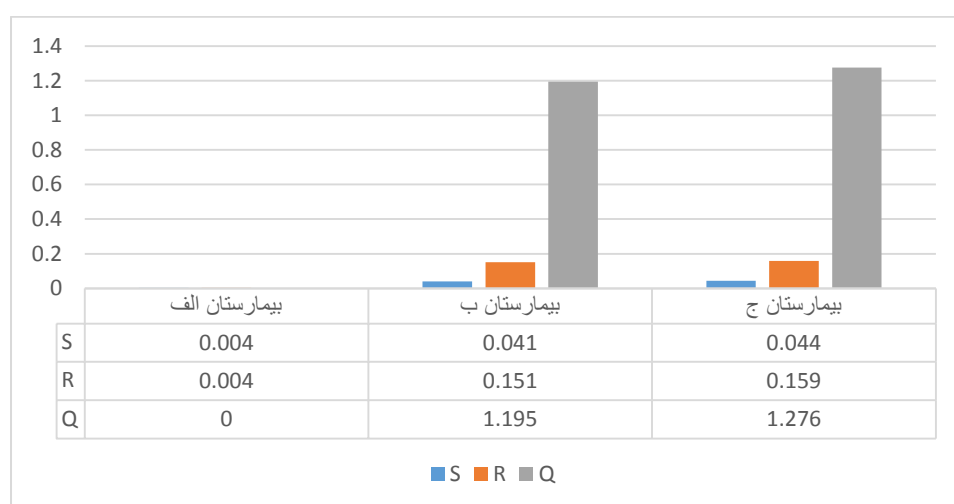
شکل ۴-۱۲: نمودار نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ج- پایینتر بودن میزان Q نشاندهنده وضعیت مطلوبتر است.

۴-۴-۲- رتبه بندی نهایی مراکز درمانی با یکدیگر

همانطور که در جدول (۴-۱۵) مشاهده میشود، در مقایسه نهایی مراکز درمانی از نظر رضایت بیماران از کیفیت خدمات دهی آن ها مراکز درمانی الف و ب و ج با مقدار شاخص ویکور به ترتیب برابر با صفر، (۱/۱۹۵) و (۱/۲۷۶) رتبه های اول تا سوم را بدست آورده اند.

جدول ۴-۱۵: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ها

رتبه	Q	R	S	بیمارستان
۱	۰	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	الف
۲	۱/۱۹۵	۰/۱۵۱	۰/۰۴۱	ب
۳	۱/۲۷۶	۰/۱۵۹	۰/۰۴۴	ج



شکل ۴-۱۳: نمودار نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ها- پایینتر بودن میزان Q نشاندهنده وضعیت مطلوبتر است.

۴-۳-۴- رتبه بندی بخش های مشترک مراکز درمانی با یکدیگر

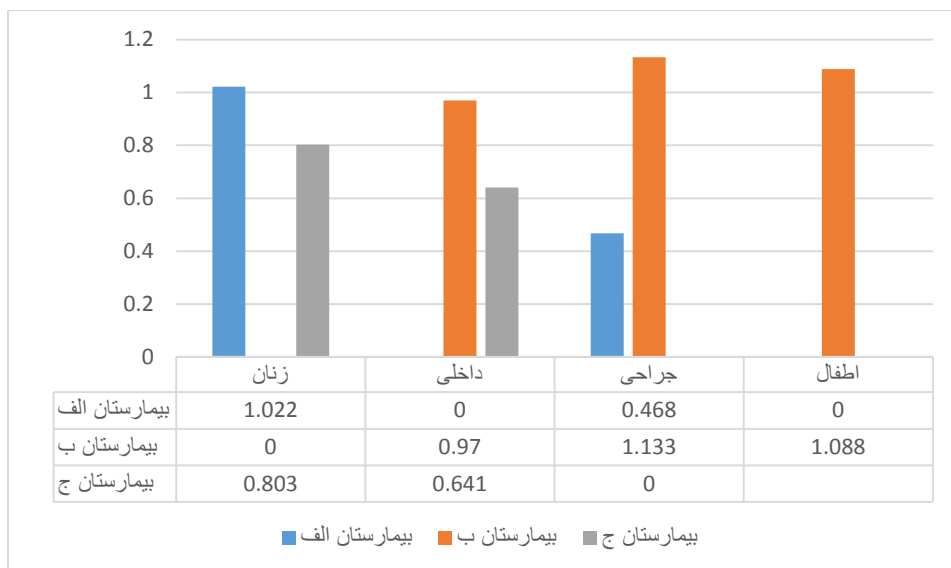
اگرچه رتبه بندی نهایی مراکز درمانی تحت مطالعه و رتبه بندی هر یک از بخش های بستری حائز اهمیت است، رتبه بندی بخش های مشترک مراکز درمانی با یکدیگر نیز می تواند اطلاعات ارزشمندی را در اختیار مدیران، برنامه ریزان و حتی مراجعه کنندگان قرار دهد.

طبق بررسی انجام شده در زمان انجام پژوهش هر سه مرکز درمانی دارای بخش های بستری مشترک داخلی، جراحی، زنان و دو مرکز درمانی الف و ب دارای بخش مشترک اطفال میباشند (این بخش در

بیمارستان ج در زمان انجام پژوهش فاقد بیمار بوده است). همانطور که در جدول مشاهده می شود، نتایج به دست آمده در این بخش نشان می دهد در مقایسه بخش داخلی مراکز درمانی الف، ج و ب با مقدار شاخص ویکور به ترتیب برابر با (۰)، (۰/۶۴۱) و (۰/۹۷۰) به ترتیب رتبه اول تا سوم، در مقایسه بخش جراحی مراکز درمانی الف و ج با میزان شاخص ویکور (۰/۴۶۸) و (۰) طبق رابطه (۲۳) هردو رتبه اول (در مورد مرکز درمانی ب نمیتوان نظری داد)، در مقایسه بخش زنان مراکز درمانی ب، ج و الف با مقدار شاخص ویکور به ترتیب برابر با (۰)، (۰/۸۰۳) و (۱/۰۲۲) به ترتیب رتبه اول تا سوم و در مقایسه بخش اطفال مراکز درمانی الف و ب با میزان شاخص ویکور به ترتیب برابر با (۰) و (۱/۰۸۸) رتبه اول و دوم را از طبق نظرسنجی بیماران از کیفیت خدمات درمانی به خود اختصاص داده اند.

جدول ۴-۱۶: نتایج مربوط به تحلیل داده های بخش های مشترک بیمارستان ها

بخش	زنان				داخلی			
بیمارستان	S	R	Q	رتبه	S	R	Q	رتبه
الف	۰,۲۳۰	۰,۰۷۰	۱,۰۲۲	۳	۰,۰۱۱	۰,۰۱۱	۰	۱
ب	۰,۰۱۳	۰,۰۰۴	۰	۱	۰,۳۳۰	۰,۰۸۱	۰,۹۷۰	۳
ج	۰,۱۴۰	۰,۰۶۳	۰,۸۰۳	۲	۰,۲۰۴	۰,۰۶۲	۰,۶۴۱	۲
بخش	جراحی				اطفال			
بیمارستان	S	R	Q	رتبه	S	R	Q	رتبه
الف	۰,۰۸۵	۰,۰۴۴	۰,۴۶۸	۱	۰	۰	۰	۱
ب	۰,۲۱۰	۰,۰۵۸	۱,۱۳۳	-	۰,۲۴۵	۰,۰۵۸	۱,۰۸۸	۲
ج	۰,۰۳۹	۰,۰۱۹	۰	۱	-	-	-	-



شکل ۴-۱۴: نمودار نتایج مربوط به تحلیل داده های بخش های مشترک بیمارستان ها - پایینتر بودن میزان Q نشاندهنده وضعیت مطلوبتر است.

۴-۵- بررسی و تحلیل آزمون فریدمن

جدول (۴-۱۷) وضعیت رتبه بندی متغیرها (ابعاد کیفیت خدمات درمانی) در بیمارستان الف را نشان می دهد. مقایسه میانگین رتبه ها نشان می دهد که بالاترین میانگین رتبه (۴/۸۲) به بعد زمان اختصاص دارد که بدین معناست که از نظر بیماران بیشترین میزان رضایت نسبت به بعد زمان است. بعد از بعد فوق، بیشترین میزان رضایت بیماران نسبت به ابعاد تضمین، پاسخگویی، بیمار محوری، امور مالی، اثربخشی و ارتباطات سلامت می باشد. و همچنین جدول (۴-۱۸) مربوط به آزمون فریدمن است. مقدار مجذور کای به دست آمده برابر با ۳۸/۱۲۹ است که در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ قرار دارد ($P < 0/05$). بدین معنا می باشد که تفاوت معناداری در نظر و رضایت بیماران نسبت به اجرا و رعایت ابعاد کیفیت وجود دارد و رتبه بندی ابعاد از نظر آن ها متفاوت است.

جدول ۴-۱۷: وضعیت رتبه بندی متغیرها در بیمارستان الف طبق آزمون فریدمن

بیمارستان الف	میانگین رتبه
۳/۵۶	اثربخشی
۴/۰۷	بیمار محوری
۴/۱۴	تضمین
۳/۳۹	ارتباطات سلامت
۴/۰۸	پاسخگویی
۴/۸۲	زمان
۳/۹۴	امور مالی

جدول ۴-۱۸: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان الف در آزمون فریدمن

Test Statistics	
۱۲۸	N
۳۸/۱۲۹	Chi-Square
۶	df
/۰۰۰	Asymp. Sig.

جدول (۴-۱۹) وضعیت رتبه بندی متغیرها (ابعاد کیفیت خدمات درمانی) در بیمارستان ب را نشان می دهد. مقایسه میانگین رتبه ها نشان می دهد که بالاترین میانگین رتبه (۴/۴۱) به بعد زمان اختصاص دارد که بدین معناست که از نظر بیماران بیشترین میزان رضایت نسبت به بعد زمان است. بعد از بعد فوق، بیشترین میزان رضایت بیماران نسبت به ابعاد امور مالی، اثربخشی، بیمار محوری، پاسخگویی، تضمین و ارتباطات سلامت می باشد. و همچنین جدول (۴-۲۰) مربوط به آزمون فریدمن است. مقدار مجذور کای به دست آمده برابر با ۱۷/۱۵۸ است که در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ قرار دارد ($P < ۰/۰۵$). بدین معنا می باشد که تفاوت معناداری در نظر و رضایت بیماران نسبت به اجرا و رعایت ابعاد کیفیت وجود دارد و رتبه بندی ابعاد از نظر آن ها متفاوت است.

جدول ۴-۱۹: وضعیت رتبه بندی متغیرها در بیمارستان ب طبق آزمون فریدمن

بیمارستان ب	میانگین رتبه
۴/۰۶	اثر بخشی
۳/۹۵	بیمار محوری
۳/۸۴	تضمین
۳/۴۸	ارتباطات سلامت
۳/۹۰	پاسخگویی
۴/۴۱	زمان
۴/۳۶	امور مالی

جدول ۴-۲۰: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ب در آزمون فریدمن

Test Statistics	
۱۲۸	N
۱۷/۱۵۸	Chi-Square
۶	df
/۰۰۹	Asymp. Sig.

جدول (۴-۲۱) وضعیت رتبه بندی متغیرها (ابعاد کیفیت خدمات درمانی) در بیمارستان ج را نشان می دهد. مقایسه میانگین رتبه ها نشان می دهد که بالاترین میانگین رتبه (۴/۴۰) به بعد زمان اختصاص دارد که بدین معناست که از نظر بیماران بیشترین میزان رضایت نسبت به بعد زمان است. بعد از بعد فوق، بیشترین میزان رضایت بیماران نسبت به ابعاد اثربخشی، بیمار محوری، امور مالی، پاسخگویی، تضمین و ارتباطات سلامت می باشد. و همچنین جدول (۴-۲۲) مربوط به آزمون فریدمن است. مقدار مجذور کای به دست آمده برابر با ۱۶/۱۱۵ است که در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ قرار دارد ($P < ۰/۰۵$). بدین معنا می باشد که تفاوت معناداری در نظر و رضایت بیماران نسبت به اجرا و رعایت ابعاد کیفیت وجود دارد و رتبه بندی ابعاد از نظر آن ها متفاوت است.

جدول ۴-۲۱: وضعیت رتبه بندی متغیرها در بیمارستان ج طبق آزمون فریدمن

بیمارستان ج	میانگین رتبه
۴/۲۱	اثر بخشی
۴/۱۳	بیمار محوری
۳/۷۶	تضمین
۳/۴۸	ارتباطات سلامت
۳/۹۵	پاسخگویی
۴/۴۰	زمان
۴/۰۶	امور مالی

جدول ۴-۲۲: نتایج مربوط به تحلیل داده های بیمارستان ج در آزمون فریدمن

Test Statistics	
۱۲۸	N
۱۶/۱۱۵	Chi-Square
۶	df
/۰۱۳	Asymp. Sig.

۴-۶- بررسی و تحلیل آزمون تحلیل واریانس

جدول (۴-۲۳) تحلیل واریانس برای مقایسه ابعاد در سه گروه بیمارستان الف، ب، ج را نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود از نظر ابعاد تضمین و زمان در بین گروه ها تفاوت معناداری وجود دارد. (مقدار Sig آن ها کمتر از پنج صدم می باشد).

جدول ۴-۲۳: نتایج مربوط به تحلیل واریانس در بیمارستان ها

ابعاد	F	sig
اثر بخشی	۰/۰۴۲	۰/۹۵۸
تضمین	۶/۴۰۰	۰/۰۰۲
ارتباطات سلامت	۲/۹۸۶	۰/۰۵۲
زمان	۶/۰۱۹	۰/۰۰۳
امور مالی	۰/۶۶۵	۰/۵۱۵
بیمار محوری	۱/۹۹۰	۰/۱۳۸
پاسخگویی	۲/۵۵۰	۰/۰۷۹

جدول (۴-۲۴) نتایج تحلیل تعقیبی را برای ابعاد زمان و تضمین به تفکیک سه گروه نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود در بعد تضمین تفاوت میانگین بیمارستان الف با بیمارستان ب 0.21745 است که با توجه به $0.12 / \text{sig} = 0$ کمتر از پنج صدم تفاوت معناداری در رضایت خدمات از نظر بعد تضمین در دو بیمارستان وجود دارد. به همین ترتیب بیمارستان الف در هر دو بعد زمان و تضمین از دو بیمارستان دیگر رضایت بیشتری داشته و تفاوت میانگین آن معنادار است. این در حالی است که بیمارستان ب نسبت به بیمارستان ج در هر دو بعد زمان و تضمین تفاوت میانگین در رضایت بیماران دارد ولی این تفاوت ها با توجه به مقادیر sig که بیشتر از پنج صدم هستند تفاوت های معناداری نیست.

جدول ۴-۲۴: نتایج تحلیل تعقیبی شفه

بعد	گروه	گروه	تفاوت میانگین	sig
تضمین	بیمارستان الف	بیمارستان ب	۰/۲۱۷۴۵	۰/۰۱۲
		بیمارستان ج	۰/۲۳۱۷۷	۰/۰۰۷
	بیمارستان ب	بیمارستان ج	۰/۰۱۴۳۲	۰/۹۸۱
زمان	بیمارستان الف	بیمارستان ب	۰/۲۲۰۳۱	۰/۰۱۶
		بیمارستان ج	۰/۲۳۵۹۴	۰/۰۰۹
	بیمارستان ب	بیمارستان ج	۰/۰۱۵۶۳	۰/۹۷۹

۴-۶-۱- بررسی و تحلیل آزمون تحلیل واریانس و فریدمن در بخش های بستری

طبق بررسی انجام شده در سه بیمارستان تفاوت معناداری در رضایت از ابعاد در بخش های بستری مختلف وجود ندارد. و در هر بخش هم تفاوت معناداری در میانگین ابعاد وجود ندارد. و این نشان دهنده یکپارچگی عملکرد و ارائه خدمات در بخش های یک بیمارستان می باشد. بدین معنی که در یک بیمارستان همه ی بخش ها از نظر ارائه خدمات طبق منشور تعریف شده برای آن ها از سوی بیمارستان عمل میکنند.

۴-۷- خلاصه

این فصل در برگیرنده نتایج تحقیق می باشد که حاصل تجزیه و تحلیل آماری و روش تصمیم گیری چندمعیاره ترکیبی است. نتایج حاصل نشان دهنده میزان رضایت بیماران از کیفیت خدمات درمانی است که به وسیله آن سه بیمارستان مورد مطالعه با هم، بخ های بستری هر بیمارستان با هم و بخش های مشترک بیمارستان ها نیز با هم مقایسه و رتبه بندی می شوند. و همچنین وجود تفاوت معنادار ابعاد در بیمارستان ها بررسی شده است. در فصل بعد به تحلیل این نتایج خواهیم پرداخت.

فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات

۵-۱- مقدمه

در این فصل به تحلیل نتایج و ارائه پیشنهادات کاربردی در راستای پیشبرد اهداف کلیدی مراکز درمانی که بهبود کیفیت ارائه خدمات می باشد، خواهیم پرداخت.

۵-۲- نتایج کلیدی پژوهش

در پژوهش حاضر هدف دستیابی به میزان درک و رضایت بیماران از کیفیت خدمات بیمارستانی در نمونه موردی تحت مطالعه شامل بیمارستان‌های شهرستان شاهرود و رتبه بندی آن‌ها با استفاده از روش تصمیم گیری چند معیاره ترکیبی و آزمون های آماری جهت ارائه پیشنهادات در راستای بهبود خدمات بیمارستانی است.

مشخصات جامعه آماری تحقیق از نظر مولفه‌های دموگرافیک به صورت ذیل است. حدود ۵۱/۳ درصد بیماران مردان و ۴۸/۷ درصد از آن‌ها زنان می‌باشند. بیشترین فراوانی نسبی در رده سنی ۲۰ الی ۳۵ سال است و حدوداً ۴۸ درصد بیماران دارای مدرک تحصیلی متوسطه هستند. همچنین ۶۰/۲ درصد بیماران متأهل، ۴۲ درصد شاغل و حدوداً ۷۰ درصد آن‌ها ساکن شهرستان شاهرود هستند. ۶۰ درصد آن‌ها سابقه بستری در بیمارستان را داشته‌اند که از این تعداد حدود ۹۰ درصد در بیمارستان‌های دولتی بستری بوده‌اند. ۹۰ درصد از بیماران از پوشش بیمه برخوردار هستند و از بین آن‌ها بیشترین فراوانی متعلق به بیمه تامین اجتماعی است.

با هدف رتبه بندی بیمارستان‌ها و بخش های بستری بر اساس میزان رضایت بیماران از کیفیت خدمات، اوزان بدست آمده برای ابعاد کیفیت خدمات به ترتیب اولویت برای هر بعد عبارتند از بیمار محوری (۰/۱۹۸)، بعد زمان (۰/۱۸۸)، بعد اثربخشی (۰/۱۷۸)، بعد پاسخگویی (۰/۱۲۳)، بعد تضمین (۰/۱۱۲)، بعد مالی (۰/۱۰۸) و بعد ارتباطات سلامت (۰/۰۹) بدست آمده است. نتایج نشان می‌دهد بعد مالی ارائه خدمات از اهمیت پایین تری نسبت به دیگر ابعاد برخوردار است. اگرچه انتظار می‌رود با توجه به شرایط اقتصاد خانواده، بعد مالی از اهمیت بسزایی برخوردار باشد، اما پوشش بالای بیمه‌ای

در بین مراجعه‌کنندگان و نرخ بالای مراجعه به مراکز درمانی دولتی در زمان اجرای طرح تحول نظام سلامت سبب شده است تا دغدغه مراجعه‌کنندگان نسبت به مقوله مالی کاهش یابد و همچنین طبق نتایج بدست آمده بعد زمان از اهمیت بالایی برخوردار است. اگر چه درصد بالایی از بیماران در زمان اجرای طرح بومی بوده اند و زمان دسترسی آن‌ها به بیمارستان زیاد نبوده است اما با توجه به درصد بالای بیماران متاهل و شاغل زمان رسیدگی و پاسخگویی به این بیماران و همچنین مدت زمان بهبودی کامل برای آن‌ها از اهمیت بالایی برخوردار می باشد. در میان ابعاد، بعد بیمار محوری دارای بیشترین اهمیت است. این مطلب نشان می‌دهد در ارائه خدمات رضایت و وفاداری مشتری بیش از هر چیز حائز اهمیت است اما علی رغم آنکه همدلی و تمرکز بر خواسته های بیمار از مقدمات رضایت و وفاداری آن‌ها است طبق نتایج بدست آمده بعد ارتباطات سلامت از کمترین اهمیت برخوردار می باشد که این موضوع باید توسط مدیران و خبرگان درمانی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

نتایج حاصل از ارزیابی رضایت بیماران بستری نشان داده است در بیمارستان الف بیشترین میزان رضایت از بخش اطفال و کمترین میزان رضایت از بخش جراحی بوده است، در بیمارستان ب بیشترین میزان رضایت در بخش های گوش، حلق بینی و زنان و همچنین کمترین میزان رضایت در بخش های جراحی و ارولوژی بوده است و در بیمارستان ج بیشترین میزان رضایت در بخش زنان و کمترین مربوط به بخش جراحی می باشد.

طبق مشاهدات انجام شده در بیمارستان الف یکی از دلایل عمده سطح بالای رضایت بیماران در بخش اطفال همدلی بیشتر پزشکان و پرستاران با کودکان بستری در این بخش می باشد، همچنین سعی شده است تا با ایجاد فضایی شاد و رنگارنگ از نظر آرایش محیطی حس آرامش و امنیت خاطر به کودکان داده شود. این عوامل موجب افزایش رضایت از ابعاد بیمارمحوری و ارتباطات و تضمین سلامت شده است.

در هردو بیمارستان ب و ج بخش زنان از رضایت بالایی برخوردار می باشد. اگرچه عدم رعایت برخی نکات بهداشتی مشاهده میشد اما پزشکان با حوصله بیشتری به نیازها و مشکلات بیماران در بخش

زنان رسیدگی می کنند و موجب اطمینان و آرامش خاطر آن ها می شوند. به طور مثال وجود یک مشاور مامایی بعد از زایمان در بخش و راهنمایی به زنان در خصوص مراقبت های بعد از زایمان خود یک امتیاز مثبت به شمار می رود که موجب می شود بیمار احساس تنهایی یا ترس از مراقبت درست از فرزند خود را نداشته باشد. این عوامل موجب افزایش رضایت از ابعاد ارتباطات و تضمین سلامت شده است.

بخش گوش و حلق و بینی در بیمارستان ب دارای فضای پاکیزه تری نسبت به سایر بخش ها می باشد و از عوامل عمده ای که موجب رضایت بیماران در این بخش یا نارضایتی آنان در بخش های دیگر شده است سرویس دهی خدمه بخش است. برای مثال در اختیار قرار ندادن به موقع و سریع امکانات و وسایل مورد نیاز به بیماران و همراهانشان از قبیل ملحفه تمیز و یا حتی قرار ندادن قاشق و لیوان در کنار غذای بیمار یا عدم سرویس دهی به موقع غذایی به آن ها از مواردی است که در بیمارستان ب مشاهده شده است و برخی بیماران از آن ناراضی بودند. این عوامل نیز موجب عدم رضایت از ابعاد پاسخگویی و بیمار محوری شده است.

طبق نتایج بدست آمده از نظر بیماران، بخش جراحی علی رغم اهمیت این بخش به دلیل وجود بیماران جراحی شده که نیاز به مراقبت های بیشتری برای بهبود بیماری و ناحیه جراحی شده دارند، در هر سه بیمارستان میزان رضایت کمی داشته است. از دلایل عدم رضایت در این بخش میتوان به عدم وجود تیم جراحی مجرب در بیمارستان های شاهرود و همچنین عدم دوره های آموزشی برای آمادگی بیماران از لحاظ روحی (قبل و بعد از جراحی) و از لحاظ جسمی و مراقبت های پزشکی بعد از جراحی اشاره کرد که موجب عدم اطمینان و تضمین برای بیمار در این بخش خواهد شد.

همانطور که در رتبه بندی بخش های بستری مشترک بیمارستان ها مشاهده می شود، در بخش زنان بیمارستان ب از بیمارستان ج و بیمارستان ج از بیمارستان الف امتیاز بالاتری گرفته است که نشان می دهد اگرچه بخش زنان در بیمارستان ج در مقایسه در گر بخش های آن رتبه اول میزان رضایت را داشته است اما در مقایسه با این بخش در بیمارستان ب عملکرد پایین تری نسبت به نظر بیماران

دارد. از نظر بخش جراحی دو بیمارستان الف و ج در یک سطح قرار دارند و در بخش داخلی بیمارستان الف، ج و ب به ترتیب دارای بیشترین میزان رضایت بوده اند که همانطور که گفته شد این بخش در مقایسه بخش های بستری در داخل هر بیمارستان هم در بیمارستان ب رتبه بالایی نداشته است و همین امر نشان دهنده کارایی و اثربخشی پایین در این بخش می باشد. در بخش اطفال نیز بیمارستان الف دارای رضایت بیشتری نسبت به بیمارستان ب بوده است که همانطور که گفته شد از دلایل آن میتوان به رعایت بیشتر بهداشت در بیمارستان الف نسبت به بیمارستان ب اشاره کرد و چون اطفال نسبت به بزرگسالان نسبت به آلودگی محیط حساس تر هستند، بیمارستان الف رتبه بالاتری دریافت کرده است.

به طور کلی در مقایسه سه بیمارستان نسبت به ابعاد کیفیت خدمات بیمارستان الف، ب و ج به ترتیب دارای بیشترین میزان رضایت بوده اند. از نقاط ضعف بیمارستان ج میتوان به بافت فرسوده ساختمان بیمارستان اشاره کرد. که به دلیل قدیمی بودن مشکلاتی را برای بیماران به وجود آورده است. به طور مثال برخی بیماران از وجود حشرات در داخل دیواره های اتاق خود و یا برخی از عدم سیستم تهویه مناسب و به روز در اتاق های بستری ناراضی بودند و رضایت از بعد مهم بیمار محوری پایین است. تقریباً در هر سه بیمارستان کلاس های آموزشی جهت آشنایی بیماران و یا همراهان با روند درمان برگزار نمی شود و یا پرستاران به دلیل عدم کلاس های آموزشی مناسب برای همدلی و روحیه دهی و مدارا نمودن با بیماران به طرز صحیحی با بیماران برخورد نمی کنند و فقط از جهت پزشکی به آنها رسیدگی می کنند.

در ادامه با استفاده از آزمون های آماری به تجزیه و تحلیل هر بعد در بیمارستان ها می پردازیم. جهت سنجش متوسط کیفیت از منظر ابعاد مختلف در هر سه بیمارستان با استفاده از آزمون فریدمن، نتایج حاکی از آن است که تفاوت معناداری در نظر بیماران وجود دارد. به عبارت دیگر، اختلاف میانگین در رضایت بیماران اتفاقی نبوده و در اثر میزان عملکرد صحیح در هر بعد به وجود آمده است.

در بیمارستان الف بیشترین میانگین مربوط به بعد زمان و تضمین و کمترین مربوط به بعد اثربخشی و ارتباطات سلامت می باشد، در بیمارستان ب بیشترین میانگین مربوط به بعد زمان و امور مالی و کمترین مربوط به بعد تضمین و ارتباطات سلامت و همچنین در بیمارستان ج بیشترین میانگین مربوط به بعد زمان و اثربخشی و کمترین مربوط به بعد تضمین و ارتباطات سلامت می باشد. همانطور که مشاهده می شود بعد زمان در هر سه بیمارستان دارای بالاترین میانگین رتبه ای است که این بیانگر سرعت عمل در رسیدگی و پاسخگویی به بیمار می باشد که در زمینه پزشکی امر بسیار مهمی است و این بعد در وزن دهی هم رتبه دوم از نظر اهمیت از نظر خبرگان را داشته است. اما همانطور که بعد ارتباطات سلامت از نظر خبرگان دارای پایین ترین اهمیت است، دارای کمترین میانگین رتبه ای نیز می باشد. که نشان می دهد در این بیمارستان ها به همدلی، اطلاع رسانی و احترام و رفتار مناسب با بیمار به اندازه اقدامات پزشکی اهمیت ندارد.

طبق اطلاعات بدست آمده از آزمون تحلیل واریانس تفاوت معناداری از لحاظ بعد زمان و تضمین در بیمارستان الف نسبت به بیمارستان ب و ج وجود دارد که به معنای اختلاف میانگین چشمگیر در این بیمارستان نسبت به دو بیمارستان دیگر از لحاظ دو بعد نام برده می باشد. همانطور که گفته شد تعهد، ایمنی در ارائه خدمت، مسئولیت پذیری در ارائه خدمت و قابلیت اعتماد از زیرمعیار های بعد تضمین می باشند که لازم است در دو بیمارستان ب و ج بیشتر رعایت شوند.

اگرچه نتایج حاصل از ارزیابی ابعاد کیفیت خدمات براساس داده های جمع آوری قابل اتکا و تحلیل است، با این وجود دست یابی به نتایج حاصله در صورت تغییر در اوزان هر یک از ابعاد می تواند نشان دهنده پایداری نتایج باشد. برای این منظور اقدام به تحلیل حساسیت با تغییر مشخص در اوزان ابعاد و بررسی نتایج حاصله شده است.

۵-۲-۱- تحلیل حساسیت اوزان ابعاد سنجش کیفیت خدمات

جهت تحلیل حساسیت اوزان سه رویکرد ذیل مدنظر قرار گرفته است: (۱) تخصیص وزن (اهمیت) برابر به هر یک از ابعاد، (۲) افزایش وزن ابعاد به صورت انفرادی در محدوده مشخص تا محدوده ۲۰

درصدی و (۳) جابجایی کامل اوزان. نتایج حاصله به ترتیب برای هر رویکرد به صورت ذیل قابل برداشت است.

رویکرد ۱. با تخصیص اوزان برابر برای هریک از ابعاد میزان شاخص ویکور برای مرکز درمانی الف برابر همان صفر و برای مراکز درمانی ب و ج به ترتیب به مقدار $7/728$ و $8/560$ تغییر خواهد کرد.

رویکرد ۲. با افزایش وزن ابعاد به صورت انفرادی در محدوده مشخص تا محدوده ۲۰ درصدی میزان شاخص ویکور مراکز درمانی الف، ب و ج به ترتیب برابر با صفر، $1/19758$ و $0/278912$ خواهد شد.

رویکرد ۳. با جابجایی کامل اوزان ابعاد با یکدیگر میزان شاخص ویکور مراکز درمانی الف، ب و ج به ترتیب برابر صفر، $1/171$ و $1/324$ خواهد شد. با جابجایی وزن بیمار محوری و ارتباطات سلامت که بیشترین و کمترین میزان وزن و اهمیت را در بین ابعاد طبق نتایج به دست آمده دارند میزان شاخص ویکور مرکز درمانی الف برابر با ۰، مرکز درمانی ب برابر با $1/185$ و مرکز درمانی ج برابر با $1/270$ خواهد شد.

با توجه به سه رویکرد انجام داده شده اگرچه با تغییر اوزان ابعاد کیفیت شاخص ویکور برای هر کدام از بیمارستان ها تغییر خواهد کرد اما در رتبه بندی مراکز درمانی هیچ تغییری ایجاد نخواهد شد. این مطلب نشان دهنده پایداری نتایج و درستی آن است.

۵-۳- پیشنهادات کاربردی

در این بخش پیشنهاداتی جهت رفع و یا بهبود نقاط ضعف موجود در عملکرد بیمارستان های مورد مطالعه براساس هر یک از ابعاد، ارائه خواهد شد.

- پایش مستمر کارکنان واحد های بیمارستان از نظر طرز برخورد و رفتار پرسنل بیمارستانی با بیمار به منظور برنامه ریزی در جهت اصلاح و بهبود فرایندها و ارتقا کیفیت روابط با بیمار.
- آگاه ساختن بیماران از منشور حقوق بیمار در جهت هدایت منطقی ادراک و انتظارات بیماران نسبت به حقوق خود. گنجاندن دروسی در زمینه آموزش مهارت های ارتباطی در سرفصل

دروس دانشجویان پزشکی و پرستاری در دانشگاه ها. رعایت مواردی نظیر احترام و حفظ شان فرد، مشارکت وی در درمان، حل و رفع نیاز های غیر پزشکی و... که به طور غیر مستقیم بر روند درمان موثر بوده و موجب آرامش خاطر بیمار می گردد. (ارتباطات سلامت)

■ با توجه به شرایطی که به اجبار برای بیمار در دوره بستری اش در بیمارستان برای وی رخ می دهد (نظیر دوری از محیط منزل و خانواده، از بین رفتن تعلقات فردی، قرار گرفتن در محیطی جدید و نا آشنا و...) باعث ایجاد تنش روحی در بیمار می شود که می توان با ملموسات مناسبی نظیر محیط زیبا و جذاب آرامش از دست رفته را به بیمار بازگرداند. از نظر بیماران برخورد صادقانه و توأم با احترام، رسیدگی به بیمار و رفع نیازهای غیر پزشکی وی، توجه پزشکان به روند درمان، مسئولیت پذیری تیم درمان و پاکیزه بودن محیط بیمارستان از مواردی است که به عنوان نکات مثبت در مراکز درمانی به شمار می رود و به طور قابل توجهی رضایت آنان را به همراه داشته است. بهتر است بیمارستان ها از تجهیزات و امکانات فیزیکی به روز و جدید استفاده کنند، محیط بیمارستان باید همواره پاکیزه باشد، و کارکنان ظاهری مرتب و آراسته داشته باشند. همچنین ظاهر بیمارستان باید به گونه ای زیبا و جذاب طراحی شود. (بیمارمحوری)

■ بیمار نیاز دارد تا از نظر روانی در محیط بیمارستان احساس امنیت کند. این احساس امنیت می تواند در قالب مواردی نظیر حفظ حریم خصوصی در مقابل بیماران دیگر یا حتی در حضور پزشک و خدمه، امنیت از نظر حفظ لوازم و وسایل شخصی، آزادی از ریسک یا شک و تردید در زمان در زمان دریافت یا مشارکت در خدمت و به خصوص آرامش خاطر در خصوص درست و به موقع بودن خدمت دریافت شده از سوی کارکنان مورد توجه قرار گیرد. به این ترتیب می توان اطمینان حاصل کرد که بیمار در طول مدت بستری اش در بیمارستان از محیط و کارکنان و همچنین روندهای درمانی که برای وی اجرا می شود احساس امنیت می

کند. ارتقا سطح آگاهی، نگرش و مهارت های انسانی کارکنان بیمارستان به ویژه کادر درمانی

و پرستاری در جهت رعایت حقوق بیمار (تضمین)

- مدیران و کارکنان بیمارستان ها باید توجه داشته باشند که بیماران به پاسخ آنی نیاز دارند و بی توجهی به این اثر ممکن است به کاهش رضایت بیمار منجر شود. بنابراین کارکنان باید خدمات را سریع و بدون معطلی ارائه دهند و در هر حال آماده ی پاسخگویی به سوالات بیماران باشند و به بیماران بگویند که دقیقا چه زمانی خدمت مورد نظر خود را دریافت خواهند کرد و طول درمان آن ها تقریبا چقدر طول خواهد کشید. (زمان)
- پیشنهاد می شود مدیران و کارکنان بیمارستان ها، توجه ویژه و فردی به بیماران نشان دهند، نیازهای خاص آن ها را درک کنند و سعی در حل مشکلاتشان داشته باشند. ارائه خدماتشان دقیقا همسو با نیاز بیمار باشد و تا بهبودی وی به صورت مستمر انجام شود. (پاسخگویی)
- پیشنهاد می شود برای بالا بردن سطح اثربخشی بیمارستان پزشکان از ابتدا بیمار را در جریان بیماری و روند درمان آن قرار دهند، بدین ترتیب با مشارکت بیمار در روند درمان و رعایت الزامات بهداشتی و پزشکی امکان تشخیص صحیح بالا می رود و سطح خطا پایین می آید. (اثربخشی)
- در این زمینه می توان با سرعت عمل در فرآیند ترخیص بیماران و محاسبه درست و ارسال فاکتورها به سازمان های بیمه گر و ثبت کامل اطلاعات بیماران برای جلوگیری از بروز مشکل سطح رضایت بیماران را بالا برد. (امور مالی)

۴-۵- پیشنهادات برای تحقیقات آتی

به منظور توسعه پژوهش حاضر با هدف افزایش کارایی و کاربردپذیری نتایج، مجموعه پیشنهادهای ذیل جهت تحقیقات آت یارائه می‌شوند:

- در این پژوهش تمرکز ارزیابی بر بخش های درمانی و پزشکی مراکز درمانی بوده است. در تحقیقات آتی میتوان همه بخش های مراکز درمانی نظیر مراکز ستادی و پشتیبانی مانند مرکز تلفن، تدارکات و انبار و واحد تاسیسات، واحد انتظامات و ... را مورد ارزیابی کیفیت عملکرد قرار داد.
- از آنجا که روش ها و ابعاد و مولفه های ارائه شده تقریبا جنبه عمومی داشته، مدیران دیگر صنایع خدماتی نیز میتوانند با اندکی تعدیل با موفقیت این روش را جهت سنجش کیفیت خدمات خود مورد استفاده قرار دهند.
- ارزیابی حاضر به صورت استاتیک انجام شده است در حالی بسیاری از بازخوردهای مربوط به کیفیت خدمات در طی زمان و با تاخیر دریافت خواهند شد. از این رو تحلیل پویای ارزیابی کیفیت خدمات می‌توان نتایج با کارایی و اثربخشی بالاتری را به همراه داشته باشد.

۵-۵- محدودیت‌های تحقیق

از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر عبارتند از:

- ارزیابی کیفیت خدمات درمانی بدون در نظر گرفتن بازخوردهای ممکن در طی دوره زمانی مشخص
- با توجه به پیچیدگی فرایند ارزیابی کیفیت خدمات درمانی و تاثیر پذیری آن از مجموعه معیارهای متنوع، ارزیابی کیفیت خدمات براساس مجموعه معیارهای مشخص و محدود انجام شده است.

۵-۶- خلاصه

در این فصل نتایج حاصل از یافته های پژوهش مرور گردید و در ادامه با توجه به یافته های پژوهش و نتایجی که محقق از کار تحقیقاتی خود بدست آورده است پیشنهاداتی برای ارائه بهتر خدمات درمانی ارائه گردید. در انتها نیز ضمن بیان محدودیت های پیشرو در انجام پژوهش پیشنهاداتی برای انجام تحقیقات آتی در زمینه های مرتبط با موضوع این پژوهش ارائه گردید.

منابع

- بایسته های پژوهش در گروه های معارف اسلامی. همایش سراسری استادان معارف اسلامی. آذرماه ۹۵ مشهد مقدس. دکتر رضا فیروزی. استاد گروه معارف اسلامی. دانشگاه علوم پزشکی ارومیه.

- علیرضا زمانیان محمد چاوشان محمد معتمدی. ارزیابی محتوای دوره های آموزشی برگزار شده در مراکز ثابت آموزش فنی و حرفه ای خراسان جنوبی در سال ۹۵. سال دوم شماره ۱۲. ماهنامه شباک (شبکه اطلاعات کنفرانسهای کشور).

- آصف زاده سعید. شناخت بیمارستان. تهران: مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، ۱۳۶۹

آصف زاده سعید. آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی. چاپ اول. تهران: انتشارات عملی و فرهنگی؛ ۱۳۷۶

- نیک پور الهه. میزان تأثیر مدیریت مشارکتی (گروه های بهبود کیفیت) بر کارایی بیمارستان آیت ا... کاشانی. پایان نامه دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تهران: واحد علوم تحقیقات. دانشگاه آزاد اسلامی. سال تحصیلی ۷۶-۷۷. سال ۱۳۸۰

- فاطمه نعمتی، دوپلانی اسمعیل محمدنژاد، امیر طباطبایی، سیده رقیه احسانی کوهی خیلیری، اعظم سجادی، عایشه حاجی اسمعیل پور. ارزیابی میزان رضایتمندی بیماران از خدمات درمانی در بیمارستان آموزشی. ۱۳۹۳. فصلنامه اخلاق پزشکی سال هفتم، شماره بیست و هشتم، تابستان ۱۳۹۳

- دکتر امیر اشکان نصیری پور، دکتر سیدجمال الدین طبیبی، امین قاسم بگلو، دکتر رحمت الله جدیدی. طراحی الگوی ارزیابی عملکرد بیمارستان های دولتی ایران با استفاده از روش ارزیابی متوازن. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک. سال ۱۲، شماره ۱ (شماره پیاپی ۴۶)، بهار ۱۳۸۸. ۹۵-۱۰۶

- محمدعلی بهشتی نیا، احمد ترک زاده. ارزشیابی و رتبه بندی کیفیت خدمات در چهار بیمارستان دولتی شهرستان اصفهان با استفاده از روشهای "تصمیمگیری چندمعیاره". نشریه مدیریت ارتقای سلامت. مرداد و شهریور ۱۳۹۶، دوره ۶، شماره ۴

- دکتر علیرضا سلوکدار، دکتر امیر اشکان نصیری پور، شقایق شفیعی ثابت. مطالعه تاثیر کیفیت خدمات بر رضامندی بیماران بیمارستان های خصوصی و رتبه بندی آن ها از طریق تحلیل سلسله

- مراتبی فازی در استان گیلان. مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامت)، دوره ۱۰ شماره ۶ بهمن و اسفند ۱۳۹۵. (۵۱۳-۵۰۴)

- نیاکان لاهیجی، نازیلا؛ بررسی عوامل موثر بر رضایت مشتریان در بیمه های زندگی، مجله: تازه های جهان بیمه؛ آذر ۱۳۹۱؛ شماره ۱۷۴ (۱۵ صفحه- از ۴ تا ۱۸).

- رسول نورالسنة، عباس سقایی، فائزه شادالویی، یاسر صمیمی. ۱۳۸۷ اندازه گیری رضایت مشتری برای شناسایی فرصت‌های بهبود در خدمات پژوهشی آموزش عالی. فصلنامه پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی، شماره ۴۹.

- هاشم کوزه چیان، حمیدرضا گوهر رستمی، محمد احسانی. مقایسه رضایتمندی مشتریان باشگاه های بدنسازی خصوصی و دولتی مردان شهر تهران. مدیریت ورزشی _ تابستان ۱۳۸۸. شماره ۱؛ صفحه ۳۷-۴۹

- فرشته فرزبان پور، امیر حسین اسکندری، صدف علیپور، اصلان نظری، لیلا گودرزی. میزان رضایت بیماران از نحوه ارتباط کارکنان بیمارستان با آنها؛ مطالعه موردی بیمارستان سینا. بهار و تابستان ۱۳۹۳، دوره ۲۳، شماره ۱ و ۲، صفحه ۵۷ تا ۶۶.

- پهلوان زاده س، مقصودی گنج، سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ ۱۳۸۴

- پارسا یکتا ز و همکاران، تحقیقات تجربی غیائی در مورد اضطراب و رضایت بیماران تحت عمل جراحی باز قلبی با لوله گذاری. تهران مامایی ۱۳۸۱

- محسنیان راد، مطالعات ارتباطی، ناشر سروش، فرهنگ ارتباطات، موسسه تهران تهران، ۱۳۷۳

- ظفرقندی، م ر، رضایی، س. (۱۳۸۳). بررسی میزان رضایتمندی بیمار از پذیرش در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله تحقیقات حکیم. ۸ (۳): ۳۱-۷.

- تولایی، روش های جدید برای ارزیابی عملکرد سازمانی، مجله علمی توسعه پلیس، ۱۳۸۵، شماره ۱۲: ۳۰-۹.

- ابوالقاسم گرجی، طباطبائیان، اکبری، سرخوش، خراسانی. استفاده از مدل GAP کیفیت سرویس (سروکوال) در بیمارستان آموزشی امام خمینی (ره): ۱۳۹۰ مدیریت سلامت ۲۰۱۳؛ ۱۶ (۵۱): ۷-۱۸.

- طبیبی، گوهری، کاخانی، شهری. ارتباط کیفیت خدمات و وفاداری بیماران در بیمارستان های دولتی و خصوصی تهران: ۱۳۸۷. فصلنامه بیمارستان؛ ۸ (۳،۴): ۳۵-۴۲

- دهقانی، کزازی. ارزیابی کیفیت مطلوب کیفیت خدمات پستی جمهوری اسلامی ایران. مجله مدیریت صنعتی ۱۳۸۱؛ ۱ (۳): ۳۱-۷۲.

- حاجیان، ک. (۱۳۸۳). رضایت بیمار از خدمات بهداشتی در بیمارستان ها. بابل. علم پزشکی. ۹ (۲): ۵۱-۶۰.

- سید جوادین. مدیریت کیفیت خدمات. تهران: دانش نگا؛ ۱۳۸۴: ۸۰-۱۶۸.

- Lovelock CH & Wright L: اصول مدیریت بازاریابی خدمات. ترجمه شده توسط فروزنده ب. اصفهان: انتشارات آموکست؛ ۱۳۸۸؛ ۵-۲۲۰
- حسن انصاری، عبادی فاطمه، مولصدقی گ. ارزیابی رضایت بیماران در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران. دانشگاه بیرجند. ۱۳۸۲؛ ۱۱ (۳): ۳۸-۴۶.
- میرغفوری، زارع احمدآبادی. بررسی کیفیت خدمات مراکز پزشکی با استفاده از مدل سروکوال (پرونده: بیمارستان شهید رهنمون). ۱۳۸۵؛ ۱۵ (۲): ۸۴-۹۲
- حاتمی. کتاب جامع بهداشت عمومی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۲۰۰۷
- عرب. سازمان بیمارستان و نحوه عملکرد آن چگونه است؟ تهران: دانشگاه یزد، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران؛ ۱۳۸۶
- رجبی پور میبدی. اندازه گیری کیفیت خدمات با استفاده از سروکوال مدل بیمارستان یزد [پایان نامه]. یزد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد؛ ۱۳۸۸.
- محمدی. بررسی کیفیت مراقبت های اولیه در مراکز بهداشتی درمانی استان زنجان. مجله 1387؛ ۱۶ (۶۵): ۸۹-۱۰۰.
- ساروقی. ارتباط تعهد سازمانی و قصد به گردش مالی. فصلنامه مدیریت و فرایند توسعه ۱۳۷۴؛ ۱۰ (۴): ۶۵-۷۳.
- حمید شهبدرزاده، دکتر زنجیریانی، امیر ابراهیمی، باقملائی. طراحی یک روش مبتنی بر ترکیبی از مدل های اندازه گیری کیفیت سرویس با استفاده از تکنیک های تصمیم گیری چند منظوره: مطالعه موردی از مشکلات شیراز. ایران پزشکی جنوبی مجله ۱۳۸۸؛ ۱۳ (۴): ۲۷۳-۹.

- Taşkın, H., Kahraman, Ü.A. & Kubat, C. , Evaluation of the hospital service in Turkey using fuzzy decision making approach, *Journal of Intelligent Manufacturing*, 2015, Page 1.
- Bhaskar, N Lakshmi; Kumar, S Naga Satish; Subhashini, M Meera; Reddy, K T. A Study on Patient Satisfaction through Extemporaneous Responses from Patients in a Tertiary Care Hospital. *Indian Journal of Public Health Research & Development*; New Delhi Vol. 5, Iss. 3, (2014): 319-323.
- Aghamolaei T, Eftekhaari TE, Rafati S, Kahnouji K1, Ahangari S, Shahrzad ME, Kahnouji A, Hoseini SH, Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective. *BMC Health Services Research*. 2014; 14-322.
- Shafii, M. and Rafiei, S. and Abooe, F. and Bahrami, M.A. and Nouhi, M. and Lotfi, F. and Khanjankhani, K. Assessment of Service Quality in Teaching Hospitals of Yazd University of Medical Sciences: Using Multi-criteria Decision Making Techniques. *Osong Public Health and Research Perspectives*, (2016), 7 (4). pp. 239-247.
- Kleefstra, S. M., Zandbelt, L. C., de Haes, J. C. and Kool, R. B. (2015). Trends in patient satisfaction in Dutch university medical centers: room for improvement for all. *BMC Health Services Research* 15 (1): 112.
- Luxford, K., Safran, D. G. and Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care* 23: 510-515.
- Epstein A. Sounding board: the outcomes movement, will it get us where we want to go? *N Engl J Med*. 1990; 323 (4):266–269.
- Bowers MR, Kiefe CI. Measuring health care quality: comparing and contrasting the medical and the marketing approaches. *American Journal of Medical Quality*. 2002; 17 (4):136-44.
- Brady MK, Cronin Jr JJ, Brand RR. Performance-only measurement of service quality: a replication and extension. *Journal of business research*. 2002; 55(1):17-31.
- Gonzalez-Valentin, A. Padin-Lopez, S. Roman-Garrido, E. (2005). Patient satisfaction with nursing care in a regional university hospital in southern Spain. *J Nurse Care Qual*. 20 (1): 63-72.
- Chang, S. J., Hsiao, H. C., & Huang, L. H. Turkey quality indicator project and hospital productivity growth. *Omega*, (2011). 39(1), 14–22.

- Kalroozi, F. Dadgari, F. Zareiyan, A. (2010). Patients' satisfaction from health care group in patient's bill of right observance. *Journal of Military Medicine*. 12 (3): 143-8.
- H. Akdag, T. Kalayci, S. Karag oz, H. Z ulfikar, D. Giz, The. Evaluation of Hospital Service Quality by Fuzzy MCDM, *Applied Soft Computing Journal* (2014. (23) : 239-248.
- Al-Sakkak M, Al-Nowaiser N, Al-Khashan H, Al-Abdrabulnabi A, Jaber R(2008): Patient satisfaction with primary health care services in Riyadh. *SMJ* . , 29 (3).
- Mack, JK. (2004). The effect of urgency on patient satisfaction and future emergency department choice. *Health Care Manage Rev*. 20 (2): 15-7
- Jackson, JL. Chamberlin, J. Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 52: 609-20.
- Crosby PB. Quality is free: The art of making quality certain. New York: McGraw-Hill; 1979:7-15.
- Haddad Slim ,Potvin Louise , Robergea Dani  le , Pineault Raynald and Remondina Martine Patient perception of quality following a visit to doctor in a primary care unit.*FamPract*. (2000) 17 (1): 21-29.
- Donabedian, Avedis. Quality Assessment and Assurance : Unity of Purpose ,Diversity of Means. *Inquiry*. 1988; 25 (1):173-192.
- Ziyar.F, Ziaei.MS, Nargesian.J, Investigating the Factors Affecting Customer Satisfaction Using the Servqual Model. *New Marketing Research*, 2012; 2 (3): 173-186
- Coll, E. Thomas, L. Bond, S. (1996). A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurse Stand*. 10 (52): 34-8.
- Lee, DS. Tu. JV. Chong, A. Alter, DA. (2008). Patient satisfaction and its relationship with quality and outcomes of care after acute myocardial infarction. *Circulation*. 118 - (19): 1938-45.
- Bruce, TA. Bowman, JM. Brown, ST. (2004). Factors that influence patient satisfaction in the emergency department. *J Nurse Care Qual*. 13: 31-7.
- McKinley, RK. Stevenson, K. Adams, S. Manku-Scott, TK. (2007). Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Family Practice*. 19 (4): 333-8.
- Yousapronpaiboon K, Johnson WC. Out-patient service quality perceptions in private Thai hospitals. *International Journal of Business and Social Science* 2013; 4(2): 57-66.
- Madu CN & Madu A. Dimensions of e-quality. *International Journal of Quality & Reliability Management* 2002; 19(3): 246-58.

- Akhlaghi E, Amini S & Akhlaghi H. Evaluating educational service quality in technical and vocational colleges using Servqual model. *Procedia, Social and Behavior Science* 2012; 46(1): 5285-9.
- Chowdhury.H, Zelenyuk.V, Performance of Hospital Services in Ontario:DEA with Truncated Regression Approach, *Omega* ,2016, Pages 111-122.
- Büyüközkan G, Cifçi G & Güteryüz S. Strategic analysis of healthcare service quality using fuzzy AHP methodology. *Expert Systems with Applications* 2011; 38(8): 9407-24.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multi-item scale for measuring consumer perceptions of the service quality. *Journal of Retailing* 1988; 64 (1): 12-40.
- Goldstein SM, Johnston R, Duffy J, Rao J. The service concept: The missing link in service design research. *Journal of Operations Management* 2002; 20(2), 121–34.
- Zineldin M. The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2006;19(1):60-92.
- Kalajaa.R , Myshketab.R , Scalerac.F, Service quality assessment in health care sector: the case of Durres public hospital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2016, ISSN: 1877-0428: 557-565.
- Uma Sankar M - Kalyan Kumar S - Satyakama M - Sujit Kumar P . Service Quality Assessment in Banking Industry of India: A Comparative Study between Public and Private Sectors *European Journal of Social Sciences* –(2010) -16(4):663-679.
- Biljana Angelova - Jusuf Zekiri. Measuring Customer Satisfaction with Service Quality Using American Customer Satisfaction Model (ACSI Model). *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences* 2011.
- Sen Guo, Haoran Zhao. Fuzzy best-worst multi-criteria decision-making method and its applications. *Knowledge-Based Systems* 0 0 0 (2017) 1–9.
- Serafim Opricovic. Fuzzy VIKOR with an application to water resources planning. *Expert Systems with Applications* 38 (2011) 12983–12990.

پوست

پرسشنامه روش بهترین-بدترین

معیارهای ارزیابی							بدترین معیار	بهترین معیار	شماره کارشناس
اثر بخشی	تضمین	ارتباطات سلامت	زمان	امور مالی	بیمار محوری	پاسخگویی			
							---	*	۱
							*	---	
							---	*	۲
							*	---	
							---	*	۳
							*	---	
							---	*	۴
							*	---	

پرسشنامه ارزیابی خدمات بیمارستان

به نام خدا

بیمار محترم، با سلام و احترام

ضمن تشکر از آن که وقت گران بهای خود را در اختیار ما قرار داده‌اید، پرسشنامه حاضر مربوط به پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد با عنوان «ارزیابی و رتبه‌بندی ابعاد کیفیت خدمات و بخش‌های بستری بیمارستان‌های منتخب شهرستان شاهرود» در دانشکده مهندسی صنایع و مدیریت دانشگاه صنعتی شاهرود است. خواهشمند است با پاسخ کامل به تمامی سوالات ما را در انجام این پژوهش یاری نمایید. شایان به ذکر است که این اطلاعات به صورت محرمانه حفظ خواهد شد. پیشاپیش از حسن همکاری شما کمال تشکر را داریم.

مشخصات پاسخ‌دهنده

۱- نام بیمارستان:

۲- نام بخش: گوش و حلق و بینی ☐ ارتوپدی ☐ اعصاب ☐ داخلی ☐ جراحی ☐ زنان ☐ چشم ☐
ارولوژی ☐ قلب ☐ اطفال ☐

۳- جنسیت: مؤنث ☐ مذکر ☐

۴- سن:

۵- میزان تحصیلات: بی‌سواد ☐ تا دیپلم ☐ فوق‌دیپلم ☐ لیسانس و بالاتر ☐

۶- وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐ جدانشده ☐ همسر فوت شده ☐

۷- وضعیت اشتغال: شاغل ☐ بازنشسته ☐ خانه‌دار ☐ سایر ☐

۸- محل سکونت:

۹- تعداد روزهای بستری در بیمارستان: روز

۱۰- سابقه بستری قبلی در این بیمارستان: دارم ☐ ندارم ☐

۱۱- سابقه بستری قبلی در سایر بیمارستان‌ها: ندارم ☐ دارم ☐ (خصوصی ☐ دولتی ☐

۱۲- وضعیت بیمه: بیمه هستم ☐ بیمه نیستم ☐

۱۳- نوع پوشش بیمه: خدمات درمانی ☐ تأمین اجتماعی ☐ بیمه روستایی ☐ بیمه تکمیلی ☐ سایر ☐

ابعاد	سؤال	کاملاً موافقم	موافقم	نه موافق و نه مخالف	مخالفم	کاملاً مخالفم
پاسخگویی	۱. در این بیمارستان پزشک، پرستار و سایر کارکنان برای خدمات‌دهی در اسرع وقت حاضر می‌شوند و زمان انتظار من (بیمار) برای ملاقات آن‌ها کوتاه است.					
	۲. کارکنان به هنگام نیاز و تقاضای من (بیمار) به آسانی در دسترس هستند.					
	۳. در این بیمارستان دسترسی به واحدهای پاراکلینیک (پذیرش و ترخیص، آندوسکوپی، آزمایشگاه، رادیولوژی، اکو، تست ورزش، هولتر مانیتورینگ، لیزر درمانی، فتو تراپی، داروخانه) به صورت ۲۴ ساعته در طی ایام هفته امکان پذیر است.					
	۴. کارکنان در ارائه خدمت و کمک به من در انجام کارها از خود علاقه‌مندی نشان می‌دهند.					
	۵. خدمت ارائه‌شده از سوی کادر درمان درد و رنج مرا کاهش داده و در بهبودی‌ام مؤثر بوده است.					
	۶. نحوه پاسخگویی پزشک به درخواست‌ها و سؤالات من (بیمار) یا همراهان من بسیار دقیق و باحوصله است.					
بیمار محوری	۷. از اولین برخورد کارکنان بیمارستان راضی هستم.					
	۸. در حالت کلی از این بیمارستان رضایت دارم.					
	۹. در صورتی که مجبور به بستری مجدد در بیمارستان شوم، این بیمارستان را انتخاب می‌کنم.					
	۱۰. این مرکز درمانی را حتماً به دیگران معرفی می‌کنم.					
	۱۱. کیفیت محیط کنترل‌شده است. سر و صدای داخل و خارج اتاق من کنترل‌شده است. سر و صدایی که موجب آزارم شود به گوش نمی‌رسد. آراستگی محیط، نظافت، پاکیزگی، در دسترس بودن وسایل موردنیاز بیمار و همچنین محیط فیزیکی امن برای جلوگیری از سقوط بیمار یا خطرات دیگر فراهم شده است.					

ابعاد	سؤال	کاملاً موافقم	موافقم	نه موافق و نه مخالف	مخالف	کاملاً مخالف
امور مالی	۱۲. هزینه‌های دریافتی از طرف بیمارستان خارج از تعرفه نبوده است و من راضی هستم.					
	۱۳. راهنمایی‌های لازم برای انجام امور بیمه گری ارائه می‌شود.					
	۱۴. در صورت بروز مشکل در امور مالی پیگیری‌های لازم صورت می‌گیرد.					
	۱۵. ثبت اطلاعات بیماران با دقت و صحیح صورت می‌گیرد.					
	۱۶. از لحاظ پوشش بیمه‌ای بیمارستان رضایت دارم و این بیمارستان انواع بیمه را پوشش می‌دهد.					
زمان	۱۷. مدت‌زمان اولین ویزیت پزشک متخصص برای من (بیمار) کوتاه بوده است.					
	۱۸. سرعت انجام امور (سرعت ترخیص، سرعت تشکیل پرونده و ...) مناسب بود.					
	۱۹. زمان ارائه خدمات (زمان اجرای کلاس‌های آموزشی ، ساعت توزیع غذا و ..) مناسب است.					
	۲۰. اقدامات پزشکی (آزمایشگاهی و تصویربرداری و ...) در زمان مناسب وقت تعیین‌شده انجام می‌گیرد.					
	۲۱. زمانی که به خدمت نیاز دارم، کارکنان به سرعت بر بالینم حاضر می‌شوند.					
ارتباطات سلامت	۲۲. در این بیمارستان به من (بیمار) و نگرانی‌هایم توجه می‌شود.					
	۲۳. کادر درمان خود را به من معرفی می‌کنند.					
	۲۴. در این بیمارستان به ارزش‌ها، عقاید و فرهنگ من (بیمار) و خانواده‌ام احترام گذاشته می‌شود.					
	۲۵. کارکنان نیازهایم را درک می‌کنند و آن‌ها را به‌خوبی تشخیص می‌دهند.					
	۲۶. رفتار کارکنان بیمارستان با من (بیمار) صادقانه و درعین حال مؤدبانه است.					

ابعاد	سؤال	کاملاً موافقم	موافقم	نه موافق و نه مخالفم	مخالفم	کاملاً مخالفم
ارتباطات سلامت	۲۷. کارکنان مدت زمان بیشتری را با من (بیمار) می گذرانند تا در رابطه با ترس و اضطراب هایم با من صحبت کنند.					
	۲۸. پزشک و پرستار آموزش های لازم را در رابطه با بیماری ام و اینکه چطور از خود مراقبت کنم، به من می دهند.					
	۲۹. کارکنان مرا در زمان ارائه خدمت، درباره خدمتی که دریافت می کنم کاملاً توجیه می کنند.					
	۳۰. پزشک، پرستار و سایر کارکنان زمان کافی برای گوش دادن، صحبت و توضیح دادن به من در اختیارم قرار می دهند					
	۳۱. این بیمارستان اطلاعات لازم را در خصوص ادامه درمان و هزینه های آن به من می دهد.					
	۳۲. کارکنان این بیمارستان در هنگام ارائه خدمت خوش اخلاق هستند و با مهربانی با من برخورد می کنند.					
	۳۳. از ارائه خدمات توسط کارکنان غیر درمانی (خدمات ، کمک بیمار، نگهبان، ادارای و ...) راضی هستم.					
	۳۴. کلاس های آموزشی برای بیماران همه بخش ها و اطلاع رسانی آن ها ارائه می شود و از آن راضی هستم.					
تفصیل	۳۵. در این بیمارستان کارها مطابق تعهدات انجام شده صورت می گیرد. (منظور از تعهدات، حقوق تعریف شده برای بیمار در منشور حقوق بیمار است)					
	۳۶. به نظرم کارکنان این بیمارستان دانش و مهارت کافی را در انجام کارها و مسئولیت هایشان دارند.					

ابعاد	سؤال	کاملاً موافقم	موافقم	نه موافق و نه مخالف	مخالفم	کاملاً مخالفم
تضمین	۳۷. کارکنان، مسئولیت کارهایی که انجام می دهند را می پذیرند.					
	۳۸. می توانم به کارکنان این بیمارستان اعتماد کنم.					
	۳۹. در هنگام ارتباط با کارکنان بیمارستان، احساس آرامش می کنم.					
	۴۰. حق و حقوق من (بیمار) در مواردی مثل (حریم شخصی من بخصوص زمانی که پزشک مرا در حضور دیگران معاینه می کند و تفکیک فضای زن و مرد، رعایت نوبت در این بیمارستان، رعایت بهداشت(مثلاً شستن دست ها) توسط کارکنان) حفظ می شود.					
اثر بخشی	۴۱. تمرکز پزشکان بر تشخیص صحیح بیماری زیاد است.					
	۴۲. در این بیمارستان درمان مؤثر و درست و اثربخش صورت می گیرد و میزان عوارض و خطا کم است.					
	۴۳. در این بیمارستان نتایج درمان بیماری مشخص است و من(بیمار) کاملاً از آن آگاهی دارم.					
	۴۴. من (بیمار) به طور کلی از کیفیت خدمات بیمارستان رضایت دارم.					

• فکر می کنید این بیمارستان چه نکات مثبت و منفی قابل توجهی دارد؟

• در صورتی که نظر، پیشنهاد و یا انتقادی دارید، آن را ذکر فرمایید.

Abstract

Awareness of patient satisfaction from service quality is vital to advance performance improvement strategies. The main goal to evaluate the quality of services in the health and treatment system is service performance, service identification, service performance improvement evaluation and finally providing favorable service to a large number of customers. In this research, firstly, with the consideration of experts and the study of the subject literature seven key aspects were identified to assess the quality of health care, then they weighted by the best-worst fuzzy developed method. In the following by using a researcher-made questionnaire, data from 384 people who have come to different departments of selected treatment centers, was investigated about quality of services. Finally, the complex of treatment centers, hospital departments and quality dimensions were analyzed and ranked by Fuzzy Vikor Method, Friedman statistical tests and Analysis of variance. Development of comprehensive satisfaction assessment model could include desirable range of criteria affecting the satisfaction of the referrers to health centers. In addition, using of developed multi-criteria fuzzy hybrid decision making, has been able to consider the uncertainty of the assessment process for the qualitative criteria considered by the evaluators. Key findings of the research suggest that the final weights in order of priority are: pivotal patient (0.198), time (0.188), effectiveness (0.178), responsiveness (0.123), warranty (0.112), financial (0.108), and health communication (0.9). Health centers by focusing on priority-based performance improvement programs can offer a better level of service quality and can achieve to higher customer satisfaction. Therefore, they will be able to achieve sustainable competitive advantage.

Key words: Quality Evaluation, Health Service, Multi-criteria Decision Making, Uncertainty, Statistical Tests



Shahrood University of Technology

Faculty of Industrial Engineering and Management

M.Sc. Thesis in Industrial Management

A Model for Assessing the Quality of Hospital Services from a Customers'
Perspective Using Hybrid Fuzzy Multi-criteria Decision-Making Tool
(Case Study: Service centers in Shahrood city)

By: Noora Amiri

Supervisor:
Dr Aliakbar Hasani

Advisor:
Dr Mohammad Fattahi

January, 2019