



## شناسایی ابعاد استراتژیهای عملیاتی در بخش خدمات درمانی

ریحانه شهرکی<sup>1</sup>

علیرضا پویا<sup>2</sup>

فریبرز رحیم‌نیا<sup>3</sup>

ایران، مشهد، میدان آزادی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، گروه مدیریت، *Reyhan.shahraki@gmail.com*

ایران، مشهد، میدان آزادی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، گروه مدیریت، *Alirezapooya@um.ac.ir*

ایران، مشهد، میدان آزادی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، گروه مدیریت، *r-nia@ferdowsi.um.ac.ir*

### چکیده

سازمانهای خدماتی و به خصوص بیمارستانها با توجه به امکاناتشان، استراتژیهای عملیاتی مناسبی را برای خود انتخاب و طراحی می‌کنند. برای شناخت این استراتژیها و ایجاد تمایز بین آنها از اهداف عملیاتی زیادی تحت عنوان ابعاد استراتژیهای عملیاتی استفاده می‌شود. هدف این تحقیق شناسایی و تعیین این ابعاد برای بخشهای بیمارستانهای درمانی شهر مشهد می‌باشد. بدین منظور پس از بررسی مطالعات پیشین، تعدادی از اهداف عملیاتی در این زمینه شناسایی شد، سپس نمونه ای 84 تایی از بخشهای بیمارستانهای درمانی در مشهد به تصادف انتخاب گردید و پس از بررسی پایایی و روایی ابزار تحقیق، برای تحلیل داده ها، از تحلیل عاملی استفاده گردید. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که کیفیت، ارائه خدمات، تمرکز بر ارباب رجوع، معلومات خاص، هزینه‌ها و انعطاف پذیری عواملی هستند که بر انتخاب و طراحی استراتژیهای عملیاتی در بخش خدمات درمانی تأثیر می‌گذارند.

**واژه‌های کلیدی:** استراتژیهای عملیاتی، اهداف عملیاتی، تحلیل عاملی، خدمات درمانی، مشهد

### 1- مقدمه

در سالهای اخیر، سازمانهای خدمات درمانی جهت بهبود عملکردشان تحت فشار زیادی قرار دارند. محیط متغیر خدمات درمانی که از طریق افزایش هزینه‌ی خدمت و نگرانی پیرامون کیفیت خدمات شناخته شده، به سازمانهای خدمات درمانی جهت جستجوی روشهای رقابتی نوآورانه فشار وارد کرده است تا عملکرد استراتژیکی خود را بهبود دهند.

1. ریحانه شهرکی: دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مدیریت صنعتی

2. علیرضا پویا: استادیار گروه مدیریت دانشگاه فردوسی مشهد

3. فریبرز رحیم‌نیا: دانشیار گروه مدیریت دانشگاه فردوسی مشهد

اخیرا واقعیت‌های محیطی، رقابتی و عملیاتی بر صنعت خدمات درمانی تأثیر به‌سزایی داشته است؛ در این خصوص، بیمارستانها مستثنی نیستند. بیمارستانها صرف نظر از نوع، اندازه و ویژگیهای عملیاتی، جهت هم‌ترازی بهتر با تقاضاهای جدید محیط تحت فشار قرار گرفته‌اند تا در استراتژیها و روابط خود با بیماران تجدید نظر کنند؛ چراکه تلاش در جهت بهبود و ادامه در این راه منجر به یک اثربخشی استراتژیکی برای بیمارستانها می‌شود. اکثر سازمانهای خدماتی و به خصوص بیمارستانها در ایران، ترکیب متجانسی از اهداف عملیاتی سازمان را که در نتیجه‌ی طبقه‌بندی استراتژیهای عملیاتی حاصل می‌شود، نمی‌شناسند؛ جهت کسب این ترکیب نیاز است پیش از آن ابعاد استراتژیها در بخش خدمات درمانی تعیین شوند. بنابراین، با توجه به وسعت شهر مشهد و تعداد زیاد بیمارستانها در این شهر و طبیعتاً تعداد زیاد بیماران مراجعه‌کننده و نارضایتی بالا در نحوه رسیدگی به آنها، اهمیت و ضرورت این تحقیق بر هیچ کس پوشیده نیست.

سازمان‌ها برای کسب موفقیت استراتژیهای متفاوتی را طراحی و اجرا می‌کنند. استراتژیها را می‌توان در سه سطح سازمان، سطح کسب و کار و سطح عملیاتی مطرح کرد. استراتژی سطح سازمان در مورد کسب و کارهایی که سازمان می‌خواهد در آنها سرمایه‌گذاری کند تصمیم می‌گیرد و اهداف کلی را تعیین می‌سازد. در سطح واحدهای کسب و کار موضوعات مربوط به ایجاد مزیت رقابتی پایدار برای محصولات می‌باشد. استراتژیهای سطح عملیاتی در راستای استراتژی کلان سازمان به‌کار می‌روند [1]. استراتژی رقابتی یک سازمان در حالت ایده‌ال چگونگی رقابت سازمان در بازار را بیان می‌کند و از استراتژیهای عملیاتی مختلفی مشتق شده است [2]. یک استراتژی عملیاتی مشخص می‌کند که چگونه یک زمینه عملیاتی، استراتژی کسب و کار یک شرکت را حمایت می‌کند [3]. تعیین اولویت‌های رقابتی یک دلیل خوب از جهت استراتژیکی را ارائه می‌دهد که این خود اساسی برای تعیین استراتژی عملیاتی واقعی ارائه می‌دهد.

در این مقاله ابتدا سعی شده است با در نظر گرفتن و بررسی مطالعات پیشین، اهداف عملیاتی تأکید شده توسط دیگر نویسندگان در سازمانهای تولیدی و خدماتی به خصوص در زمینه خدمات درمانی و بیمارستانها که به طور مناسب بر استراتژیهای عملیاتی سازمانها تأثیر می‌گذارند، مشخص شوند؛ سپس به کمک تحلیل عاملی اهداف عملیاتی مناسب از بین مجموعه اهداف شناسایی شده به عنوان ابعاد استراتژیهای عملیاتی، انتخاب می‌گردند.

## 2- پیشینه تحقیق

در این قسمت به تحقیقات مختلفی که هر کدام به نوعی از اهداف عملیاتی متنوعی استفاده کرده‌اند و برخی نیز در جهت استراتژی عملیاتی خود بهره‌برده‌اند، اشاره می‌شود.

فوساوات و کنچنا در تحقیقی به تعیین و توصیف اهداف عملیاتی برای تأمین‌کنندگان خدمت در کشور تایلند پرداختند. داده‌ها از ده تأمین‌کننده خدمت که در شرکت‌های خدماتی تکنولوژیکی کار می‌کردند به دست آمده است، همچنین از روش تجزیه و تحلیل سلسله‌مراتبی<sup>1</sup> برای تعیین اهداف عملیاتی استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد که شش اولویت رقابتی کیفیت، هزینه‌ها، ارائه خدمت، انعطاف‌پذیری، تمرکز مشتری و کاردانی در

---

1. Analytic Hierarchy Process

صنعت تایلند مؤثر می‌باشند و از بین همه آنها کیفیت از درجه اهمیت بیشتری نسبت به سایر اهداف عملیاتی برخوردار است [4].

فوساوات و کنچنا در مقاله دیگری تحت عنوان "رقابت آینده: از نقطه نظر تولید کنندگان و تأمین کنندگان خدمت" به مقایسه و ارزیابی اهداف عملیاتی بین تولید کنندگان و تأمین کنندگان خدمت در کشور تایلند پرداختند. در این تحقیق نیز از شش اولویت رقابتی کیفیت، هزینه‌ها، ارائه خدمت، انعطاف پذیری، تمرکز مشتری و کاردانی استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد که تولید کنندگان و تأمین کنندگان خدمت در اینکه ارائه خدمت و کیفیت اولویت رقابتی آینده آنها را ارائه می‌دهند، اتفاق نظر داشتند [5].

ادگار و همکاران در تحقیق خود تحت عنوان "خوشه‌های استراتژیکی و فضای استراتژیکی" استرژیاها و تفاوت‌های عملکردی را در بین شرکت‌های فعال در یک حوزه مشترک توضیح دادند. آنها رابطه سه متغیر حوزه بازار، اندازه شرکت و منابع مزیت رقابتی را با استراتژی‌های اولیه توزیع، بسته بندی، ارتقا و قیمت توضیح دادند [6].

پراجوگو و مک درمات تحقیقی را با هدف تعیین 10 بعد رقابتی خدمات بر حسب اهمیت نسبی و توزیع جهت عملکرد تجاری انجام دادند و در آن از ماتریس تحلیل اهمیت نسبی<sup>1</sup> بهره گرفتند. داده‌ها از 190 مدیر سازمان‌های خدماتی در استرالیا جمع‌آوری شده است. 10 اولویت رقابتی مورد نظر آنها شامل کیفیت، نوآوری، حفظ مشتری، سرعت، تحویل به موقع، پاسخ‌دهی، تصویر نام تجاری، هزینه، بهره‌وری و بهبود می‌باشند. براساس ماتریس تحلیل اهمیت نسبی، نتایج نشان می‌دهد که حفظ مشتری و بهره‌وری نیاز به حفظ شدن دارند زمانی که نوآوری و سرعت در اولویت پایین‌تری قرار دارند. همچنین این تحقیق نشان می‌دهد که شرکت‌های دارای عملکرد پایین نسبت به شرکت‌های با عملکرد بالا عموماً از سطح یکسانی از 10 بعد رقابتی برخوردار هستند و هنوز نتوانستند در پوشش آنچه برای عملکرد دارای اهمیت می‌باشد، موفق باشند [7].

کاتوریا در تحقیق خود با عنوان "اهداف عملیاتی و عملکرد مدیریتی: طبقه بندی تولید کنندگان کوچک" اقدام به دسته بندی تولید کنندگان کوچک بر اساس تأکید آنها بر چند اولویت رقابتی کرد. او برای این کار از اهداف عملیاتی هزینه، قابلیت تحویل، انعطاف پذیری و کیفیت استفاده کرده است. یافته‌های تحقیق سه طبقه بندی شامل شروع کنندگان، تطبیق دهندگان کارا و تطبیق دهندگان پرسرعت را نشان می‌دهد؛ همچنین نتایج نشان می‌دهد که هر کدام از این سه گروه که تأکید بیشتری بر این چهار اولویت رقابتی دارند در جلب رضایت مشتری نسبت به همتایان خود در آن گروه، بهتر عمل می‌کنند [8].

کراسه و همکاران به دلیل ارتباط زیاد وظایف عملیاتی با خرید و همچنین نقش مهم آنها در مدیریت زنجیره عرضه، تحقیقی را با هدف توسعه یک مجموعه اقدامات از اهداف عملیاتی خرید انجام دادند. آنها در این تحقیق از تحلیل تأییدی عاملی استفاده کردند و از اهداف عملیاتی هزینه، کیفیت، قابلیت تحویل، انعطاف پذیری و نوآوری بهره بردند [3].

نوردین در تحقیق خود با عنوان "ارتباط بین تصمیمات منابع خدماتی و امتیازات رقابتی" بر ارتباط بین تصمیمات منابع خدماتی استراتژیک و رقابت پذیری در شرکت‌های تجاری تمرکز نموده است. این تحقیق به

بررسی ادبیات و گزینه‌های مربوط به اینکه چگونه تصمیمات مختلف ساخت یا خرید، ساختارهای مبتنی بر عرضه و انواع روابط خرید و فروش امکان حفظ همزمان قراردادهای مثبت را با مشتریان، هزینه نگهداری پایین و توسعه عرضه‌های متمایز و با ارزش، برقرار می‌کند؛ امتیازات رقابتی بررسی شده در این تحقیق هزینه‌های پایین، تفکیک و قراردادهای مشتری می‌باشند [9].

آراندا مطالعاتی با عنوان "راهبردهای عملیات خدمتی، انعطاف‌پذیری و عملکرد" در شرکتهای مشاوره مهندسی در اسپانیا انجام داد. نتایج نشان دادند که راهبرد عملیات خدمتی بر عملکرد خدمت‌رسانی اثری مستقیم و مثبت دارند. انعطاف‌پذیری در ارزیابی‌های عملکرد کاراً نقش واسطه‌گری موثرتری نسبت به اندازه‌گیری‌های عملکرد رضایت مشتری دارد. وی مدلی را مبتنی بر سه راهبرد عملیاتی اساسی منطبق بر تمرکز فعالیتهای شرکت و پنج راهبرد عملیاتی که از نتایج بدست آورد، شناسایی کرد. راهبردهای عملیاتی اساسی عبارت بودند از راهبردهای فرآیندمدار، خدمت‌مدار و مشتری‌مدار [10].

بر طبق پیشینه تحقیق اهداف عملیاتی که در این مقاله مورد استفاده قرار گرفتند، در جدول 1 آورده شده است.

جدول 1: ابعاد استراتژیهای عملیاتی خدمات درمانی

منابع	تعاریف عملیاتی	اهداف عملیاتی
[4]، [3]، [8]، [7]، [5]	عملکرد و انتظارات، انسجام، گواهی‌نامه و نگرانی‌های محیطی را پوشش می‌دهد.	کیفیت <sup>1</sup>
[4]، [9]	تحقق توافق با مشتریان	ارائه خدمت <sup>2</sup>
[4]، [7]	دانش درمورد ارباب رجوع و چگونگی استفاده از این دانش برای تحقق انتظارات آنها	تمرکز بر ارباب رجوع <sup>3</sup>
[4]	مسائل پیرامون مدیریت دانش، تحقیق و توسعه، یادگیری مستمر و توسعه مهارت‌ها را پوشش می‌دهد.	معلومات خاص <sup>4</sup>
[7]، [9]، [4]، [3]، [8]	توانایی مدیریت اثر بخش هزینه‌های عملیاتی و ویژگیهای مرتبط دیگر مثل کیفیت.	هزینه‌ها <sup>5</sup>
[8]، [4]، [3]	توانایی استقرار و یا استقرار مجدد منابع در پاسخ به تغییرات در توافقات که عمدتاً مدنظر ارباب رجوعان میباشد.	انعطاف‌پذیری <sup>6</sup>

1. Quality- Q
2. Service Provision- S
3. Customer Focus- CF
4. Know-how- K
5. Costs- C
6. Flexibility-F

### 3- روش‌شناسی تحقیق

#### 3-1- روش و ابزار گردآوری داده‌ها

از پرسشنامه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. جهت بررسی اهداف عملیاتی خدمات از ابعاد مطرح شده در جدول 1 که شامل 6 متغیر اصلی کیفیت، ارائه خدمت، تمرکز بر مشتری، معلومات خاص، هزینه‌ها و انعطاف‌پذیری بوده، استفاده کرده که هر یک از آنها در برگزیده چند سنج می‌باشد. برای سؤالات مربوط به اهداف عملیاتی از طیف لیکرت 5 گزینه‌ای (1- خیلی کم تا 5- خیلی زیاد) به منظور سنجیدن میزان توافق پاسخ دهنده با هر سنج برای آزمودنی استفاده شده است.

#### 3-2- واحد تحلیل، جامعه و نمونه آماری

شهر مشهد دارای 37 بیمارستان درمانی، آموزشی - درمانی، آموزشی- پژوهشی- درمانی می‌باشد [11]. داده‌ها از 23 بیمارستان درمانی جمع‌آوری شده است؛ 14 بیمارستان دیگر به خاطر آموزشی- درمانی و آموزشی- پژوهشی- درمانی بودن نوع فعالیتشان در جامعه آماری تحقیق حاضر لحاظ نشده‌اند چرا که اهمیت رقابت برای این بیمارستان‌ها نسبت به بیمارستان‌های درمانی کمتر می‌باشد. واحد مورد استفاده در تحلیل‌ها، واحد عملیاتی است و به این دلیل انتخاب شد که واحدهای عملیاتی زیر مجموعه‌ی یک سازمان خدماتی یا تولیدی می‌توانند راهبردهای عملیاتی مختلفی را برای خود برگزینند [12] و می‌توانند خود را از راهبرد کلان سازمان متمایز کنند [13]. بنابراین جامعه آماری شامل کلیه بخش‌های 23 بیمارستان درمانی واقع در شهر مشهد و برابر با 213 بخش می‌باشد؛ در واقع می‌توان هر بخش درون بیمارستان را یک واحد در نظر گرفت.

جهت نمونه‌گیری در این تحقیق، بخش‌های بیمارستانی لیست شده‌اند و به طور تصادفی از میان آنها انتخاب شده‌است؛ برای تعیین حجم نمونه از فرمول حجم نمونه محدود (کوکران) استفاده شده است که در نهایت 84 پرسشنامه تکمیل شده صحیح به دست آمده است.

#### 3-3- روایی و پایایی ابزار پژوهش

در این تحقیق ابتدا روایی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است، منظور از روایی آن است برداشت پاسخ دهنده از سوال همانی است که مدنظر محقق در طراحی سوال بوده است یا خیر که هر چه این برداشت‌ها یکسان‌تر باشد روایی بالاتر است. برای این منظور، سنج‌های مورد نظر ترجمه و ابهامات موجود در آنها با مشارکت متخصصین در این زمینه رفع شده است. چند مورد از پرسشنامه ابتدایی، در بخش‌های مورد نظر با مشارکت محقق مورد بررسی و تکمیل قرار گرفته است.

سپس نسبت به بررسی پایایی پرسشنامه‌ها اقدام گردیده است. هدف از پایایی آن است که گذر زمان و تغییر مکان در یک مورد خاص بر روی پاسخ‌های پاسخ دهنده تاثیری دارد که این به معنای پایایی پائین می‌باشد. برای این منظور، از پایایی باز آزمون و پایایی بین‌ارزیاب‌ها و همچنین جهت بررسی پایایی درونی سنج‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که در جدول 2 آورده شده است.

#### 4- تحلیل داده‌ها

##### 4-1- تحلیل عاملی

تحلیل عاملی از جمله روشهای چند متغیره است که در آن متغیرهای مستقل و وابسته مطرح نیست. زیرا این روش جزء تکنیکهای هم وابسته محسوب می‌گردد و کلیه متغیرها نسبت به هم وابسته لحاظ و سعی می‌شود تا تعداد زیادی متغیر در چند عامل خلاصه شوند. هدف اصلی تحلیل عاملی تلخیص تعداد زیادی از متغیرها در تعداد محدودی از عاملها می‌باشد، بطوریکه در این فرایند کمترین میزان گم شدن اطلاعات وجود داشته باشد [14]. به عبارتی روایی همگرایی بیان می‌کند که بین نتایج به دست آمده و سازه نظری توافق وجود داشته باشد. برای این منظور در این تحقیق از تحلیل عاملی تاییدی با چرخش متعامد واریماکس استفاده گردید. در چرخش واریماکس هدف محقق مختصر کردن و ساده سازی است و سعی می‌شود برخی از متغیرها بار عاملی<sup>1</sup> بسیار بالا (یعنی نزدیک به +1 یا -1) و برخی متغیرها بار عاملی بسیار پایین (یعنی نزدیک به صفر) در هر ستون از ماتریس داشته باشند. منطق حاکم این است که زمانیکه همبستگی بین متغیر و عامل، نزدیک به +1 و -1 باشد تفسیر به ساده ترین شکل انجام می‌گیرد و می‌توان قضاوت کرد که ارتباط روشن و قابل قبولی بین متغیر و عامل وجود دارد و اگر این همبستگی به صفر نزدیک باشد به راحتی می‌توان در خصوص عدم وجود رابطه قضاوت نمود. نتایج این تحلیل در جدول 2 آمده است. ملاک، بار عاملی بالاتر از 0.5 بود. شاخص KMO برای هر سازه نشان دهنده کفایت نمونه برای اجرای تحلیل عاملی می‌باشد. سطح معناداری آزمون بارتلت نیز نشان دهنده این است که از تحلیل عاملی می‌توان برای شناسایی سازه استفاده نمود. حداقل مقدار شاخص KMO برابر 0.5 و حداکثر سطح بارتلت 0.05 است [15].

جدول 2: نتایج بررسی تحلیل عاملی و  $\alpha$  کرونباخ روی نمونه

سازه	علامت اختصاری	سنجه	نام سنجه	بار عاملی	KMO	بارتلت	تعداد تکرار	درصد واریانس تبیین شده	کرونباخ $\alpha$
کیفیت	Q	Q1	ثبات	0.630	0.714	0	1	40.757	0.71
		Q2	گواهینامه	0.641					
		Q3	عملکرد	0.700					
		Q4	جنبه‌های محیطی	0.623					
		Q5	اجتناب از اشتباهات	0.593					
ارائه خدمت	S	S1	کیفیت توافق شده	0.844	0.854	0	1	69.890	0.89
		S2	زمان توافق شده	0.870					
		S3	عمل به وعده‌ها	0.849					
		S4	میزان توافق شده	0.831					
		S5	ارائه‌ی سریع	0.783					
تمرکز بر ارباب	CF	CF1	سنجش رضایت	0.765	0.73	0	1	50.580	0.79
		CF2	پیگیری پس از ارائه خدمت	0.727					

					0.756	اطلاعات مشتری	CF3	رجوع	
					0.626	سفارشی سازی	CF4		
					0.727	توافق قراردادی	CF5		
					0.655	پشتیبانی	CF6		
0.89	65.103	1	0	0.872	0.822	یادگیری مستمر	k1	K	معلومات خاص
					0.753	آموزش	k2		
					0.807	مهارتهای حل مسئله	k3		
					0.826	مدیریت دانش	k4		
					0.814	خلاقیت	k5		
					0.816	تحقیق و توسعه	k6		
0.88	68.474	1	0	0.831	0.802	هزینه های کیفیت	C1	C	هزینه ها
					0.860	بهبود مستمر	C2		
					0.906	سنجش مبتنی بر فعالیتهای	C3		
					0.827	هزینه ارزش افزوده	C4		
					0.732	هزینه پایین	C5		
0.79	61.932	1	0	0.781	0.694	تغییر ترکیب خدمات	F1	F	انعطاف پذیری
					0.832	خط خدمات گسترده	F2		
					0.844	تغییرات در یک میزان خدمات	F3		
					0.726	تعدیل خدمات	F4		

## 5- نتیجه گیری

با توجه به اهمیت بخش خدمات درمانی در دنیای امروز و همچنین ویژگیهای منحصر به فرد شهر مشهد و وسعت آن، لزوم انجام تحقیقات علمی در حوزه ی خدمات درمانی انکار ناپذیر است. بر اساس این تحقیق، به نظر می رسد ویژگیهایی همچون اهمیت صدور گواهینامه برای کیفیت، تحقق نیازهای ارباب رجوعان، رعایت جنبه های محیطی در استراتژیها، اجتناب از اشتباهات در ارائه خدمات بعد کیفیت استراتژیهای عملیاتی؛ تحقق ویژگیهای کیفی و زمان توافق شده، توانایی عمل به وعده های داده شده، سرعت در ارائه خدمات بعد ارائه ی خدمت در استراتژیهای عملیاتی؛ جمع آوری اطلاعات مربوط به انتظارات و تصورات مراجعه کنندگان، اطمینان از رضایت بیمار، ایجاد کانالهای خدمت رسانی جدید، توانایی پاسخ گویی به نیازهای مراجعه کنندگان، فراهم آوردن مکانیزم پشتیبانی از بیماران در طول استفاده از خدمات ارائه شده بعد تمرکز بر ارباب رجوع استراتژیهای عملیاتی؛ برقراری دانش جدید در همه سطوح بخشهای بیمارستانی، یادگیری و حل مشکلات از طریق راههای نوآورانه، قابلیت تحقیقات برای ارائه خدمات جدید بعد معلومات خاص استراتژیهای عملیاتی؛ هزینه هایی که جهت حل مشکلات کیفی و بهبود عملیات صرف می شوند، هزینه عملیات، هزینه هایی که ارزش خدمت را از نظر مراجعه کنندگان افزایش می دهند بعد هزینه های استراتژیهای عملیاتی؛ اهمیت به تغییر ترکیب خدمات مختلف، دامنه انتخاب

خدمت برای ارباب رجوع، قابلیت عکس العمل به سطوح مختلف تقاضای خدمت و تنظیم و تعدیل خدمات برای ارائه خدمت به مراجعین به خصوص در زمانهای کوتاه می‌تواند بعد انعطاف پذیری استراتژیهای عملیاتی در بخشهای بیمارستانی درمانی شهر مشهد را به تصویر بکشند. علاوه بر این، نتایج حاصل از تحلیل عاملی در تحقیق حاضر ثابت می‌کند که کیفیت، ارائه خدمات، تمرکز بر ارباب رجوع، معلومات خاص، هزینه‌ها و انعطاف پذیری ابعاد استراتژیهای عملیاتی بخش خدمات درمانی در مشهد را تشکیل می‌دهند.

با این وجود، با توجه به درصد واریانس برای هر بعد که در جدول 2 آورده شده است، می‌توان بیان کرد که سنجه‌های بررسی شده تنها 40.75 درصد بعد کیفیت، 69.89 درصد بعد ارائه خدمت، 50.58 درصد بعد تمرکز بر ارباب رجوع، 65.10 درصد بعد معلومات خاص، 68.47 درصد بعد هزینه‌ها و 61.93 درصد بعد انعطاف پذیری را توصیف می‌کنند؛ بنابراین می‌توان پیشنهاد کرد که در تحقیقات آتی با بررسی بیشتر به ابعاد مختلف این سازه‌ها پرداخته شود.

همچنین بر اساس نتایج این تحقیق، شناسایی مناسبی از ابعاد استراتژیهای عملیاتی فقط در بخشهای بیمارستانهای درمانی شهر مشهد به دست آمده است، پس می‌توان تحقیقات مشابهی در این حوزه در قلمروهای مکانی دیگر صورت گیرد.

### مراجع

- [1] محقر علی، پویا علیرضا، منظری مهدی، (1384)، مدیریت استراتژیک صنعتی، چاپ اول، مشهد: انتشارات سخن گستر.
- [2] Andrews, K.R. (1984). *The Concept of Strategy*, Irwin Publishing, Homewood, Illinois. In: Krause, D.R., Pagell, M., Curkovic, S. (2000). *Toward a measure of competitive priorities for purchasing*, Journal of Operations Management 19. (2001). pp. 497-512.
- [3] Krause, D.R., Pagell, M., Curkovic, S. (2000). *Toward a measure of competitive priorities for purchasing*, Journal of Operations Management 19. (2001). pp. 497-512.
- [4] Phusavat, K., Kanchana, R. (2008). *Competitive priorities for service providers: perspectives from Thailand*, Industrial Management & Data Systems 108. (2008). pp. 5 - 21.
- [5] Phusavat, K., Kanchana, R. (2008). *Future competitiveness: viewpoints from manufacturers and service providers*, Industrial Management & Data Systems 108. (2008). pp. 191 - 207.
- [6] Edgar, D.A., Littlejohn, D.L., Allardyce, M.L. (1994). *strategic clusters and strategic space*, International Journal of Contemporary Hospitality Management 5. (1994). pp. 20-26.
- [7] Prajogo, D.I., McDermott, P. (2011). *Examining competitive priorities and competitive advantage in service organizations using Importance Performance Analysis matrix*, Managing Service Quality 21. pp. 465 - 483.
- [8] Kathuria, R. (2000). *Competitive priorities and managerial performance: a taxonomy of small manufacturers*, Journal of Operations Management 18. (2000). pp. 627-641.





[9] Nordin, F. (2008). *Linkages between service sourcing decisions and competitive advantage: A review, propositions, and illustrating cases*, international journal of Production Economics 114. (2008). pp. 40-55.

[10] Aranda, D.A. (2003). *Service operations strategy, flexibility and performance in engineering consulting firms*, International Journal of Operations & Production Management 11. (2003). pp. 1401-1421.

[11] پایگاه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار و اطلاعات بیمارستانی کشور. (25 آبان 1391). از <http://avab.behdasht.gov.ir>

[12] Govindarajan, V. (1989). *Implementing competitive strategies at the business unit level: Implications of matching managers to strategies*. In: Gebauer, H. (2008). *Identifying service strategies in product manufacturing companies by exploring environment-strategy configurations*, Industrial marketing management 37. pp. 278-291.

[13] Gupta, A.K., Govindarajan, V. (1984). *Business unit strategy, managerial characteristics, and business unit effectiveness at strategy implementation*. In: Gebauer, H. (2008). *Identifying service strategies in product manufacturing companies by exploring environment-strategy configurations*, Industrial marketing management 37. pp. 278-291.

[14] کلانتری خلیل، (1387)، پردازش تحلیل داده‌ها در تحقیقات اجتماعی و اقتصادی، چاپ سوم، تهران: نشر فرهنگ صبا.

[15] Thus, J. H. (2007). *Empirical analysis of manufacturing strategy implementation*, International Journal of Production Economics 10. (2007). pp. 5-9.