

پیشایندهای بهبود مدیریت تجربه گردشگران پزشکی مسلمان با محوریت مدیریت اسلامی بیمارستانهای ایران

علی قربانی *

عباسقلی سنگی نورپور **

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۱۵

پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۰۳/۰۳

چکیده

هدف تحقیق، شناسایی پیشایندهای بهبود مدیریت تجربه مشتریان خارجی مسلمان بیمارستانها با محوریت رویکرد اسلامی در بیمارستانها و نقش واسطه‌ای نگرش گردشگران پزشکی خارجی است. داده‌های تحقیق از ۲۳۷ نفر از این گردشگران، که از خدمات درمانی بیمارستانهای شمال غرب ایران بهره‌مند شده‌اند، گردآوری و در قالب الگویابی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزار لیزرل مورد تحلیل قرار گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهد که تجربه درمانی گردشگران پزشکی مسلمان خارجی از رفتارهای مبتنی بر قواعد اسلامی پزشکان و بیمارستانها تأثیر می‌پذیرد؛ اما رفتارهای اسلامی پرستاران تأثیر معنی‌داری بر آن ندارد. در این تحقیق هم‌چنین مشخص شده است که نگرش گردشگران خارجی در رابطه رفتارهای مبتنی بر قواعد اسلامی پزشکان و بیمارستان با تجربه درمانی گردشگران نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. نتایج تحقیق، درک صحیحی از رفتارهای بالینی مبتنی بر قواعد اسلامی به دست می‌دهد؛ به عبارت دقیق‌تر، نتایج مورد نظر به بیمارستانهای ایران کمک می‌کند تا خدمات درمانی با کیفیتی را، که بر قواعد اسلامی مبتنی باشد با نیازهای گردشگران پزشکی مسلمان منطبق سازند و در نتیجه، ضمن بهبود مدیریت تجربه مشتریان به جذب هرچه بیشتر گردشگران پزشکی مسلمان موفق شوند.

کلیدواژه‌ها: خدمات درمانی، مدیریت تجربه مشتریان، رفتارهای اسلامی، گردشگران پزشکی مسلمان.

مقدمه

بر اساس گزارش اقتصادی تامسون رویترز^۱ از دنیای اسلام (۲۰۱۷:۱۲)، پیش‌بینی می‌شود که جمعیت مسلمانان در جهان از ۱/۷ میلیارد نفر در سال ۲۰۱۴ به ۲/۲ میلیارد نفر در سال ۲۰۳۰ افزایش پیدا کند. جمعیت رو به رشد مسلمانان و تصویر ذهنی منفی به وجود آمده از مسلمانان در سرتاسر جهان به رشد علایق نسبت به انواع محصولات گردشگری پزشکی منجر شده است (پوترافکه^۲، ۲۰۱۲). چنین پدیده‌ای فرصتهای عظیمی را در اختیار بازار خدمات درمانی برای جذب گردشگران پزشکی مسلمان قرار داده و لازم است مراکز درمانی در جهت ترویج توانمندیها اقدام کنند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۶؛ طیبی و همکاران، ۱۳۹۰؛ نیکرفتار و همکاران، ۱۳۹۵). از سوی دیگر با مد نظر قرار دادن آموزه‌های اسلام و به منظور رعایت حال گردشگران پزشکی مسلمان و احترام به اعتقادات آنها، لازم است کادر درمانی با مسائل شرعی و اسلامی آشنایی بیشتری پیدا کنند و در عرضه خدمات درمانی، این گونه موارد را با دقت و حساسیت بیشتری مد نظر قرار دهند. به‌رغم ظرفیتهای این بخش سودآور به دلیل منحصر به فرد بودن اخلاقیات پزشکی اسلامی، عرضه چنین خدماتی متضمن چالشهای بسیاری است. وجود مذاهب مختلف اسلامی در کنار تفاوت‌های فرهنگی و فردی ممکن است به مشکلاتی در عرضه خدمات پزشکی منجر شود. این چالشها از تفاوت در زبانها برای ابراز کامل دیدگاه‌ها فراتر می‌رود و کیفیت تجربه خدمات درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. عدم موفقیت در ایجاد تعادل بین نیازهای روحی و جسمی ممکن است بر الگوهای خدمات درمانی تأثیر بگذارد و موجب ترخیص بیمارانی ناامید و با نیت تبلیغات شفاهی منفی شود که این امر می‌تواند برای مرکز درمانی بسیار گران تمام شود. از سوی دیگر، عرضه خدمات با کیفیت که نیازهای آنها را تأمین کند، مستقیماً می‌تواند تصویر ذهنی آنها را از بیمارستان بهبود دهد و به افزایش سود و سهم بازار آن منجر شود.

به‌رغم ظهور و رشد مباحث مربوط به کیفیت خدمات درمانی، مطالعات تجربی در حوزه گردشگری پزشکی و از دید اسلامی در چارچوبی تفصیلی و بافت فرهنگی گوناگون به چشم نمی‌خورد. تفاوت‌های فرهنگی ممکن است بر ادراکات سلامت و بیماری و خدمات بالینی دریافتی

1 - Thomson Reuters

2 - Potrafke

تأثیر بگذارند (کوشنیر و همکاران^۱، ۲۰۱۳). از آنجا که بسیاری از بیماران خارجی بیمارستانهای ایران از کشورهای مسلمان همسایه همچون عراق، آذربایجان و سوریه هستند که با توجه به فرقه‌های مذهبی آنان نسبت به رعایت فرائض و وضعیت اسلامی در بیمارستانها بسیار حساس هستند، هدف این مطالعه ارزیابی پیشایندهای بهبود نگرش گردشگران پزشکی مسلمان در برابر مدیریت اسلامی بیمارستانها و نیز بررسی نقش نگرش این گردشگران در مدیریت تجربه مشتریان^۲ (به عبارتی شکل دهی ادراکات گردشگران پزشکی) نسبت به خدمات درمانی بیمارستانهای شمال غرب ایران است. ایران با داشتن مزایایی مثل ارزان بودن خدمات درمانی در مقایسه با بسیاری از کشورهای دیگر و مراکز متعدد آموزشی برای تربیت کادر درمانی با کیفیت (دلگشائی و همکاران، ۱۳۹۱) به عنوان یکی از کشورهای قدرتمند منطقه در مبحث عرضه خدمات درمانی است. با افزایش هزینه‌های پزشکی در دیگر کشورها و تغییرات میزان ارز و نیز نزدیکی فرهنگی و مذهبی بیشتر کشورهای منطقه، خدمات مراکز درمانی ایران تا سال ۱۳۹۴ با استقبال چشمگیری روبه‌رو شده بود که متأسفانه از آن سال به بعد، روند کاهشی را تجربه می‌کند. به منظور کمک به شناسایی علت‌های این روند تحقیق تلاش می‌کند عوامل رضایتمندی و مواردی را مشخص کند که می‌تواند برای گردشگران مورد نظر ایجاد ارزش کند و تأمین کنندگان خدمات درمانی را در مسیر مدیریت تجربه مشتریان، عرضه خدمات برتر و جذب و حفظ مراجعان با بهره‌گیری از نقاط قوت ایران یاری رساند.

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

با رشد استانداردهای زندگی، افزایش کیفیت خدمات درمانی به چالش اصلی تأمین کنندگان آن تبدیل شده است. از سوی دیگر بویژه در کشورهای در حال توسعه عدم انسجام در عرضه خدمات با کیفیت و عدم توجه کافی به سلامتی بیمار و کاهش مخاطرات در این زمینه هم از چالشهای صنعت گردشگری پزشکی به شمار می‌آید (ابوالحسنی، ۱۳۹۳). معالجه با کیفیت به عنوان حق بیماران و مسئولیت کادر بیمارستانها در نظر گرفته می‌شود (زین‌الدین^۳، ۲۰۰۶).

1 - Kushnir, Esterson, & Bachner
2 - Customer Experience Management
3 - Zineldin

موضوعات چالش برانگیز مثل تغییرات جمعیتی و پیدایش فناوریها و روشهای درمانی جدید، فشار بر تأمین کنندگان خدمات درمانی را برای برنامه‌ریزی دوباره، نوسازی و کسب موقعیت مجدد برای جذب بخشهای مختلف بازار افزایش داده است. بیمارستانها با به کارگیری تجهیزات پیشرفته (نصیری‌پور و سلمانی، ۱۳۸۹) و حداقل کردن هزینه‌های درمانی برای بیماران (تقوایی و گودرزی، ۱۳۹۵؛ نیک‌رفتار و همکاران، ۱۳۹۵) خواهند توانست در جذب گردشگران پزشکی بیش از پیش موفق عمل کنند.

بسیاری از محققان در ادبیات کیفیت خدمات بیمارستانی، رابطه کیفیت خدمات و تجربه بیمار را با استفاده از ابزارهای سروکوآل مورد بررسی قرار داده‌اند. از نظر چاهال و کوماری^۱ (۲۰۱۰) بیماران، کیفیت خدمات درمانی را از روی سه بعد محیط فیزیکی، کیفیت تعامل و کیفیت نتیجه قضاوت می‌کنند. این الگو در سنجش کیفیت خدمات درمانی بیمارستانهای کشورهای آسیایی نیز مورد آزمون قرار گرفته است (بات و ران^۲، ۲۰۱۰؛ سهیل^۳، ۲۰۰۳)؛ اما کیفیت خدمات درمانی در ادبیات تنها به سروکوآل محدود نیست. پژوهشگران متعدد، نظریات کیفیت خدماتی را در کشورهای مختلف و با استفاده از متغیرهای دیگر مد نظر قرار داده‌اند (آگزا و گارگ^۴، ۲۰۱۰؛ جانبون و چاکر^۵، ۲۰۰۳). ابعادی مثل کیفیت نیروها، زیرساخت، فرایند اجرایی، فرایند مراقبت بالینی، مسئولیت اجتماعی و نیز گیرا بودن فضای اطراف در میان مؤلفه‌های تحقیق آمده، و مشخص شده است که همه آنها بر تجربه بیمار تأثیر می‌گذارد. در کنار ابعاد مختلف این ادبیات، شاید بتوان کیفیت خدمات درمانی را با بررسی میزان موفقیت کادر درمان در تشخیص و درمان بیماری، مسئولیت‌پذیری، صمیمیت و دقت آنها و حتی توانایی آنها در استفاده از تسهیلات درمانی بررسی کرد. البته برای انطباق مؤثر الگوهای کیفیت خدماتی در صنعت بیمارستان، مدیریت بیمارستانها نیز باید ماهیت کیفیت خدمات و چگونگی اجرا و انطباق با آن را درک کند.

در گستره گردشگران پزشکی مسلمان، آگاهی تأمین کنندگان خدمات درمانی از اخلاقیات پزشکی اسلامی و تلاش آنها در جا انداختن روشهای حلال در عرضه خدمات درمانی لازم به نظر

1 - Chahal & Kumari

2 - Butt & Run

3 - Sohail

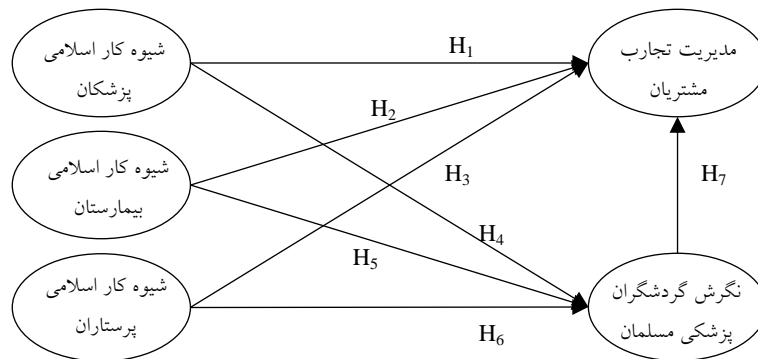
4 - Aagja & Garg

5 - Jabnoun & Chaker

می‌رسد. در صورتی که گردشگران پزشکی مسلمان، خدمات درمانی مغایر با ارزشهای خود دریافت کنند، ممکن است با معذورات اخلاقی و تعارضات فرهنگی روبه‌رو شوند. آنها ممکن است در رویارویی با مراقبتهای بهداشتی، انتظارات مذهبی خاصی داشته باشند که چنانچه کاملاً مد نظر قرار نگیرد و یا اعمال نشود، تجربه بالینی ضعیف و رضایت کم را به بار می‌آورد. با ترکیب این عوامل در الگوی کیفیت خدمات، فرض شده است که به کارگیری ساز و کارهای مشخص از قبیل شیوه‌های اسلامی کار از سوی پزشکان، پرستاران، و بیمارستان و فراهم کردن زمینه معنوی مناسب ممکن است بر تجربه گردشگران پزشکی مسلمان تأثیرگذار باشد و با تقویت امید، رضایت را در آنها تقویت کند (حاجی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵).

الگوی مفهومی و فرضیه‌ها

شکل شماره یک نشان می‌دهد که چگونه گردشگران پزشکی مسلمان و تأمین کنندگان خدمات درمانی، تجربه درمان را به وجود می‌آورند و باید آن را مدیریت کنند. متغیرها و روابط الگو با مطالعه تطبیقی ادبیات تحقیق طراحی شده که در ادامه پشتوانه نظری هر متغیر و رابطه ذکر شده است. این الگو سه شیوه کار اسلامی پزشکان، پرستاران و بیمارستان را مطرح می‌کند که تجربه گردشگران پزشکی مسلمان را از خدمات درمانی اسلامی تحت تأثیر قرار می‌دهد. وراى این پیش زمینه‌های مدیریت تجربه مشتریان، الگوی تحقیق هم‌چنین نشان می‌دهد که نگرش گردشگران پزشکی مسلمان نسبت به خدمات درمانی دریافت شده، رابطه این سازه‌ها را واسطه‌گری می‌کند:



شکل ۱: الگوی مفهومی پژوهش

پژوهشگران مختلف ارتباط تجربه ادراکی بیماران و رفتار کادر درمانی را مورد تأیید قرار داده‌اند (دیتو و همکاران^۱، ۱۹۹۵؛ تاکر و کلج^۲، ۲۰۰۲). بیماران برای قضاوت مناسب در مورد برخی از ابعاد کیفیت خدمات پزشکی فاقد دانش و مهارت کافی هستند. از این رو، ارزیابی خدمات درمانی پزشکان توسط بیماران ممکن است بر اساس تعامل بین پزشک و بیمار صورت گیرد (سوکي و همکاران^۳، ۲۰۱۱) و آنها به دنبال پزشکان و پرستاران حمایتگر، صمیمی، مراقب، مفید و دلسوز باشند (گائور و همکاران^۴، ۲۰۱۱). چنین تعاملاتی ایجاد حس امنیت و اعتماد را در تجربه بیماران آسان می‌کند و به رضایت بیشتر آنها منجر می‌شود. مشارکت بیمار در عرضه خدمات با تعلق احساسی مثبت در قبل، هنگام و بعد از معالجه پزشکی نیز به عنوان عامل تعیین‌کننده اصلی تجربه ادراکی بیمار شناسایی شده است (باورز و همکاران^۵، ۱۹۹۴). برخی از گردشگران پزشکی مسلمان ممکن است به پرستارانی نیاز داشته باشند که در نماز، وضو و غسل به آنها کمک کنند.

در ادبیات، تأسیسات فیزیکی از عناصر مؤثر در ارزیابی مشتری از عملکرد خدماتی ملاحظه شده است. برخی از مطالعات عنوان می‌کنند که محیط بیمارستان و روشهای کاری، عناصری است که می‌تواند رضایت شغلی و نیت تغییر شغل را بین کادر پزشکی تحت تأثیر قرار دهد و به نوبه خود به ادراک تجربه مثبت بیمار منجر شود (اولریچ و همکاران^۶، ۲۰۰۷؛ سووآن و همکاران^۷، ۲۰۰۳؛ شیري^۸، ۲۰۰۵). در حیطه اسلامی، موهزار و همکاران^۹ (۲۰۱۴) عنوان کرده‌اند که برخی از بیمارستانهای اسلامی با اجرای برنامه‌هایی در جهت ترویج اخلاقیات پزشکی اسلامی تلاش می‌کنند تا کادر بیمارستان در وظایف خود به گونه احسن تشویق شوند و به بهبود کیفیت خدمات کمک کنند. ویژگی ابزار فیزیکی از قبیل پاکیزگی و وضعیت مناسب تجهیزات ممکن است باعث ایجاد تجربه‌های بالینی مثبت شود. بر مبنای این مباحث، فرض می‌شود که:

فرضیه ۱: شیوه کار اسلامی پزشکان به طور مثبت بر تجربه ادراکی گردشگران پزشکی مسلمان

- 1 - Ditto, Moore, Hilton, & Kalish
- 2 - Tucker & Clegg
- 3 - Suki, Lian, & Suki
- 4 - Gaur, Xu, Quazi, & Nandi
- 5 - Bowers, Swan, & Koehler
- 6 - Ulrich, O'Donnell, Taylor, Farrar, Danis, & Grady
- 7 - Swan, Richardson, & Hutton
- 8 - Shirey
- 9 - Mohezar, Zailani, & Moghavvemi

تأثیر دارد.

فرضیه ۲: شیوه کار اسلامی بیمارستان به طور مثبت بر تجربه ادراکی گردشگران پزشکی مسلمان تأثیر دارد.

فرضیه ۳: شیوه کار اسلامی پرستاران به طور مثبت بر تجربه ادراکی گردشگران پزشکی مسلمان تأثیر دارد.

بر اساس رفتارهایی که در صنعت خدمات درمانی با بیماران صورت می‌گیرد، نگرشی در آنها نسبت به کیفیت خدمات درمانی ایجاد می‌شود که عمدتاً تحت تأثیر ویژگیهای فنی و برداشت از کارکنان و امکانات خدماتی قرار دارد (بالکازار و همکاران^۱، ۲۰۱۱). شیوه کار بیمارستانها و کادر درمان در عرضه خدمات، ممکن است موجب تغییر در انتظارات و احساسات بیماران شود. در چارچوب اخلاق پزشکی اسلامی، شیوه کار بیمارستانها مثلاً در تأمین غذای حلال و مراقبت متناسب با جنسیت ممکن است اعتماد بیماران مسلمان را نسبت به تأمین کنندگان خدمات درمانی جلب کند (پادلا و کورلین^۲، ۲۰۱۳). خدمات درمانی ممکن است حسی از اعتماد را در بیماران ایجاد کند که بیمارستانها به نیازهای آنها پاسخ خواهند داد. عدم توفیق بیمارستان در القای اخلاق پزشکی اسلامی و انطباق با ترجیحات گردشگران پزشکی مسلمان و نیز تأمین نیازهای روحی آنها ممکن است به نگرش منفی منجر شود. بر اساس این مباحث، چنین فرض می‌شود که:

فرضیه ۴: شیوه کار اسلامی پزشکان به طور مثبت بر نگرش گردشگران پزشکی مسلمان تأثیر دارد.

فرضیه ۵: شیوه کار اسلامی بیمارستان به طور مثبت بر نگرش گردشگران پزشکی مسلمان تأثیر دارد.

فرضیه ۶: شیوه کار اسلامی پرستاران به طور مثبت بر نگرش گردشگران پزشکی مسلمان تأثیر دارد.

مطالعات اندکی، نقش نگرش بیماران را در تجربه ادراکی آنها نسبت به خدمات درمانی نشان داده است. ماکول و همکاران^۳ (۱۹۹۵) بیان می‌کنند بیمارانی که نگرش مثبتی نسبت به مشارکت دانشجویان پزشکی در روند درمان آنها دارند، تجربه بالینی مثبتی را گزارش می‌کنند. در مؤسسه

1 - Balcazar, Rosenthal, Brownstein, Rush, Matos, & Hernandez

2 - Padela & Curlin

3 - Makoul, Arntson, & Schofield

درمانی دیگری در زمینه استفاده از اسناد پزشکی الکترونیکی در طول تعامل تأمین کننده خدمات درمانی با بیمار به عنوان یکی از عوامل نارضایتی بیمار، پیش بینی شده است که نسبت به استفاده از این اسناد، نگرش منفی وجود داشته است (کوشنیر و همکاران، ۲۰۱۳). در بافت فرهنگی اسلامی، چنانچه بیمار مسلمان باور کند که عرضه کنندگان خدمات درمانی تلاش کرده اند تا حد امکان، خود را با اخلاقیات پزشکی اسلامی منطبق کنند، تجربه خدمات درمانی بهبود پیدا می کند (پادلا و کورلین، ۲۰۱۳). ظرفیت هر بیمارستان در شناسایی، درک و احترام به ارزشهای گردشگران پزشکی مسلمان ممکن است موجب ایجاد تجربه درمانی مثبت شود. بر مبنای چنین فرضیاتی بدیهی فرض شده است که:

فرضیه ۷: نگرش بیماران نسبت به شیوه درمانی اسلامی توسط عرضه کنندگان خدمات درمانی به طور مثبت بر تجربه ادراکی گردشگران پزشکی مسلمان تأثیر دارد.

ادبیات مرتبط با کیفیت خدمات درمانی با محوریت نظامهای ارزشی هنوز به صورت کاملاً قطعی مسیر کیفیت و تجربه ادراکی را پیش بینی نکرده است. در حالی که نظام ارزشی به صورت مثبت با تجربه ادراکی ارتباط پیدا می کند، مسیر و شدت ارتباط هنوز قطعی نشده است. با مد نظر قرار دادن کیفیت به عنوان مفهومی قضاوتی، ارتباط این متغیرها ممکن است بر پایه ارزشها و نگرشهای بیماران مورد بررسی قرار گیرد (ایریز و فیگوریدو^۱، ۲۰۰۵). چند مورد از مطالعات مرتبط با کیفیت خدمات درمانی (گیل و وایت^۲، ۲۰۰۹؛ تاگر و آدامز^۳، ۲۰۰۱) عنوان کرده اند که نگرش بیمار بین ارزشها و باورهای فردی بیمار و تجربه ادراکی از بیمارستان واسطه گری می کند. بر مبنای این مباحث، این مطالعه فرض می کند که:

فرضیه ۴ - ۱: نگرش گردشگران پزشکی مسلمان بین شیوه کار اسلامی پزشکان و تجربه ادراکی این گردشگران، نقش واسطه ای ایفا می کند.

فرضیه ۵ - ۱: نگرش گردشگران پزشکی مسلمان بین شیوه کار اسلامی بیمارستان و تجربه ادراکی این گردشگران، نقش واسطه ای ایفا می کند.

فرضیه ۶ - ۱: نگرش گردشگران پزشکی مسلمان بین شیوه کار اسلامی پرستاران و تجربه ادراکی این گردشگران، نقش واسطه ای ایفاء می کند.

1 - Eiriz & Figueiredo

2 - Gill & White

3 - Tucker & Adams

روش پژوهش

با استناد به الگوی پیاز فرایند پژوهش (ساندرز و همکاران^۱، ۲۰۰۹)، این مطالعه، گرایش کاربردی، رویکرد قیاسی، راهبرد پیمایشی، انتخاب تک روشه و افق زمانی تک مقطعی دارد. جامعه آماری این پژوهش گردشگران پزشکی مسلمان خارجی هستند که از مراکز درمانی شمال غرب ایران خدمات درمانی دریافت کرده‌اند (جدول ۱). به دلیل استفاده از روش الگویابی معادلات ساختاری برای تحلیل داده‌ها، حداقل حجم نمونه از جامعه آماری پژوهش با فرمول زیر محاسبه شده است (رامین مهر و چارستاد، ۱۳۹۴: ۱۱۷):

(تعداد مسیرها + تعداد بارهای عاملی) پنج = تعداد نمونه

در این پژوهش ۲۵۰ پرسشنامه بین این گردشگران با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای توزیع، و از این میان، ۲۳۷ مورد برای تحلیل مناسب تشخیص داده شد و مورد مذاقه قرار گرفت. خوشه این مطالعه، بیمارستانهای عرضه‌کننده خدمات درمانی به گردشگران خارجی در شمال غرب ایران در نظر گرفته شده است. برای سنجش سازه‌های شیوه کار اسلامی پزشکان (هشت سؤال)، بیمارستان (چهار سؤال) و پرستاران (چهار سؤال) از ابزار پرسشنامه طراحی شده توسط صادیقا و شریف^۲، (۲۰۱۴)، برای سنجش نگرش گردشگران پزشکی مسلمان چهار سنججه از بودنلوس و همکاران^۳ (۲۰۰۷) و برای ارزیابی تجربه ادراکی گردشگران پزشکی مسلمان نیز سه سنججه از پرسشنامه هاورستن و بیکر^۴ (۲۰۰۷) مورد بهره‌برداری قرار گرفت و با مقیاس لیکرت با طیف بسته پنج گزینه‌ای از یک (کاملاً مخالف) تا پنج (کاملاً موافق) استفاده شد. البته چون این ابزارها با فرهنگ کشور ایران متناسب طراحی نشده است، ابتدا بومی‌سازی شد و بعد مورد استفاده قرار گرفت. به منظور بومی‌سازی، ابتدا هر کدام از این ابزارها به صورت معکوس ترجمه، و در ادامه آزمون روایی و پایایی روی آنها انجام شده است.

1 - Saunders, Lewis, Thornhill

2 - Sadeeqa & Sarriff

3 - Bodenlos, Grothe, Whitehead, Konkle-Parker, Jones & Brantly

4 - Hoversten & Baker

جدول ۱: جامعه آماری تحقیق به تفکیک بیمارستانها

بیمارستانهای تبریز		بیمارستانهای ارومیه		بیمارستانهای اردبیل	
شهید مدنی	۲۰ نفر	مطهری	۱۶ نفر	آرتا	۲۰ نفر
شهید قاضی	۱۵ نفر	شمس	۱۵ نفر	دکتر فاطمی	۲۰ نفر
شمس	۱۸ نفر	امام خمینی (ره)	۱۸ نفر	قائم	۱۲ نفر
نور نجات	۱۶ نفر	امام رضا (ع)	۱۸ نفر	امام خمینی (ره)	۱۶ نفر
بهبود	۱۶ نفر	میلاذ فردا	۱۷ نفر		

یافته‌های پژوهش

برای ارزیابی روایی سنجه‌ها از روش همگرا و واگرا استفاده شده است. برای این کار، ابتدا به کمک نرم افزار لیزرل ۸/۸ به اجرای تحلیل عاملی تأییدی اقدام شده است. برای دستیابی به ویژگی‌های قابل قبول، اقلامی که دارای بارهای عاملی استاندارد شده کمتر از ۰/۵۰ بود (سؤال هفت: تعهد اخلاقی پزشکان در مورد افشای منشأ واقعی ترکیبات) از پرسشنامه حذف شد و بقیه در جدول ۲ نشان داده شده است.

در صورتی که سنجه‌های هر سازه پنهان بویژه در کنار هم، بخش عمده‌ای از پراکنش را پوشش دهد، دارای روایی همگرا خواهد بود (هیر و همکاران^۱، ۲۰۱۴: ۶۱۸). همان طور که در جدول ملاحظه می‌شود، مقدار بارهای عاملی استاندارد شده برای سنجه‌های باقیمانده از سطح حداقل ۰/۵۰ بالاتر، و حتی بیشتر آنها از سطح مطلوب ۰/۷۰ هم فراتر رفته است. هم‌چنین متوسط واریانس استخراج شده^۲ نیز از ۰/۵۰ بیشتر است. بنابراین می‌توان گفت که سنجه‌ها از روایی همگرایی خوبی برخوردار است.

1 - Hair, Black, Babin, & Anderson

2 - Average Variance Extracted (AVE)

جدول ۲: نتایج تحلیل عاملی تاییدی

AVE	CR	α	ME	SFL	سنجه‌ها	سازه‌های پنهان
۰/۵۲۳	۰/۸۸۴	۰/۸۸۳	۰/۲۲	۰/۸۸	توضیح در مورد منشأ حلال بودن داروها، واکسن‌ها و...	شیوه کار اسلامی پزشکان
			۰/۴۱	۰/۷۷	در نظر گرفتن تمهیدات لازم در برابر حساسیت بیماران برای فرائض شرعی	
			۰/۵۱	۰/۷۰	تلاش برای آشنایی با مبانی مذهبی بیماران	
			۰/۶۲	۰/۶۱	در نظر گرفتن شیوه‌ها و ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیماران در تعاملات	
			۰/۵۴	۰/۶۸	معاینه بیماران خانم در حضور یک نفر خانم دیگر	
			۰/۵۹	۰/۶۴	صحبت در مورد ترکیبات حرام داروها	
			۰/۴۴	۰/۷۵	برتری داروهای حلال	
۰/۶۱۵	۰/۸۶۵	۰/۸۶۲	۰/۲۶	۰/۸۶	تهیه غذاهای حلال	شیوه کار اسلامی بیمارستان
			۰/۳۰	۰/۸۳	استفاده از کارکنان همجنس با بیماران	
			۰/۳۹	۰/۷۸	تأمین خون و محصولات خونی تزریق شده به بیماران از اهداکنندگان مسلمان	
			۰/۵۷	۰/۶۵	امکانات مناسب برای نماز و عبادت	شیوه کار اسلامی پرستاران
۰/۶۶۶	۰/۸۸۶	۰/۸۸۸	۰/۰۳	۰/۹۸	پاک کردن قسمت‌های آلوده بدن برای آماده کردن بیمار به منظور اجرای فرائض دینی	
			۰/۵۷	۰/۶۶	احترام به اصول و ارزشهای اسلامی	
			۰/۱۵	۰/۹۲	تأمین محیط آرام هنگام عبادت بیماران	
			۰/۵۸	۰/۶۵	احترام به باورهای مذهبی بیماران	نگرش گردشگران
۰/۵۶۲	۰/۸۳۶	۰/۸۳۷	۰/۵۱	۰/۷۰	باور به دانش کادر درمانی در مورد رعایت مبانی اسلامی در مراقبتهای بهداشتی	
			۰/۳۳	۰/۸۲	باور به آگاهی پزشکان از وجود ترکیبات غیر حلال در داروها	
			۰/۳۷	۰/۷۹	باور به احترام کادر درمانی به حساسیت بیمار نسبت به مسائل اسلامی و شرعی	تجربه ادراکی گردشگران
			۰/۳۶	۰/۸۰	باور به دریافت بهترین مراقبت بهداشتی اسلامی از بیمارستان	
۰/۵۰۵	۰/۷۴۷	۰/۷۴۴	۰/۵۶	۰/۶۸	رضایت از دریافت خدمات درمانی	
			۰/۴۸	۰/۷۲	کیفیت درمان درک شده	شهرت برند بیمارستان
			۰/۴۷	۰/۷۳	شهرت برند بیمارستان	

ضریب آلفای کرونباخ: α ; پایایی ترکیبی: CR; متوسط واریانس استخراج شده: AVE; بارهای عاملی استاندارد: SFL; خطاهای اندازه‌گیری: ME

روایی واگرا حالتی است که هر سازه بخوبی از دیگر سازه‌ها متمایز شود و عنوانهای مربوط به

سازه‌های مختلف به صورتی بسیار قوی با یکدیگر همبستگی نداشته باشد (هیر و همکاران، ۲۰۱۴: ۶۱۹). بررسی اطلاعات جدول ۳ و مقایسه توان دوم ضرایب همبستگی بین سازه‌ها با متوسط میانگین‌های استخراج شده آنها حاکی است که سازه‌های مورد نظر به اندازه کافی از یکدیگر متمایز است و روایی واگرا دارد.

جدول ۳: توان دوم روابط همبستگی، متوسط واریانس استخراج شده، و روایی واگرا

سازه‌ها	پزشکان	بیمارستان	پرستاران	نگرش	مدیریت تجربه
پزشکان	۱	۰/۴۲۲۵	۰/۰۵۲۹	۰/۳۷۲۱	۰/۲۰۲۵
بیمارستان		۱	۰/۰۱۰۰	۰/۴۳۵۶	۰/۱۸۴۹
پرستاران			۱	۰/۰۰۶۴	۰/۰۴۸۴
نگرش				۱	۰/۵۰۴۱
مدیریت تجربه					۱

هم‌چنین برای نشان دادن پایایی سنج‌ها از روش پایایی ترکیبی و ضریب آلفای کرونباخ استفاده، و نتایج در جدول ۲ گزارش شده است. اعداد گزارش شده تقریباً پایایی مناسب ابزار اندازه‌گیری را نشان می‌دهد؛ زیرا اولاً حداقل مقدار لازم برای ضریب آلفا (۰/۷۰) در مورد سنج‌های تحقیق به دست آمده است (هیر و همکاران، ۲۰۱۴). ثانیاً ضریب پایایی ترکیبی زیاد ۰/۷۰ نشان‌دهنده پایایی مناسب سنج است (دزانی و پرتوریوس^۱، ۲۰۰۹؛ نگارا و مزوقی^۲، ۲۰۱۲؛ هیر و همکاران، ۲۰۱۴) و نشان می‌دهد که تمامی آنها به صورت سازگار، سازه پنهان یکسانی را اندازه‌گیری می‌کند.

برای بررسی برازش الگوی پژوهش از الگویابی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) استفاده شده است. در این بخش نیز تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار لیزرل ۸/۸۰ انجام شده است که خروجی نرم افزار برازش رضایت‌بخشی را با داده‌ها نشان می‌دهد (جدول ۴). بررسی شکل ۲ به همراه جدولهای ۵ تا ۷ نشان می‌دهد که بجز فرضیه‌های ۳ و ۶، بقیه پشتیبانی می‌شود.

1 - Dzansi & Pretorius

2 - Negra & Mzoughi

جدول ۴: آماره‌های مربوط به نیکویی برازش الگوی تحقیق

Chi-Square/df	NFI	NNFI	CFI	IFI	RFI	GFI	RMSEA	RMR
۱/۹۸	۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۰۷۲	۰/۰۶۵

جدول ۵: اثر مستقیم متغیرهای پنهان برونزا بر متغیرهای پنهان درونزا (عامل γ)

نتیجه	مقدار t	ضریب مسیر استاندارد	فرضیه‌های پژوهش
تأیید	۲/۱۱	۰/۲۴	تأثیر مثبت شیوه کار اسلامی پزشکان بر تجربه ادراکی گردشگران
تأیید	۲/۰۹	۰/۲۱	تأثیر مثبت شیوه کار اسلامی بیمارستان بر تجربه ادراکی گردشگران
رد	۰/۴۷	۰/۰۷	تأثیر مثبت شیوه کار اسلامی پرستاران بر تجربه ادراکی گردشگران
تأیید	۲/۷۰	۰/۳۰	تأثیر مثبت شیوه کار اسلامی پزشکان بر نگرش گردشگران
تأیید	۴/۲۲	۰/۴۸	تأثیر مثبت شیوه کار اسلامی بیمارستان بر نگرش گردشگران
رد	۰/۴۸	۰/۰۴	تأثیر مثبت شیوه کار اسلامی پرستاران بر نگرش گردشگران

جدول ۶: اثر مستقیم متغیر پنهان درونزا بر دیگر متغیر پنهان درونزا (عامل β)

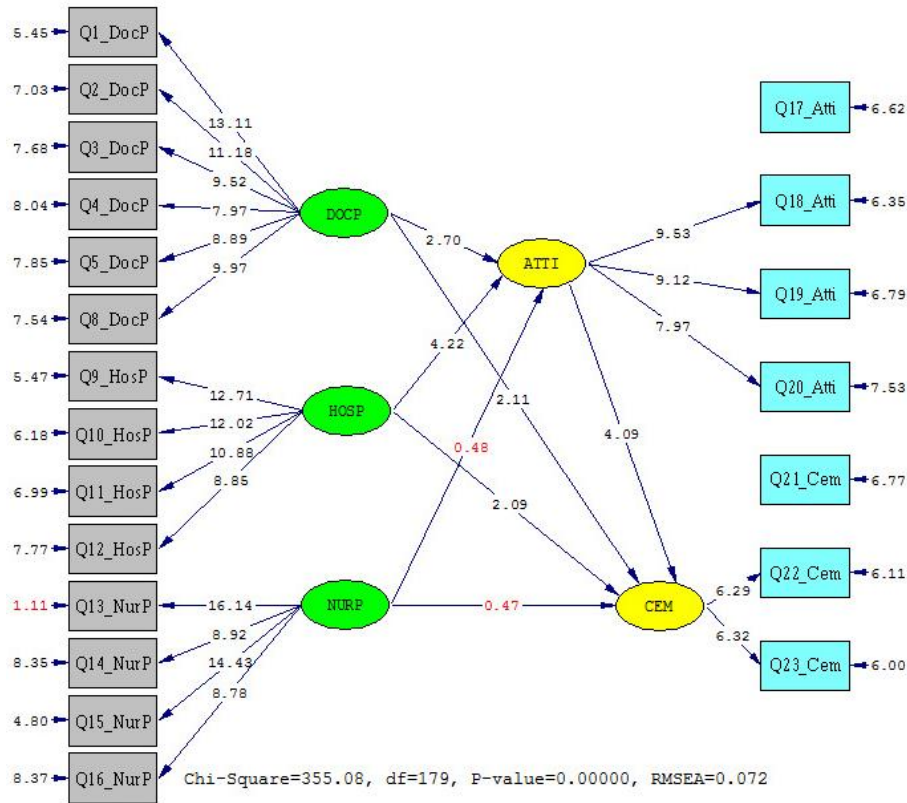
نتیجه	مقدار t	ضریب مسیر استاندارد	فرضیه‌های پژوهش
تأیید	۴/۰۹	۰/۶۴	تأثیر مثبت نگرش گردشگران بر تجربه ادراکی گردشگران

جدول ۷: اثر غیر مستقیم و کل متغیرهای پنهان برونزا و درونزا بر متغیر پنهان درونزای نهایی

نتیجه	اثر کل	اثر غیر مستقیم	فرضیه‌های فرعی پژوهش
تأیید	۰/۴۳۲	۰/۱۹۲	نقش واسطه‌ای نگرش بین شیوه کار اسلامی پزشکان و تجربه ادراکی
تأیید	۰/۵۱۷	۰/۳۰۷	نقش واسطه‌ای نگرش بین شیوه کار اسلامی بیمارستان و تجربه ادراکی
رد	۰/۰۹۶	۰/۰۲۶	نقش واسطه‌ای نگرش بین شیوه کار اسلامی پرستاران و تجربه ادراکی

سرانجام، با توجه به اینکه ضریب مسیر نگرش گردشگران و تجربه ادراکی گردشگران (۰/۶۴) از مسیرهای مستقیم بین تجربه ادراکی گردشگران و شیوه کار اسلامی پزشکان (۰/۲۴) و بیمارستان (۰/۰۷) بزرگتر است، نقش واسطه‌ای نگرش گردشگران در روابط تجربه ادراکی گردشگران و شیوه کار اسلامی پزشکان و بیمارستان مورد تأیید قرار گرفته است. البته با توجه به مردود شدن فرضیات مرتبط با شیوه کار اسلامی پرستاران، نقش واسطه‌ای نگرش گردشگران در اینجا

موضوعیت ندارد.



شکل ۲: نتایج تحلیل مسیر و اندازه‌های t

الگوی ساختاری آزمون شده، مستندات را در اختیار می‌گذارد که تجربه ادراکی گردشگران پزشکی مسلمان را در گروه نقش پزشکان قرار می‌دهد. از این رو انتظار می‌رود که بهبود کیفیت خدمات درمانی بر مبنای نظام ارزشی اسلامی مستلزم ارتباط خوب بین پزشکان و گردشگران پزشکی مسلمان باشد. بدیهی است که مهارت و دانش پزشک در کاهش و معالجه بیمار، حیاتی است به گونه‌ای که بیمارستانها را ملزم می‌کند تا این اطمینان خاطر را به وجود بیاورند که کادر درمان آنها از کیفیت خوبی برخوردار هستند (گائور و همکاران، ۲۰۱۱؛ سوکی و همکاران، ۲۰۱۱)؛ با این حال ممکن است نیاز گردشگران پزشکی مسلمان فراتر از آن پیش برود. توانایی پزشکان در به کارگیری شیوه‌های اسلامی در کار خود به ایجاد نگرش مثبت در گردشگران

پزشکی مسلمان منجر می‌شود و تجربه ادراکی آنها را پایه‌ریزی می‌کند. تجربه ادراکی گردشگران پزشکی مسلمان با توان پزشکان در درک و هماهنگی با اخلاقیات پزشکی اسلامی همراه است؛ برای مثال، احترام پزشک به حجب و حیای گردشگران پزشکی مسلمان و معاینه آنها در حضور کادر درمانی زن یا اعضای خانواده ارزش بسیار زیادی برای آنها دارد؛ چرا که محیط آسوده‌ای را برای آنها ایجاد می‌کند. هم‌چنین کیفیت درمانی دریافت شده تحت تأثیر مهارت و توان پزشکان در مطرح کردن موارد شرعی و دادن آگاهیهای لازم در این زمینه به بیمار است.

مطالعات مرتبط با عرضه خدمات درمانی، فضای بیمارستان را نیز از جمله مؤلفه‌های اصلی در تأمین تجربه مثبت ادراکی بیمار مطرح کرده است (سوآن و همکاران، ۲۰۰۳؛ شیری، ۲۰۰۵). همراستا با تحقیقات قبلی، این مطالعه نیز به این نتیجه دست پیدا کرده است که شیوه کار اسلامی بیمارستانها به صورت مثبت، نگرش و نیز تجربه ادراکی گردشگران پزشکی مسلمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این یافته‌ها حاکی است که زیرساختهای اسلامی در بیمارستانها نیز از اهمیت برخوردار است. از دید آنها نماز و مناجات بخش مهمی از فرایند درمان و بهبودی، و بنابراین ممکن است در صورت فراهم نبودن مناسب چنین امکاناتی، احساس ناخوشایندی داشته باشند (بادلا و کورلین، ۲۰۱۳). با توجه به ارزش حجب و حیا در اسلام در صورتی که روش بیمارستان در تأمین خدمات درمانی بر اساس تفکیک جنسیتی صورت بگیرد و گردشگران پزشکی زن از سوی کادر درمانی همجنس مورد معاینه و درمان قرار بگیرند، این امر از سوی آنها ارج نهاده می‌شود. برخی از بیمارستانها تخت مستقلی را در یک اتاق اختصاصی برای بیماران در نظر می‌گیرند که این امر ممکن است موجب تجربه ادراکی و نگرش مثبت گردشگران پزشکی مسلمان شود؛ چرا که چنین تلاشهایی می‌تواند حریم خصوصی آنها را در سطح حداکثری تأمین، و اقامتهای شبانه را برای آنها آسان کند.

ادبیات گذشته اهمیت نقش پرستاران را در افزایش تجربه مثبت ادراکی بیماران نسبت به خدمات درمانی ارائه شده بیان کرده است (سوکی و همکاران، ۲۰۱۱؛ گائور و همکاران، ۲۰۱۱)؛ با این حال، نتایج تحلیل پاسخ شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد که ارتباط تجربه ادراکی و نگرش مثبت گردشگران پزشکی مسلمان با شیوه کار اسلامی پرستاران معنی‌دار نیست. در توضیح این نتیجه به نظر می‌رسد که به‌رغم نقش با ارزش پرستاران در تأمین محیط مناسب برای گردشگران پزشکی مسلمان از آنجا که در اکثر قریب به اتفاق مواقع، خانواده‌های بیماران با حضور و همراهی

خود نقش برجسته‌ای را در تأمین رفاه احساسی، اجتماعی و روانی برای این گردشگران ایفا می‌کنند و بیشتر خدمات بالینی و مراقبتی را بر عهده می‌گیرند، نقش پرستاران در مقایسه با نقش پزشکان و بیمارستان در شکل‌گیری نگرش و تجربه ادراکی مثبت نزد بیماران کم‌رنگتر می‌شود. این نتیجه با مطالعه صورت گرفته در بافت فرهنگی کشور اردن از سوی اماری^۱ (۲۰۰۹) همراستا است. وی در تحقیق خود به این نتیجه دست یافت که با توجه به دیدارهای مکرر بستگان بیمار مسلمان، آنها شاید به دریافت مراقبت‌های پرستاری از سوی تأمین‌کنندگان خدمات درمانی نیازی نداشته باشند.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

گردشگری پزشکی اسلامی، بازاری است که سرعت در حال رشد است. برای ورود به این بازار مهم، تجزیه و تحلیل عواملی که بر تجربه ادراکی گردشگران پزشکی اسلامی تأثیر می‌گذارد ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم شیوه‌های کار اسلامی را بر تجربه ادراکی گردشگران پزشکی با واسطه‌گری نگرش بررسی کرده است. نتایج نشان می‌دهد که شیوه کار اسلامی پزشکان و بیمارستانها بر نگرش گردشگران و تجربه ادراکی آنان از خدمات پزشکی تأثیر مستقیم و مثبتی دارد؛ در حالی که شیوه کار اسلامی پرستاران تأثیر مهمی بر جای نمی‌گذارد که در قسمت قبل به دلایل آن پرداخته شد؛ به علاوه، شیوه کار اسلامی بیمارستانها و پزشکان به صورت غیر مستقیم نیز تجربه ادراکی گردشگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

تأمین‌کنندگان خدمات درمانی باید از اخلاقیات پزشکی اسلامی آگاه باشند و تا حد امکان در جهت کسب توان فرهنگی لازم در این زمینه و منطبق ساختن خود با آنها تلاش کنند. در ارتباط بهبود کیفیت و تجربه ادراکی مثبت گردشگران پزشکی مسلمان، نه تنها محیط خوب بیمارستان مورد نیاز است، بلکه توانایی تأمین‌کنندگان خدمات درمانی در جذب پزشکان ماهر و کارآزموده در این محیط نیز از اهمیت برخوردار است. از این مطالعه بر می‌آید که در بافت گردشگری پزشکی اسلامی، انطباق و هماهنگی با اولویتها و برتریهای گردشگران پزشکی مسلمان از سوی پاسخگویان حائز اهمیت تلقی شده است. با توجه به بحث حجج و حیا در آموزه‌های اسلامی و اینکه این امر در ادراکات و بینش‌های اسلامی ریشه دارد، تأمین‌کنندگان خدمات درمانی می‌توانند

تجربه گردشگران پزشکی مسلمان را با اختصاص کادر درمانی همجنس، بیش از پیش بهبود ببخشند. با توجه به اینکه در برخی موارد، چالشهایی ممکن است در تأمین پزشکان بر مبنای اولویت جنسی وجود داشته باشد، بیمارستانها می‌توانند در این زمینه با اجرای سیاستهایی مثل در زدن، انتظار کوتاه قبل از ورود و نیز تأمین لباسهای مناسب و پوشیده سعی کنند حال بیماران را رعایت کنند؛ به علاوه، اولویت مسلمانان این است که داروها با عناصر حلال ساخته شده باشد. پزشکان باید به بیمار مسلمان یا خانواده وی در مورد استفاده از داروهایی که عناصر غیر حلال دارد، توضیح دهند. عدم توجه تأمین‌کنندگان خدمات درمانی به این انتظارات ممکن است تأمین خدمات درمانی باکیفیت را دچار تردید کند؛ مثلاً عدم توفیق در تأمین پزشکان زن برای زنان مسلمان به منظور معاینات بدنی موجب شرم فردی بیماران می‌شود و آزردهی آنها را در پی خواهد داشت.

تأمین‌کنندگان خدمات درمانی ممکن است به اجرای آموزشهای مختلف ضمن خدمت نیاز داشته باشند تا اخلاقیات پزشکی اسلامی را برای کمک به کادر درمانی در درک برتریها و خواسته‌های مسلمانان از فرهنگها و مذاهب مختلف آموزش دهند. چنین آموزشهایی برای افزایش مهارتهای کادر درمانی در برقراری ارتباط با بیماران از اهمیت برخوردار است و می‌تواند به عرضه خدمات بهتر به گردشگران پزشکی مسلمان منجر شود. با توجه به اینکه اخلاقیات پزشکی اسلامی، عنصر اساسی در عرضه خدمات درمانی به مسلمانان به شمار می‌آید، بیمارستانها باید به دنبال کادری باشند که دارای مهارتهای مناسب، شخصیت قابل احترام، و ایمان و اخلاص نسبت به اسلام هستند؛ چرا که این امر می‌تواند فضای مناسبی را برای بیماران به وجود آورد. در حالی که بحث مراقبت از بیماران به عنوان نقش اساسی پرستاران در نظر گرفته می‌شود، خانواده‌ها می‌توانند در تأمین خواسته‌های احساسی، اجتماعی و روانی گردشگران پزشکی مسلمان، نقش مهمی داشته باشند؛ بنابراین، شاید نیاز باشد تأمین‌کنندگان خدمات درمانی اهمیت ویژه خانواده‌ها را در مراقبت از بیماران مد نظر قرار دهند و در برنامه‌ریزیهای خود برای مراقبت از بیماران و عرضه خدمات بالینی برتر از نقش حیاتی خانواده‌ها غافل نشوند.

این مطالعه با بیان اینکه چگونه اخلاقیات پزشکی اسلامی می‌تواند بر رضایت گردشگران پزشکی مسلمان از خدمات درمانی دریافت شده تأثیرگذار باشد، از نظر کاربردی و نظری، سهم مناسبی به ادبیات ارائه می‌کند. در باب سهم مشارکت نظری آن، این تحقیق، دیدگاهی را برای

بهبود و افزایش دانش در زمینه شیوه کار اسلامی با بیان تأثیرات مختلف آن بر تجربه بیماران مسلمان ارائه می‌کند. به طوری که مشخص است، چنین موضوعی در قالب این تحقیق، پیش از این به صورت تجربی و در بافت گوناگون فرهنگی موجود انجام نشده و بنابراین، تلاش شده است در این تحقیق سهم قابل توجهی از ادبیات کاملاً محدود گردشگری پزشکی اسلامی را به خود اختصاص می‌دهد. نتایج این مطالعه در باب کاربردی می‌تواند به پزشکان، پرستاران، و بیمارستانهای کشور کمک کند تا انتظارات گردشگران پزشکی مسلمانی را بهتر درک کنند که عمدتاً از بافتهای فرهنگی پیچیده کشورهای همسایه وارد می‌شوند و خدماتی را عرضه کنند که باورها و اعتقادات آنها را محترم بشمارد. از آنجا که ایران به صورت فعال در زمینه محصولات پزشکی گام بر می‌دارد، پذیرایی از حجم انبوه گردشگران پزشکی مسلمان می‌تواند فرصت بسیار مغتنمی برای تأمین‌کنندگان خدمات درمانی باشد. برای بهره‌مندی از چنین موقعیتی به نظر می‌رسد که باید خدمات درمانی به ویژگیهای اسلامی مزین باشد. تجهیزات پیشرفته و کامل همراه با خدمات مؤثر، که بر شیوه‌های کار اسلامی منطبق باشد در زمره عوامل اصلی در تأمین رضایت گردشگران پزشکی مسلمان است. مدیران و تصمیم‌گیرندگان بیمارستانها باید نقش این شیوه‌های کاری را درک، و در جذب گردشگران پزشکی مسلمان از آنها بهره‌برداری کنند.

به‌رغم اینکه این مطالعه فرصتی را برای تأمین‌کنندگان خدمات درمانی فراهم می‌کند تا به صورت مؤثر به نیازهای گردشگران پزشکی مسلمان پاسخ دهند، محدودیتهایی نیز داشت. این مطالعه بر تعیین کیفیت خدمات درمانی از دیدگاه گردشگران به عنوان بیمار تمرکز کرده است. برای پوشش این محدودیت، درک تجربه‌های درمانی، که حاوی شیوه‌های اسلامی کار نیز باشد، باید از دید دیگر افراد همچون پرستاران، پزشکان و مدیران بیمارستانها نیز مورد بررسی قرار گیرد؛ چرا که هر کدام از آنها توان ایجاد تجربه‌ای مثبت و یا منفی را دارند. ادراکات دوستان و خانواده‌ها نیز یک زمینه تحقیقی احتمالی را ارائه می‌کند؛ چرا که آنها می‌توانند تأثیرگذار اصلی در انتخاب خدمات درمانی از سوی گردشگران پزشکی مسلمان و نیز در زمره مشتریان بالقوه آینده باشند. با این حال مقاله، سعی در ارائه برخی مفاهیم در بخش گردشگری پزشکی اسلامی دارد و می‌تواند به عنوان مبنای کیفیت خدمات درمانی درک شده از سوی گردشگران پزشکی مسلمان مورد بهره‌برداری قرار گیرد. نتایج این تحقیق می‌تواند به تحقیقات بیشتر در مورد چگونگی برخورد با موانع در جهت تضمین خدمات درمانی با کیفیت در این بازار رو به رشد کمک کند.

منابع فارسی

- ابوالحسنی، نازنین (۱۳۹۳). جنبه‌های قانونی و حقوقی گردشگری پزشکی. *فصلنامه اخلاق زیستی*. س چهارم. ش ۱۲: ۱۰۰ - ۸۱.
- تقوایی، مسعود؛ گودرزی، مجید (۱۳۹۵). تدوین و اولویت‌بندی راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: کلانشهر شیراز). *نشریه پژوهش و برنامه‌ریزی شهری*. س هفتم. ش ۲۴: ۲۲ - ۱.
- حاجی‌نژاد، علی؛ عنابستانی، علی‌اکبر؛ صفریان، محمد (۱۳۹۵). تدوین برنامه استراتژیک گردشگری پزشکی با تأکید بر گردشگری مذهبی در شهر مشهد. *فصلنامه تحقیقات جغرافیایی*. س سی و یکم. ش ۲: ۱۱۶ - ۱۰۲.
- دلگشایی، بهرام؛ جباری، علیرضا؛ فرزین، محمدرضا؛ شعرباغچی‌زاده، نسرین؛ سیدجمال‌الدین (۱۳۹۱). وضعیت موجود گردشگری پزشکی: مطالعه موردی ایران. *فصلنامه پایش*. س یازدهم. ش ۲: ۱۷۹ - ۱۷۱.
- رامین‌مهر، حمید؛ چارستاد، پروانه (۱۳۹۴). *روش تحقیق کمی با کاربرد الگوسازی معادلات ساختاری (نرم‌افزار لیزرل)*. ج دوم. تهران: انتشارات ترمه.
- رحیمی‌زارچی، محمدکاظم؛ شفقت، طاهره؛ حاتم، ناهید (۱۳۹۶). صنعت گردشگری پزشکی شهر شیراز: راهکارهای توسعه‌ای. *راهبردهای مدیریت در نظام سلامت*. دوره ۲. ش ۲: ۹۵ - ۸.
- طییبی، سیدجمال‌الدین؛ نصیری‌پور، امیر اشکان؛ ایوبیان، علی؛ باقریان محمودآبادی، حسین (۱۳۹۰). مکانیزم‌های اطلاع‌رسانی و جذب گردشگران پزشکی در بیمارستانهای شهر تهران. *مدیریت اطلاعات سلامت*. دوره نهم. ش ۳: ۴۲۳ - ۴۱۶.
- نصیری‌پور، امیر اشکان؛ سلمانی، لیلا (۱۳۸۹). نقش توانمندی بیمارستانهای تهران در توسعه توریسم درمانی. *فصلنامه بیمارستان*. س نهم. ش ۳ و ۴: ۶۷ - ۵۷.
- نیک‌رفتار، طیبه؛ حسینی، الهه؛ مقدم، عاطفه (۱۳۹۵). شناسایی عوامل مؤثر در جذب گردشگران پزشکی در ایران. *مدیریت سلامت*. س ۲۰. ش ۶۷: ۷۴ - ۶۴.

منابع انگلیسی

- Aagja, J. P., & Garg, R. (2010). Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(1), 60-83. doi:doi:10.1108/17506121011036033
- Balcazar, H., Rosenthal, E. L., Brownstein, J. N., Rush, C. H., Matos, S., & Hernandez, L. (2011). Community Health Workers Can Be a Public Health Force for Change in the United States: Three Actions for a New Paradigm. *American Journal of Public Health*, 101(12), 2199-2203. doi:10.2105/AJPH.2011.300386
- Bodenlos, J. S., Grothe, K. B., Whitehead, D., Konkle-Parker, D. J., Jones, G. N., & Brantley, P. J. (2007). Attitudes Toward Health Care Providers and Appointment Attendance in HIV/AIDS Patients. *JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF NURSES IN AIDS CARE*, 18(3), 65-73. doi:10.1016/j.jana.2007.03.002
- Butt, M. M., & Run, E. C. d. (2010). Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(7), 658-673. doi:doi:10.1108/09526861011071580

- Chahal, H., & Kumari, N. (2010). Development of multidimensional scale for healthcare service quality (HCSQ) in Indian context. **Journal of Indian Business Research**, 2(4), 230-255. doi:10.1108/17554191011084157
- Ditto, P. H., Moore, K. A., Hilton, J. L., & Kalish, J. R. (1995). Beliefs About Physicians: Their Role in Health Care Utilization, Satisfaction, and Compliance. **Basic and Applied Social Psychology**, 17, ۴۸-۶۳. doi:10.1080/01973533.1995.9646130
- Dzansi, D. Y., & Pretorius, M. (2009). The development and structural confirmation of an instrument for measuring the social responsibility of small and micro business in the African context. **Social Responsibility Journal**, 5(4), 450-463 .
- Eiriz, V., & Figueiredo, J. (2005). Quality evaluation in healthcare services based on the customer-provider relationship. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 18(6), 404-412 .
- Gaur, S. S., Xu, Y., Quazi ,A., & Nandi, S. (2011). Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. **Managing Service Quality: An International Journal**, 21(1), 67-87. doi:10.1108/09604521111100252
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. **Leadership in Health Services**, 22(1), 8-19. doi:10.1108/17511870910927994
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). **Multivariate Data Analysis (Seventh Edition ed.)**. England: Pearson Education Limited.
- Hoversten, S. & Baker, S.M. (2007). Developing a Sustainable Customer Experience Management Plan for Public Land Management. **University of Wyoming**, Smbaker@uwyo.edu.
- Jabnoun, N., & Chaker, M. (2003). Comparing the quality of private and public hospitals. **Managing Service Quality: An International Journal**, 13(4), 29 . doi:10.1108/09604520310484707
- Kushnir, T., Esterson, A., & Bachner, Y. G. (2013). Attitudes of Jewish and Bedouin responders toward family physicians' use of electronic medical records during the medical encounter. **Patient Education and Counseling**, 93(3), ۳۸۰-۳۷۳ . doi:https://doi.org/10.1016/J.PEC.2013.07.008
- Makoul, G., Arntson, P., & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care :Physician-patient communication and decision making about prescription medications. **Social Science & Medicine**, 41(9), 1241-1256. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00061-B
- Mohezar, S., Zailani, S., & Moghavvemi, S. (2014). **Establishing Islamic medical tourism in Malaysia: Understanding the motivations and challenges**. Paper presented at the International Conference of Management and Technology in Knowledge, Service, Tourism and Hospitality, Jakarta, Indonesia .
- Negra, A., & Mzoughi, M. N. (2012). How wise are online procrastinators? Ascale development. **Internet Research**, 22(۴), ۴۴۶-۴۲۶ .
- Omari, F. (2009). Perceived and Unmet Needs of Adult Jordanian Family Members of Patients in ICUs. **Journal of Nursing Scholarship**, 41(1), 28-34. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01248.x
- Padela, A. (2007). Islamic Medical Ethics: A Primer .**Bioethics**, 21(3), 169-178. doi:10.1111/j.1467-8519.2007.00540.x
- Padela, A. I., & Curlin, F. A. (2013). Religion and Disparities: Considering the Influences of Islam on the Health of American Muslims. **Journal of Religion and Health**, 52(4), 1333-1345. doi:10.1007/s10943-012-9620-y
- Potrafke, N. (2012). Islam and democracy. **Public Choice**, 151(1), 185-192. doi:10.1007/s11127-010-9741-3
- Reuters, T. (2017). State of the global Islamic economy 2016-2017 report .

- Sadeeqa, S., & Sarriff, A. (2014). Comparing KAP regarding Halal pharmaceuticals among general practitioners and hospital doctors. **Journal of Applied Pharmaceutical Science**, 4(10), 92-96 .
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). **Research Methods for Business Students (Fifth edition ed.)**. England: Pearson Education Limited.
- Shirey, M. R. (2005). Stress and coping in nurse managers: two decades of research. **Nursing economic**, 24(4), 193-203 .
- Sohail, M. S. (2003). Service quality in hospitals: More favourable than you might think. **Managing Service Quality: An International Journal**, 13(3), 197-206. doi:10.1108/09604520310476463/8
- Suki, N. M., Lian, J. C. C., & Suki, N. M. (2011). Do patients' perceptions exceed their expectations in private healthcare settings? **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 24(1), 42-56. doi:10.1108/0952686111109823^
- Swan, J. E., Richardson, L. D., & Hutton, J. D. (2003). Do appealing hospital rooms increase patient evaluations of physicians, nurses, and hospital services? **Health Care Management Review**, 28(3), 254-264 .
- Tucker, J. L., & Adams, S. R. (2001). Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care. **Managing Service Quality: An International Journal**, 11(4), 272-287. doi:10.1108/EUM0000000005611
- Tucker, L. A., & Clegg, A. G. (2002). Differences in Health Care Costs and Utilization among Adults with Selected Lifestyle-Related Risk Factors. **American Journal of Health Promotion**, 16(4), 225-233. doi:10.4278/0890-1171-16.4.225
- Ulrich, C., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M & Grady, C. (2007). Ethical Climate, Ethics Stress, and the Job Satisfaction of Nurses and Social Workers in the United States. **Social science & medicine (1982)**, 65(8), 1708-1719. doi:10.1016/j.socscimed.2007.05.050
- Zineldin, M. (2006). The quality of health care and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 19(1), 60-92. doi:10.1108/09526860610642609



پیوستها

بسمه تعالی

پاسخگوی گرامی

احتراماً پرسشنامه‌ای که پیش روی شماست برای تحقیقی در زمینه گردشگری پزشکی اسلامی تنظیم شده است. لطفاً عبارات را بدقت مطالعه، و نظر خود را اعلام فرمایید. قبلاً از همکاری حضرت‌عالی کمال تشکر را دارم.

با تشکر و احترام

الف) مشخصات فردی

جنسیت: مرد زن
وضعیت تأهل: مجرد متأهل
میزان تحصیلات:

سن:

ب) لطفاً با توجه به تجربه درمان خود در این بیمارستان، نظرتان را در ستون مناسب علامت بزنید.

پیش‌بندهای بهبود مدیریت تجربه گردشگران پزشکی مسلمان با محوریت مدیریت اسلامی بیمارستانهای ایران / ۲۰۵

ردیف	عبارت	کاملاً موافقم	موافقم	تا حدودی	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	پزشکان در صورت لزوم در مورد منشأ حلال بودن داروها، واکسن‌ها و... به بیماران یا همراهان وی توضیح می‌دهند.					
۲	پزشکان سعی می‌کنند در برابر حساسیت بیماران برای فرائض شرعی، تمهیدات لازم را مد نظر داشته باشند.					
۳	پزشکان در صورت عدم آشنایی با اصول مذهبی بیماران در صدد آشنایی با آنها هستند.					
۴	پزشکان در تعاملات خود شیوه‌ها و ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیماران را مد نظر قرار می‌دهند.					
۵	پزشکان همیشه بیماران خانم را در حضور یک نفر خانم دیگر معاینه می‌کنند.					
۶	پزشکان در این بیمارستان در مورد هرگونه ترکیبات حرام داروها با بیماران صحبت می‌کنند.					
۷	پزشکان در این بیمارستان در مورد افشای منشأ واقعی ترکیبات به بیماران تعهد اخلاقی احساس می‌کنند.					
۸	پزشکان این بیمارستان در کار خود داروهای حلال را در اولویت قرار می‌دهند.					
۹	در این بیمارستان غذاهای حلال برای بیماران عرضه می‌شود.					
۱۰	این بیمارستان تا حد امکان از کارکنان خدمات درمانی همجنس بیماران استفاده می‌کند.					
۱۱	خون و محصولات خونی تزریق شده به بیماران از اهداکنندگان مسلمان دریافت می‌شود.					
۱۲	این بیمارستان امکانات خیلی خوبی برای نماز و عبادت آماده کرده است.					
۱۳	پرستاران قسمت‌هایی از بدن را که به نجاسات (خون، ترشحات و...) آماده می‌شود به خوبی پاک می‌کنند تا بیماران در انجام مشکلی نداشته باشند.					
۱۴	پرستاران در این بیمارستان به اصول و ارزشهای اسلامی احترام می‌گذارند.					
۱۵	پرستاران سعی می‌کنند محیط خلوت و ساکنی را هنگام عبادت بیماران برای آنها تأمین کنند.					
۱۶	پرستاران این بیمارستان به باورهای مذهبی بیماران احترام می‌گذارند.					
۱۷	من باور دارم که کادر درمانی این بیمارستان در مورد رعایت مبانی اسلامی در مراقبتهای بهداشتی از دانش کافی برخوردار هستند.					
۱۸	من باور دارم که پزشکان این بیمارستان در صورت وجود ترکیبات غیر حلال در داروها از آن آگاهی دارند.					
۱۹	من باور دارم که کادر درمانی این بیمارستان، حساسیت مرا در مورد مسائل اسلامی و شرعی مورد توجه قرار می‌دهند.					
۲۰	من باور دارم که در این بیمارستان بهترین مراقبت بهداشتی اسلامی را دریافت کرده‌ام.					
۲۱	در کل، کیفیت درمان در این بیمارستان در سطح بالایی قرار دارد.					
۲۲	من از دریافت خدمات درمانی از این بیمارستان رضایت دارم.					
۲۳	در مقایسه با دیگر مراکز خدمات درمانی، این بیمارستان از شهرت برند بسیار خوبی برخوردار است.					