

سنجش و تحلیل کیفیت خدمات بیمارستان با استفاده از ابزار تحلیل اهمیت - عملکرد (IPA) از دیدگاه بیماران در بیمارستان های عمومی منتخب تهران

اکرم بنی اسدی: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

سودابه وطن خواه: دانشیار، گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط: s-vatankhah@tums.ac.ir

آغافاطمه حسینی: مربی، گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۵/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: مدیران بیمارستان‌ها، نیازمند فرآیندی جهت سنجش و ارزشیابی کیفیت خدمات هستند تا علاوه بر کسب رضایت مراجعین، منابع محدودی را که در اختیار دارند، جهت بهبود کیفیت خدمات بطور مطلوب بکار برند. هدف این پژوهش سنجش کیفیت خدمات با استفاده از تحلیل اهمیت - عملکرد و پیشنهاد راهبرد مطلوب جهت بهبود کیفیت خدمات بود.

روش کار: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی است، و جامعه پژوهش آن همه بیماران بستری ۴ بیمارستان عمومی منتخب دانشگاهی تهران در یک بازه زمانی مشخص بودند، نمونه‌ای به حجم ۲۸۵ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. سنجش کیفیت خدمات برپایه تحلیل اهمیت - عملکرد با استفاده از پرسشنامه و رسم ماتریس انجام شد. قرار گرفتن در هر یک از ابعاد ۸ گانه کیفیت در نواحی ماتریس بکارگیری یکی از راهبردهای ۴ گانه را پیشنهاد می‌کرد. داده‌های جمع‌آوری شده با کمک نرم افزار SPSS-۱۷ و Excel تحلیل شد.

نتایج: در بین ابعاد کیفیت خدمات، ابعاد اعتماد و پاسخ‌گویی (میانگین = ۳/۲۵) بالاترین عملکرد و مسئولیت‌پذیری اجتماعی (میانگین = ۳/۵۵) بالاترین اهمیت را داشته است. پایین‌ترین عملکرد و اهمیت (میانگین = ۳/۱۱) مربوط به بعد سازمان خدمات بوده است. بر اساس نتایج ماتریس اهمیت-عملکرد، برای هر بیمارستان راهبرد مطلوب جهت بهبود هر یک از ابعاد هشتگانه کیفیت پیشنهاد شده است. **نتیجه‌گیری:** بالاترین اولویت عملکردی در بیمارستان‌های مورد مطالعه در ارتباط با بهبود فرآیندهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی بود.

واژگان کلیدی: کیفیت خدمت، تحلیل اهمیت-عملکرد، بیمارستان عمومی

مقدمه

محدودی را که در اختیار دارند به طور مطلوب به کار برند (Nikpoor and Majlesi 2002).

به عبارتی امروزه پرداختن به کیفیت کالاها و خدمات در کلیه زمینه‌ها در زمره اولویت‌های هر سازمان پیشرو است. در بخش بهداشت و درمان هم به لحاظ اهمیت نوع خدمات و سروکار داشتن با سلامت و جان انسان‌ها، اعتلای کیفیت و تضمین آن برای نظام بهداشت و درمان مردم به طور فزاینده و مداوم مورد توجه قرار گرفته

امروزه با بهبود ارتباطات و اطلاعات و پیشرفت فن‌آوری پزشکی، انتظارات مراجعان روز به روز بیشتر می‌شود. در نتیجه تقاضا برای مراقبت به روزتر، با کیفیت‌تر و ارزشمندتر افزایش می‌یابد. بنابراین مدیران خدمات بهداشتی درمانی، نیازمند فرآیندی جهت سنجش و ارزشیابی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده در سازمان خود هستند تا علاوه بر کسب رضایت مراجعان، منابع

نیست. خدمات بهداشتی درمانی قابل انبار کردن و تست های کیفیتی نیست. تجارب مشتری، تنها ابزار تایید خدماتی است که اصول کیفیت را رعایت می کند. علاوه بر این، حقیقت عملکرد خدمت از یک کار به کار دیگر تغییر می کند. نیازهای بیماران هم از فردی به فرد دیگر فرق می کند. در نهایت در خدمات بهداشتی، تولید و مصرف جدایی ناپذیرند خدمات زمانی مصرف می شوند که تولید شوند و این کنترل کیفیت را مشکل می سازد.

با مطالعه پژوهش های انجام شده درباره سنجش کیفیت خدمت، دو موج مهم در اندازه گیری کیفیت خدمات مشاهده می شود. اولین موج مربوط به سال ۱۹۸۳ است، زمانی که زیتمال و همکاران در پژوهش های خود در بخش خدمات چنین استنباط کردند که مشتریان برای قضاوت درباره کیفیت خدمت به پنج بعد اطمینان، همدلی، ملموس بودن، اعتبار و پاسخگویی توجه می کنند. براین اساس ابزاری برای اندازه گیری ادراک مشتریان از کیفیت خدمات به نام سروکوال ابداع نمودند. در اینجا کیفیت خدمات براساس تفاوت بین ادراک مشتری و انتظارات وی سنجیده می شد (Parsuraman et al. 1988). در دهه ۱۹۹۰ موج دوم پژوهش ها توسط کرونین و همکارانش پدید آمد. آنها معتقد بودند ارزیابی کیفیت خدمت توسط ادراک وزن دهی شده از ارایه دهنده ای خاص است و این وزن براساس اهمیتی است که مشتری به ادراک می دهد. این تحقیقات مدل سروپرف را بوجود آورد که بر مبنای سروکوال شکل گرفته بود.

سپس تیس مدل ارزشیابی عملکرد را بر پایه مدل زیتمال ایجاد کرد. مدل او مدل ویژه ای از مدل ارزشیابی عملکرد و کیفیت ضابطه مند است. آنها معتقدند افزایش ادراکات و انتظارات الزاما منعکس کننده افزایش مستمر سطح کیفیت درک شده نیست. در سال ۱۹۹۴، راست و الیور پژوهشی نظری راجع به روابط درونی بین کیفیت، ارزش و رضایت مندی انجام دادند. سایر مدل های نظری پیش از آن منعکس کننده توالی زمانی این توسعه بودند اما هیچ ابزاری پیشنهاد نشد (Perez 2002).

است (Tabibi 2001). چراکه در این بخش کیفیت هم بر وضعیت سلامت و هم بر رضایت مندی مشتریان تاثیر می گذارد (Ahmadvand 2005). به رغم اهمیت کیفیت در بخش بهداشت و درمان، تلاش های ارتقای کیفیت در بخش عمومی با چالش های زیادی روبرو است. یکی از این چالش ها مفهوم کیفیت است. سازمان های بهداشتی درمانی که فعالیت های ارتقای کیفیت را دنبال می کنند، با موانع متعددی در تعریف کیفیت مواجهند. اهمیت تعریف دقیق ابعاد کیفیت از آن جاست که چنانچه تعاریف کیفیت واضح نباشد و درباره آن اتفاق نظر وجود نداشته باشد، سازمان های بهداشتی درمانی، نمی توانند اهداف کیفیت را برای سازمان خود تدوین نمایند و کیفیت خدمات خود را بسنجند (Puran 2003). کیفیت خدمات در بخش بهداشت و درمان مشخصا یک مفهوم چند بعدی است و یکی از مسائلی است که هنوز تعریف قطعی برای آن موجود نیست (Karimy 2008).

اما می توان گفت، تعریف کیفیت در خدمات بهداشتی درمانی نیز مانند صنعت، سیر تکاملی داشته است. متخصصان ده ها سال تلاش کرده اند تا یک تعریف کوتاه، معنی دار و کاربردی از کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارایه دهند ولی تعاریف ارایه شده عمدتا پیچیده و بسیار متفاوت می باشند.

آخرین تعریف درباره کیفیت مراقبت های بهداشتی که هنوز هم اعتبار خود را حفظ کرده است، خدمات مراقبت بهداشتی درمانی با کیفیت، سطحی از خدمات بهداشتی ارایه شده به افراد و جوامع تعریف می شود که احتمال نتایج بهداشتی مطلوب را افزایش دهد و مطابق دانش حرفه ای روز باشد.

برخلاف محصولات تولید شده که کیفیت آنها به راحتی قابل ارزیابی است، کیفیت خدمت مفهومی دشوار و انتزاعی است که اندازه گیری و تعریف آن مشکل است. خدمات بهداشت و درمان غیر قابل لمس است زیرا قابل شمارش، اندازه گیری، ذخیره سازی و تایید قبل از فروش

این پژوهش در نظر دارد با کمک ابزار تحلیل اهمیت- عملکرد (IPA) در ۸ بعد کیفیتی به بررسی رضایت‌مندی مراجعین از عملکرد بیمارستان‌ها و اهمیت هر یک از ابعاد در چهار بیمارستان عمومی شهر تهران پرداخته و از طریق یافته‌های این پژوهش اطلاعات با ارزشی برای مدیران فراهم کند تا با شناخت نقاط قوت و ضعف خود و متناسب با انتظارات مشتریان‌شان برنامه‌های بهبود کیفیت خدمات را فراهم نموده و منابع محدود خود را بصورت بهینه تخصیص دهند و از این طریق بتوانند جایگاه رقابتی خود را ارتقا دهند.

روش کار

مطالعه حاضر، پژوهشی توصیفی- تحلیلی است و جامعه آماری آن همه بیماران بستری چهار بیمارستان عمومی شهر تهران یعنی بیمارستان‌های شماره یک، شماره دو، شماره سه و شماره چهار در بازه زمانی دی ۱۳۸۹ تا فروردین ۱۳۹۰ بودند، از بین آنان بر اساس فرمول N در نظر گرفتن $P=0/3$ و $d=0/06$ و $\frac{z^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$ و با در نظر گرفتن $P=0/3$ و $d=0/06$ در سطح اطمینان ۹۵ درصد حجم نمونه ۲۲۴ نفر محاسبه شد و با احتساب اثر طرح ($Design Effect = 1.25$) حجم نمونه نهایی ۲۸۵ در نظر گرفته شد. جهت نمونه‌گیری روش نمونه‌برداری تصادفی طبقه‌ای دنبال شد. ابزار اصلی پژوهش پرسشنامه بود که بر اساس تحلیل اهمیت-عملکرد (IPA) توسعه داده شده و در مطالعات مختلف به کار رفته است (Tseng 2011; Beldona and Cobanoglu 2007; Showalter 2006; Matzler and Bailom 2004) و روایی آن توسط کارشناسان و اساتید مربوطه مورد بررسی و تایید قرار گرفت. پایایی آن نیز توسط لطفی با محاسبه آلفای کرونباخ $0/91$ بررسی و تایید شده بود (Lotfee 2009).

این پرسشنامه برای کیفیت خدمات هشت بعد در نظر می‌گیرد، این ابزار دو قسمتی است قسمت اول نظر بیماران در مورد عملکرد فعلی بیمارستان در مورد هر یک از ابعاد هشتگانه کیفیت را می‌سنجد و قسمت دوم اهمیت هر

تحلیل اهمیت- عملکرد (IPA) روشی است که توسط مارتیلا و جیمز ابداع شد و هدف آن اندازه‌گیری ارتباط بین ادراک و اهمیت بود. تفاوت این روش با سروکوال در آن است که این روش بجای انتظار، اهمیت را اندازه‌گیری می‌کند. مگاک و همکاران، ان نیو و همکاران، دنگ و همکاران، رویزو و همکاران، لوی، لوک، شیه، بیلدیز، گریفین و همکاران، آبولو و سنگ ونگ از دیگر افرادی بودند که از این روش استفاده کردند (Reviezzo et al. 2009; Lewi 2004; Luck 2011; Shieh 2010; Yildiz 2011; Griffin and Deborah 2012; Abola et al. 2007; Wong et al. 2011).

در برخی مطالعات نیز از روش IPA با انجام برخی تغییرات استفاده شده است از جمله دنگ با استفاده از مدل بازنگری شده IPA برای نشان دادن مزیت رقابتی مدیران استفاده کرد (Deng 2007).

این مدل برای قضاوت در رابطه با کیفیت و رضایت مندی مشتری از دو جزء اصلی، عملکرد درک شده و اهمیت آن مورد استفاده می‌کند، ابعاد کیفیت خدمات بر اساس این مدل ملموسات، قابلیت اطمینان، قدرت پاسخگویی، اعتماد، همدلی، فرآیند خدمات، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و سازمان خدمات می‌باشد، مزیت این مدل در این است که به سرعت می‌توان نقاط قوت و ضعف سازمان در رابطه با رضایت‌مندی مشتری را شناسایی نمود. فرض این مدل این است که بعضی ویژگی‌ها از دیگر ویژگی‌ها با اهمیت ترند، به عبارت دیگر هر ویژگی به صورت متفاوتی مرور و درک می‌شود.

شنا از تحلیل عملکرد اهمیت به عنوان ابزاری موثر برای تعیین قسمت‌های بحرانی خدمات که باید ارتقا پیدا کنند یاد کرده است و معتقد است با استفاده از این روش و با اطلاع از تصویر ذهنی سازمان نزد مشتریان ضمن اینکه نقاط ضعف و قوت یک سازمان آشکار می‌شود زمینه را برای اتخاذ راهبردهای مناسب و ارتقای عملکرد فراهم می‌کند (Sethna 1982).

گردد، این قابلیت وجود دارد که توجه مشتریان به این ابعاد جلب شود. در نهایت قرار گرفتن هر یک از ابعاد هشتگانه کیفیت خدمات در ناحیه چهارم به مفهوم احتمال توجه بیش از اندازه، به آن بعد یا ابعاد است، یعنی بیماران توجه کمی نسبت به ابعاد قرار گرفته در این ناحیه دارند اما از عملکرد سازمان در مورد این ابعاد رضایت دارند. بنابراین به نظر می رسد سازمان احتمالاً به این ابعاد بیش تر از اندازه توجه دارد.

در این پژوهش جهت تحلیل داده ها، به منظور ارایه آمار توصیفی مانند میانگین امتیاز اهمیت و عملکرد در هر بعد نرم افزار SPSS ویرایش ۱۷ به کار رفت و در نهایت جهت رسم ماتریس های تحلیل اهمیت عملکرد برای هر یک از بیمارستان ها نرم افزار Excel استفاده شد.

نتایج

بر اساس یافته های پژوهش ۵۶/۰۶ درصد نمونه پژوهش زن و ۴۳/۹۴ درصد مرد بودند. ۴/۷۲ درصد آنان در گروه سنی زیر ۲۰ سال و ۴۱/۰۵ درصد بین ۲۰ تا ۴۰ سال سن داشتند، همچنین ۳۰/۴۵ درصد نمونه پژوهش بین ۴۰ تا ۶۰ سال و تنها ۲۳/۷۸ درصد آنها بالای ۶۰ سال سن داشتند. ۵۶/۱۳ درصد بیماران نمونه پژوهش برای اولین بار در آن بیمارستان بستری شده و ۳۲/۷۲ درصد دومین و سومین تجربه بستری در آن بیمارستان را داشتند، همچنین ۶/۴ درصد چهارمین و پنجمین بار بستری شان در آن بیمارستان بود، ۴/۷۵ درصد نیز بیشتر از پنج بار در بیمارستان مورد مطالعه بستری شده بودند.

۴۲/۷۲ درصد نمونه پژوهش در بخش های جراحی، ۳۱/۸۲ درصد در بخش های داخلی و ۲۵/۴۵ درصد آنان در بخش های ویژه بستری بودند.

بعد سازمان خدمات در تمام بیمارستان های مورد مطالعه و همچنین بعد فرایند خدمات در بیمارستان شماره سه در ناحیه سوم قرار گرفته است و لذا از نظر مشتریان جزء مواردی است که از نظر مشتریان اهمیت بالایی ندارد.

یک از این ابعاد از نظر بیماران را اندازه می گیرد. پرسشنامه با مقیاس چهار گزینه ای لیکرت رتبه بندی شده است. تحلیل داده ها بر اساس مدل تحلیل اهمیت- عملکرد (IPA) انجام شده و بر اساس ترکیب دو عامل نظر بیماران در مورد سطح عملکرد فعلی بیمارستان و میزان اهمیت هر یک از ابعاد کیفیت، ماتریسی بر روی محورهای دستگاه مختصات رسم می شود. بطوری که محور (X) نشان دهنده عملکرد و محور (Y) نشان دهنده اهمیت می باشد، یعنی میانگین امتیاز داده شده توسط نمونه پژوهش به عملکرد بیمارستان برای هر یک از ابعاد کیفیت و همچنین میانگین امتیازی که به عنوان اهمیت آن بعد در نظر گرفته اند برای مشخص شدن محل قرارگیری آن بعد کیفیت بر روی محور مختصات استفاده می شود. از ترکیب دو عامل عملکرد و اهمیت چهار ناحیه بوجود می آید که در مورد انتخاب استراتژی های بهبود خدمات راهنمایی می کند (شکل ۱).

قرار گرفتن هر یک از ابعاد کیفیت در ناحیه اول به این مفهوم است که در زمینه آن بعد کار به همین روال ادامه یابد، به عبارتی بیشترین توجه بیماران (مشتریان) به این بعد یا ابعاد کیفیت خدمات بوده است و از آن ها رضایت داشته اند. غالباً ابعدی که در این قسمت قرار می گیرند، اصلی ترین منابع برای نقاط قوت سازمان هستند. قرار گیری ابعاد کیفیت در ناحیه دوم یعنی؛ در کانون توجه نشان می دهد بیماران بیشترین توجه شان به این ابعاد کیفیت خدمات معطوف است در حالی که نسبت به عملکرد کنونی در این زمینه رضایت ندارند، در این منطقه سازمان ها نیاز به توجه بیشتری دارند و باید هرچه سریعتر راه حلی برای آن بیابند. اگر هر یک از ابعاد کیفیت در ناحیه سوم قرار گیرند، به این مفهوم است که آن ابعاد اولویت کمتری را دارد، به این معنی که بیماران اهمیت کمی به این ابعاد کیفیت خدمات می دهند، همچنین نسبت به این ابعاد رضایت پایینی دارند این موضوع نشان می دهد ابعاد کیفیت قرار گرفته در این ناحیه موارد مهمی نیستند اما اگر راه حل جدیدی اتخاذ

در بررسی کلی کیفیت خدمات بیمارستانی از نظر بیماران طبق یافته‌های حاصل از ماتریس اهمیت-عملکرد در بیمارستان شماره یک ابعاد قدرت پاسخ‌گویی، همدلی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در وضعیت مناسبی قرار دارند و باید به همین ترتیب فعالیت بیمارستان در این ابعاد ادامه یابد.

ابعاد ملموسات، قابلیت اطمینان، فرآیند ارائه خدمات ابعادی هستند که مشتریان توجه زیادی را به آنها معطوف می‌دارند اما نسبت به عملکرد بیمارستان در خدمت‌رسانی در این ابعاد رضایت کمی دارند، لذا در این مناطق نیاز به توجه و تمرکز بیشتری از جانب بیمارستان‌ها می‌باشد و باید هرچه سریعتر جهت بهبود عملکرد خویش راه‌حلی بیابد.

همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد بیماران توجه کمی نسبت به بعد سازمان خدمات دارند، علاوه بر آن، نسبت به عملکرد بیمارستان در این بعد رضایت پایینی وجود دارد. این موضوع نشان می‌دهد بعد سازمان خدمات از نظر بیماران اولویت بالایی ندارد، اما در صورتی که راه‌حل جدیدی اتخاذ گردد، این قابلیت وجود دارد که توجه مشتریان به این بعد جلب شود، البته در آن زمان نیاز به توجه بالاتری از جانب بیمارستان به این بعد خواهد بود ولی در شرایط فعلی این بعد دارای پایین‌ترین اولویت از نظر لزوم توجه می‌باشد.

عملکرد بیمارستان شماره یک در بعد اعتماد بیشتر از حد انتظار بیماران است. زیرا در شرایط فعلی این بعد نسبت به ابعاد دیگر نظیر ملموسات، قابلیت اطمینان و فرآیند ارائه خدمات از نظر بیماران اهمیت چندانی ندارد، هرچند از عملکرد بیمارستان در این بعد رضایت دارند.

در بررسی کلی کیفیت خدمات بیمارستانی از نظر بیماران در بیمارستان شماره دو طبق یافته‌های حاصل از ماتریس اهمیت-عملکرد، ابعاد قابلیت اطمینان، اعتماد و فرآیند ارائه خدمات در بیمارستان از وضعیت مناسبی برخوردارند و بیمارستان در این ابعاد باید به همین ترتیب به فعالیت ادامه دهد.

ابعاد همدلی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی ابعادی است که مشتریان توجه زیادی را به آن معطوف می‌دارند اما نسبت به عملکرد بیمارستان در خدمت‌رسانی در این ابعاد رضایت چندانی ندارند. در این منطقه بیمارستان نیاز به

بعد همدلی در تمام بیمارستان‌ها بجز بیمارستان شماره سه در ناحیه یک قرار دارد و مدیران بیمارستان‌ها باید وضع موجود را در همین حالت ادامه دهند. ملموسات، قابلیت اطمینان و فرآیند خدمات در بیمارستان‌های شماره یک و شماره چهار در ناحیه دو واقع شده و توجه بیشتر مدیران را می‌طلبد. درحالی که ملموسات در بیمارستان‌های شماره سه و شماره دو در ناحیه چهار و عوامل اطمینان در ناحیه یک قرار دارد.

بعد مسئولیت‌پذیری اجتماعی و قدرت پاسخ‌گویی نیز در بیمارستان‌های شماره یک و شماره چهار در ناحیه یک قرار دارند و مراجعان از عملکرد بیمارستان در این ابعاد رضایت دارند درحالی که بعد مسئولیت‌پذیری اجتماعی در دو بیمارستان دیگر در ناحیه دو قرار دارد و نیازمند توجه بیشتر است و به بعد قدرت پاسخ‌گویی توجهی بیشتر از آن چه مدنظر مشتریان است شده است. میانگین امتیاز داده شده به عملکرد فعلی بیمارستان و میانگین امتیاز اهمیت هر بعد کیفیت از نظر بیماران در کل نمونه پژوهش و هر یک از چهار بیمارستان مورد بررسی در جدول شماره یک آورده شده است:

از بین هشت بعد کیفیت، از نظر بیماران، بیمارستان‌ها در دو بعد اعتماد و پاسخ‌گویی با میانگین $3/25$ امتیاز بالاترین عملکرد را داشته‌اند، همچنین از نظر آنان بعد مسئولیت‌پذیری با میانگین $3/55$ بالاترین اهمیت را داشته است از طرفی بعد سازمان خدمات با میانگین $3/11$ پایین‌ترین عملکرد و اهمیت (میانگین = $3/37$) را داشته است.

بر اساس ابزار تحلیل اهمیت-عملکرد (IPA) برای هر یک از بیمارستان‌های مورد بررسی ماتریس اهمیت-عملکرد رسم گردید که در جدول ۲ آمده است. در سنجش کلی کیفیت خدمات بیمارستان‌های مورد بررسی ابعاد اعتماد، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، همدلی و اطمینان در ناحیه حفظ و ادامه، بعد فرآیند خدمات در ناحیه کانون توجه، بعد سازمان خدماتی در ناحیه اولویت پایین و ابعاد عوامل ملموس و پاسخ‌گویی در ناحیه کاستن قرار گرفته است. ماتریس اهمیت عملکرد مربوط به تمام بیمارستان‌های مورد بررسی در نمودار بعدی نشان داده شده است.

بیماران توجه کمی نسبت به بعد سازمان خدمات دارند، همچنین نسبت به این بعد رضایت پایینی وجود دارد. عملکرد بیمارستان شماره چهار در بعد اعتماد بیشتر از حد انتظار بیماران است. زیرا در شرایط فعلی این بعد از نظر بیماران اهمیت چندانی ندارد، هرچند از عملکرد بیمارستان در این بعد رضایت دارند.

بطور کلی نتایج حاصل از تحلیل اهمیت-عملکرد خدمات در بیمارستان‌های مورد مطالعه بیانگر این مطلب است که در تمامی بیمارستان‌ها بیماران نسبت به جایگاه شهرت بیمارستان در مقایسه با سایر بیمارستان‌ها دیدگاه رضایت پایینی دارند و از طرفی برای این بعد از کیفیت خدمات اهمیتی پایینتر از سایر ابعاد قایلند و لذا بیمارستان‌ها می‌توانند ارتقای این بعد را در برنامه‌های کم اولویت تر خویش قرار دهند.

از طرفی علیرغم اهمیت نسبتاً پایینی که بیماران برای ابعاد ملموسات و پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های شماره دو و شماره سه و بعد اعتماد در بیمارستان‌های شماره چهار و شماره یک می‌دهند، بیمارستان‌ها بیشتر از آنچه مدنظر بیماران بوده در این ابعاد سرمایه‌گذاری کردند.

کانون توجه مدیران و برنامه ریزان بیمارستان‌ها باید به ابعاد فرآیند ارائه خدمت، ملموسات و قابلیت اطمینان در بیمارستان‌های شماره چهار و شماره یک، ابعاد همدلی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در بیمارستان شماره دو و ابعاد اعتماد و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در بیمارستان شماره سه متمرکز شود زیرا بیماران از عملکرد بیمارستان‌های مورد مطالعه در این ابعاد کیفیت رضایت ندارند و علیرغم اهمیت بالای این ابعاد از نظر بیماران، بیمارستان‌ها در جلب نظر بیماران ضعیف عمل کرده‌اند.

ابعاد قدرت پاسخ‌گویی، همدلی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در بیمارستان‌های شماره چهار و شماره یک در مقایسه با سایر ابعاد کیفیت در این بیمارستان‌ها از موقعیت مناسبی برخوردار هستند و با توجه به اهمیت این ابعاد از دید بیماران، بیمارستان‌ها در حفظ کیفیت خدمات ارائه شده از این ابعاد موفق بوده‌اند. همچنین ابعاد قابلیت اطمینان، اعتماد و فرآیند ارائه خدمات در بیمارستان شماره دو و ابعاد قابلیت اطمینان و همدلی در بیمارستان شماره سه نیز در موقعیت مشابهی قرار دارند و بیماران از عملکرد بیمارستان‌ها در این ابعاد با توجه به اهمیت آنها رضایت

توجه بیشتری دارد و باید هرچه سریعتر جهت بهبود عملکرد خویش راه حلی بیابد.

بیماران توجه کمی نسبت به بعد سازمان خدمات دارند، همچنین نسبت به این بعد رضایت پایینی وجود دارد. این موضوع نشان می‌دهد این بعد از نظر بیماران مورد مهمی نیست و بهتر است تلاش بیمارستان جهت ارتقای کیفیت خدمات ابتدا به سایر ابعاد معطوف گردد.

عملکرد بیمارستان شماره دو در ابعاد ملموسات و قدرت پاسخ‌گویی بیشتر از حد انتظار بیماران است. زیرا در شرایط فعلی این ابعاد از نظر بیماران اهمیت چندانی ندارد، هرچند از عملکرد بیمارستان در این ابعاد رضایت دارند و در صورت امکان بیمارستان می‌تواند با اتخاذ تدابیری باجلب توجه بیماران به این ابعاد رضایت بیماران را افزایش دهد.

طبق یافته‌های حاصل از ماتریس اهمیت-عملکرد در بررسی کلی کیفیت خدمات بیمارستانی در بیمارستان شماره سه از نظر بیماران ابعاد قابلیت اطمینان و همدلی در وضعیت مناسبی قرار دارند و باید به همین ترتیب فعالیت بیمارستان در این ابعاد ادامه یابد.

ابعاد اعتماد و مسئولیت‌پذیری اجتماعی ابعادی است که مشتریان توجه زیادی را به آن معطوف می‌دارند اما نسبت به عملکرد بیمارستان در خدمت‌رسانی در این بعد رضایت چندانی ندارند. در این منطقه بیمارستان نیاز به توجه بیشتری دارد و باید هرچه سریعتر جهت بهبود عملکرد خویش راه حلی بیابد.

در بررسی کیفیت خدمات بیمارستانی از نظر بیماران طبق یافته‌های حاصل از ماتریس اهمیت-عملکرد در بیمارستان شماره چهار ابعاد پاسخ‌گویی، همدلی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در وضعیت مناسبی قرار دارند و باید به همین ترتیب فعالیت بیمارستان در این ابعاد ادامه یابد.

ابعاد ملموسات، قابلیت اطمینان و فرآیند ارائه خدمات ابعادی است که از دید بیماران دارای اهمیت زیادی هستند اما نسبت به عملکرد بیمارستان در خدمت‌رسانی در این بعد رضایت ندارند. در این منطقه بیمارستان نیاز به توجه بیشتری دارد و باید هرچه سریع‌تر جهت بهبود عملکرد خویش راه حلی بیابد.

دارند و لذا بیمارستان‌ها باید بکوشند عملکرد خویش در این ابعاد را حفظ نمایند.

بحث

مطالعات مختلفی از تحلیل اهمیت- عملکرد جهت سنجش کیفیت خدمات استفاده کرده‌اند که این مطالعات از نظر تعداد ابعاد در نظر گرفته شده برای کیفیت متفاوت بوده‌اند، در مطالعات مورد بررسی غالباً پنج تا هشت بعد را برای کیفیت در نظر گرفته‌اند (Lotfee 2009; Kitcharoen 2007; Feng and Jeng 2009; Hollenhorst et al. 1992). البته محتوای ابعاد در نظر گرفته شده برای کیفیت اغلب مشابه بوده است. برخی مطالعات نیز به دسته بندی ابعاد پرداخته نشده و صرفاً با کمک مولفه‌ها به بررسی پرداخته شده است از جمله در تضمین کیفیت خدمات آموزشی در پژوهشی در سال ۱۳۹۰ از ۴۸ مولفه (Fathi et al. 2011) و در بررسی کیفیت خدمات توریسم از ۲۰ مولفه (Luck 2011) و در بررسی و مدیریت کیفیت خدمات شهری از ۳۹ مولفه استفاده شد (Griffin and Deborah 2012).

لذا در مقایسه نتایج پژوهش حاضر با مطالعات سایرین ممکن است ابعاد در نظر گرفته شده برای کیفیت کاملاً منطبق نباشد.

یافته‌های این پژوهش از نظر بررسی اهمیت ابعاد خدمت نشان داد با اهمیت ترین بعد از نظر بیماران در بیمارستان‌های شماره ۱ و شماره ۴ مسئولیت پذیری اجتماعی و در بیمارستان شماره دو قابلیت اطمینان و مسئولیت پذیری اجتماعی (میانگین ۳/۳۴) و در بیمارستان شماره سه ابعاد اعتماد و همدلی (میانگین ۳/۶۲) بوده است.

در حالی که در مطالعات ژنگ و فنگ (۲۰۰۵) در بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در خطوط هوایمایی مهمترین بعد روابط گرم کارکنان بوده و در سنجش کیفیت خدمات بانکی توسط لطفی (Lotfee 2009) و نیز در مطالعه هولنهرس (Hollenhorst et al. 1992) بالاترین اهمیت مربوط به عوامل ملموس و در فناوری اطلاعات (Kitcharoen 2007) مربوط به موجود بودن تجهیزات در محیطی آرام است.

نتایج پژوهش نشان داد بالاترین رضایت از عملکرد طبق نظر بیماران در بیمارستان شماره یک از بعد قدرت پاسخ گویی و اعتماد (میانگین ۳/۲۵) و در بیمارستان شماره دو از بعد اعتماد و در بیمارستان شماره سه بالاترین رضایت از بعد ملموسات و در بیمارستان شماره چهار از بعد همدلی بوده است، درحالی که در نتایج حاصل از مطالعه کیفیت خدمات در صنعت فناوری اطلاعات توسط کیچران (Kitcharoen 2007) استفاده از تجهیزات به روز بالاترین رضایت را از دید مشتریان کسب کرده است. در مطالعه حاضر پایین ترین میزان اهمیت و عملکرد از نظر بیماران در بیمارستان‌های شماره یک، شماره دو و شماره چهار از بعد سازمان خدمات بوده است. بیماران در بیمارستان شماره سه کمترین اهمیت را به سازمان خدمات و پایین ترین سطح عملکرد را به بعد اعتماد نسبت داده‌اند. این درحالی است که در مطالعات شیه (Shieh 2010) در ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی در تایوان برخورد صمیمی و دوستانه پرسنل ارایه دهنده خدمات و ظاهر تمیز پرسنل بالاترین نارضایتی بیماران را در بر داشته است، این موارد در پژوهش حاضر در ابعاد عوامل ملموس و همدلی جای گرفته که از نظر رضایت بیماران از عملکرد بیمارستان در این ابعاد از میان هشت بعد در رتبه های چهار و پنج قرار گرفته‌اند. نتایج مطالعه ژنگ و فنگ (Feng and Jeng 2005) بیانگر پایین ترین اهمیت در قیمت منطقی و پایین ترین عملکرد در پاسخ گویی سریع به مشتریان و در بررسی کیفیت خدمت در بیمارستان‌های خصوصی ترکیه پایین ترین عملکرد در مدت انتظار برای گرفتن خدمت مورد انتظار بوده است.

آبولا و والرا در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که از ابزار IPA می توان برای درجه بندی و ارایه گزارش بر حسب ترجیحات مشتری استفاده نمود (Abola et al. 2007)، همچنین در مطالعه‌ای در ژاپن در بررسی خدمات دولت الکترونیک از این ابزار برای کمک به دولت مردان جهت شناسایی ویژگی‌هایی که به خوبی کار می‌کنند، آنها که نیاز به توجه سریع دارند و مناطقی که نیاز به تمرکز راهبردی دارند استفاده شد (Wong et al. 2011).

ژنگ و چانگ به بررسی سه مدل سروکوال، IPA و فاکتور مهم (IF) جهت سنجش کیفیت پرداخته و در نهایت به این نتیجه رسیدند که اگرچه هر سه روش در بررسی

بر اساس نتایج ماتریس‌های اهمیت عملکرد در هریک از بیمارستان‌های مورد بررسی جهت کمک به تصمیم‌گیری مدیران در ارتقا ابعاد کیفیت، راهبردهای کاربردی پیشنهاد می‌شود که نشان می‌دهد این بیمارستان‌ها هر کدام در پرداختن به ابعاد کیفیت عملکرد متفاوتی داشتند، علاوه بر این انتظارات بیماران نیز متفاوت بوده است.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه پیشنهاد می‌شود بیمارستان‌ها به عملکرد خود در ابعاد منطقه اول همچنان ادامه دهند و همچنین به مسئولین و برنامه‌ریزان جهت ارتقای عملکرد پیشنهاد می‌شود بالاترین اولویت در اصلاح عملکرد خویش را در بیمارستان‌های شماره ۱ و شماره ۴ را در ابعاد ملموسات، قابلیت اطمینان و فرآیند ارزیابی خدمات قرار دهند. همچنین در بیمارستان شماره ۲ بالاترین اولویت در ارتقای کیفیت خدمات مربوط به ابعاد همدلی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی و در بیمارستان شماره ۳ مربوط به ابعاد اعتماد و مسئولیت‌پذیری اجتماعی می‌باشد. علت اولویت این ابعاد نسبت به سایر ابعاد در بیمارستان‌های مورد مطالعه رضایت پایین بیماران از عملکرد بیمارستان و از طرفی اهمیت بالای این ابعاد از نظر بیماران می‌باشد. اولویت بعدی بیمارستان‌های مورد بررسی برای ارتقای عملکرد، ابعاد کیفیت خدمات در هریک از بیمارستان‌ها در منطقه چهارم است البته در این بعد بیشتر از اینکه بیمارستان‌ها به دنبال افزایش سطح عملکرد باشند باید سیاست‌هایی را اتخاذ نمایند که توجه بیماران را به این ابعاد جلب نمایند زیرا علیرغم سطح عملکرد مورد قبول بیمارستان‌ها، بیماران کمی به این ابعاد می‌دهند و یا اینکه بیمارستان‌ها در برنامه‌ریزی و سیاست‌های آینده خود اولویت پایین تری برای این ابعاد در نظر بگیرند.

کیفیت خدمات مهم هستند ولی IPA دیدگاه جامع تری نسبت به سایر روش‌ها ارائه می‌دهد (Tzeng and Chang 2011). آربور و بوساکا با ایجاد تغییراتی در این ابزار به بازسازی تصویر IPA پرداخته و یک روش حمایت تصمیم‌گیری ارائه داد که دقیق‌تر از مدل IPA است (Arbore and Busacca 2011). هیوبرز نیز در مطالعه‌ای بیان کرد اشکال مطالعات معمول IPA در استفاده از معیار رتبه بندی برای اندازه‌گیری ابعاد اهمیت و عملکرد است بنابراین از معیار رتبه بندی بهترین-بدترین (Best Worst Scaling) استفاده کرد (Huybers 2011).

بر اساس اصول بیان شده در روش پژوهش مبنی بر تشکیل ۴ ناحیه در ماتریس IPA و واقع شدن هریک از ابعاد در این نواحی بر اساس میانگین اهمیت و عملکرد، قرارگرفتن بعد سازمان خدمات در ناحیه سوم (یعنی منطقه‌ای که بیماران از عملکرد بیمارستان در آن رضایتی ندارند ولی اهمیت پایینی هم برای آن قایل هستند) در تمام بیمارستان‌های مورد مطالعه را می‌توان بر اساس نحوه اداره این بیمارستان‌ها توجیه نمود. با توجه به این موضوع که هر ۴ بیمارستان، بیمارستان‌های عمومی دولتی بودند و با عنایت به این مطلب که بیمارستان‌های دولتی عموماً با حجم بالایی از مراجعه‌کنندگان و متوسط مدت اقامت بالاتری نسبت به بیمارستان‌های خصوصی مواجه هستند، برخلاف بیمارستان‌های خصوصی توجه و تأکید بسیار زیادی بر بعد سازمان خدمات و شهرت بیمارستان برای جلب بیماران بیشتر ندارند، بیماران نیز معمولاً در انتخاب بیمارستان‌های دولتی برای معالجه توجه چندانی به این بعد نمی‌کنند و سایر ابعاد برای آنها از اهمیت بالاتری برخوردار است. البته پیشنهاد پژوهشگر انجام مطالعات مشابه در بیمارستان‌های خصوصی و مقایسه آن با نتایج این پژوهش می‌باشد.

جدول ۱- میانگین امتیاز عملکرد و اهمیت هر بعد کیفیت از نظر بیماران کل نمونه پژوهش و هر یک از چهار بیمارستان مورد مطالعه

| ابعاد هشتگانه کیفیت خدمات | | کل نمونه پژوهش (تعداد= ۲۸۴ نفر) | | بیمارستان شماره یک (تعداد= ۷۶ نفر) | | بیمارستان شماره دو (تعداد= ۶۹ نفر) | | بیمارستان شماره سه (تعداد= ۶۶ نفر) | | بیمارستان شماره چهار (تعداد= ۷۳ نفر) | |
|---------------------------|----------|---------------------------------|----------|------------------------------------|----------|------------------------------------|----------|------------------------------------|----------|--------------------------------------|----------|
| انحراف معیار ± میانگین | | انحراف معیار ± میانگین | | انحراف معیار ± میانگین | | انحراف معیار ± میانگین | | انحراف معیار ± میانگین | | انحراف معیار ± میانگین | |
| عملکرد | اهمیت | عملکرد | اهمیت | عملکرد | اهمیت | عملکرد | اهمیت | عملکرد | اهمیت | عملکرد | اهمیت |
| ۲/۸۹±۰/۷ | ۳/۴۵±۰/۴ | ۳/۲۶±۰/۵ | ۳/۴۸±۰/۴ | ۳/۲۸±۰/۵ | ۳/۳۱±۰/۳ | ۲/۸۷±۰/۵ | ۳/۴۸±۰/۴ | ۳/۲۱±۰/۵ | ۳/۴۳±۰/۴ | ۲/۸۹±۰/۷ | ۳/۴۵±۰/۴ |
| ۲/۹۵±۰/۷ | ۳/۴۵±۰/۴ | ۳/۲۱±۰/۷ | ۳/۵۸±۰/۵ | ۳/۲۸±۰/۴ | ۳/۴۳±۰/۴ | ۲/۹۴±۰/۶ | ۳/۶۶±۰/۵ | ۳/۲۳±۰/۶ | ۳/۵۳±۰/۴ | ۲/۹۵±۰/۷ | ۳/۴۵±۰/۴ |
| ۲/۹۷±۰/۷ | ۳/۴۳±۰/۵ | ۳/۱۸±۰/۷ | ۳/۴۴±۰/۵ | ۳/۳۶±۰/۴ | ۳/۳۶±۰/۴ | ۲/۹۷±۰/۶ | ۳/۶۳±۰/۴ | ۳/۲۵±۰/۶ | ۳/۴۶±۰/۴ | ۲/۹۷±۰/۷ | ۳/۴۳±۰/۵ |
| ۳/۰۲±۰/۷ | ۳/۴۱±۰/۶ | ۳/۰۹±۰/۷ | ۳/۶۲±۰/۵ | ۳/۳۷±۰/۴ | ۳/۴۲±۰/۴ | ۳/۰۲±۰/۶ | ۳/۶۳±۰/۴ | ۳/۲۵±۰/۶ | ۳/۵۰±۰/۵ | ۳/۰۲±۰/۷ | ۳/۴۱±۰/۶ |
| ۳/۰۴±۰/۷ | ۳/۴۵±۰/۵ | ۳/۲۱±۰/۶ | ۳/۶۲±۰/۴ | ۳/۱۶±۰/۵ | ۳/۴۱±۰/۴ | ۳/۰۵±۰/۶ | ۳/۶۷±۰/۵ | ۳/۲۰±۰/۶ | ۳/۵۴±۰/۴ | ۳/۰۴±۰/۷ | ۳/۴۵±۰/۵ |
| ۲/۸۷±۰/۷ | ۳/۴۴±۰/۶ | ۳/۱۶±۰/۶ | ۳/۵۲±۰/۳ | ۳/۲۵±۰/۳ | ۳/۴۲±۰/۴ | ۲/۸۷±۰/۵ | ۳/۶۷±۰/۴ | ۳/۱۸±۰/۵ | ۳/۵۱±۰/۴ | ۲/۸۷±۰/۷ | ۳/۴۴±۰/۶ |
| ۳/۰۲±۰/۷ | ۳/۴۸±۰/۵ | ۳/۱۱±۰/۷ | ۳/۵۵±۰/۶ | ۳/۲۳±۰/۵ | ۳/۴۳±۰/۴ | ۳/۰۲±۰/۶ | ۳/۷۵±۰/۵ | ۳/۲۱±۰/۶ | ۳/۵۵±۰/۵ | ۳/۰۲±۰/۷ | ۳/۴۸±۰/۵ |
| ۲/۸۶±۰/۷ | ۳/۳۰±۰/۵ | ۳/۱۰±۰/۷ | ۳/۴۲±۰/۵ | ۳/۰۵±۰/۵ | ۳/۲۴±۰/۶ | ۲/۸۶±۰/۶ | ۳/۵۲±۰/۴ | ۳/۱۱±۰/۶ | ۳/۳۷±۰/۵ | ۲/۸۶±۰/۷ | ۳/۳۰±۰/۵ |

جدول ۲- مقایسه راهبرد های بهبود کیفیت برای هر یک از ابعاد کیفیت در بیمارستان های مورد مطالعه

| راهبرد های بهبود کیفیت بر اساس مدل (IPA) برای هر یک از ابعاد هشتگانه کیفیت | | | | چهار ناحیه مدل تحلیل اهمیت - عملکرد | |
|--|------------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|
| بیمارستان شماره چهار | بیمارستان شماره سه | بیمارستان شماره دو | بیمارستان شماره یک | | |
| قدرت پاسخ گویی همدلی مسئولیت پذیری اجتماعی | قابلیت اطمینان همدلی | قابلیت اطمینان اعتماد فرایند ارایه خدمات | قدرت پاسخ گویی همدلی مسئولیت پذیری اجتماعی | ناحیه اول (حفظ وضعیت) | |
| ملموسات قابلیت اطمینان فرایند ارایه خدمات | اعتماد مسئولیت پذیری اجتماعی | همدلی مسئولیت پذیری اجتماعی | ملموسات قابلیت اطمینان فرایند ارایه خدمات | ناحیه دوم (کانون توجه) | |
| سازمان خدمات | سازمان خدمات فرایند ارایه خدمات | سازمان خدمات | سازمان خدمات | ناحیه سوم (اولویت پایین) | |
| اعتماد | ملموسات قدرت پاسخ گویی | ملموسات قدرت پاسخ گویی | اعتماد | ناحیه چهارم (کاهش) | |



شکل ۱- ماتریس تحلیل اهمیت - عملکرد (IPA)

References

- Abola, J., Varela, J. and Manzano, V., 2007. Importance of Values for Importance Performance Analysis. *Journal of Business Research*, 60, pp. 115-121.
- Ahmadvand, A., 2005. *Equity and Efficiency of Health System Reform Guide*, Tehran, Great Avesina.
- Arbore, A. and Busacca, B., 2011. Rejuvenating Importance-Performance Analysis. *Journal of Service Management*, 22, pp. 409-429.
- Beldona, S. and Cobanogl, C., 2007. Importance Performance Analysis of Guest technologies in the lodging Industry. *Comel Hospitality Quarterly*, 48, pp. 299-311.
- Deng, W., 2007. Using a Revised Importance Performance Analysis Approach: the Case of Taiwanese Hotspring Tourism. *Tourism Management*, P. 28.
- Fathi, K., Pardakhtchi, M.H., Abolghasemi, M. and Hadi, F.M., 2011. Quality Assurance in Training Based on the Importance/Performance Analysis Model. *Iranian Quarterly of Education Strategie s*, 4, pp. 57-65.
- Feng, C.M. and Jeng, K.Y., 2005. Analyzing Airline Services Improvement Strategies through Importance and Performance Analysis. *Journal of the Eastern Asia Society for Transportation Studies*, 6, pp. 782-797.
- Griffin, T. and Deborah, E., 2012. Importance Performance Analysis as a Diagnostic Tool for Urban Destination Managers. *journal of Tourism and Hospitality research*, 23, pp. 32-48.
- Hollenhorst, S., Olson, D. and Fortney, R., 1992. The Use of Importance-Performance Analysis to Evaluate State Park Cabins: The Case of the West Virginia State Park System. *Journal of Park and Recreation Administration*, 10, pp. 1-11.
- Huybers, T., 2011. Student Evaluation of Teaching: Performance- Importance Analysis and Best-Worst Scaling. *34th HERDSA Annual International Conference*. Radisson Resort, Gold Coast, Australia: Higher Education Research and Development Society of Australasia, Inc.
- Karimy, I., 2008. *Health Economy*, Tehran, Institute for Social research.
- Kitcharoen, S., 2007. Importance-Performance Analysis on Information Technology Applications in Higher Educational Institutions in Thailand. *ABAC Journal*, 27, pp. 15-22.
- Lewi, R., 2004. Importance Performance Analysis, Australia. *The Australian Association for Engineering*.
- Lotfee, A., 2009. Service Quality Measurement in Branches of Eghtesad

- Novin bank. *International conference on Bank Services Marketing*.
- Luck, M., 2011. An Importance-Performance Analysis of Backpackers at Robinson Crusoe Island Resort, Fiji.
- Matzler, K. and Bailom, F., 2004. The Asymmetric Relationship between Attribute-Level Performance and Overall Customer Satisfaction: a Reconsideration of the Importance Performance Analysis. *Industrial Marketing Management* 33, pp. 271-277.
- Nikpoor, B. and Majlesi, F., 2002. *The Evaluation of Quality of Health Services Delivery*, Tehran, Tehran University
- Parsuraman, A., Zeithami, V. and Berry, L., 1988. a Multi Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality. *Journal of Retailing* 64, pp. 12-40.
- Perez, G.D.L., 2002. *Measurement of Service Quality for Systems with Dependency Loops and Mixed Cohorts*. Ph.D, University of Pittsburgh.
- Puran, A., 2003. *Stakeholders' Perceptions Regarding Hospital Quality*. Ph.D Dissertation, The State University of New Jersey.
- Reviezzo, A., Nisco, A.D. and Napolitano, M., 2009. Importance Performance Analysis as a Tool in Evaluating Town Center Management. *Retail Management*, 37, pp. 748-764.
- Sethna, B.N., 1982. Extensions and Testing of Importance-Performance Analysis. *Business Economic*, pp. 28-31.
- Shieh, J., 2010. A frame work of applying importance-performance analysis and a signe fuzzy measure to evaluate hospital service quality. *International conference on ICMLC*.
- Showalter, M., 2006. The Importance Performance Response function, Observation and Implications. *The Service Industrial Journal*, 19, pp. 1-25.
- Tabibi, J., 2001. *Total Quality Management in Healthcare Services*, Tehran, Jahanrayane.
- Tseng, M., 2011. Importance Performance Analysis of Municipal Solid Waste Management in Uncertainty. *Environ Monit Assess.* pp. 171-174.
- Tzeng, G.H. and Chang, H.F., 2011. Applying Importance-Performance Analysis as a Service Quality Measure in Food Service Industry. *Journal of Technology Management and Innovation*, 6.
- Wong, M.S., Hideki, N. and George, P., 2011. The use of Importance-Performance Analysis (IPA) in Evaluating Japan's E-Government Services. *Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research*, 6, pp. 17-30.
- Yildiz, M., 2011. An Importance-Performance Analysis of Fitness Center Service Quality: Empirical Results from Fitness Centers in Turkey. *African Journal of Business Management*, 5, pp. 7031-7041.

Services Quality Analysis Using Importance-Performance Analysis (IPA) Tool in Selected General Hospitals in Tehran: 2011

Baniasadi, A., MSc. Student, Department of healthcare management, School of health management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Vatankhah, S., Ph.D. Associate Professor, Department of healthcare management, School of health management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding author: s-vatankhah@tums.ac.ir.

Hosseini, A., MSc. Lecturer, Department of Biostatistics, School of health management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Aug 2, 2012

Accepted: Jan 8, 2013

ABSTRACT

Background and Aim: Quality measurement and management has changed to be one of the most important topics in health care today. This study aims to analyze service quality through Importance-performance Analysis tool in selected hospitals.

Materials and Methods: This is an Analytical-descriptive study. Research community was all admitted patients to four hospitals during a specific period, the sample of the study consists of 284 inpatient person selected by stratified random sampling method. The main instrument was a questionnaire consists of two parts "importance" and "performance" with the same items in 8 dimensions. Assigning the scores for each of those service items in a two-dimensional diagram with four cell, each gives special guideline for hospitals. SPSS 17.0 for windows was employed for the scale measurement.

Results: The results of the study indicate that the most important dimensions in patients attribute with 3.55 mean were for "accountability" and the best performance in patients point of view was for "responsiveness" and "reliability". The key dissatisfier with least importance and performance score was for "service organization" with the mean of 3.11.

In analyzing service quality, reliability, empathy, assurance and accountability dimensions were located in Cell I, service process was located in Cell II, service organization was located in Cell III and finally tangibles and responsiveness dimensions were located in Cell IV.

Conclusion: Application of IPA to these data showed that developing service process management system in order to improve process of service delivering is important directions for hospitals to work on.

Keywords: Service Quality, Importance- Performance Analysis, General Hospital