

نقش متغیرهای دموگرافیک بر دیدگاه گردشگران پزشکی نسبت به کیفیت خدمات بیمارستان‌ها

علیرضا جباری^{۱،۲}، مریم غلامی^{۳*}، زهرا کاوسی^۴، پریسا چمن پرا^۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۷

چکیده:

زمینه و هدف: ویژگی‌های دموگرافیک افراد از عوامل موثر بر دیدگاه ایشان نسبت به کیفیت مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد به طوری که ارتباط مثبتی بارضایت ایشان دارد. هدف این مطالعه تعیین نقش متغیرهای دموگرافیک گردشگران پزشکی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شیراز بر دیدگاه ایشان نسبت به کیفیت خدمات بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی و مقطعی بود که روی ۲۰۰ بیمار خارجی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شیراز در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای دو قسمتی بود. در بخش اول اطلاعات فردی و در بخش دوم انتظارات و ادراکات گردشگران از کیفیت خدمات با استفاده از پرسشنامه‌هایی برگرفته از ابزار سروکوال اندازه‌گیری شد. روایی این پرسشنامه توسط متخصصین و پایایی آن به تفکیک انتظارات و ادراکات بوسیله Cronbach's alpha (۰/۹۰ درصد و ۰/۸۹ درصد) تأیید گردید. در نهایت، داده‌ها توسط آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه تحت نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: طبق نتایج بدست آمده میانگین شکاف کیفیتی گروه سنی بالای ۵۰ سال ۰/۲۶- برآورد شد که نسبت به دو گروه سنی دیگر کمتر بود. همچنین کمترین مقدار کلی این کمیت مربوط به گروه کم‌سواد و گروهی که کمتر از ۷ روز در شیراز اقامت داشتند، بود که بترتیب ۰/۳۲- و ۰/۳۶- برآورد شد. در ابعاد معنادار نیز گروه گردشگران متأهل، دارای ملیت عمانی و افرادی که خدمات جراحی چشم دریافت کرده بودند، نسبت به سایر گروه‌ها میانگین شکاف کمتری داشتند. مقادیر میانگین شکاف کیفیتی کل برای این گروه‌ها بترتیب ۰/۴۲-، ۰/۲۱- و ۰/۲۲- بدست آمد.

نتیجه‌گیری: به منظور توسعه صنعت گردشگری پزشکی باید ویژگی‌های دموگرافیکی مراجعه‌کنندگان در نحوه سیاستگذاری و طراحی سیستم‌های خدماتی در نظر گرفته شود به طوری که رضایت اکثریت را در پی داشته باشد.

کلمات کلیدی: گردشگری پزشکی، اطلاعات دموگرافیک، بیمارستان‌ها، شیراز

۱. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان نمازی، شیراز، ایران (*نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۷۱-۳۶۴۷۴۲۷۸، پست الکترونیک: ghom5@yahoo.com
۴. دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۵. کارشناس ارشد آمارزیستی، مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان نمازی، شیراز، ایران

مقدمه

گردشگری از جمله فعالیت‌هایی است که در دهه‌های اخیر گسترش زیادی یافته است و یکی از بزرگترین منابع درآمد جهان بشمار می‌آید. در این خصوص آمار انجمن سفر و گردشگری نشان می‌دهد که حدود ۹۰ درصد از تولید ناخالص داخلی جهانی (GDP^۱) و ۷۰ درصد از اشتغال به این صنعت اختصاص دارد (۱).

در دهه‌های اخیر شاخه جدیدی از گردشگری به نام گردشگری پزشکی پا به عرصه گذاشته و توجه و محبوبیت زیادی در میان کشورها کسب نموده است (۲). گردشگر پزشکی به فردی اطلاق می‌شود که به هدف دریافت مراقبت‌های پزشکی، دندان پزشکی و جراحی باشد به کشورهای دیگر سفر کند (۳). هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای صنعتی، سهولت و قیمت مسافرت‌های بین‌المللی و بهبود فن‌آوری و استانداردهای مراقبت در بسیاری از کشورهای جهان از جمله عواملی است که باعث افزایش اخیر محبوبیت صنعت گردشگری شده است (۴).

از سوی دیگر، امروزه در بسیاری از کشورها صنایع خدماتی نقش کلیدی و مهمی در اقتصاد بازی می‌کند به طوری که در محیط رقابتی جهان، کیفیت خدمات به عنوان یک استراتژی ضروری برای موفقیت و بقا بشمار می‌آید (۵-۷). این تجارت، بازاربها را وادار می‌کند که به طور مستمر سعی در تشخیص انتظارات مشتریان از کیفیت خدمات برای راضی نگه داشتن آنها داشته باشند (۸).

در صنعت گردشگری نیز کیفیت بالای خدمات عاملی مهم در جذب و وفاداری گردشگران محسوب می‌شود (۹) به طوری که طی سال‌های اخیر مطالعات مربوط به رضایت گردشگران از کیفیت خدمات بهداشتی درمانی به طور صعودی افزایش یافته است. در نتیجه کسب بیشترین رضایت در میان مراجعه‌کنندگان، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی را ناگزیر کرده است که تمامی جنبه‌های مربوط به این نوع گردشگران را در نظر بگیرند (۱۰).

از سوی دیگر، یکی از محبوبترین مدل‌هایی که بر اساس انتظارات و ادراکات مشتری / بیمار بنا شده و به تعیین سطح کیفیت خدمات در زمینه تجارت‌های کلی و حتی در سیستم بهداشت و درمان به کار می‌رود مدل سروکوال^۲ می‌باشد (۱۱-۱۴). این ابزار، ابزاری معتبر بوده و با تعیین اختلاف انتظارات و ادراکات متقاضیان به ارزیابی سطح رضایت ایشان از کیفیت خدمات می‌پردازد (۱۵).

یکی از عوامل مهم پیشگویی‌کننده در زمینه ادراکات بیماران از کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، ویژگی‌های اجتماعی و دموگرافیک ایشان است که ارتباط مثبتی با رضایت بیمار دارد (۱۶، ۱۷). همچنین، اهمیت دیدگاه بیماران در فرایند نظارت و بهبود کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی نیز بسیار تاکید شده است (۱۸-۲۳). در این راستا، بسیاری از مطالعات تلاش کرده‌اند که به ارزیابی تاثیر عوامل دموگرافیک بیماران روی دیدگاه ایشان در مورد کیفیت خدمات بپردازند که در ادامه به برخی از آنها اشاره می‌کنیم.

در مطالعه الخلیل و همکاران، تاثیر عوامل دموگرافیک بیماران شامل جنس، تحصیلات، سن و درآمد بر درک آنها از کیفیت خدمات مورد بررسی قرار گرفت (۲۴). سیتزا و وود در مقاله‌ای مروری به تجزیه و تحلیل بیش از ۱۰۰ مقاله منتشر شده در زمینه رضایت بیمار پرداختند. در این مطالعه، تعیین‌کنندگان دموگرافیکی رضایت نسبت به مطالعات مربوط به انتظارات مورد بررسی قرار گرفتند (۲۵). در مطالعه دیگری، تفاوت در رضایت بیماران جراحی، مرتبط با سن، جنس و سطح تحصیلات آنها بوده و این عوامل به منظور شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده رضایت بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند (۲۶). در مطالعه بلانچارد و همکاران، پیش‌بینی‌کنندگان بالقوه رضایت بیماران سرطانی مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس این مطالعه به طور طبیعی رضایت و همچنین ادراک بیماران بستگی به ویژگی‌های فردی بیمار دارد (۲۷). در مطالعه دیگری، تفاوت در پروفایل‌های دموگرافیک جمعیت جانبازان با امتیازهای بالای ابعاد کیفیتی در مقابل نمرات پایین بررسی شد (۲۸). ناید نیز در پژوهش خود به ارزیابی ارتباط بین رضایت بیمار و متغیرهای اجتماعی و دموگرافیک شامل: سن، تحصیلات، وضعیت سلامت، نژاد، وضعیت تأهل؛ و طبقه اجتماعی پرداخت (۱۷). همچنین آروپایی و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی اهمیت متغیرهای اجتماعی و دموگرافیک در تعیین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، رضایت بیماران، و اعتماد بیماران پرداختند (۲۹).

لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش متغیرهای دموگرافیک گردشگران پزشکی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شیراز بر دیدگاه ایشان نسبت به کیفیت خدمات اندازه‌گیری شده توسط ابزار سروکوال، بپردازیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی است که جمعیت مورد مطالعه شامل بیماران خارجی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های خصوصی و دولتی شیراز در سال ۹۲-۱۳۹۱ بود. قبل از انجام مطالعه طی یک ماه تمامی

¹ Gross Domestic Product

² Survqual

به منظور بررسی رابطه ابعاد کیفیتی و متغیرهای توصیفی از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه تحت نرم افزار SPSS v.16 استفاده شد. شایان ذکر است که تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه ماندن اطلاعات بیماران و بیمارستان‌ها و اختیاری بودن تکمیل پرسشنامه توسط بیماران در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

براساس اطلاعات استخراج شده، در این مطالعه ۱۲۸ نفر (۶۴ درصد) از گردشگران پزشکی مرد و ۷۲ نفر (۳۶ درصد) زن بودند و اکثریت آنها سن بالای ۵۰ سال داشتند (حداقل و حداکثر سن افراد به ترتیب ۱ سال و ۹۷ سال). همچنین عمده افراد متأهل و دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم بودند و جهت درمان جراحی چشم مراجعه کرده بودند. سایر جزئیات متغیرهای مذکور در جدول ۱ نمایش داده شده است. برای دسترسی به جزئیات کلیه اطلاعات توصیفی جمع‌آوری شده به مطالعه جباری و همکاران (۳۰) مراجعه فرمائید.

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد شرکت کننده برحسب متغیرهای وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و نوع خدمات درمانی (فراوانی کل = ۲۰۰ نفر)

رده سنی، فراوانی (%)	
<۳۰	۲۱ (۱۰/۵)
۳۰-۵۰	۷۶ (۳۸)
>۵۰	۱۰۳ (۵۱/۵)
جنسیت، فراوانی (%)	
مرد	۱۲۸ (۶۴)
زن	۷۲ (۳۶)
وضعیت تأهل، فراوانی (%)	
متأهل	۱۵۴ (۷۷)
مجرد	۲۰ (۱۰)
متعلقه	۱۲ (۶)
بیوه	۱۴ (۷)
سطح تحصیلات، فراوانی (%)	
کم سواد	۱۱۵ (۵۷/۵)
دیپلم	۸۵ (۴۲/۵)
نوع خدمات درمانی، فراوانی (%)	
جراحی چشم	۱۳۲ (۶۶)
جراحی پلاستیک	۲۸ (۱۴)
جراحی عمومی	۲۹ (۱۴/۵)
جراحی باروری و ناباروری	۱۱ (۵/۵)

بیمارستان‌های شیراز توسط محققین به لحاظ تعداد مراجعین خارجی بررسی شدند و مراکزی که کمتر از ۱۰ مراجعه کننده داشتند از مطالعه کنار گذاشته شدند. همچنین رضایت بیماران جهت شرکت در مطالعه به عنوان معیار ورود به مطالعه لحاظ شد. بیمارستان‌های منتخبی که در زمینه ارائه خدمات به گردشگران پزشکی فعال بودند شامل بیمارستان‌های اردیبهشت، دکتر خدادوست، پارس، مادر و کودک، مرکزی (MRI) و دنا بود. رضایت بیماران جهت شرکت در مطالعه به عنوان معیار ورود به مطالعه لحاظ شد.

با توجه به تعداد محدود این بیماران و عدم همکاری بسیاری از ایشان و همچنین معیار ورود به مطالعه، بیماران خارجی که طی مدت مطالعه به بیمارستان‌های منتخب مراجعه نموده و بستری شدند، مورد مطالعه قرار گرفتند. در نهایت ۳۵۰ پرسشنامه توزیع گردید که از این میان اطلاعات ۲۰۰ پرسشنامه به طور کامل تکمیل و مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه‌ای دو قسمتی بود. در بخش اول ویژگی و اطلاعات مرتبط با گردشگران پزشکی مراجعه کننده به مراکز درمانی شیراز شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، تعداد همراهان، ملیت، نوع درمان مورد تقاضای بیمار، محل اقامت بیمار و همراهان او، مدت بستری بیمار در بیمارستان و مدت اقامت ایشان در شیراز، نوع منبع کسب اطلاعات گردشگران پزشکی از بیمارستان منتخب و چگونگی مسافرت از کشور خودشان به ایران و شهر شیراز جمع‌آوری گردید. در بخش دوم سطح انتظار و ادراک گردشگران از کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان‌های شیراز بررسی شد.

به منظور ارزیابی انتظارات و ادراکات گردشگران پزشکی تحت مطالعه از کیفیت خدمات، از ۲ پرسشنامه برگرفته از ابزار سروکوال استفاده شد که از لحاظ محتوا و تعداد سوالات یکسان بودند و به ترتیب قبل از پذیرش بیمار و قبل از خروج او از بیمارستان تکمیل شدند. هر کدام از این دو پرسشنامه شامل ۲۲ سوال براساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت و ۶ بعد کیفیت خدمات ملموس بودن (۴ سوال)، قابلیت اطمینان (۵ سوال)، پاسخگویی (۴ سوال)، تضمین (۴ سوال)، همدلی (۳ سوال) و دسترسی به مراقبت (۲ سوال) بود. به علت عرب زبان بودن اکثر گردشگران پزشکی، پرسشنامه‌ها به زبان عربی ترجمه شد و جهت تفهیم بهتر سوالات به دوصورت انگلیسی و فارسی نیز ارائه شد. عبارت بندی سوالات هردو پرسشنامه در متن عربی یکسان اما در متون انگلیسی و فارسی متفاوت بود. روایی ابزار به کار برده شده توسط متخصصان و پایایی آن به تفکیک انتظارات و ادراکات بوسیله Cronbach's alpha (۰/۹۰ درصد و ۸۹ درصد) تأیید گردید.

بعد دسترسی به مراقبت می‌باشد. همچنین اختلاف بین انتظارات و ادراکات در تمامی ابعاد به جز بعد دسترسی به مراقبت معنادار است.

میانگین شکاف بین انتظارات و ادراکات هر شش بعد کیفیت خدمات در جدول ۲ ارائه شده است. طبق این جدول تمامی مقادیر شکاف بدست آمده منفی است به طوری که بزرگترین شکاف مربوط به بعد قابلیت اطمینان و کمترین آن مربوط به

جدول ۲: میانگین شکاف بین انتظار و ادراک افراد به تفکیک ابعاد کیفیت خدمات

ملموس بودن	قابلیت اطمینان	پاسخگویی	تضمین	همدلی	دسترسى به مراقبت	کیفیت کلی
-۰/۲۹**	-۰/۵۹**	-۰/۵۱**	-۰/۳۶**	-۰/۲۲**	-۰/۰۸	-۰/۳۸**
$p < 0.001$ **						

در این مطالعه رابطه بین ویژگی‌های دموگرافیک گردشگران پزشکی و ابعاد کیفیت خدمات نیز بررسی شد. نتایج این بررسی در جداول ۳ و ۴ آمده است. هرچه شکاف منفی بین انتظار و ادراک کیفیت خدمات کمتر باشد نشان‌دهنده رضایت بیشتر مراجعین از کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان می‌باشد. طبق نتایج به دست آمده در جدول ۳ بین شکاف انتظار و ادراک کیفیت خدماتی و سن گردشگران رابطه معنادار وجود داشت. همچنین از آنجایی که حدود ۹۰ درصد از بیماران بیش از ۳۰ سال سن داشتند می‌توان گفت به طور کلی مراجعین مسن تر نسبت به افراد جوانتر رضایت بیشتری از کیفیت

در این مطالعه رابطه بین ویژگی‌های دموگرافیک گردشگران پزشکی و ابعاد کیفیت خدمات نیز بررسی شد. نتایج این بررسی در جداول ۳ و ۴ آمده است. هرچه شکاف منفی بین انتظار و ادراک کیفیت خدمات کمتر باشد نشان‌دهنده رضایت بیشتر مراجعین از کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان می‌باشد. طبق نتایج به دست آمده در جدول ۳ بین شکاف انتظار و ادراک کیفیت خدماتی و سن گردشگران رابطه معنادار وجود داشت. همچنین از آنجایی که حدود ۹۰ درصد از بیماران بیش از ۳۰ سال سن داشتند می‌توان گفت به طور کلی مراجعین مسن تر نسبت به افراد جوانتر رضایت بیشتری از کیفیت

در این مطالعه رابطه بین ویژگی‌های دموگرافیک گردشگران پزشکی و ابعاد کیفیت خدمات نیز بررسی شد. نتایج این بررسی در جداول ۳ و ۴ آمده است. هرچه شکاف منفی بین انتظار و ادراک کیفیت خدمات کمتر باشد نشان‌دهنده رضایت بیشتر مراجعین از کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان می‌باشد. طبق نتایج به دست آمده در جدول ۳ بین شکاف انتظار و ادراک کیفیت خدماتی و سن گردشگران رابطه معنادار وجود داشت. همچنین از آنجایی که حدود ۹۰ درصد از بیماران بیش از ۳۰ سال سن داشتند می‌توان گفت به طور کلی مراجعین مسن تر نسبت به افراد جوانتر رضایت بیشتری از کیفیت

جدول ۳: مقایسه اختلاف میانگین‌های شکاف کیفیتی بر حسب متغیر سن، ملیت و نوع درمان با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه

میانگین شکاف							موضوع	متغیر
ملموس بودن	قابلیت اطمینان	پاسخگویی	تضمین	همدلی	دسترس به مراقبت	کل		
-۰/۳۵	-۰/۷۹	-۰/۱۹	-۰/۱۴	-۰/۳۱	-۰/۲۶	-۰/۵۶	<۳۰	سن
-۰/۳۷	-۰/۷۴	-۰/۳۵	-۰/۴۷	-۰/۳۳	-۰/۲۱	-۰/۵	۵۰-۳۰	
-۰/۲۳	-۰/۴۴	-۰/۵۳	-۰/۳۲	-۰/۱۱	۰/۰۵	-۰/۲۶	>۵۰	
۱/۷۰	**۶/۱۶	**۳/۳۳	**۳/۴۸	**۴/۳۸	**۴/۰۹	**۸/۷۴	آماره آزمون	
-۰/۳۰	-۰/۷۵	-۰/۰۴	۰/۰۰	-۰/۱۵	-۰/۰۸	-۰/۴۲	متأهل	وضعیت تأهل
-۰/۳۱	-۰/۵۸	-۰/۵۵	-۰/۴۰	-۰/۲۶	-۰/۱۰	-۰/۳۹	مجرد	
-۰/۳۹	-۰/۶۱	-۰/۸۹	-۰/۷۳	-۰/۲۵	-۰/۱۶	-۰/۴	مطلقه	
۰/۰۳	-۰/۴۴	-۰/۳۹	-۰/۰۹	۰/۱۹	۰/۰۳	-۰/۱۴	بیوه	
۲/۲۲	۰/۶۶	**۶/۴۲	**۶/۵۹	**۳/۲	۰/۷۴	۱/۴۹	آماره آزمون	
-۰/۱۶	-۰/۳۸	-۰/۳۵	-۰/۲	-۰/۰۹	۰/۱۷	-۰/۲۱	عمان	ملیت
-۰/۳	-۰/۸۳	-۰/۲۸	-۰/۱۹	-۰/۵	-۰/۳۷	-۰/۶۰	کویت	
-۰/۴۸	-۰/۶۸	-۰/۷۸	-۰/۶۸	-۰/۲۷	-۰/۲۰	-۰/۴۴	عراق	
-۰/۵۱	-۰/۸۸	-۰/۹۶	-۰/۷	-۰/۲۷	-۰/۴	-۰/۶	دیگر کشورها	
۶/۲۴ **	**۹/۰۶	**۱۵/۵۶	**۱۳/۹۹	**۵/۳۷	**۱۰/۹۶	**۱۳/۰۲	آماره آزمون	

میانگین شکاف							موضوع	
کل	دسترس به مراقبت	همدلی	تضمین	پاسخگویی	قابلیت اطمینان	ملموس بودن	متغیر	نوع درمان
-۰/۲۲	۰/۱	-۰/۱	-۰/۳۱	-۰/۴۶	-۰/۴	-۰/۲۸		
-۰/۴۸	-۰/۱۶	-۰/۱۹	-۰/۴۲	-۰/۴۵	-۰/۷۳	-۰/۲۳	جراحی پلاستیک	
-۰/۴۸	-۰/۱۶	-۰/۶۱	-۰/۵	-۰/۷	-۱/۰۹	-۰/۴۵	جراحی عمومی	
-۰/۸	-۰/۵۹	-۰/۶۴	-۰/۴۸	-۰/۷۹	-۱/۲۵	-۰/۲۷	جراحی باروری و ناباروری	
**۲۸/۵۵	**۱۳/۵۷	**۱۰/۵	۱/۳۲	۲/۰۹	**۱۷/۵۴	۱/۰۷	آماره آزمون	

p < ۰/۰۰۱ **

p < ۰/۰۵*

در ادامه نتایج ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد بین متغیر تحصیلات و شکاف کیفیتی مربوط به بعد قابلیت اطمینان رابطه آماری معنادار وجود دارد و بیماران با سواد پایین رضایت بیشتری از کیفیت خدمات داشته‌اند. علاوه بر این، بین ابعاد قابلیت اطمینان و پاسخگویی و شکاف کیفیت نیز رابطه معنادار مشاهده شد و مراجعینی که کمتر از ۷ روز به هدف درمان در شیراز اقامت داشته‌اند رضایت بیشتری از خدمات ارائه شده نشان دادند.

جدول شماره ۴: مقایسه اختلاف میانگین‌های شکاف کیفیتی بر حسب متغیر تحصیلات و طول مدت اقامت با استفاده از آزمون تی مستقل

میانگین شکاف							موضوع	
کل	دسترس به مراقبت	همدلی	تضمین	پاسخگویی	قابلیت اطمینان	ملموس بودن	متغیر	تحصیلات
-۰/۳۲	-۰/۰۳	-۰/۱۶	-۰/۳۲	-۰/۵۲	-۰/۵۱	-۰/۲۴		
-۰/۴۶	-۰/۱۵	-۰/۲۹	-۰/۴	-۰/۵	-۰/۷	-۰/۳۷	دیپلم	
*۲/۲۸	۱/۲۸	۱/۷۱	۰/۹۵	-۰/۳	*۲/۰۲	۱/۸۷	آماره آزمون	
-۰/۳۶	-۰/۰۹	-۰/۲۲	-۰/۳۳	-۰/۴۵	-۰/۵۴	-۰/۲۹	۷ روز یا کمتر	مدت اقامت در شیراز
-۰/۴۸	۰/۰	-۰/۲۲	-۰/۵۱	-۰/۸۲	-۰/۸۶	-۰/۳۴	بیشتر از ۷ روز	
۱/۴۷	-۰/۷۴	۰/۰۸	۱/۸	**۳/۲۳	**۲/۶۸	۰/۵۳۹	آماره آزمون	

p < ۰/۰۰۱ **

p < ۰/۰۵*

ملیت؛ نوع خدمات درمانی و مدت اقامت در شیراز بود. یافته‌ها این مطالعه نشان داد که بیماران مسن‌تر نسبت به افراد جوان‌تر سطح رضایت بالاتری از کیفیت خدمات داشتند که این نتیجه با مطالعات قبلی سازگاری دارد (۲۶، ۳۱). در مطالعه سلمان‌ثانی سطح رضایت توریست‌های پزشکی مراجعه‌کننده به دو بیمارستان مصر توسط ابزار سروکوال مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه ۷۵ درصد مراجعه‌کنندگان سن بالای ۴۰ سال داشته و نیمی از آنها از کشورهای عربی مراجعه کرده بودند (۳۲).

همچنین بیماران متأهل در ابعاد کیفیتی که به لحاظ آماری معنادار گزارش شدند امتیاز بالاتری به کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان‌های منتخب دادند که این نتیجه نیز نتایج بدست آمده در مطالعات پیشین را تأیید می‌کند (۳۳، ۲۶).

در نهایت بین سایر متغیرهای دموگرافیکی و ابعاد کیفیت خدمات رابطه آماری معناداری مشاهده نشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت این متغیرها در دیدگاه بیماران نسبت به کیفیت خدمات اثری نداشته‌اند.

بحث

با توجه به یافته‌های این مطالعه اهمیت مشخصه‌های دموگرافیکی بیماران بر دیدگاه ایشان نسبت به کیفیت خدمات مراکز درمانی، امری بدیهی به نظر می‌رسد و موجب می‌شود که مدیران و ارائه‌دهندگان این خدمات برای جلب هرچه بیشتر رضایت بیماران، در پی لحاظ کردن مزیتی رقابتی برای سازمان خود باشند.

از جمله متغیرهای مهم و تاثیرگذاری که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت شامل سن؛ تحصیلات؛ وضعیت تأهل؛

دموگرافیک بر دیدگاه گردشگران پزشکی در مورد کیفیت خدمات در طراحی سیستم‌های خدماتی و نحوه سیاست‌گذاری مدیران این بخش بسیار مفید خواهد بود.

با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت که برخی از اختلاف نظرهای موجود نسبت به کیفیت خدمات بیمارستان‌ها به ویژگی‌های فردی ایشان (سن، وضعیت تأهل، ملیت و ...) برمی‌گردد لذا می‌توان مواردی که از دید اقبال مختلف گردشگران پزشکی اهمیت بیشتری دارد و موجب جلب رضایت ایشان می‌شود را استخراج نموده و در تصمیم‌گیری‌ها و ایجاد تغییرات استراتژیک لازم بکار بست.

از جمله پیشنهادهایی که در این زمینه می‌توان مطرح نمود برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت افزایش آگاهی کارکنان بیمارستان‌ها نسبت به ویژگی‌های گردشگران مراجعه‌کننده، نقاط ضعف موجود در ارائه خدمات و راهکارهایی برای رفع آنها اشاره کرد. همچنین ایجاد یک فضای رقابتی سالم و مؤثر در میان مراکز که پذیرای گردشگران پزشکی هستند نیز می‌تواند بهبود کیفیت خدمات را در پی داشته باشد و مراکز درمانی را تشویق به ارتقاء تجهیزات با توجه به تکنولوژی روز دنیا و نظارت همه جانبه بر نحوه ارائه خدمات توسط کادر درمان کند. از جمله عوامل مهم جهت رقابت می‌توان به سودآوری بالای آن برای مراکز درمانی اشاره نمود.

از جمله محدودیت‌هایی که در اجرای این مطالعه وجود داشت فرایند زمانبر تکمیل پرسشنامه‌ها در دو زمان پذیرش و ترخیص گردشگران به همراه اطلاعات دموگرافیک آنها بود. به علاوه ناآشنایی برخی مسئولین در رابطه با موضوع پژوهش نیز موجب بروز برخی مشکلات در فرایند کسب مجوزهای قانونی لازم برای محققان گردید.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان نمازی شیراز به خاطر مشاوره آماری این مقاله و همچنین از حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تشکر و قدردانی می‌گردد.

به‌علاوه در اکثر ابعاد به جز بعد پاسخگویی و تضمین، بالاترین امتیاز به کیفیت خدمات، مربوط به بیماران اهل کشور عمان بود که پایین بودن شکاف کلی بین انتظارات و ادراکات این بیماران از کیفیت خدمات و همچنین درصد بالای مراجعه‌کنندگان این کشور، این مطلب را بخوبی نشان می‌دهد. همچنین درمان جراحی چشم بین تمامی انواع درمان‌های مورد مطالعه بالاترین سطح کیفیت را به خود اختصاص داد و شکاف کلی این نوع درمان نیز ۰/۲۲- برآورد شد. یافته‌های اخیر با نتایج مطالعه رکنی و همکاران مطابقت داشت به‌طوری‌که در این مطالعه نیز اکثریت مراجعه‌کنندگان اهل کشور عمان و بیشترین خدمات دریافت شده مربوط به جراحی چشم بوده است (۳۰).

همچنین مطالعه حاضر نشان داد که بیماران با سطح سواد کم رضایت بالاتری از خدمات داشتند که این موضوع با یافته‌های مطالعه هال و همکاران مطابقت دارد (۱۶). در مطالعه غلامی و همکاران نیز بیماران با تحصیلات کمتر رضایت بیشتری از کیفیت خدمات داشتند که با نتیجه مطالعه حاضر مطابقت دارد اما یافته‌های مطالعه مذکور در رابطه با سن بیماران با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۳۴). در مطالعه کبریایی و همکاران نیز بین سن و نمرات شکاف منفی رابطه معکوس و بین سطح تحصیلات و این نمرات رابطه مستقیم مشاهده شد که با نتایج این مطالعه سازگار بود (۳۵). علاوه بر این، یافته‌ها نشان می‌دهد هرچه مدت اقامت بیماران به هدف درمان افزایش یابد نظر منفی ایشان نسبت به کیفیت خدمات خصوصاً در زمینه ابعاد قابلیت اطمینان و پاسخگویی بیشتر خواهد شد.

نتیجه‌گیری

دیدگاه گردشگران پزشکی نسبت به کیفیت خدمات، بر رضایت ایشان از مراکز بهداشتی- درمانی کشور میزبان و در پی آن مراجعه مجدد بیماران و همچنین جذب بیماران خارجی جدید بسیار موثر است لذا با توجه به رقابت‌های بین المللی که در این زمینه وجود دارد بررسی تاثیر متغیرهای

References

1. Lea J. Tourism and development in the Third World: Routledge; 2006.
2. Caballero-Danell S, Mugomba C. Medical tourism and its entrepreneurial opportunities: A conceptual framework for entry into the industry. 2007.
3. Connell J. Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. Tourism management. 2006;27(6):1093-100.
4. El Taguri A. Medical tourism and the Libyan national health services. The Libyan journal of medicine. 2007;2(3):109.
5. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. the Journal of Marketing. 1985:41-50.
6. Rechinheld F, Sasser W. Zero defections: Quality comes to service. Harvard Business Review. 1990;68(5):105-11.

7. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Delivering quality service. *Balancing Customer*. 1990.
8. Zeithaml VA, Bitner MJ. *Services Marketing*. US: McGraw Hill; 1996.
9. Home RA. A new tune from an old instrument: the application of SERVQUAL to a tourism service business. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*. 2006;6(3-4):185-202.
10. York D. Medical tourism: the trend toward outsourcing medical procedures to foreign countries. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2008;28(2):99-102.
11. Karydis A, Komboli-Kodovazeniti M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. *International journal for Quality in Health care*. 2001;13(5):409-16.
12. Lee MA, Yom Y-H. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2007;44(4):545-55.
13. Palihawadana D, Barnes BR. The measurement and management of service quality in dental healthcare. *Health Services Management Research*. 2004;17(4):229-36.
14. Bosmans J, Geertzen J, Dijkstra PU. Consumer satisfaction with the services of prosthetics and orthotics facilities. *Prosthetics and orthotics international*. 2009;33(1):69-77.
15. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations: Simon and Schuster; 1990.
16. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social science & medicine*. 1990;30(7):811-8.
17. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International journal of health care quality assurance*. 2009;22(4):366-81.
18. Hiidenhovi H, Nojonen K, Laippala P. Measurement of outpatients' views of service quality in a Finnish university hospital. *Journal of advanced nursing*. 2002;38(1):59-67.
19. Cheng Lim P, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2000;13(7):290-9.
20. Thi PLN, Briancon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social science & medicine*. 2002;54(4):493-504.
21. Pakdil F, Harwood TN. Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: an analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Quality Management & Business Excellence*. 2005;16(1):15-30.
22. Badri MA, Taher Attia S, Ustadi AM. Testing not-obvious models of healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2008;21(2):159-74.
23. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social science & medicine*. 1988;27(6):637-44.
24. Al-Khalil A, Mahmoud AB. The role of demographics in patients' perceptions towards the quality of health care services provided at public hospitals in Damascus. *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*. 2012;48:113-21.
25. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*. 1997;45(12):1829-43.
26. Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*. 2006;6(1):102.
27. Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer*. 1990;65(1):186-92.
28. Evans LD. Using SERVQUAL to determine veteran healthcare service quality profile with recommendations: Nova Southeastern University; 2008.
29. Alrubaiee L, Alkaa'ida F. The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality-patient trust relationship. *International Journal of Marketing Studies*. 2011;3(1):p103.
30. Jabbari A, Kavosi Z, Gholami M. Medical tourists' profile in Shiraz. *International Journal of Health System and Disaster Management*. 2014;2(4):232.
31. Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal of general internal medicine*. 2003;18(1):23-30.
32. Salman Taie E. Emerging of Medical Tourism in Egyptian Hospitals: International Patient Satisfaction towards Nurses Services Quality. *Global Advanced Research Journal of Management and Business Studies*. 2013;2(2):93-104.
33. Hargraves JL, Wilson IB, Zaslavsky A, James C, Walker JD, Rogers G, et al. Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Medical care*. 2001;39(6):635-41.
34. GHOLAMI A, NORI AA, KHOJASTEHPUR M, ASKARI M. Quality gap in primary health care in Neyshabour health care centers. 2011.
35. Kebriaei A, Akbari F, Hosseini M, Eftekhari Ardabili H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary health care in Kashan health centers. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2004;31:82-8.

The Role of Demographic Variables on Medical Tourists' Viewpoints about Service Quality of Hospitals

Jabbari A^{1,2}, Gholami M^{3*}, Kavosi Z⁴, Chamanpara P⁵

Submitted: 2015.9.29

Accepted: 2016.6.21

Abstract

Background: The subjects' demographic characteristics are factors influencing their viewpoints about healthcare quality and have a positive association with the clients' satisfaction. This study aimed at investigating the role of demographic variables on medical tourists' viewpoints about service quality of hospitals in Shiraz.

Materials and Methods: This descriptive-analytical and cross-sectional study was conducted on 200 foreign patients who referred to Shiraz hospitals during the first six months of 2013. Data collection tool was a questionnaire consisting of two parts. In the first part, medical tourists' information was collected and in the second part, their expectations and perceptions of services quality were measured using adapted SERVQUAL scale. The validity was checked out by experts and reliability confirmed by Cronbach's Alpha test for expectations and perceptions separately (90% and 89%). Finally, data analyzed through SPSS v.16 software using independent t-test and ANOVA.

Result: According to the results, the mean score of the quality gap was estimated -0.26 for people over the age of 50 years, as it was lower than other groups. Also, the lowest total values of this quantity were related to the individuals with low level of literacy and those who stayed less than 7 days for treatment which were estimated -0.32 and -0.36 respectively. In addition, based on statistically significant dimensions, married tourists, people from Oman and those who had received eye surgery had lower gap mean score than the other patients as their total values were estimated -0.42, -0.21 and -0.22, respectively.

Conclusion: In order to develop the medical tourism industry, the demographic characteristics of the subjects should be considered in policy making and service design which can be result in majority satisfaction.

Keywords: Medical Tourism, Demographic information, Hospitals, Shiraz

1. Assistant Professor, Department of Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. MSc in Health Care Management, Clinical Research Development Center, Shiraz University of Medical Sciences, Nemazee Hospital, Shiraz, Iran (*Corresponding author), [Tel: 09171065820](tel:09171065820), Email: ghom5@yahoo.com
4. Associate Professor, Department of Health Services Management, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
5. MSc in Biostatistics, Clinical Research Development Center, Shiraz University of Medical Sciences, Nemazee Hospital, Shiraz, Iran