

شناسایی عوامل مؤثر بر مدیریت ارتباط با بیمار در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان: یک مطالعه کیفی

محمود نکوئی مقدم^۱، محمدرضا امیراسماعیلی^۲، ویدا کاردان مقدم^۳، یونس جهانی^۴، مهشاد گوهری مهر^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مدیریت ارتباط با مشتری (Customer relationship management یا CRM) به عنوان یک استراتژی جامع و فرایند کسب و حفظ مشتریان، به صورت همکاری و آموختن حداکثری در مورد مشتریان و دیدگاه‌هایشان جهت ایجاد ارزش افزوده برای سازمان و مشتری تعریف می‌گردد. موفقیت بیمارستان در این زمینه، سبب افزایش رضایت، اعتماد و وفاداری بیمار می‌شود. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین عوامل مؤثر بر CRM در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان در سال ۱۳۹۴ بود.

روش: این مطالعه از نوع کیفی بود که به روش پدیدارشناسی توصیفی انجام شد. نمونه‌های مورد بررسی شامل ۱۵ نفر از مدیران، کارشناسان، پزشکان و صاحب‌نظران بخش درمان از جمله مدیران و کارشناسان بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر کرمان، معاونان درمان و بهداشت دانشگاه و پزشکان و پرستاران دارای سابقه مدیریتی در بیمارستان‌ها و بیماران و همراهانشان بود.

یافته‌ها: شش طبقه اصلی «ابعاد شناسایی و جذب بیمار، مشارکت بیمار، برخورد شخصی با بیمار، توانمندسازی بیماران، شناخت انتظارات بیماران و ارتباط با بیماران» به عنوان معیارهای کلی و ۴۴ زیرطبقه در خصوص CRM در بیمارستان‌ها شناسایی گردید.

نتیجه‌گیری: بیماران بیشتر از هر چیز به برخورد مناسب و ارتباطات مؤثر کادر بیمارستان با آنان اهمیت می‌دهند. راهکارهای عملی برای CRM پیشنهاد شد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها، آموزش مدیریت رفتار به کارکنان بود.

کلید واژه‌ها: روابط پزشک-بیمار، روابط پرستار-بیمار، رضایت بیمار، بیمارستان‌های آموزشی، تحقیق کیفی

ارجاع: نکوئی مقدم محمود، امیراسماعیلی محمدرضا، کاردان مقدم ویدا، جهانی یونس، گوهری مهر مهشاد. شناسایی عوامل مؤثر بر مدیریت ارتباط با بیمار در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۴): ۴۰۰-۴۱۳.

تاریخ پذیرش: ۹۶/۴/۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۱۹

۱- استاد، گروه مدیریت سلامت در حوادث و بلایا و مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۴- استادیار، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت و گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
نویسنده مسئول: مهشاد گوهری مهر
Email: m.goharimehr@gmail.com

مقدمه

پیشرفت تکنولوژی، کاهش تفاوت در محصولات و فشار روزافزون رقابت، سازمان‌ها را متوجه این امر کرد که مشتریان یکی از باارزش‌ترین سرمایه‌های سازمان هستند (۱). تحقیقات نشان می‌دهد که ارتباط مثبتی بین رضایت مشتری و سودآوری وجود دارد. همچنین، خدمت‌رسانی خوب به مشتری، یکی از مهم‌ترین سلاح‌ها جهت دستیابی به موفقیت در یک گروه هدف است (۲). مدیریت ارتباط با مشتری (Customer relationship management یا CRM) به عنوان یک استراتژی جامع و فرایند کسب، حفظ و همکاری (۳) و آموختن حداکثری در مورد مشتریان و دیدگاه آن‌ها (۴)، در راستای ایجاد ارزش افزوده سازمان و مشتری از طریق توسعه ارتباطات مناسب با مشتریان مطرح می‌شود (۵).

CRM شامل ردیابی رفتار مشتری در همه زمان‌ها است و با استفاده از این دانش، نیازهای مشتریان و فروشندگان بررسی و طبقه‌بندی می‌شود (۶). برای اجرای استراتژی CRM، سازمان‌ها نیازمند ایجاد فرایندهای لازم، تأسیس فرهنگ مشتری محور و به کارگیری تکنولوژی مرتبط هستند. بنابراین، CRM را می‌توان یک استراتژی مدیریتی مشتری محور با هدف تأسیس رابطه بلند مدت با مشتریان سودآور به وسیله به کارگیری دانش جامع مشتری تعریف کرد (۷). شکست در مدیریت ارتباط با مشتری و کنترل بازار، می‌تواند منجر به نارضایتی مشتری و به دنبال آن، بی‌اعتمادی نسبت به سیستم و عدم وفاداری به سازمان شود (۸).

اقتصاد رقابتی، مراقبت‌های بهداشتی - درمانی را نیز ناچار به استفاده از رویکردها و ابزارهای نوین مدیریتی کرده است (۹). از نظر تجاری، بیماران به عنوان مشتریان اصلی بیمارستان که خدمات بهداشتی - درمانی را به طور مستقیم دریافت و احساس می‌کنند، به شمار می‌روند و یکی از مهم‌ترین جنبه‌های جالب توجه در بهداشت و درمان، چگونگی مدیریت ارتباط بین ارائه دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی و بیماران است (۱۰). با بهره‌برداری از سیستم CRM، بیمارستان‌ها می‌توانند سه گروه از نیازها شامل شناسایی نیازمندی‌ها، دستیابی به رضایت بیماران و

فراهم آوردن زمینه آموزش بیماران را تأمین نمایند این موضوع نه تنها منجر به بهبود کیفیت می‌گردد، بلکه سرعت پاسخگویی به نیازهای مشتریان را افزایش می‌دهد (۱۱). CRM نوعی استراتژی است نه یک راه‌حل و اگر در یک محیط مشارکتی ایجاد شود، می‌تواند مزیت رقابتی بزرگی را ارائه کند. تعهد مدیر ارشد در ارتقا و حمایت از مفهوم CRM در سازمان الزامی است (۱۲).

مطالعات در زمینه CRM به طور گسترده‌تری در کشورهای توسعه یافته و در بخش صنعت انجام گرفته است. در بخش بهداشت و درمان به نمونه‌های اندکی در این حیطه‌ها اشاره می‌شود. مطالعه Anshari و Almunawa که به صورت مروری و با هدف ارزیابی پیاده‌سازی CRM در بهداشت و درمان انجام شد، چارچوبی شامل شبکه‌های اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی توسعه یافته، ارتباطات شنیداری، سیستم‌های CRM اجتماعی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی و زنجیره ارزش را معرفی نمود (۸). یعقوبی و همکاران CRM را در بیمارستان‌های اصفهان و در شرایط فعلی سازمان‌های ذی‌نفع بررسی کردند و پنج بعد «شناسایی و اولویت‌بندی مشتری، جذب مشتری، تعامل با مشتری، تنوع خدمات و حفظ مشتری» را از دید کارکنان و مدیران بیمارستان‌ها مورد ارزیابی و اولویت‌بندی قرار دادند (۱۰).

پژوهش‌های صورت گرفته، CRM را تنها از دیدگاه مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها سنجیده بودند و یا معیارهایی را برای بهبود CRM و نه ارزیابی عملکرد CRM از سوی بیمار معرفی کردند (۸، ۷، ۱۰)، اما در تحقیق حاضر پژوهشگر به دنبال شناخت معیارهایی بود که بر اساس آن عملکرد CRM را بتوان از سوی مشتری (بیمار) ارزیابی نمود. از سوی دیگر، هیچ ابزاری برای اندازه‌گیری کمی CRM در بیمارستان‌های ایران جهت سنجش میزان موفقیت بیمارستان‌ها در این زمینه یافت نشد. همچنین، پژوهش‌های کمی، انعطاف و عمق لازم را برای کشف تجربه زنده از پدیده‌هایی که به نحوی با تعاملات انسانی روبه‌رو هستند، ندارند و سایر روش‌های کیفی نیز در این قلمرو نمی‌گنجند. بنابراین، پدیدارشناسی بهترین روش برای شناخت عمق

بیمارستان بود. از سوی دیگر، با تعدادی از بیماران و همراهانشان برای در نظر گرفتن تجربه آنان در شناخت عوامل مرتبط با CRM مصاحبه‌هایی انجام گرفت. در این مورد از افرادی که علاقمند به صحبت در مورد تجربیات و خواسته‌های خود بودند و همچنین، سواد و هوشیاری کافی برای پاسخ به سؤالات را داشتند، پرسش به عمل آمد. نداشتن دانش کافی در خصوص CRM و عدم تمایل به همکاری و پاسخگویی نیز به عنوان معیارهای خروج افراد در نظر گرفته شد. تعداد مصاحبه‌ها تا جایی ادامه پیدا کرد که داده‌ها به اشباع رسید. تخصص مصاحبه شونده‌گان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. تخصص‌های مصاحبه شونده‌گان در بخش کیفی

نقش یا تخصص مصاحبه شونده	تعداد
معاونت دانشگاه علوم پزشکی کرمان	۱ + ۱*
مدیریت اجرایی بیمارستان	۲
مدیریت پرستاری بیمارستان	۴
سرپرستار	۲
کارشناس دفتر بهبود کیفیت	۲
کارشناس ارزیابی عملکرد بیمارستان	۱
بیمار	۳ (و ۳ همراه بیمار)

* یکی از افراد دارای دو سابقه تخصصی بود که به دلیل اهمیت در دو گروه ذکر شده است.

در فاز اول، مطالعه کتابخانه‌ای و جستجو در اینترنت انجام گرفت و مفاهیم و مدل‌ها و همچنین، عوامل مؤثر بر عملکرد CRM که اغلب در صنعت مورد مطالعه قرار گرفته بود، جهت افزایش دانش پژوهشگر مورد بررسی قرار گرفت. در این فاز داده‌های خام جهت طراحی راهنمای مصاحبه CRM استخراج گردید.

در فاز دوم، مصاحبه نیمه ساختار یافته یا غیر سازمان یافته و به عبارت دیگر، گفتگوی عمیق و ژرف محقق و شرکت کنندگان درباره پدیده مورد بررسی و تجربیاتشان در این خصوص صورت گرفت. محقق پس از تشریح مقوله CRM و بیان هدف مطالعه، بدون این که در حین بحث بکوشد تا جهت خاصی به گفتگو بدهد، سعی نمود تا به دنیای غیر رسمی و تجربیات فرد دست یابد. ابتدا سؤالات کلی پرسیده شد. به عنوان مثال، از بیماران در خصوص تجربه

تجربه و ابعاد یک پدیده پیچیده محسوب می‌شود (۱۳). CRM نیز تجربه‌ای است که در صنعت بسیار مورد توجه قرار گرفته است، اما با توجه به نبود دانش کافی در زمینه CRM در بیمارستان‌های کشور و نیاز به طراحی دستورالعمل‌هایی برای اجرای استراتژی آن در بیمارستان‌ها، پژوهشگر تصمیم به طراحی مطالعه‌ای بنیادین گرفت که این مهم از روش‌های مطالعات کیفی و استفاده از تجربیات کسب شده افراد از حضور در بیمارستان امکان‌پذیر بود. بنابراین، تحقیق حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر CRM در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام گرفت.

روش

این مطالعه از نوع کیفی بود که به روش پدیدارشناسی توصیفی (Descriptive phenomenology) شامل سه مرحله «درک مستقیم، تجزیه و تحلیل و توصیف» و با هدف درک تجربه مدیریت ارتباط کارکنان بیمارستان با بیماران در شهر کرمان انجام گردید (۱۴).

در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری هدفمند متوالی استفاده شد. این نوع نمونه‌گیری که به آن غیر احتمالی، هدفدار یا کیفی نیز می‌گویند، به نحوی انجام شد که انتخاب هدفدار واحدهای مورد بررسی برای کسب دانش یا اطلاعات بر اساس هدف مطالعه صورت گرفت (۱۵). نمونه‌های پژوهش شامل ۱۲ نفر از مدیران، کارشناسان، پزشکان و صاحب‌نظران در بخش سلامت و درمان از جمله مدیران و کارشناسان بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر کرمان، معاونان بهداشت و درمان دانشگاه و پزشکان و پرستاران دارای تجربه مدیریتی در بیمارستان‌ها بودند. همچنین، با ۳ بیمار و ۳ نفر از همراهانشان در خصوص تجربیاتشان از حضور در بیمارستان، مصاحبه صورت گرفت (کل نمونه‌ها: ۱۵ نفر). این مصاحبه‌ها در دو ماهه پایانی سال ۱۳۹۳ و دو ماهه آغازین سال ۱۳۹۴ انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تجربه مدیریتی در بخش بهداشت و درمان و یا فعالیت در واحدهای بهبود کیفیت و آشنایی با چگونگی برخورد با بیماران در محیط

حضورشان در بیمارستان چنین پرسیده شد: «از بدو ورود به بیمارستان تاکنون چه عواملی سبب رنجش/خرسندی شما شده است؟»، «چه انتظاراتی در بدو ورود، حین بستری و در زمان ترخیص از بیمارستان (به طور مشخص از کارکنان، کادر درمانی و امکانات جانبی) دارید؟» و یا از مدیران و کارشناسان به طور کلی پرسیده شد که «چه کنیم که بیمار از بیمارستان با رضایت و خرسندی خارج شود و بیمارستان را به دیگران معرفی کند؟» و در ادامه سؤالات جزئی‌تر همچون «سیستم پاسخگویی به شکایات چگونه باید باشد؟» نیز پرسیده شد.

سپس تمامی مصاحبه‌ها ضبط و یادداشت‌های در عرصه توسط پژوهشگر تهیه گردید و در هیچ مورد نیازی به مصاحبه مجدد نبود. مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامید که همگی در محل پیشنهاد شده از سوی مصاحبه شوندگان صورت گرفت و با بیماران و همراهانشان در اتاق‌های بستری آن‌ها و بدون حضور کادر درمانی مصاحبه انجام شد.

روایی و اعتبار داده‌ها که معادل استحکام علمی یافته‌ها در تحقیقات کیفی است، از چهار معیار «اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری» با توجه به معیار Guba و Lincoln و با استفاده از تکنیک خودبازبینی محقق، چند جانبه‌نگری داده‌ها و هم‌اندیشی با همتایان، مورد سنجش قرار گرفت. بدین ترتیب که با مستندسازی و ضبط تمام مصاحبه‌ها، نسخه‌نویسی در اسرع وقت، تطبیق یافته‌های حاصل از مصاحبه‌های مختلف از افرادی با تحصیلات و سمت‌های متفاوت در بیمارستان، مراجعات متعدد به بیمارستان‌ها و ارایه تحلیل‌های داده‌ای به مصاحبه شونده‌ها، قابل قبول بودن و قابلیت اطمینان داده‌ها سنجیده شد (۱۶، ۱۷).

فاز سوم شامل تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با انجام مصاحبه‌ها آغاز شد. برای تحلیل داده‌ها از روش هفت مرحله‌ای Colaizzi الگوبرداری شد (۱۴).

۱- بر اساس گام‌های هفت‌گانه این روش، توضیحات شرکت کنندگان که به صورت مصاحبه‌های ضبط شده بود، پیاده‌سازی شد و به دقت مورد مطالعه قرار گرفت. در قدم بعدی برای کسب معانی، مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد. پژوهشگر آنقدر در این مرحله تأمل کرد تا بتواند تسلط کافی

در فهم کلی مصاحبه را پیدا کند.

۲- مرحله استخراج جملات مهم: در این مرحله، عبارات یا جملاتی که به طور مستقیم به پدیده مورد نظر مربوط بود، از مصاحبه‌ها استخراج گردید و با خط‌کشی از سایر صحبت‌ها متمایز شد.

۳- مرحله فرموله کردن معانی شناخته شده: در این بخش، معنی هر جمله مهم در قالب کد استخراج و در متن مصاحبه حاشیه‌نویسی گردید. از مجموع ۱۵ مصاحبه، ۳۱۲ کد اولیه استخراج شد.

۴- مرحله دسته‌بندی داده‌ها: مرحله سوم برای هر مصاحبه تکرار شد و کدهای استخراج شده به صورت درون‌مایه‌ها یا کدهای اصلی، سازماندهی و فرموله گردید. ابتدا کدهای اصلی به پروتکل‌های اولیه ارجاع داده شد تا روایی آن‌ها مورد بررسی و تأیید قرار گیرد. سپس با توجه به این که ممکن بود اختلافاتی در داخل و یا بین کدهای اصلی مشاهده شود، به پروتکل‌های اولیه مراجعه و با بازبینی مصاحبه‌ها، به ریشه آن معانی پی برده شد و دسته‌بندی مناسب صورت گرفت.

۵- تلفیق نتایج در قالب یک توصیف جامع: در این مرحله یک توصیف جامع از نتایج و کدهای اصلی تهیه گردید.

۶- در نهایت با فرموله کردن توصیف جامع موضوع مورد مطالعه، یک تصویر کلی از ساختار CRM در بیمارستان ارایه شد. ۷- با مراجعه مجدد به چند نفر از مصاحبه شوندگان و پرسش کردن از آنان در مورد نتایج، از صحت یافته‌ها اطمینان حاصل گردید.

برای در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر با اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه و با هماهنگی قبلی با افراد ملاقات نمود. در صورتی که افراد مایل به همکاری بودند، با آن‌ها مصاحبه صورت گرفت و ضبط صدا با اطلاع و تمایل مصاحبه شوندگان انجام شد. همچنین، به افراد اطمینان داده شد که مصاحبه‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نتایج پژوهش بدون نام آن‌ها منتشر خواهد شد. بدین منظور هنگام پیاده‌سازی مصاحبه، نام افراد به کد تغییر داده شد و در حین مصاحبه با بیماران، در صورت ورود کادر درمانی به اتاق، مصاحبه متوقف می‌گردید.

یافته‌ها

یافته‌های کیفی تحت شش بعد «شناسایی و جذب بیمار، مشارکت بیمار، برخورد شخصی با بیمار، توانمندسازی بیماران، شناخت انتظار بیماران و ارتباط با بیماران» طبقه‌بندی شد. این دسته‌بندی بر اساس مطالعات مرتبط و مضامین مورد اشاره توسط مصاحبه شونده‌گان صورت گرفت که یافته‌های حاصل از آن در جدول ۲ ارائه شده است.

شناسایی و جذب بیمار: به اعتقاد مصاحبه شونده‌گان، ذهنیت قبلی خوب راجع به بیمارستان، کادر درمانی برجسته و شاد بودن و ظاهر کارکنان می‌تواند در ایجاد ذهنیت مثبت در بیماران مؤثر باشد. به این ترتیب که در صورت بیمار شدن مجدد، اولین محلی که برای دریافت خدمات به ذهنشان می‌رسد، مرکز درمانی است که این تجربیات مثبت را در آن کسب نموده‌اند. از سوی دیگر، این خدمات درمانی مورد نظر را به اطرافیان خود معرفی می‌کنند یا بر عکس در صورت داشتن تجربه بد، اطرافیان را از استفاده از خدمات آن بیمارستان باز می‌دارند. یکی از مدیران بیمارستان معتقد بود: «آنچه برای بیمار اهمیت دارد، این است که پزشک اول از همه بتواند درد بیمار رو به راحتی تشخیص بدهد و بعد از آن بتواند درمان کند. کادر درمانی باید وقت بگذارند و با آرامش گوش کنند... اکنون طبابت ما به تجارت شبیه شده. پزشک نسخه آماده شده دارد و به حرف‌های بیمار گوش نمی‌دهد» (مشارکت کننده ۱۲).

بر اساس گفته مصاحبه شونده‌گان، تکنولوژی و تجهیزات بیمارستان، محیط آرام درمانی، معماری و طراحی دوستانه فضای بیمارستان، امکانات رفاهی بیمارستان، زیبایی و شیک بودن اتاق‌ها و راهروها، از دیگر معیارهای شناسایی و جذب بیمار بود. یکی از مصاحبه شونده‌گان اشاره کرد: «فضا، تجهیزات، ساختمان و دیزاین ساختمان تأثیر مهمی بر رضایت بیمار دارد. خیلی از بیمارستان‌ها ممکن است نیروی ماهر نداشته باشند، اما چون تجهیزات خاصی دارند بیماران به آن بیمارستان جذب می‌شوند... در عین حال ظاهر و فضا هم تأثیر زیادی دارد. همانطور که اگر به یک نانوائی تمیز و با کاشی‌کاری که شاطر لباس تمیز پوشیده مراجعه کنید، مطمئناً مشتری‌اش می‌شوید نسبت به نانوائی که تمیز نیست یا ظاهر

خراب دارد. چه برسد به بحث درمان که بیمار با استرس می‌آید، پس به یک محیط آرام و شیک درمانی نیاز دارد و توجه می‌کند که ساختمان بیمارستان تمیز و خوب باشد و وسایل خوب و با تکنولوژی جدید به کار برود» (مشارکت کننده ۱۱). یکی دیگر از مصاحبه شونده‌گان گفت: «مهم‌ترین بحث، بحث نظافت است که در بیمارستان‌های دولتی توجهی به آن نمی‌شود» (مشارکت کننده ۱۰).

مشارکت بیمار: شرکت کنندگان اعتقاد داشتند که توضیح در مورد تمام فرایندهای درمانی (رضایت آگاهانه)، عوارض درمان، روش جایگزین درمانی و طول زمان درمان، تصمیم‌گیری با فراغت بال در زمان کافی، دادن آگاهی کلی و آموزش راجع به بیماری و ارتباط دوطرفه بیمار و پزشک در تصمیم‌گیری و دادن حق اظهار نظر به بیماران، زیرمجموعه مبحث مشارکت بیمار و از جمله حقوق او می‌باشد. یکی از کارشناسان اظهار داشت: «بیمار حق دارد در بدو ورود اطلاعاتی درباره امکانات بیمارستان و خدماتی که قرار است به او ارائه شود، پیدا کند و باید پزشک معالجش، درمانگرهایی که با او کار می‌کنند و پرستارها را بشناسد. هر خدمت یا فرایندی که برای بیمار انجام می‌شود را باید توضیح داد؛ یعنی از مزایای درمان، عوارض جانبی، روش‌های جایگزین درمانی و مزایا و معایب آن اطلاع یابد و وقت کافی برای انتخاب بین دو روش داشته باشد... رعایت حقوق بیمار نیاز به امکانات و بودجه خاصی ندارد؛ یعنی نبود امکانات بهانه و توجیهی برای رعایت نکردن حقوق بیمار شده است» (مشارکت کننده ۶).

یکی از معیارهای مشارکت بیمار، آموزش به بیمار است. آموزش در سه مرحله زمان پذیرش، حین درمان، موقع ترخیص باید صورت گیرد. به گفته یکی از مصاحبه شونده‌گان: «هنگامی که بیمار وارد بیمارستان می‌شود، پذیرش باید اطلاعات کامل و توضیح کامل در مورد خدماتی که به بیمار ارائه خواهد شد را به بیمار بدهد. در مورد هزینه، اتاق بیمار، وضعیت همراهان توضیح کافی داده بشود» (مشارکت کننده ۳). به گفته یکی از صاحب‌نظران: «هنگامی که اطلاعات کافی به بیمار داده شود، بیمار آرام می‌شود و این موضوع باعث همکاری بهتر او با کادر درمان و درمان سریع‌تر می‌شود» (مشارکت کننده ۲).

جدول ۲. عوامل مرتبط با Customer relationship management (CRM) در بیمارستان‌ها

طبقات	زیرطبقات
شناسایی و جذب بیمار	ذهنیت قبلی خوب راجع به بیمارستان کادر درمانی برجسته تکنولوژی و تجهیزات بیمارستان محیط آرام درمانی معماری و طراحی دوستانه فضای بیمارستان امکانات رفاهی بیمارستان زیبایی و شیک بودن اتاق‌ها و راهروها شاد بودن و ظاهر کارکنان
مشارکت بیمار	توضیح در مورد تمام فرایندهای درمانی (رضایت آگاهانه)، عوارض درمان، روش جایگزین درمانی و طول زمان درمان تصمیم‌گیری با فراغت بال در زمان کافی دادن آگاهی کلی و آموزش راجع به بیماری به بیمار آموزش در سه مرحله زمان پذیرش، حین درمان، موقع ترخیص ارتباط دوطرفه بیمار و پزشک در تصمیم‌گیری و دادن حق اظهارنظر به بیمار ارایه سطوح مختلف خدمات هتلینگ به بیمار اطلاع‌رسانی به بیمار در خصوص فرایند شکایات در بدو پذیرش وجود بازدیدهای مدیریتی
برخورد شخصی شده (اختصاصی) با بیمار	ارایه خدمات با توجه به ترجیحات بیمار گرفتن منوی غذایی مورد علاقه بیمار بر اساس فرهنگ و ذائقه و پرهیز غذایی بیمار مشاوره روان‌شناسی برای گروه‌های خاصی از بیماران آشنا کردن بیمار با حقوق خود و حقوق کارکنان بیمارستان وجود واحد خاص جهت پاسخگویی به سوالات بعد از ترخیص تابلوها برای آموزش و هشدار
توانمندسازی بیماران	آموزش به بیمار برای استفاده از امکانات بیمارستان اطلاع دادن به بیمار در مورد آزمایش‌های لازم قبل از جراحی و بستری، تعیین زمان دقیق عمل وجود و آموزش استفاده از زنگ احضار پرستار ثبت اطلاعات مربوط به ترجیحات بیماران
شناخت انتظارات بیماران	توجه به اعتقادات شخصی بیماران فراهم‌آوری موارد رفاهی و تفریحی (تلویزیون، تلفن و یخچال) وجود مددکار مقیم در بخش خدمات در ساعات مناسب تمیز کنند و در بخش زنان خدمات خانم فعالیت کنند. نداشتن نگرانی مادی تشخیص به موقع و نتیجه درمان (کیفیت درمان) امکانات و مکان برای بیمار و همراهش راحت باشد. رعایت حقوق همراه بیمار حفظ حریم خصوصی بیماران توسط خدمات
ارتباط با بیماران	تدارک یک اتاق در هر بخش که به‌وسیله آن بیمار یا همراهش بتواند به طور مستقیم با پزشک به طور خصوصی صحبت کند. میز خوشامدگویی، پرستار خوشامدگو مراجعه منظم پزشک معرفی کادر درمانی به بیمار همدلی کارکنان و کادر درمانی رسیدگی به موقع به نیازهای بیماران احترام کارکنان به بیمار و همراه بیمار مراجعه به موقع پرستار موقع پیج کردن امکان مغایر بودن رفتار حرفه‌ای پرستار با سلیقه بیمار

محیط بیمارستان، فرایندهای جاری حقوق خود و شرح وظایف کادر درمانی و... ناآشنا است. بنابراین، آشنا کردن بیمار با مواردی همچون حقوق خود و حقوق کارکنان بیمارستان، اطلاع دادن به بیمار در مورد آزمایش‌های لازم قبل از جراحی و بستری، تعیین زمان دقیق عمل، وجود واحد خاص جهت پاسخگویی به سؤالات بعد از ترخیص، از جمله مواردی است که مصاحبه شوندگان بر لزوم آن تأکید نمودند. یکی از بیماران بیان کرد: «زمان دقیق عمل جراحی را برایم مشخص نکردند... ای کاش در مورد مشکل و بیماری‌ام اطلاعاتی به من می‌دادند» (مشارکت کننده ۱۴). همراه بیماری گفت: «دوست داریم پزشک بگوید به بیمار چه بدهیم بخورد» (مشارکت کننده ۱۵).

آموزش به بیمار برای استفاده از امکانات بیمارستان و وجود و آموزش استفاده از زنگ احضار پرستار و دیگر امکانات بیمارستان نیز از جمله مواردی است که باید به بیمار در بدو ورود آموزش داده شود. یکی از مدیران بیمارستان اعتقاد داشت: «بیمار از بدو پذیرش تا پایان فرایند ترخیص باید از گمراهی نجات پیدا کند و از این که تختش کجاست، پزشک و پرستارش چه کسانی هستند و کلاً این که بداند چه باید کند، اطلاع یابد» (مشارکت کننده ۹). به اعتقاد مصاحبه شوندگان، این آموزش‌ها می‌تواند به صورت شفاهی یا با استفاده از تابلوها برای آموزش و هشدار باشد.

شناخت انتظارات بیماران: شرکت کنندگان بر لزوم شناخت انتظارات بیماران تأکید نمودند و بیان کردند که ثبت اطلاعات مربوط به ترجیحات بیماران، توجه به اعتقادات شخصی بیماران، فراهم‌آوری موارد رفاهی و تفریحی (تلویزیون، تلفن و یخچال) و وجود مددکار مقیم در بخش، می‌تواند در شناخت و برآورده کردن این انتظارات مؤثر باشد. یکی از نمونه‌ها گفت: «مخصوصاً در بیمارستان‌هایی که تصادف می‌شود، روان‌شناس مقیم نیاز است... بیمارستان را باید بر اساس فرهنگ همان شهر اداره کنیم» (مشارکت کننده ۷).

نداشتن نگرانی مادی، تشخیص به موقع و نتیجه درمان (کیفیت درمان)، امکانات و مکان راحت برای بیمار و همراهش و رعایت حقوق همراه بیمار، از جمله انتظارات

ارایه سطوح مختلف خدمات هتلینگ به بیمار نیز از دیگر نکات مورد اشاره مصاحبه شوندگان بود. آنان اعتقاد داشتند: «باید برگردیم به تعریف مشهور بیمارستان که بیمارستان هتلی است که در آن خدمات درمانی هم ارایه می‌شود» (مشارکت کننده ۱).

به گفته مصاحبه شوندگان یکی از مواردی که در بدو پذیرش باید به بیمار آموزش داد، اطلاع‌رسانی در خصوص فرایند شکایات است. همچنین، وجود بازدهی‌های مدیریتی در بخش‌ها هم می‌تواند ارتباط مستقیم مدیر با بیمار را فراهم کند و مدیران به طور مستقیم از فرایندهای انجام شده و شکایات و پیشنهادهای بیماران اطلاع یابند که این موضوع در بیمارستان‌های خصوصی رعایت می‌شد.

برخورد شخصی شده با بیمار: برخورد شخصی شده با بیمار به این معنی است که با بیمار به عنوان یک شخص منحصر به فرد با مجموعه‌ای از ویژگی‌ها نگاه شود که بیماری شخص یکی از این ویژگی‌ها است. ارایه خدمات با توجه به ترجیحات بیماران، گرفتن منوی غذایی مورد علاقه بیمار بر اساس فرهنگ و ذائقه و پرهیز غذایی بیماران و مشاوره روان‌شناسی برای گروه‌های خاصی از بیماران، از جمله مواردی است که در برخی از بیمارستان‌ها اجرا می‌شود و به اعتقاد مصاحبه شوندگان در ارتقای CRM سودمند است. یکی از شرکت کنندگان گفت: «باید با هر فرد در درجه اول به عنوان یک انسان نگاه شود و تفاوت‌های دینی، فرهنگی و قومیتی در کیفیت خدمت‌رسانی به بیماران تأثیری نداشته باشد» (مشارکت کننده ۴). یکی از مدیران بیمارستان اظهار داشت: «باید برای بیماران با مدت اقامت بالا، از امکانات تفریحی، روحی و رفاهی به صورت گروهی جهت سرگرم کردن آن‌ها استفاده کرد که این می‌تواند شامل فیلم‌های مفید باشد. برای کودکان کلاس‌های موسیقی و کلاس‌های بازی یا اتاق فکر و اتاق سرگرمی بیماران می‌تواند مفید باشد» (مشارکت کننده ۸).

توانمندسازی بیماران: شرکت کنندگان بیان کردند که بیمار در بدو ورود خود به بیمارستان به ویژه زمانی که تجربه اول مراجعه به بیمارستان مورد نظر را داشته باشد، با

مراجعه به موقع پرستار موقع پیچ کردن، از دیگر عوامل مؤثر در بحث ارتباط با بیمار و حق بیمار به شمار می‌رود. یکی از شرکت کنندگان معتقد بود: «حتی اگر کاری برای مریض نکردید، اما وقتی وارد اتاق می‌شوید بگویید سلام، صبحتان بخیر، حالتان چطور است؟ بیمار دیگر ذهنش پاک می‌شود و حتی اگر بخواهد شکایت کند، لحنش آرام‌تر می‌شود» (مشارکت کننده ۹).

در برخی موارد با تمام تلاش جهت بهبود روابط، ممکن است در مواردی مانند امکان مغایر بودن رفتار حرفه‌ای پرستار با سلیقه بیمار، دست کارکنان بیمارستان از تأمین رضایت بیمار کوتاه باشد. به طور مثال، گاهی توقع بیمار زیاد از حد است. یکی از شرکت کنندگان در این بازه اظهار داشت: «در بسیاری از موارد دیده می‌شود که خانواده بیمار انتظار دارند همگی کنار بیمار باشند تا روحیه بیمار را بهبود بخشند؛ در صورتی که این مغایر قوانین بیمارستان است. در اینجا وظیفه نگهبان است که به صورت محترمانه و با مهارت‌های ارتباطی لازم، همراهان بیمار را توجیه کند که این عمل خلاف قوانین و به نفع خود بیمار است» (مشارکت کننده ۱۰). مصاحبه شونده دیگری گفت: «انتقاد حق بیمار است، اما این که شکایات بیمار تا چه اندازه منطقی و قابل رسیدگی است، باید مد نظر قرار گیرد... بیشتر شکایات‌ها از برخورد کارکنان است» (مشارکت کننده ۵).

بحث

بر اساس نتایج به دست آمده از مصاحبه با صاحب‌نظران و با استناد به مطالعات پیشین، شش بعد در نهایت استخراج شد. یکی از ابعاد CRM، شناسایی و جذب بیمار بود. مصاحبه شوندگان «ذهنیت قبلی خوب» راجع به بیمارستان را در جذب بیمار مؤثر دانستند. خدمات بهداشتی و درمانی انتخابی نیست و زمانی که نیاز به سطحی از خدمات احساس می‌شود، به وجود می‌آید که اغلب برنامه‌ریزی شده و قابل پیش‌بینی نیست (۱۸). بنابراین، بیماران تا حد توان با دانستن مراکز موجود ارایه دهنده خدمت یا پرس و جو از دیگران، به محلی مراجعه می‌کنند که ذهنیت خوبی از آن دارند تا جایی که

بیماران از بیمارستان می‌باشد. یکی از بیماران بیان کرد: «لازم است قبل از عمل در مورد هزینه عمل اطلاع بدهند. سردرگمی در پرداخت هزینه‌ها برای ما نگران کننده است... پرستارها و دستیاران هم باید فرایندها را بدانند که ما را راهنمایی کنند» (مشارکت کننده ۱۳).

حفظ حریم خصوصی بیماران توسط خدمات، ساعات مناسب مراجعه خدمات برای نظافت و حضور خدمات خانم در بخش زنان نیز از دیگر انتظاراتی است که بیماران از بیمارستان دارند. یکی از مصاحبه شوندگان پیشنهاد کرد: «علاوه بر طرح تکریم، باید یک طرح برنامه‌ریزی شده به صورت یک منشور ارایه شود مبنی بر این که با بیماران چگونه رفتار شود. از بیمار چه انتظاری داشته باشیم و بیماران از ما چه انتظاراتی دارند» (مشارکت کننده ۸).

تدارک یک اتاق در هر بخش که در آن بیمار یا همراهش بتوانند به طور مستقیم با پزشک به طور خصوصی صحبت کنند، از جمله راهکارهای ارتقای CRM است که می‌تواند انتظارات بیماران را تا حدی فراهم کند. به عنوان مثال، در یکی از بیمارستان‌های کرمان به صورت پایلوت اتاق‌هایی در بخش‌ها تدارک دیده شده است که بیمار یا همراهش به صورت خصوصی و رودرو بتوانند با پزشک صحبت کنند.

ارتباط با بیماران: بر اساس گفته‌های مصاحبه شوندگان در بحث ارتباط مؤثر با بیماران، وجود میز خوشامدگویی و پرستار خوشامدگو نقطه آغاز این ارتباط است و این نقطه آغاز می‌تواند ذهنیت کلی بیمار را در طول زمان بستری تحت تأثیر خود قرار دهد. یکی از مدیران بیمارستان خصوصی گفت: «ما یکی از پرستاران که روابط عمومی قوی داشت را به عنوان پرستار خوشامدگو در نظر گرفته بودیم که بیماری که وارد بیمارستان می‌شود را همراهی کند، محیط بیمارستان را به او نشان دهد و او را به پرستار مسؤول خود تحویل دهد و این امر تأثیر بسیار زیادی در رضایت بیماران داشت» (مشارکت کننده ۹).

از سوی دیگر، معرفی کادر درمانی به بیمار، مراجعه منظم پزشک، همدلی کارکنان و کادر درمانی، رسیدگی به موقع به نیازهای بیماران، احترام کارکنان به بیمار و همراه بیمار و

بیماران حاضر هستند مسافت طولانی را طی کنند تا خدمات درمانی با کیفیت دریافت نمایند (۱۹).

عوامل ذکر شده در ایجاد یک ذهنیت خوب از دید مصاحبه شوندگان پژوهش حاضر با نتایج مطالعه یعقوبی و همکاران مبنی بر تأثیر آرایش فضای مناسب (ظاهر آراسته، مرتب، منظم و تمیز) و فکر جذب مشتریان در جذب بیمار (۱۰)، همخوانی داشت. در تحقیق آن‌ها اهمیت به شناسایی مشتری‌داری، امتیاز بالایی را برای بعد اولویت‌بندی و شناخت مشتری کسب کرد (۱۰). در پژوهش Dash نیز کادر درمانی و ظاهر و تمیزی بیمارستان به عنوان مهم‌ترین عامل انتخاب بیمارستان محسوب گردید (۲۰). Sornsiri با انجام مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که تصویر ذهنی بیمار قبل از مراجعه به بیمارستان، تأثیر معنی‌داری بر افزایش کیفیت ارتباطات دارد (۲۱). از آنجایی که به دلیل عدم تقارن اطلاعاتی، بیمار اغلب نمی‌تواند راجع به کیفیت خدمات درمانی و تجویز پزشک خود قضاوتی کند، عوامل ظاهری نقش تعیین‌کننده‌ای را در ایجاد ذهنیت خوب و رضایتمندی بیمار در خصوص مرکز درمانی ایفا می‌کند (۱۸). به اعتقاد Werdiningsih Kesuma و همکاران، کیفیت خدمات در وفاداری فرد به بیمارستان و انتخاب مجدد مرکز مورد نظر در صورت نیاز مؤثر است (۲۲). در تحقیق یعقوبی و همکاران، نقش کارکنان، فرایند انجام کار و قیمت خدمات به عنوان مهم‌ترین عوامل مراجعه بیماران به بیمارستان‌های مورد بررسی تعیین گردید (۲۳). با توجه به این گرفت که بیشتر مطالعات این داده‌ها را تأیید می‌کنند، می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های ذکر شده نقش ثابت شده‌ای در ایجاد ذهنیت مثبت در بیمار و جذب او دارد.

یکی دیگر از ابعاد CRM، بعد مشارکت بیمار می‌باشد. مطالعات متعدد بیان کرده‌اند که بیمار و همراهانش حق دارند که از برنامه مراقبت و درمان مطلع باشند و در آن مشارکت فعال نمایند و به خصوص از پیامدهای مختلف درمان به طور کامل آگاهی یابند (۲۷-۲۴). کرمی و کیوان‌آرا نتیجه‌گیری کردند که افزایش آگاهی بیمار از وضعیت سلامتی خود و تشویق او برای مشارکت در روند درمان و در نتیجه، افزایش مسؤولیت هر دو طرف نسبت به هدف مشترک، می‌تواند

ارتباط پزشک و بیمار را بر اساس الگوی مشارکت متقابل به پیش برد و با ایجاد اعتماد بین بیمار و پزشک، دستیابی به سلامت را تسهیل نماید (۲۶). مشارکت بیمار در فرایند درمان، بر بهبود فرایند کنترل، مراقبت بیمار، اثربخشی سیستم سلامت و تأثیر آن بر کاهش خطاهای پزشکی، کاهش مراجعات و بستری‌های غیر ضروری، افزایش رضایتمندی بیماران از درمان و بازگشت سرمایه به نظام سلامت مؤثر است (۲۷).

درصد قابل توجهی از شکایت‌های بیماران از پزشک و به کارگیری نادرست دستورات درمانی، نتیجه عدم کفایت پزشک نیست، بلکه از مشکلات ارتباطی نشأت می‌گیرد (۲۸). در مطالعه یعقوبی و همکاران نیز در بین مؤلفه‌های تعامل با مشتری، نحوه برخورد کادر پزشکی با بیماران، بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داد (۱۰). یکی از چالش‌هایی که کادر درمانی با آن روبه‌رو هستند، این است که تا چه اندازه می‌توانند بیمار را از فرایند درمان مطلع نمایند. گاهی خود بیماران تمایل به دانستن واقعیات ندارند. Sokol پیشنهاد کرد که پزشک در ابتدای درمان از بیمار بپرسد که تا چه حد تمایل دارد که حقیقت را در خصوص روند درمان خود بداند (۲۴). پژوهشی که شکایات افرادی که به پزشک قانونی مراجعه کرده بودند را مورد بررسی قرار داد، ۹۰/۴ درصد ابراز کردند که هیچ‌گونه اطلاعی در مورد تبعات بیماری یا درمان از پزشکان دریافت نکرده‌اند (۲۹).

مؤلفه بعدی در خصوص مشارکت بیمار، «آموزش به بیمار در سه مرحله» بود. در زمان پذیرش بیمار باید با کادر درمانی، قوانین، فرایندها و امکانات بیمارستان آشنا شود. آموزش حین درمان در خصوص تغذیه، مراقبت از زخم و... می‌تواند فرایند درمان را تسریع نماید و در نهایت، در هنگام ترخیص برای آگاهی از چگونگی ادامه روند بهبودی در منزل و تمرینات احتمالی یا مراقبت و پانسمان زخم‌ها و تغذیه، آموزش ضروری است. جمالیان و همکاران در تحقیقی با هدف آموزش مدیریت استرس، به این نتیجه رسیدند که آموزش مناسب به بیمار در پیشگیری از مراجعه مجدد به بیمارستان ضروری است. همچنین، هنگامی که خانواده بیمار ارتباط

سازنده‌ای با کادر درمانی برقرار کردند، بیماران مدت زمان کمتری در بیمارستان می‌ماندند (۳۰). «اطلاع‌رسانی به بیمار در خصوص فرایند شکایات در بدو پذیرش» مورد مهم دیگری است؛ چرا که وقتی بیمار بداند در صورت بروز مشکل، واحدی وجود دارد که به آن‌جا پناه ببرد، با آرامش خاطر بیشتری وارد بیمارستان می‌شود و تحمل شرایط برای او و همراهانش آسان‌تر می‌گردد. همچنین، وجود محلی برای شکایت، حق بیمار است. بیمارستان‌ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق بیمار، خانواده آنان، پزشکان و سایر مراقبت‌کنندگان داشته باشند (۳۱). نتایج مطالعه Srinivasan نشان داد که بیمار نیاز دارد جهت آمادگی برای درمان خود، تحت مشاوره قرار گیرد. این حمایت باید شامل حال همراهان بیمار نیز باشد (۱۸) که با نتایج مطالعه حاضر مبنی بر لزوم برخورد شخصی شده با بیمار، همسو بود.

هم‌راستا با بعد «توانمند سازی بیماران»، بهرامی و همکاران در پژوهش خود به مؤلفه «راهنمایی بیمار» اشاره نمودند و اظهار داشتند که اولین برخورد بیمار و توجه به واحدهایی همچون اطلاعات و پذیرش، در راهنمایی کردن بیماران و همراهان در راستای افزایش سطح روابط عمومی و وفاداری مؤثر است (۳۲). Beisecker و Beisecker در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که هرچه زمان بیشتری صرف راهنمایی و دادن اطلاعات به بیمار شود، بیمار نیز تمایل بیشتری به مشارکت در فرایند درمان و همکاری با کادر درمانی خواهد داشت (۳۳). یکی دیگر از مؤلفه‌های بعد توانمندسازی بیماران، «آشنا کردن بیمار با حقوق خود و حقوق کارکنان بیمارستان» بود. جولایی و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مقوله آگاهی، عامل مهمی در ایجاد زمینه مناسب برای رعایت حقوق بیمار به حساب می‌آید (۳۴).

در زمینه مؤلفه «شناخت انتظارات بیماران»، جولایی و همکاران نیز مقوله توجه به انتظارات بیماران شامل درک مبتنی بر همدلی، ارتباط اثربخش، مشارکت، حمایت همه جانبه و رفع نیازهای پایه را از جمله موارد رعایت حقوق بیمار دانستند و بیان کردند که تمام آنچه برای بیمار لازم به نظر

می‌رسد، خود را به شکل نیاز و انتظارات نشان می‌دهد و با توجه به نیازهای درک شده بیماران، می‌توان تا حدودی دایره حقوق آنان را مشخص نمود (۳۴). نتایج مطالعه Gafni و همکاران در کانادا نشان داد که شناخت ترجیحات بیمار توسط پزشک در زمانی که پزشک نماینده بیمار در تصمیم‌گیری‌های بالینی است، الزامی می‌باشد، اما نتیجه نهایی پژوهش آن‌ها حاکی از آن بود که توانمندسازی بیماران و انتقال دانش پزشک به بیمار جهت واگذاری تصمیم‌گیری بالینی به بیمار، قابلیت اجرایی بیشتری داشت (۳۵).

نداشتن نگرانی مادی، یکی دیگر از مؤلفه‌های مورد اشاره مصاحبه شونده‌گان بود که با یافته‌های پژوهش فخر موحدی و همکاران مبنی بر این که دغدغه اصلی بیماران نسبت به هزینه‌های درمان، ترخیص و عواقب بیماری، بیشترین دلیل اضطراب و نگرانی آن‌ها بود (۳۶)، همخوانی داشت. در تحقیق یعقوبی و همکاران نیز قیمت، بالاترین نمره را در بین عوامل آمیخته بازاریابی برای بیماران بالای ۶۰ سال به خود اختصاص داد (۳۳). در تصدیق لزوم بعد «ارتباط با بیمار»، میرحق‌جو و همکاران گزارش کردند که مهارت ارتباط با بیمار، موجب توفیق در گرفتن اطلاعات کافی از وی، تشخیص صحیح، جلب اطمینان بیمار و درمان موفقیت‌آمیز می‌گردد (۳۷).

محدودیت‌ها: عدم وجود دانش کافی در خصوص CRM و مفاهیم آن در بین مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها، از جمله محدودیت‌ها بود. بدین منظور سعی شد تا افراد دارای دانش در این زمینه و یا تجربه بالای مدیریتی در بیمارستان جهت مصاحبه انتخاب شوند و قبل از انجام مصاحبه نیز مفاهیم اولیه CRM و هدف از انجام پژوهش به خوبی برایشان تشریح شد.

ترس بیماران از در اختیار دادن اطلاعات واقعی و پاسخ به سؤالات پرسشگران نیز از جمله محدودیت‌ها بود. به بیماران این اطمینان خاطر داده شد که پژوهشگر خارج از سیستم بیمارستان است و هیچ کدام از اطلاعات بیماران در اختیار کادر درمانی و اداری بیمارستان قرار نمی‌گیرد. برای اطمینان خاطر بیشتر، زمانی که پرستار یا پزشک بر بالین بیمار حضور

داشت، از صحبت با بیمار در این زمینه اجتناب می‌شد.

از دیگر محدودیت‌ها، عدم همکاری مدیران به دلیل حجم کاری بالا بود که سعی شد تا با گرفتن وقت قبلی از این افراد و مراجعات متعدد، مصاحبه‌ها انجام گیرد. این کار با وجود صرف زمان زیادی برای محقق، نتایج خوبی به همراه داشت.

نتیجه‌گیری

در ایجاد و ارزیابی CRM، بیش از هرچیز باید به خواسته‌ها و ترجیحات بیماران توجه نمود. نتایج حاصل از مطالعه حاضر، حاصل سال‌ها تجربه مصاحبه شونده‌گان در نظام سلامت و تعامل با بیماران بود. با نگاهی کلی به یافته‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها مشخص شد که بیمار بیشتر از هر چیز، به برخورد مناسب و ارتباطات مؤثر کادر بیمارستان با بیماران اهمیت می‌دهد. بنابراین، به نظر می‌رسد که گام نخست موفقیت در CRM در بیمارستان، توجیه مشتریان داخلی بیمارستان (تمامی کارکنان و کادر درمانی) و آموزش مدیریت رفتار به آنان است.

از دیگر پیشنهادها در این زمینه می‌توان به بازسازی و زیباسازی فضای بیمارستان و احداث فضاها و امکانات غیر درمانی مانند اتاق بازی، اتاق ماساژ، تریا و... اشاره کرد. با توجه به هزینه‌بر بودن طراحی فضا و زیباسازی، ارتباط با شهرداری و دانشکده‌های هنر و معماری جهت استفاده از نیروی دانشجویان داوطلب، می‌تواند سودمند باشد.

معرفی امکانات و تجهیزات و متخصصان موجود در بیمارستان از طریق بیلبوردها یا توزیع بروشور در سطح شهر و

درمانگاه‌ها، می‌تواند به ایجاد ذهنیت قبلی مثبت در بیماران کمک نماید.

وجود فرد یا افرادی به عنوان پرستار خوشامدگو که بیمار را از بدو ورود تا استقرار در تخت همراهی کنند، الزامی است. این افراد باید حقوق بیمار و تمامی فرایندهای لازم همچون فرایند شکایت را به بیمار و همراهانشان توضیح دهند و با داشتن شماره داخلی مشخص، در هر زمان در دسترس بیماران باشند. همچنین، فرد خوشامدگو در ابتدای پذیرش باید از خلیات خاص بیمار مطلع شود و از سلیقه غذایی بیمار نیز سؤال کند و این موارد را در پرونده وی لحاظ نماید.

مراجعه حضوری مشاوره روان‌شناسی و مشاوره تغذیه بر بالین بیمار نیز توصیه می‌شود و در زمان ترخیص، وجود واحدی برای ارائه توصیه‌های پزشکی مراقبت در منزل و همچنین، پیگیری وضعیت جسمی بیمار و پاسخگویی به سؤالات احتمالی بیمار پس از ترخیص بسیار مفید است.

هر کدام از محورهای مورد بحث نیازمند اقدامات بنیادین و فرهنگ‌سازی از سوی مدیریت ارشد بیمارستان می‌باشد. همچنین، باید در ابتدا بودجه کافی جهت بهبود فرایندهای CRM از پیش از پذیرش تا پس از بستری در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد. بدین‌وسیله از تمام مشارکت‌کنندگان پژوهش به جهت ارائه دانش و تجربیات ارزنده خود، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Croteau AM, Li P. Critical success factors of CRM technological initiatives. Can J Adm Sci 2003; 20(1): 21-34.
2. Slywotzky A, Wise R. The dangers of product-driven success: What's the next growth act? J Bus Strategy 2003; 24(2): 16-25.
3. Parvatiyar A, Sheth JN. Customer relationship management: Emerging practice, process, and discipline. Journal of Economic & Social Research 2001; 3(1): 1-34.
4. Hung SY, Hung WH, Tsai CA, Jiang SC. Critical factors of hospital adoption on CRM system: Organizational and information system perspectives. Decis Support Syst 2010; 48(4): 592-603.
5. Bamdadsoofi J, Karimi S, Mirab P. Evaluation of Iran Khodro company's CRM, with application of score card. Journal of Management Studies in Development & Evaluation 2010; 20(31): 167-91. [In Persian].
6. Ziaie F. Factors affecting customer satisfaction with hospital care approach in Dehkhoda Hospital of Qazvin [MSc Thesis]. Qazvin, Iran: Qazvin Branch, Islamic Azad University; 2010. [In Persian].

7. Lin CY. An Examination of implementing customer relationship management by chinese-owned SMEs [MSc Thesis]. Lincoln, New Zealand: Lincoln University; 2007.
8. Anshari M, Almunawa MN. Evaluating CRM implementation in healthcare organization. Proceedings of the 2011 international conference on economics and business information (ICEBI 2011); 2011 May 28-29; Bangkok, Thailand.
9. Bunthuwun L, Sirion C, Howard C. Effective customer relationship management of health care: A study of hospitals in Thailand. J Manag Marketing Res 2011 [Online]. Available from: URL: www.aabri.com/manuscripts/10510.pdf
10. Yaghoubi M, Rahi F, Asgari H, Javadi M. Customer relationship management model by using the structural equation model in hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. Health Inf Manage 2013; 10(7): 1051-8. [In Persian].
11. Anderson J. Sanity check: On-demand or on-premise CRM? [Online]. [cited 2006]; Available from: URL: <http://www.destinationcrm.com/Articles/Web-Exclusives/Viewpoints/Sanity-Check--47682.aspx>
12. Kotorov R. Customer relationship management: Strategic lessons and future directions. Business Process Management Journal 2003; 9(5): 566-71.
13. Pashaii Sabet F, Nikbakht Nasrabadi A, Karami Kabir N. Life with hemodialysis unit: A phenomenological study. Iran J Crit Care Nurs 2011; 4(2): 59-66.
14. Emami Sigaroodi A, Dehghan Nayeri N, Rahnavard Z, Nori Saeed A. Qualitative research methodology: Phenomenology. J Holist Nurs Midwifery 2012; 22(2): 56-63. [In Persian].
15. Mohammadpur A, Sadeghi R, Rezaei M. Mixed methods research as third methodological movement: Theoretical foundations and practical procedures. Journal of Applied Sociology 2010; 21(2): 77-100. [In Persian].
16. Abbaszadeh M. Validity and reliability in qualitative researches. Journal of Applied Sociology 2012; 23(1): 19-33. [In Persian].
17. Sadoughi M. Special criteria for evaluating qualitative research. Methodology of Social Science and Humanities 2008; 14(56): 55-72. [In Persian].
18. Srinivasan AV. Managing a modern hospital. New Delhi, India: SAGE Publications India; 2008.
19. Vafaeinasab M, Zarezadeh Mehrizi M. Attitudes of hospital authorities about degree of effectiveness of mix marketing components in Yazd hospitals. Toloo Behdasht 2013; 12(3): 12-21. [In Persian].
20. Dash S. Managing customer relationships in private health care facilities-a study with reference to greater Noida city of Uttar Pradesh. QUEST-Journal of Management and Research 2013; 1(2): 29-1.
21. Sornsri S. Antecedents and Consequences of Relationship Quality: A Study on Private Hospitals in Thailand. AU Journal of Management 2015; 13(1): 41-65.
22. Werdiningsih Kesuma IA, Hadiwidjojo D, Putu Wiagustini NL, Rohman F. Service quality influence on patient loyalty: Customer relationship management as mediation variable (Study on private hospital industry in Denpasar). International Journal of Business and Commerce 2012; 2(12): 1-14.
23. Yaghoubi M, Agharahimi Z, Karimi S, Javadi M. Factors affecting patients' preferences in choosing a hospital based on the mix marketing components in Isfahan. Hakim Health Sys Res 2011; 14(2): 106-14.
24. Sokol DK. Truth-telling in the doctor-patient relationship: A case analysis. Clinical Ethics 2006; 1(3): 130-4.
25. Khodayari R, Tourani S, Qaderi A, Salehi M, Jafari H. Capabilities assessing of teaching hospitals in Iran University of medical sciences in attracting medical tourists according to JCI patient-oriented standards. Hospital 2011; 9(3-4): 51-6. [In Persian].
26. Karami Z, Keyvanara M. Models of relationship between physicians and patients referring to the clinic of Isfahan Shahid Beheshti Hospital, 2007. Strides Dev Med Educ 2009; 6(2): 149-56. [In Persian].
27. Movahed Kor E, Arab M, Akbari Sari A, Hosseini M. Inpatient perceptions of participating in cure decision making and safety among public hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Hospital 2012; 11(1): 29-38. [In Persian].
28. Shakerinia I. Physician-patient relationship and patient's satisfaction. Iran J Med Ethics Hist Med 2009; 2(3): 9-16. [In Persian].
29. Nobakht A, Zali M, Mahdavi MS, Norouzi A. Investigate the causes of the patient's doctor referred the complaint to the Medical Council of Tehran. J Med Counc I R Iran 2001; 18(4): 295-301. [In Persian].
30. Jamilian HR, Khansari M, Safari V. The comparison of efficacy of " stress management training through cognitive behavioral method" and " relationship skills training with end-of-life patient" on increase of family life quality. Urmia Med J 2013; 24(12): 987-95. [In Persian].

31. Jabbari A, Mardani R, Mofid M, Jafarian Jazi M, Khorasani E. Patient complaint's profile in teaching hospitals of Isfahan. *Health Inf Manage* 2015; 12(2): 206-16. [In Persian].
32. Bahrami M, Aghili M, Montazerolfaraj R, Eshrati B. Evaluation of public relations and its relationship with loyal patients in public hospitals of Yazd and Arak. *Health Care Management* 2015; 5(4): 45-54. [In Persian].
33. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med Care* 1990; 28(1): 19-28.
34. Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z. Iranian nurses, physicians and patients' lived experiences regarding patient's rights practice. *Iran J Nurs* 2009; 22(60): 28-41. [In Persian].
35. Gafni A, Charles C, Whelan T. The physician-patient encounter: The physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1998; 47(3): 347-54.
36. Fakhr-Movahedi A, Negarandeh R, Salsali M. Exploring nurse-patient communication strategies. *Hayat* 2013; 18(4): 28-46. [In Persian].
37. Mirhaghjou SN, Nayebi N, Majd Teymouri R, Kazemnejad leily E. Communication skills and related factors within patient by nursing student. *J Holist Nurs Midwifery* 2015; 25(2): 93-101. [In Persian].

Identification of Effective Dimensions and Factors on Improving Patient Relationship Management Strategy in Kerman City Hospitals, Iran: A Qualitative Study

Mahmood Nekoie-Moghadam¹, Mohammad Reza Amiresmaeili², Vida Kardan-Moghadam³,
Yunes Jahani⁴, Mahshad Goharimehr³

Original Article

Abstract

Introduction: The patient relationship management is a comprehensive strategy of reception, preservation, and cooperation of customers and gaining information about them as much as possible to create increased value for both the organization and customer. Achieving this goal in hospitals increases patient satisfaction, trust, and commitment. Therefore, this study aimed to determine the dimensions and affecting factors in boosting patient relationship management strategies in Kerman City hospitals, Iran, in 2015.

Method: This functional qualitative-correlation study was conducted through phenomenological method in the city of Kerman. The research participants were 15 male and female managers, experts, physicians, assistants, nurses, and scholars in the field of healthcare and treatment, and also patients and their companies in public and private hospitals in Kerman City.

Results: The six dimensions of “identifying and attracting the patient”, “patient participation”, “patient confrontation”, “patient empowerment”, “understanding patient’s expectation”, and “patient relationship” were identified as general criteria of patient relationship management in hospitals.

Conclusion: Regarding the results, familiarization of hospital managers with the importance of the issue of patient relationship management must be conducted by Kerman University of Medical Sciences. Provision and operationalization of practical and theoretical guidelines for the implementation of patient relationship management strategies in three domains of staffs, equipment, and procedures are suggested.

Keywords: Physician-patient relations, Nurse-patient relations, Patient satisfaction, Teaching hospitals, Qualitative research

Citation: Nekoie-Moghadam M, Amiresmaeili MR, Kardan-Moghadam V, Jahani Y, Goharimehr M. **Identification of Effective Dimensions and Factors on Improving Patient Relationship Management Strategy in Kerman City Hospitals, Iran: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(4): 400-13.

Received date: 08.02.2016

Accept date: 24.06.2017

1- Professor, Department of Health in Disaster and Emergencies AND Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Associate Professor, Department of Health Management and Information Sciences, School of Health Management and Information Sciences AND Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Assistant Professor, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health AND Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Mahshad Goharimehr, Email: m.goharimehr@gmail.com