



ORIGINAL ARTICLE

Received: 2016/09/10

Accepted: 2016/11/1

Examine the Relationship Between Service Quality and Responsiveness of the Hospital and its Relationship with Loyal Patients in Governmental Hospitals of Yazd Took Place in 2016

Razieh MontazerFaraj(Ph.D.)¹, Milad Shafiee(Ph.D.)¹, Arefeh dehghani(M.Sc.)², Mojgan Modarresi(Ph.D.)³, Vahid Zare(M.Sc.)⁴

1. Assistant Professor, Department of Management of Health services, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

2. Instructor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Social medicine, School of medical, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

4. Corresponding Author: M.Sc Student of Management of health services, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Email: vzare85@gmail.com Tel: 09139526906

Abstract

Introduction: One of the first and most important factor in improving the care and treatment processes in measuring the quality of services and accountability of service providers see clients. This paper aims to examine the relationship between service quality and responsiveness of the hospital and its relationship with loyal patients in governmental hospitals of Yazd took place in 2015.

Methods: This cross-sectional study on 200 patients admitted to government hospitals in Yazd was conducted in 1395. The data service quality questionnaires, the questionnaire was to meet WHO and loyalty questionnaire. Data analysis using SPSS software and using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient was used.

Results: The mean (SD) maximum service quality dimensions related to the understanding of disease ($3/95 \pm 0/67$) and the lowest mean and standard deviation related to the intangible ($3/58 \pm 0/63$), respectively. Among the aspects to meet the highest mean and standard deviation related to access to social protection network ($2/26 \pm 0/88$) and the lowest mean and standard deviation of communication with patients ($2/55 \pm 0/88$), respectively. Loyal mean and standard deviation of ($2/55 \pm 0/6$), respectively. A significant correlation between the quality of accountability, loyalty and allegiance to meet quality was observed ($P < 0/05$).

Conclusion: The results suggest that the quality and responsiveness of patients was effective loyalty. Therefore, managers should also planned in order to improve the quality of service, attention to patients' intangible aspects of culture and promote Responsiveness in the hospital.

Keywords: Quality, Accountability, Loyalty, Patients, Hospitals

Conflict of interest: The authors declared that there is no Conflict interests.



This Paper Should be Cited as:

Razieh MontazerFaraj, Milad Shafiee, Arefeh dehghani, Mojgan Modarresi, Vahid Zare Examine the Relationship Between Service Quality and Responsiveness of the Hospital and its J Toloobehdasht .2017; 16(4):96-108. [Persian]

**بررسی رابطه بین کیفیت خدمات و پاسخگویی بیمارستان و ارتباط آن با وفاداری بیماران****بستری در بیمارستانهای دولتی شهر یزد در سال ۱۳۹۵**

نویسندگان: راضیه منتظرالفرج^۱، میلاد شفیعی^۱، عارفه دهقانی^۱، مژگان مدرسی^۳، وحید زارع^۴

۱. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۲. مربی گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۳. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۴. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران تلفن تماس: ۰۹۱۳۹۵۲۶۹۰۶ Email: vzare85@gmail.com

چکیده

مقدمه: یکی از اولین و مهم ترین فاکتورها در بهبود مراقبت و فرآیندهای درمانی در مراکز ارائه دهنده خدمات اندازه گیری کیفیت خدمات و پاسخگویی از دید مشتریان می باشد. مقاله حاضر با هدف بررسی رابطه بین کیفیت خدمات و پاسخگویی بیمارستان و ارتباط آن با وفاداری بیماران در بیمارستانهای دولتی شهر یزد در سال ۱۳۹۵ انجام گردید.

روش بررسی: مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر بر روی ۲۰۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های دولتی شهر یزد در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. گردآوری اطلاعات با سه پرسشنامه کیفیت خدمات، پرسشنامه پاسخگویی WHO و پرسشنامه وفاداری انجام گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و به کمک آماره های توصیفی و آزمون آماری همبستگی پیرسون انجام شد.

یافته ها: در بین ابعاد کیفیت خدمات بیشترین میانگین و انحراف معیار مربوط به بعد درک بیماری (۳/۹۵±۰/۶۷) و کمترین میانگین و انحراف معیار مربوط به بعد امور ناملموس (۳/۵۸±۰/۶۳) بود. در بین ابعاد پاسخگویی نیز بیشترین میانگین و انحراف معیار مربوط به بعد دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی (۲/۲۶±۰/۸۸) و کمترین میانگین و انحراف معیار مربوط به بعد ارتباط با بیمار (۲/۵۵±۰/۸۴) بود. میانگین و انحراف معیار وفاداری نیز مقدار ۲/۵۵±۰/۶۰ به دست آمد. همبستگی معنی داری بین کیفیت با پاسخگویی، کیفیت با وفاداری و وفاداری با پاسخگویی مشاهده شد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد کیفیت و پاسخگویی بر وفاداری بیماران موثر بود. لذا مدیران باید ضمن برنامه ریزی در راستای ارتقای کیفیت خدمات، توجه به ابعاد ناملموس بیماران را افزایش و فرهنگ پاسخگویی را در بیمارستان ترویج دهند.

واژه های کلیدی: کیفیت، پاسخگویی، وفاداری، بیمار، بیمارستان

این مقاله حاصل پایان نامه تحصیلی مقطع کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی مصوب دانشگاه شهید صدوقی یزد می باشد.

طلوع بهداشت**دو ماهنامه علمی پژوهشی****دانشکده بهداشت یزد****سال شانزدهم****شماره: چهارم****مهر و آبان ۱۳۹۶****شماره مسلسل: ۶۴**

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۰۶/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۱

**مقدمه**

کیفیت مفهومی پیچیده است و دارای ابعاد متعددی می باشد و تعریف آن با توجه به انتقادهای ضمنی مشکل است. از بین تعاریف و دیدگاه های مختلف در مورد کیفیت، مشتری محور بودن محصول و خدمات مفیدترین تعریف می باشد (۱). کیفیت خدمات، عامل متمایز کننده و قدرتمندترین اسلحه رقابتی است که بسیاری از سازمانهای خدماتی در اختیار دارند (۲،۳). امروزه ارائه کیفیت خدمات برتر از طریق حفظ کیفیت بالا پیش نیاز موفقیت سازمان های خدماتی به شمار می آید (۴). همچنین کیفیت خدمات به عنوان راهبردی موثر و فراگیر در دستور کار مدیریت قرار گرفته است (۵). اما در بخش بهداشت و درمان، به لحاظ اهمیت نوع خدمات و سر و کار داشتن با جان انسانها، اعتلای کیفیت و تضمین آن برای نظام بهداشت و درمان و مردم مورد توجه قرار گرفته است، از این رو تقاضای بالا برای فعالیتهای مدیریت کیفیت در سازمانهای خدماتی و تولیدی بطور فزاینده ای گسترش یافته است (۶،۷).

بیمارستان ها از مهم ترین عناصر نظام مراقبت بهداشتی درمانی بوده و از نظر منابع بیش از نیمی از مخارج مراقبت بهداشتی را به خود اختصاص می دهند چرا که بزرگ ترین و پر هزینه ترین واحد عملیاتی نظام های بهداشتی می باشند و بخش اعظمی از منابع سرمایه ای، مالی و انسانی را جذب می نمایند (۸).

اندازه گیری و مدیریت کیفیت خدمات برای سازمان های خدمات بهداشتی و درمانی امری حیاتی است. فراهم آوردن اطلاعات کافی در زمینه محتوای ادراک مشتری از کیفیت خدمت، می تواند سازمان ها را در شناسایی زمینه ها و ابعادی که مزیت رقابتی سازمان را تحت تاثیر قرار می دهند، یاری نماید و از سوی دیگر از ائتلاف منابع جلوگیری نماید (۹،۱۰). در این راستا به نظر می رسد که با مطرح کردن اصول کیفیت

در بخش سلامت، می توان فرآیند ارائه خدمات را بهبود بخشید و رضایت مشتری را به عنوان عنصری بسیار حساس در عرصه رقابت امروزی تامین کرد و با ارزیابی میزان اثربخشی این خدمات، از کیفیت آنها اطمینان حاصل نمود (۱۱).

پاسخگویی یکی از اهداف اصلی و از مؤلفه های مورد نظر سیاست گذاران و مدیران نظام های سلامت است. همه سیستم های بهداشتی در سراسر دنیا در پی یافتن راههایی برای پاسخگویی بهتر به بیماران و جامعه تحت پوشش هستند چارچوب WHO برای ارزیابی عملکرد سیستم بهداشتی درمانی حول ۳ محور (۱ سلامت، ۲ پاسخگویی و ۳ عدالت مالی به عنوان اهداف اصلی هر سیستم بهداشتی است (۱۲). سازمان بهداشت جهانی (WHO) پاسخگویی را توانایی هر نظام سلامت در برآوردن انتظارات مشروع جمعیت برای ابعاد غیر بالینی (Non-Clinical) اما تقویت کننده نظام سلامت تعریف می کند (۱۳،۱۴).

امروزه پاسخگویی اهمیت روز افزونی یافته و در مفهوم سیستمی اینگونه تعریف می شود: پیامدها یا منافع برای مشتریان، که اگر روابط سازمانی و برون سازمانی چنان طراحی شده باشند که شناخت کافی و پاسخ مناسبی به انتظارات منطقی مشتریان بدهند، تحقق می یابد. در حقیقت پاسخگویی بر پاسخ به انتظارات منطقی افراد در مورد جنبه های غیر پزشکی نظام سلامت اشاره دارد. انتظارات منطقی همان اصول شناخته شده و مورد قبول و یا قوانین استانداردها هستند (۱۵،۱۶). میتوان گفت پاسخگویی شامل دو مؤلفه مهم است:

الف - احترام به افراد که شامل عزت نفس و محرمانه بودن است و مستقل از افراد و خانواده ها برای تصمیم گیری در مورد سلامت خود می باشد. ب- مشتری مداری که شامل توجه فوری، دسترسی به شبکه های حمایت اجتماعی در مراقبت،



خدمات، به طور مستمر در آینده، به رغم اینکه تأثیرات موقعیتی و تلاش های بازاریابی، به صورت بالقوه می تواند باعث تغییر در رفتار مشتری شود (۲۸). وفاداری زمانی اتفاق می افتد که مشتریان کاملاً احساس کنند سازمان مورد نظر به بهترین وجه ممکن می تواند نیازهای آنان را برطرف کند، به طوری که سازمان های رقیب از مجموعه ملاحظات مشتریان مجاز خارج شده و منحصر به خرید از سازمان اقدام کنند (۲۹). درحوزه درمان، بیماران وفادار علاوه بر اینکه خود برای دریافت خدمات درمانی مجدد به بیمارستان مراجعه می نمایند، حتی بعد از ترخیص نیز از طریق تبلیغات دهان به دهان، امور خیریه و سایر اشکال مشارکت، منبع مالی مهمی را برای بیمارستان به وجود می آورند. ایجاد یک رابطه قوی با مشتریان، و به تبع آن وفاداری می توان یک عامل کلیدی برای افزایش سهم بازار و ایجاد مزیت رقابتی پایدار باشد (۳۰). بیمارستانها نیز مانند هر کسب و کار دیگری برای موفقیت نیاز به حفظ مشتریان و وفاداری آنها دارند. یکی از راههای بهبود وفاداری بیماران تمرکز بیمارستان ها بر ابعاد کیفیت خدمات ارائه شده می باشد در حقیقت وفاداری بیماران به کاهش هزینه ها و افزایش درآمد برای بیمارستان منجر می شود (۳۱). همچنین با افزایش آگاهی مشتریان از خدمات ارائه شده توسط این سازمانها انتظارات مشتریان افزایش پیدا کرده است، به شکلی که بیماران خواستار مشارکت بیشتر در برنامه های درمانی خود می باشند. بیماران راضی از فرایند درمان جهت ادامه درمان به همان بیمارستان مراجعه می نمایند و یا درمان خود را در همان بیمارستان ادامه می دهند. در ضمن این بیماران حاضر به پرداخت هزینه های خدمات درمانی خود نیز می باشند. پزشکان با ایجاد وفاداری در بیمار نیز قادر می باشند سود کمتر از ۵ درصد را تا ۲۵،۸۵ درصد افزایش دهند (۳۲). اگرچه وفاداری مشتریان درحوزه خدمات بیمارستانی موضوعی

نگهداری، کیفیت امکانات رفاهی اولیه و انتخاب ارائه دهنده خدمت یا درمانگر مربوطه می باشد (۱۷، ۱۸).

بعلاوه سنجش پاسخگویی نظام سلامت، مؤسسات بهداشتی و درمانی را قادر می سازد تا عملکرد خودشان را با سایر نظام های سلامت مقایسه نمایند. این امر به آنها فرصت می دهد تا موقعیت و جایگاه خود را در مقایسه با سایر مؤسسات و جوامع شناسایی کنند (۱۹). می توان گفت پاسخگویی معیاری برای سنجش پاسخ به نیازهای سلامت افراد یا نتایج بالینی نیست بلکه چگونگی پاسخ یک سیستم به جنبه های غیربهداشتی، برآورده شدن یا نشدن انتظارات افراد و نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات با آنها مد نظر است (۲۰، ۲۱).

در نظام ارائه خدمات سلامت، مهمترین بخش، بیمارستان ها است. بطوری که ۴۰ تا ۷۰ درصد بودجه های سلامت به بیمارستان ها اختصاص می یابد.

به همین دلیل تغییر دیدگاه نسبت به نقش و قابلیت های بیمارستان ها جهت تبدیل شدن به ساختارهای ارتقادهنده سلامت ضروری است (۲۲-۲۴).

مدل پذیرفته شده پاسخگویی سازمان بهداشت جهانی متشکل از ۸ عنصر به عنوان جنبه های غیر پزشکی و مراقبتهای بهداشتی است. این عناصر یا حیطه ها شامل: شرافت و کرامت انسانی، استقلال و خودمختاری، اعتماد و محرمانه نگه داشتن اطلاعات، برقراری ارتباط، دسترسی به حمایت های اجتماعی درحین بستری، امکانات فیزیکی مناسب، انتخاب درمانگر و اقدام بلادرنگ می باشد (۲۷-۲۵).

مرتب به پاسخگویی نظام سلامت ایران در گزارش جهانی سال ۲۰۰۰ میلادی با نمره ۵/۱۶ در مقیاس صفر تا ۱۰، صدمین کشور دنیا در بین ۱۹۱ کشور اعلام گردید (۲۰).

اولیور مفهوم وفاداری را به این شکل تعریف می کند: حفظ تعهد عمیق به خرید مجدد یا انتخاب مجدد محصول یا



$$1 - \beta = 0.8$$

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{\left(0.5 \times \ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)\right)^2} + 3$$

برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ای مشتمل بر ۴ بخش استفاده گردید. بخش اول دربرگیرنده اطلاعات دموگرافیک از قبیل جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، محل زندگی، مدت زمان بستری، فرد مصاحبه شونده و بخش بستری بود. بخش دوم پرسشنامه کیفیت بود. این پرسشنامه دارای ۴۹ سوال و ۶ مولفه امور ناملموس (۱،۱۰)، رابطه مبتنی بر احترام متقابل (۱۱،۲۸)، درک بیماری (۲۹،۳۳)، نیازهای مذهبی (۳۴)، محسوس ها (۳۵-۴۰) و محیط فیزیکی (۴۱،۴۹) بود.

شیوه امتیازدهی به این پرسشنامه ها به شیوه لیکرت از ۱ تا ۵ (بسیار کم، کم، متوسط، زیاد، بسیار زیاد) است که به گزینه بسیار زیاد امتیاز ۵ و به گزینه بسیار کم امتیاز ۱ داده شد.

بخش سوم پرسشنامه پاسخگویی شامل ۳۲ سوال در ابعاد اقدام سریع (۱،۳)، ارتباط با بیمار (۴،۱۱)، شان و رتبه انسانی (۱۲،۱۹)، استقلال (۲۰،۲۳) محرمانه ماندن اطلاعات (۲۴،۲۵)، حق انتخاب (۲۶،۲۷)، امکانات اولیه (۲۸،۳۰) و دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی (۳۱،۳۲) می باشد. شیوه امتیازدهی به این پرسشنامه به شیوه لیکرت از ۱ تا ۵ (کاملاً مخالف، مخالف، بی نظر، موافق، کاملاً موافق) بود که به گزینه کاملاً موافق امتیاز ۵ و به گزینه کاملاً مخالف امتیاز ۱ داده شد.

نتایج هر پرسشنامه به صورت درصدی از نمره کل پرسشنامه در یک طیف از ضعیف تا مطلوب قرار گرفت که در طیف مذکور مقدار صفر تا ۴۹/۹ درصد در رسته ضعیف، ۵۰ تا ۷۴/۹ درصد در رسته متوسط و ۷۵ تا ۱۰۰ درصد مطلوب در نظر گرفته شد.

است که اخیراً توجه زیادی را در تحقیقات به سمت خود جلب کرده است، با این حال اکثر مطالعاتی که در این رابطه صورت پذیرفته تک بعدی بوده و تنها به بررسی تأثیر رضایت بیماران از کیفیت خدمات بیمارستانی بر وفاداری آنها به بیمارستان پرداخته اند و کمتر جهات دیگر موثر بر وفاداری بیماران به بیمارستان را سنجیده اند (۳۳).

در خصوص مولفه های مورد مطالعه باید متذکر شد اگرچه مطالعاتی به صورت مجزا به کیفیت، پاسخگویی و وفاداری بیماران پرداخته اند، با این حال مطالعه ای که این سه مولفه ها را در کنار یکدیگر بررسی و تأثیر هر یک را بسنجد مشاهده نشد. در این راستا مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین کیفیت خدمات و پاسخگویی بیمارستان و ارتباط آن با وفاداری بیماران در بیمارستانهای دولتی شهر یزد به انجام رسید.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که بر روی بیماران بستری شده در بخشهای مختلف بیمارستانهای دولتی شهر یزد در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه گیری طبقه ای و تصادفی انجام گرفت.

حجم نمونه بر اساس فرمول زیر و پارامترهای مربوطه و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، ۲۰۰ نفر تعیین شد. معیارهای ورود، بستری در بیمارستان حداقل به مدت ۲۴ ساعت (مریض به پایداری نسبی رسیده باشد و خدمات به وی ارائه شده باشد) و رضایت شفاهی بیمار، قیم یا همراه بیمار جهت شرکت در مطالعه و معیارهای خروج، شرکت در مطالعه در بستریهای قبلی، عدم امکان تکلم بیمار و قیم بیمار و بستری موقت به دلایلی چون اعمال جراحی سرپایی، اندوسکوپیک که زیر ۲۴ ساعت مرخص می شدند بود.

$$\Gamma = 0.03$$

$$a = 0.05$$



پیرسون) مورد تحلیل قرار گرفتند. ضمناً لازم به ذکر می باشد که این پژوهش در کمیته اخلاق با کد IR.SSU.SPH.REC.1394.79 مورد تایید قرار گرفته است.

یافته ها

از ۲۰۰ بیمار مورد بررسی، ۶۳ درصد مرد و ۷۴ درصد آن ها مجرد بودند. بیشترین تراکم سنی مربوط به گروه سنی بین ۴۰-۲۱ سال (۵۶/۵ درصد) می باشد. در خصوص تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به گروه افراد لیسانس با فراوانی ۶۰ نفر (۳۰ درصد) بوده است (جدول ۱).

بخش چهارم پرسشنامه وفاداری بیماران مشتمل بر ۱۲ سوال ۵ گزینه ای بود. کلیه پرسشنامه ها با استفاده از نظرات اساتید مورد روایی قرار گرفتند.

پایایی پرسشنامه ها نیز در مطالعات مختلف به تایید رسیده است به گونه ای که برای پرسشنامه کیفیت آلفای کرونباخ ۰/۷۸، برای پرسشنامه پاسخگویی ۰/۸۷ و برای پرسشنامه وفاداری مقدار ۰/۸۱ به دست آمده است. بعد از جمع آوری اطلاعات و ورود آنها در نرم افزار SPSS ۲۱، اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آمار تحلیلی (آزمون T test، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک بیماران مشارکت کننده در مطالعه (تعداد = ۲۰۰ نفر)

| متغیر | نوع | فراوانی | درصد |
|-------------|------------------|---------|------|
| جنسیت | مرد | ۱۲۶ | ۶۳ |
| | زن | ۷۴ | ۳۷ |
| وضعیت تاهل | مجرد | ۱۴۸ | ۷۴ |
| | متاهل | ۵۲ | ۲۶ |
| مدت بستری | ۳ روز | ۱۰۲ | ۵۱ |
| | ۴ روز | ۵۰ | ۲۵ |
| | ۵ روز | ۳۴ | ۱۷ |
| | ۶ روز و بالاتر | ۱۴ | ۷ |
| | زیر دیپلم | ۲۹ | ۱۴/۵ |
| | دیپلم | ۴۱ | ۲۰/۵ |
| سطح تحصیلات | فوق دیپلم | ۵۶ | ۲۸ |
| | لیسانس | ۶۰ | ۳۰ |
| | فوق لیسانس | ۱۰ | ۵ |
| | دکتری | ۴ | ۲ |
| سن | زیر ۲۰ سال | ۱۸ | ۹ |
| | بین ۲۱ تا ۴۰ سال | ۱۱۳ | ۵۶/۵ |
| | بین ۴۱ تا ۶۰ سال | ۵۳ | ۲۶/۵ |
| محل زندگی | ۶۱ سال و بالاتر | ۱۶ | ۸ |
| | شهر | ۱۶۵ | ۸۲/۵ |
| | روستا | ۳۵ | ۱۷/۵ |



جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مولفه های کیفیت، پاسخگویی و وفاداری

| مؤلفه | ابعاد | میانگین | انحراف معیار | |
|----------|------------------------------|---------|--------------|-------|
| کیفیت | امور ناملموس | ۳/۵۸ | ۰/۶۳۴ | |
| | رابطه مبتنی بر احترام متقابل | ۳/۸۳ | ۰/۶۰۷ | |
| | درک بیماری | ۳/۹۵ | ۰/۶۷۲ | |
| | نیازهای مذهبی | ۳/۹۴ | ۱/۰۳۵ | |
| | محسوسها | ۳/۶۱ | ۰/۷۵۰ | |
| | محیط فیزیکی | ۳/۹۰ | ۰/۸۳۱ | |
| | کیفیت کل | ۳/۷۸ | ۰/۵۲۳ | |
| | سریع | ۲/۵۱ | ۱/۰۳۱ | |
| | ارتباط با بیمار | ۲/۵۵ | ۰/۸۴۵ | |
| | شان و رتبه انسانی | ۲/۵۳ | ۰/۸۷۱ | |
| پاسخگویی | استقلال | ۲/۴۲ | ۰/۸۹۸ | |
| | محرمانه ماندن اطلاعات | ۲/۴۱ | ۰/۹۷۸ | |
| | حق انتخاب | ۲/۳۶ | ۰/۹۱۳ | |
| | امکانات اولیه | ۲/۲۹ | ۰/۸۵۳ | |
| | دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی | ۲/۲۶ | ۰/۸۸۵ | |
| | پاسخگویی کل | ۲/۴۷ | ۰/۶۸۱ | |
| | وفاداری | | ۲/۵۵ | ۰/۶۰۳ |

جدول ۳: همبستگی بین کیفیت، پاسخگویی و وفاداری بیماران

| مؤلفه ها | کیفیت | پاسخگویی | وفاداری |
|----------|-------|----------|---------|
| کیفیت | ۱ | | |
| | - | | |
| پاسخگویی | ۰/۷۵۳ | ۱ | |
| | ۰/۰۰۱ | - | |
| وفاداری | ۰/۶۰۴ | ۰/۵۵۲ | ۱ |
| | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۴ | - |



در بین ابعاد کیفیت خدمات بیشترین میانگین و انحراف معیار مربوط به بعد درک بیماری ($3/95 \pm 0/67$) و کمترین میانگین و انحراف معیار مربوط به بعد امور ناملموس ($3/58 \pm 0/63$) بود. در مطالعه زارعی و همکاران بالاترین ادراک مربوط به بعد عوامل محسوس و پایین ترین ادراک نیز مربوط به بعد همدمی بود (۳۵). از آنجایی که خدمات ذاتا غیرقابل لمس هستند لذا تعاملات بین فردی در طی فرآیند ارائه خدمات نقش مهمی بر ادراکات بیماران از کیفیت خدمات دارد. مطالعات مختلف نیز نشان داده اند که عناصر انسانی اهمیت بیشتری نسبت به عناصر غیر انسانی در ادراک بیمار از کیفیت مراقبت دارد و جنبه روابط بین فردی یکی از مهم ترین عوامل در ادراک از کیفیت خدمت است (۳۶-۳۸). بنابراین پزشکان و کارکنان باید نیازها و خواسته های عاطفی و اجتماعی بیماران را بشناسند و به آن توجه کنند و به هنگام نیاز بیمار در دسترس باشند.

از آنجایی که وجود نقص یا شکاف در یک بعد می تواند اثر تشدید کنندگی داشته باشد و افت کیفیت سایر ابعاد را به دنبال داشته باشد (۳۹)، لذا ضروریست تا مدیران و ارائه کنندگان خدمات ضمن تمرکز بر بخش های با بیشترین شکاف، سایر ابعاد را نیز جهت بهبود مدنظر قرار دهند.

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون رابطه معنی داری بین کیفیت با پاسخگویی، کیفیت با وفاداری و وفاداری با پاسخگویی مشاهده شد ($P < 0/05$). در پژوهش طیبی و همکاران نیز رابطه معناداری بین کیفیت خدمات و وفاداری مشتریان وجود داشت (۴۰). مطالعات Pont & Wong نیز رابطه معنی داری را میان دو مولفه کیفیت خدمات و مولفه وفاداری

در بین ابعاد کیفیت خدمات بیشترین میانگین و انحراف معیار مربوط به بعد درک بیماری ($3/95 \pm 0/67$) و کمترین میانگین و انحراف معیار مربوط به بعد امور ناملموس ($3/58 \pm 0/63$) بود. در بین ابعاد پاسخگویی نیز بیشترین میانگین و انحراف معیار مربوط به بعد دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی ($2/26 \pm 0/88$) و کمترین میانگین و انحراف معیار مربوط به بعد ارتباط با بیمار ($2/55 \pm 0/84$) بود. میانگین و انحراف معیار وفاداری نیز مقدار ($2/55 \pm 0/60$) به دست آمد (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون رابطه معنی داری بین کیفیت با پاسخگویی، کیفیت با وفاداری و وفاداری با پاسخگویی مشاهده شد ($P < 0/05$) (جدول ۳).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به تحولات صورت گرفته در سیستم بهداشتی و درمانی و نقش کلیدی مراکز ارائه دهنده خدمات در حفظ سلامت قشر مختلف جامعه، بررسی کیفیت خدمات این مراکز نقش بسزایی در بهبود کیفیت خدمات ارائه شده توسط آن ها و ارتقای وضعیت سلامت مراجعین دارد. همچنین از آنجایی که رضایت بیماران وابستگی نزدیکی به کیفیت خدمات دارد (۳۴) و پاسخگویی کارکنان در کیفیت نمود می کند، بررسی دیدگاه آن ها در مورد کیفیت خدمات می تواند ضمن تحلیل نارسایی های موجود، منجر به ارائه راهکارهای هدفمند در جهت کاهش شکاف کیفیتی مشاهده شده در عرصه خدمات ارائه شده در بیمارستان شود. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین کیفیت خدمات و پاسخگویی بیمارستان و ارتباط آن با وفاداری بیماران در بیمارستانهای دولتی شهر یزد به انجام رسید.



لذا خدمات درمانی ارائه شده در این بیمارستان ها مطابق انتظار بیماران نبوده است و مدیریت این سازمان بایستی بر اساس ابعاد کیفیت اولویت گذاری و برنامه ریزی مناسب انجام دهد.

شنیدن صدای مشتری یکی از ابزارهای مهم در مدیریت نوین سازمان های می باشد و لذا مدیریت بیمارستان مذکور نیز بایستی با استفاده از نظرات مشتریان که همانا بیماران می باشند به مهندسی مجدد فرایندها پرداخته و از تکنیک های ارتقایی استفاده نماید. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که، مجموع دیدگاه مشتری می تواند یکی از ابعاد بازاریابی رابطه به نام اطمینان را فراهم نموده و بر وفاداری مشتری اثر بگذارد.

این تحقیق ثابت می کند که وفاداری مشتری به طور کمی و کیفی کاملاً متأثر از انتظارات و ادراکات آنان می باشد که این اثر متغیر تاثیر مثبت و شدید بر وفاداری دارد.

لازم است تا مدیران در کلیه ابعاد با توجه به وجود شکافت از ابزارهای مهم ارتقا کیفیت مانند استانداردهای کمیته اعتباربخشی، دفاتر حاکمیت بالینی و استانداردهای ارتقاء مستمر کیفیت بهره مند گردند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می دارند که هیچگونه تضاد منافی در این مقاله وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از ریاست محترم دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی یزد، پرسنل محترم بیمارستان های دولتی شهر یزد و بیماران شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

نشان دادند که منطبق با نتایج مطالعه حاضر است (۴۱،۴۲). وجود این همبستگی مثبت بین مولفه های وفاداری با ابعاد کیفیت اهمیت ارتقاء کیفیت خدمات برای دستیابی به وفاداری مشتریان را بیش از پیش نشان می دهد. با توجه به افزایش آگاهی مشتریان از نیازهای خود و به دنبال آن افزایش سطح انتظارات آنها، وظیفه اصلی مدیران است تا حساسیت بیشتری نسبت به کیفیت خدمات ارائه شده داشته باشند. گام اساسی برای رسیدن به این هدف تنها با شناخت انتظارات و ادراکات مشتریان انجام می شود.

با توجه به اینکه انتظارات مشتریان دائماً در حال افزایش است، لذا سازمان ها ملزم به تامین انتظارات مشتریان، فراتر از ارضای نیاز اولیه آنها هستند که ضرورت توجه به وفاداری و کیفیت را بیشتر می نماید. اگر میزان کیفیت خدمات دریافتی بالاتر از حد انتظارات دریافت کنندگان باشد، آنان از طریق تبلیغات دهان به دهان به بقای سازمان کمک می کنند و چنانچه این تبلیغات منفی باشد مانعی بسیار مهم برای سازمان بوده و منجر به کاهش سود آوری سازمان می گردد. از این رو سیاست های استراتژیک و تجاری باید بر مبنای حفظ و بهبود وفاداری و اعتماد مشتریان نسبت به سازمان متمرکز شود.

همچنین میزان کیفیت خدمات ارائه شده و سطح پاسخگویی چندان مناسب نبود. در واقع بیمارستان های مذکور نتوانسته بودند پاسخگویی نیازها و انتظارات بیماران باشند که با نتایج مطالعات جی چن در ایالت متحده، لینگ وانگ در تایوان، یان هیو و همکارانش در آفریقا، دوها در شیکاگو و الورونیو و همکاران در سنگاپور هم خوانی دارد (۴۳،۴۷).



References

- 1-Sahney SD, Banwet K, Karunes S. Conceptualizing Total Quality Management in Higher Education. *The TQM Magazine*. 2004; 16(2): 145-59.
- 2-Sahney SD, Banwet K, Karunes S. An Integrated Framework for Quality in Education: Application of Quality Function Deployment, Interpretive Structural Modeling and Path Analysis. *Total Quality Management*. 2006; 17(2): 265-85.
- 3-chowharv N,prakash M.prioritizing service quality dimentions . *managing service quality* 2007;17 (5):1190-92
- 4- Wong A, Shoal A. Service Quality and Customer Loyalty Perspectives on Two Levels of Retail Relationships. *Journal of Service Marketing* .2003; 17(5): 495-513.
- 5-Sahney SD, Banwet K, Karunes S. An Integrated Framework for Quality in Education: Application of Quality Function Deployment, Interpretive Structural Modeling and Path Analysis. *Total Quality Management*. 2006; 17(2): 265-85.
- 6- Tabibi SJ, Ebadi Farde Azar F, Khalesi N, Torani S. Total quality management in health care system. *Tehran: Jahan Rayane Press; 2001: 2-3.*[Persian]
- 7- Sadigh Sohail M. Service quality in hospitals: more favourable than you might think. *Managing Service Quality*. 2003; 13(3): 197-206.
- 8- McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78(6):803-10.
- 9- Nouri HS. Applying SERVQUALmodel in Rasoule Akram hospital [MSc thesis]. Iran university of medical science, 2006.
- 10- Teas RK. Expectations, performance evaluation, and consumers' perceptions of quality. *The journal of marketing*. 1993:18-34.
- 11- Cronin Jr JJ, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. *The journal of marketing*. 1992:55-68.
- 12-Murray CJ, Frenk J. Aframework for assessing the performance of health systems. *Bulletin world health organ*. 2000; 78(6): 717-31.
- 13-Malhotra C, Do YK. Socio-economic disparities in health system responsiveness in India. *Health Policy Plan*. 2013; 28(2): 197-205.



- 14- De Silva A. A Framework for Measuring Responsiveness. GPE Discussion Paper Series. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf>. 1997.
- 15- Murphy Cullen CL, Larsen LC. Interaction between the socio-demographic variables of physicians and their patients: its impact upon patient satisfaction. *Social Science and Medicine* 1984; 19(2): 163-6.
- 16- Cornwall A, Lucas H, Pasteur K. Introduction: Accountability Through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health Sector. *IDS Bulletin* 2000; 31(1): 1-13.
- 17- Millar M, Kevitt D. Accountability and Performance: An Assessment of the Irish Health Care System. *Int Rev of Administrative Sci* June 2000; 66 (2): 285-96.
- 18- Adesanya T, Gbolahan O, Ghannam O. Exploring the responsiveness of public and private hospitals in Lagos, Nigeria. *J Public Health Res.* 2012; 1(1): 2-6.
- 19- Rice N, Robone S, Smith P. Vignettes and health systems responsiveness in cross-country comparative analyses. 2009; HEDG Working Paper 09/29
- 20- WHO. Health systems: improving performance. World Health Organization. Geneva, Switzerland 2000: Available from: www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf. [Accessed 2010]
- 21- Nikpour B, Majlesi F. Evaluation of health care Quality .1 st. Tehran University Press; 2002. [Persian]
- 22- Tomes Anne E, Stephen Ch. Service quality in hospital care: The development of an in-patient questionnaire. *Int J Health Care Quality Assurance* Bradford 1995; 8(3): 25-34.
- 23- Slim H. By what authority? The legitimacy and accountability of non-governmental organizations. Available from: <http://www.gdrc.org/ngo/accountability/by-what-authority.html>. 2002.
- 24- Jordan L. Mechanisms for NGO Accountability, GPPi Research Paper Series no.3. Available from: http://www.gppi.net/fileadmin/gppi/Jordan_Lisa_05022005.pdf. 2005.
- 25- Javadi M, Karimi S, Raisi A, Yaghoubi M, Shams S, Kadkhodaei M. Organizational justice and responsibility in public and private hospitals of Isfahan. *Journal of Public Health, School of Public Health*. 2011; 9(4): 11-20. [Persian]
- 26- Letkovicova H, Prasad A, Vallée RL, Valentine N. The health systems analytical guidelines for survey in the multicountry survey study. World Health Organization. Geneva: Switzerland; 2005.



- 27- WHO Health systems: improving performance. World Health Organization. Geneva: Switzerland; 2000: Available from: www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf. [Accessed 2010]
- 28- Haghghi M, Darikndeh A, Arian A, Hossainee H. Effects of marketing tactics relationship on customer loyalty from the perspective of Irancell customers New Marketing Research Journal 2013; 2 (4) :44-62. [Persian]
- 29- Moradi M, Mosavi M, Alimardani B. Model of customer loyalty in the insurance industry (a case study: an insurance company). Iranian Journal Insurance Reserch 2011; 101(1):31-51. [Persian]
- 30- Sehhat S, Otoofi A, Yusefi A. Factors Influencing Patients Loyalty to Hospitals Brands Using Structural Equation Modeling: 2011-2012, Journal of Health and Development 2014; 2(4). [Persian]
- 31- Mortazavi S, Kazemi M, Shirazi A, Aziz-Abadi A. The Relationships between Patient Satisfaction and Loyalty in the Private Hospital Industry. Iran J Public Health 2009; 38(3): 60-9. [Persian]
- 32- Tabibi SJ, Ebadifard F, Khalesi N, Torani S. Total Quality Management in Healthcare. Tehran: Jahanrayane Puplication; 2001. [Persian]
- 33- Arab M, Ghazi Tabatabaei SM, Rashidian A, Rahimi Forushani A, Zarei E. The Effect of Service Quality on Patient loyalty: a Study of Private Hospitals in Tehran, Iran. Iranian journal of public health 2012; 41(9):71-7. [Persian]
- 34- Alhashem AM, Alquraini H, Chowdhury RI. Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. International journal of health care quality assurance. 2011; 24(3):249-62.
- 35- Zarei A, Arab M, Froushani AR, Rashidian A, Tabatabaei SMG. Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. BMC health services research. 2012; 12(1):31 [Persian].
- 36- Suki NM, Lian JCC, Suki NM. A Comparison of Human Elements and Nonhuman Elements in Private Health Care Settings: Customers 'Perceptions and Expectations. Journal of hospital marketing , public relations. 2009; 19(2):113-28.
- 37- Padma P, Rajendran C, Lokachari PS. Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals: Perspectives of patients and their attendants. Benchmarking: An International Journal. 2010; 17(6):807-41.
- 38- Rose RC, Uli J, Abdul M, Ng KL. Hospital service quality: a managerial challenge. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2004; 17(3):146-59.



- 39-Suki NM, Lian JCC, Suki NM. Do patients' perceptions exceed their expectations in private healthcare settings? *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2011;24(1):42-56.
- 40-Tabibi J, Ghohari M, Bighdeli M, Shahri S. The Relationship Between Services Quality and patient 's loyalty in Tehran Public and Private Hospitals:2009. *Journal of payavourd salamat*. 2012;3(6):194-203.[Persian]
- 41- Wong A, Sohal A. Service quality and customer loyalty perspectives on two levels of retail relationships. *Journal of services marketin*. 2003;17(5):495-513.
- 42- Pont M, McQuilken L, editors. Testing the factor structure of the behavioral-intentions battery: an empirical study of the Australian banking industry. Australia: Proceedings of the Australian and New Zealand Marketing Academy Conference; 2002.
- 43- Chen J. Studies in understanding patient behavior from a multifaceted level: Purdue University; 2008.
- 44-Wang HL, Huang JY, Howng SL. The effect onpatient loyalty of service quality, patient visit experience and perceived switching costs: lessons from one Taiwan university hospital. *Health Services Management Research*. 2011;24(1):29-36.
- 45- Hu HY, Cheng CC, Chiu SI, Hong FY. A study of customer satisfaction, customer loyalty and quality attributes in Taiwan's medical service industry. *African Journal of Business Management*. 2011;5(1):187-95.
- 46-Shamsuddoha M, Alamgir M. Loyalty and Satisfaction Construct in Retail Banking-An Empirical Study on Bank Customers. *The Chittagong University Journal of Business Administration*. 2004;(1):9.
- 47-Olorunniwo F,Hsu MK,Udo GJ. Service quality, customer satisfaction, and behavioral intentions in the service factory. *Journal of Services Marketing*. 2006;20(1):59-72