Archive of SID

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره۲۷، شماره۱ ،بهار ۱۳۸۸: ۳۰-۲۳

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله:۰۳

ارزیابی عملکرد بیمارستان آیت ا... کاشانی براساس الگوی تعالی سازمانی بالدریج

دکترسید جمال الدین طبیبی ۱
دکتر محمد رضا ملکی۲
ریحانه مژده کار۳*

۱. فوق دکتری مدیریت استراتژیک،استاد مدیریت وبرنامه ریزی دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۲. دکتری مدیریت خدمات بهداشتی ودرمانی دانشگاه ایران.
۳. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی ودرمانی، بیمارستان شهید دکترلبافی نژاد

* *نشانی نویسنده مسئول*: تهران-خیابان پاسداران ،بوستان نهم،بیمارستان شهید دکتر لبافی نژاد

تلفن:۰۹۱۲۲۳۰۷۷۹۷

نشانی الکترونیکی:
r_Mojdehkar1@yahoo.com

چکیده

زمینه: الگوهای تعالی سازمانی با معیارهای اصلی عملکرد و با هدف خود ارزیابی سیستمی، امکان ارزیابی عملکرد را در یک قالب اصولی و نظام مند در بخش بهداشت و درمان فراهم می‌کنند و توسعه مهارت‌های مدیریتی را در زمینه ارزیابی عملکرد به همراه دارند.این پژوهش با هدف ارزیابی عملکرد بیمارستان آیت ا... کارشانی شهر تهران بر اساس الگوی تعالی سازمانی مالکوم بالدریج طراحی و اجرا گردید.

روش کار: الگوی مالکوم بالدریج از دو بخش تشکیل می‌گردد، معیارهای ارزیابی فرآیندها و معیارهای ارزیابی نتایج. برای ارزیابی عملکرد فرآیندهای بیمارستان از ۱۳ معیار فرعی فرآیندی، از منظر چهار عامل رویکرد، استقرار، یادگیری و انسجام استفاده شد و برای ارزیابی عملکرد نتایج بیمارستان از ٦ معیار فرعی نتایج، از بعد چهار عامل سطح عملکرد، گستردگی و میزان بهبود، اطلاعات مقایسه‌ای و ترازیابی و ارتباط مقیاس نتایج استفاده شد.

یافته‌ها: بیمارستان مورد مطالعه در سال۱۳۸۵ ، از مجموع ۵۵۰ امتیازی که مربوط به فرآیندهای عملکردی است، ۲۳۱/۳۵ امتیاز کسب نمود و از ٤٥٠ امتیازی که اختصاص به نتایج عملکرد دارد، ۱۱۱ امتیاز را بدست آورد. بیمارستان مورد مطالعه در کل، ۳٤۲/۳۵ امتیاز از مجموع ۱۰۰۰ امتیاز موجود در الگو را برای ارزیابی عملکرد بیمارستان در سال ۱۳۸۵ کسب

www.SID.ir

Archive of SID

نمود.

نتیجه‌گیری: ارزیابی عملکرد بیمارستان بر اساس الگوی مالکوم بالدریج، امکان خود ارزیابی مستمر و سیستمی‌را فراهم نموده و زمینه‌های بهبود و یادگیری سازمانی را هموار می‌سازد. الگوی مذکور با بکارگیری معیارهای مناسب، عملکرد فرآیندها و نتایج مختلف بیمارستان را از قضاوت کیفی خارج ساخته و به اندازه‌های کمی تبدیل می‌کند. در واقع ارزیابی عملکرد سیستمی‌بر اساس الگوی بالدریج این امکان را فراهم می‌نماید تا هر بیمارستان به طور مستمر از کل ورودی‌ها، خروجی‌ها، اجزاء سیستم، فرآیندها و بازخوردها آگاه باشد. استفاده از این الگو در کشورمان، امکان مقایسه عملکرد بیمارستان‌های مختلف را در داخل و خارج فراهم می‌سازد.

واژه گان کلیدی: ارزیابی عملکرد، خودارزیابی، تعالی سازمانی، الگوی مالکوم بالدریج .

تاریخ دریافت مقاله: ۸٦/۵/۱۵ تاریخ اصلاح نهایی:۸۷/۱۲/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله:۸٦/٦/۲۸

مقدمه

در همه کشورها بدون توجه به وسعت یا ثروتشان ، سلامتی مردم و شیوه ارائه مراقبتهای بهداشتی و درمانی موضوع مهمی تلقی می شود و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی در تلاشند با توجه به منابع موجود ، در بالاترین سطح کیفیت ، خدمات خود را ارائه دهند [۱].

از سوی دیگر بدلیل ماهیت و گستردگی خدماتی که در بخش بهداشت و درمان ارائه می شود، وقوع هر نوع اشتباه حتی از نوع کوچک آن می تواند جبران ناپذیر باشد . از این رو ارزیابی عملکرد و ارائه خدمات بدون نقص و مطابق با استاندارد های عملکردی در این بخش ضرورت می یابد[۲].

در گذشته عملکرد سازمان های بهداشتی ، درمانی از طریق شاخص های درمانی ارزیابی می شد و کیفیت خدمات تنها با دانش فنی کارکنان حرفه ای پزشکی و پرستاری تضمین می شد ولی امروزه سازمان های بهداشتی و درمانی ، سازمان های پیچیده ای هستند که نیاز به حمایت قوی مدیریت در زمینه ارزیابی عملکرد دارند [۳].

پیچیدگی سازمان های بهداشتی ، درمانی کنونی ، هزینه های فزآینده بهداشت و درمان ، تخصص گرائی ، تاکید بر مشتری و اهمیت کارائی و اثر بخشی خدمات از جمله عواملی هستند که سازمان های بهداشتی و درمانی را به تحول در ارزیابی عملکرد و بکارگیری الگوهای تعالی سازمانی ترغیب و تشویق نموده است [۴].

استفاده از الگوی تعالی در بخش بهداشت و درمان منجر به درگیر نمودن متخصصین مختلف در تجزیه و تحلیل و توافق درباره شیوهٔ تغییر در سازمان های پیچیده بهداشتی ، درمانی شده و توسعه مهارتهای مدیریتی را در زمینه ارزیابی عملکرد به همراه دارد [۵].

نظام ارزیابی عملکرد رایج در سازمان های بهداشتی ، درمانی کشورهای در حال توسعه بخصوص بیمارستان ها نتوانسته اند رضایت ذی نفعان خود را بر آورده سازند و در زمینه هایی از قبیل بهبود عملکرد ، ارتقاء کیفیت ، جلب رضایت ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی ، بهبود سیستم مدیریت اطلاعات، با نارسائی روبروست [۶].

امروزه در کشورهای در حال توسعه بیمارستان‌ها از یک طرف با مشکلات عدیده‌ای از جمله تراکم بیش از حد بیماران در بخش‌ها، صف‌های طولانی انتظار، ضعف و نقصان در ارائه مراقبت‌ها، کمبودهای داروئی، مواد و تجهیزات پزشکی، فقدان و غیر قابل استفاده بودن تجهیزات درمانی و تشخیصی، روحیه نا مطلوب کارکنان، تسهیلات نامناسب و رو به زوال روبرو هستند و از طرف

www.SID.ir

Archive of SID

دیگر ضعف مدیریت در پایش و ارزیابی عملکرد به این مشکلات دامن می‌زند [۷].

در حال حاضر بیمارستان‌های کشور در بخش عمومی‌و خصوصی متاثر از عوامل گوناگون درون سازمانی فعالیت می‌کنند. به گونه‌ای که عملکرد بیمارستان‌ها در بخش دولتی دستخوش ساختار پیچیده تشکیلاتی، مقررات اداری انبوه، تصمیم گیری متمرکز، فرآیندهای غیر اصولی بودجه، محدودیت اختیارات مدیریت در زمینه تصمیمات مالی و پرسنلی، مقاومت در مقابل تغییر، فقدان رقابت در بخش عمومی و وجود اطلاعات ناقص و بعضاً غیر واقعی می‌باشد، در حالیکه عملکرد بیمارستان‌ها در بخش خصوصی متاثر از اهداف صاحبان سهام، سود آوری و بازده سرمایه گذاری است و مدیریت به منظور پاسخگویی به صاحبان سهام، کارائی عوامل ومنابع موجود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در پایان چرخه ارزیابی، «سود» و به «حداکثر رسانیدن» آن متبلور می‌شود [۸].

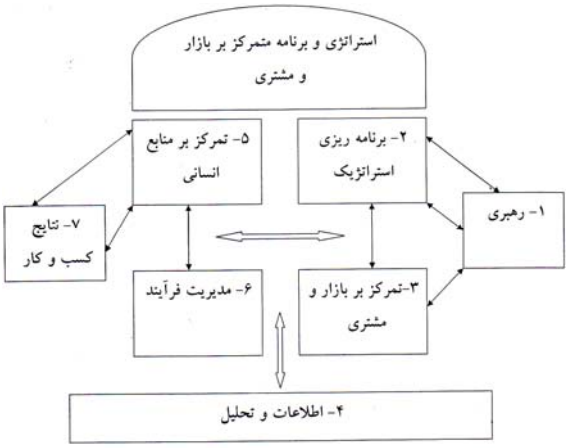
در این میان عواملی چون سیاست‌های دولت، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، تغییرات تکنولوژیکی، وضعیت تامین کنندگان خدمات و تغییر در سلیقه مشتریان نیز بر عملکرد بیمارستان‌ها تاثیر بسزایی دارند [۹].

علاوه بر عوامل فوق، در پژوهش بانک جهانی [۱۰] به پنج دلیل اساسی و منطقی برای توجه به عملکرد در بخش بهداشت و درمان و بهبود کیفیت اشاره شده که عبارتند از رضایت مشتریان و حفظ آن‌ها، دسترسی عادلانه به مراقبت‌های بهداشتی، کارائی و اثر بخشی ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، از بین بردن تفاوت‌های موجود در فرآیند ارائه خدمات و پر هزینه بودن مراقبت‌های بهداشتی و درمانی. همه این موارد، حساسیت و ضرورت ارزیابی عملکرد را در یک قالب اصولی و نظام مند می‌طلبد تا علاوه بر پاسخگویی به مشکلات بیمارستان‌ها، کیفیت را برای آنها به ارمغان بیاورد.

بهره گیری از معیارهای کمی‌عملکرد، همچون تحلیل هزینه – فائده، هزینه – کارائی و معیارهایی چون اثر بخشی ،بهره وری، کار آمدی و ... پاسخگوی نیازها و مشکلات بیمارستان‌ها نیست و برای ارزیابی عملکرد نیاز به الگوهای جامعی است که بتواند بیمارستان‌ها را در تمامی‌حوزه‌ها و واحدها بر اساس معیارهای اصلی عملکرد به طور مستمر، جامع و سیستماتیک مورد ارزیابی قرار دهد [۱۱].

در این راستا الگوهای تعالی سازمانی با ارائه معیارهای اصلی عملکرد و با اهداف خود ارزیابی سیستمی، ارزیابی سازمان در سطح کلان و خرد به شیوه‌ای منطقی، فراهم نمودن امکان مقایسه با سایر سازمان‌ها با ماهیت مشابه و متفاوت، ایجاد مشارکت افراد در همه سطوح، ایجاد زبان مشترک برای ادارهٔ سازمان، شناسایی زمینه‌های بهبود و آموزش در خصوص مفاهیم تعالی سازمانی و نحوه ارتباط افراد با مسئولت‌هایشان، امکان برآورده سازی نیازها و مرتفع نمودن مشکلات بیمارستان‌ها و حرکت در جهت بهبود کیفیت و تعالی سازمانی را فراهم می‌نمایند [۱۲].

الگوی مالکوم بالدریج معیارهای مراقبت بهداشتی درمانی رادر۷حوزه معرفی می کندکه در یک چارچوب باهم ادغام شده اند.این حوزه ها،نشان دهنده سطح اول معیار های ارزیابی عملکرد می باشند.برای ارزیابی عملکرد ،نحوه برخورد وعمل سازمان در ارتباط با هر یک از این حوزه ها،مورد بررسی قرارمی گیرد تا نقاط قوت وضعف شناسایی شده و امکان برنامه ریزی برای بهبودبه صورت مستمربرپایه ای منطقی،فراهم گردد.حوزه های اصلی عبارتنداز:



نمودار شماره۱- معیارهای ارزیابی عملکرد براساس الگوی تعالی سازمانی مالکوم بالدریج

حوزه رهبری بررسی می کندکه چطور رهبران ارشد سازمان ارزشها ،جهت گیری ها،انتظارات عملکردی و انتظارات بیماران،مشتریان وذی نفعان مهم،توانمندسازها،نوآوری ویادگیری را موردتوجه قرار می دهندونحوه توجه سازمان به مسئولیتهایش در قبال عموم، پشتیبانی وحمایت از جوامع کلیدی چگونه ارزیابی می شود[۱۲].

در حوزه برنامه ریزی، نحوه اجرا اهداف استراتژیک وبرنامه های اجرایی توسط سازمان بررسی می شود وتوسعه وپیشرفت آنها اندازه گیری می شود[۱۲].

حوزه تمرکز بربیماران،سایر مشتریان وبازارها،شیوه ایجاد روابط با بیماران /مشتریان توسط سازمان رابررسی می کندوعوامل اصلی را که منجر به جلب رضایت وحفظ بیمار/مشتری وگسترش خدمات بهداشتی ودرمانی می شود،تعیین می کند[۱۲].

www.SID.ir

Archive of SID

حوزه سنجش،تحلیل ومدیریت اطلاعات بـه بررسـی سیـستم هـای مـدیریت اطلاعـات وشـیوه تحلیـل داده هاواطلاعـات عملکـردی می پردازد [۱۲].

حوزه تمرکز بر کارکنان روش انگیزش وتقویت کارکنان بـه منظـور استفاده از پتانسیل آنهادر همسوسازی با اهداف وبرنامه های اجرائـی سازمان رابررسی می کند[۱۲].

حوزه مدیریت فرآیند به طراحی ومدیریت فرآیند های ارائـه خـدمات بهداشتی درمانی،پشتیبانی وکسب وکار می پردازد[۱۲].

حوزه نتایج عملکردسازمانی،عملکردوبهبود سازمان رادر زمینه رضایت بیمار/مشتری،خدمات بهداشتی ودرمانی ،عملکـرد مـالی وبازار،نتـایج نظام حاکم بر محـیط کـار کارکنـان وعملکرداجرایـی آنهـا ،سـطوح عملکردنسبت به رقبا وسایر ساز مان های ارائه دهنده خدمات مـشابه را بررسی می کند[۱۲].

در میان الگوهای تعالی سـازمانی، الگـوی مـالکوم بالـدریج بـا ارائـه معیارهای مراقبت‌های بهداشتی و درمـانی چـارچوب مناسـبی بـرای توسعه و مدیریت سیستم‌های کیفی در سازمان‌های بهداشتی، درمانی به شمار می آید[۱۳] .

میرا و کولیر [۱۴] در پژوهشی با عنوان «بررسی تجربی روابط علمی در معیارهای آزمایشی الگوی مراقبت بهداشتی و درمانی بالدریج» به بررسی اینکه آیا معیارهای هفتگانـهٔ بالـدریج الگـوی مناسـبی بـرای سازمانهای بهداشتی و درمانی می باشند پرداختنـد و بـه ایـن نتیجـه دست یافتند که تئوری بالدریج با معیارهای فرعی به عنـوان الگـوی مناسب برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی تأیید می‌شود.

در حالیکـه نـاوه و اسـترن[۱۵] در پژوهـشی بـا عنـوان «چگونـه برنامه‌های بهبود کیفیت می توانند بر عملکرد بیمارسـتانهای جنـرال تاثیر بگذارند» دریافتند که برنامه‌های بهبود کیفیت به دگرگونی کلی در عملکرد بیمارستانها نمی انجامد و تنهـا در سـطح رویـه‌ای بهبـود کیفیت حاصل می شود چرا که بسیاری از رویه‌هـا و دسـتورالعمل‌هـا تاثیر مستقیم بـر عملکـرد بیمارسـتان نـدارد (ماننـد عـوارض عمـل جراحی) و از طرفی هر قدر تعداد معیارهایی که برای بهبـود کیفیـت بکار گرفته می‌شود بیشتر باشد به همـان نـسبت در سـطح رویـه‌هـا بهبود کیفیت افزایش می یابد .

از سوی دیگر پانیر سلوام [۱۶] در پژوهـشی بـا عنـوان «اعتباریـابی الگوی بالدریج در خود ارزیابی سازمان» الگوی مالکوم بالدریج را بـا اطمینان کامل برای تعیین کیفیت در سـطح سـازمان قابـل اسـتفاده دانستند و آنرا ابزار مناسبی برای خود ارزیابی سازمانی برشمردند.

در زمینه عملکرد برندگان جایزه مالکوم بالـدریج نیـز پـژوهش‌هـایی صورت گرفته از جمله دیویس[۱۷] در پژوهشی با عنوان «رابطه بین چارچوب عملکرد و استقرار مالکوم بالدریج با استفاده از تئوری نسبت سودمندی» به بررسی دیدگاه مدیران بر اساس شاخص‌های مـالی همچون افزایش بازگشت سرمایه، افزایش سهام تجـاری، افـزایش جریان مالی و سود، افزایش بازگشت دارایـی، کـاهش هزینـه‌هـای ضمانت مشتری و هزینه‌های پایین بکارگیری (استقرار)پرداخـت تـا بکار گیری الگوی بالدریج را به عنوان الگویی مناسـب بـرای خـود ارزیابی و دستیابی به موفقیت در تولید و سـوددهی، معرفـی کنـد و این نتیجه حاصل شد که عملکرد مالی قویترین قضاوتی اسـت کـه مدیران برای اجرای الگـوی بالـدریج در نظـر مـی گیرنـد و نتـایج پژوهش‌های انجام شده، همه حاکی از آن است کـه الگـوی تعـالی سازمانی مالکوم بالدریج با ارزیابی مستمر سازمان و تعیین چالش‌ها و زمینه‌های بهبود سازمانی، موفقیت سازمان را تضمین می‌کند و با خصوصیت هم افزایی، کیفیت را برای سازمان بـه ارمغـان مـی‌آورد [۱۸].

از آنجا که در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ما به نتایج حاصل از ارائه و بکارگیری الگوهای تعالی سازمانی وکیفیت چنـدان تـوجهی نشده است، پژوهشگر بر آن شد تا با انجـام پژوهـشی بـه ارزیـابی عملکرد حاصل از اجرای این الگو که دارای نسخه جداگانه‌ای برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است بپردازد.

روش کار

در این پژوهش که یک مطالعه توصیفی – مقطعی اسـت، عملکـرد بیمارستان مورد مطالعه بر اساس معیارهای الگوی مالکوم بالـدریج مورد ارزیابی قرار گرفته است.

جامعه آماری پـژوهش حاضـر، بیمارسـتان آیـت ا... کاشـانی شـهر تهران اسـت کـه بـر اسـاس هفـت معیـار رهبـری، برنامـه ریـزی استراتژیک، تمرکز بر بیماران، مشتریان و بازارهـای مراقبـت‌هـای بهداشتی، سنجش، تحلیل و مدیریت اطلاعات، تمرکز بر کارکنـان، مدیریت فرآیندها و نتایج عملکرد سازمانی مورد ارزیابی قرار گرفت.

در این پژوهش نمونه گیری انجام نشد و تنها بیمارستان به عنـوان جامعه آماری مورد مطالعه قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌های پـژوهش، ۲۰ پرسـشنامه ارزیـابی عملکرد الگوی مالکوم بالدریج است که شامل:

۱ پرسشنامه در زمینه توصیف سازمانی بود و در سیستم امتیاز دهی قرار نداشت.

۱۳ پرسشنامه در حوزه ارزیابی فرآیندی عملکرد سازمانی بود.

www.SID.ir

Archive of SID

۶ پرسشنامه در زمینه ارزیابی نتایج عملکرد سازمانی بود.

در این الگو،هر یک از پرسشنامه‌ها از دو قسمت تشکیل شده‌اند: چارچوب معیار و عوامل سنجش معیار. در زمینه چارچوب معیار هیچ تفاوتی بین پرسشنامه‌ها وجود ندارد ولی عوامل سنجش معیار فرآیندی و نتایج عملکرد سازمانی با هم متفاوت است، به گونه‌ای که معیارهای فرآیندی بر اساس۴ عامل رویکرد، استقرار، یادگیری و انسجام سنجیده شده اند و معیار نتایج بر اساس۴ عامل سطح عملکرد، اطلاعات مقایسه‌ای و ترازیابی و ارتباط مقیاس‌ها با نتایج مورد سنجش قرار گرفته‌اند.

هریک از ۴ عامل رویکرد، استقرار، یادگیری و انسجام از صفر تا ۱۰۰، امتیاز و به۶گزینه تقسیم شده اند: (۵٪ – ۰)،(۲۰٪ – ۱۰)، (۴۰٪ – ۳۰)، (۶۰٪ – ۵۰) ، (۸۰٪ – ۷۰)، (۱۰۰٪ – ۹۰).

در خصوص نحوه تخصیص امتیازبه هر یک از ۴ عامل نتایج،شیوه کار همان منطق امتیازدهی معیار های فرآیندی بود.

با توجه به اینکه پرسشنامه های الگوی مورد استفاده در این پژوهش اختصاصاً برای ارزیابی بخش بهداشت و درمان تدوین شده است ، می‌توان اظهار نمود پرسشنامه‌های این الگو در دامنه موضوعی این پژوهش معتبر به شمار می‌آید.

داده های این پژوهش به روش میدانی و از طریق مصاحبه با مدیران بیمارستان، دستیابی به شواهد عینی ومستندات مربوط بود و تنها در حالتی امکان تخصیص امتیاز وجود داشت که تمامی مستندات مربوط موجود بوده و آثار بکارگیری آن بر اساس ۱۳ معیار فرآیندی و۶ معیار نتایج ،در محیط محرز باشد .

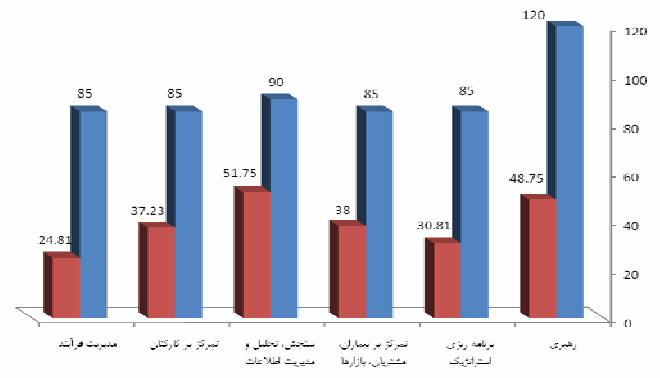
در نهایت ،عملکرد بیمارستان براساس محاسبه مجموع امتیاز های حاصل از هریک از معیار ها مورد قضاوت قرار گرفت .

نتایج

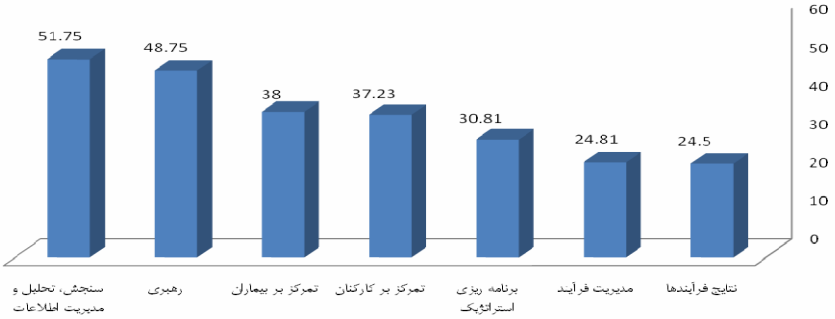
عملکرد بیمارستان آیت ا... کاشانی برمبنای معیار های فرآیندی ، به شرح زیر بود:

از ۱۲۰ امتیازمربوط به معیار رهبری ، ۴۸/۷۵ امتیاز ،از۸۵ امتیاز معیار برنامه ریزی استراتژیک ۳۰/۸۱ امتیاز، از ۸۵ امتیاز معیار تمرکز بر بیماران، مشتریان و بازارهای مراقبت‌های بهداشتی ، ۳۸ امتیاز ، از ۹۰ امتیاز معیار سنجش، تحلیل و مدیریت اطلاعات ، ۵۱/۷۵ امتیاز ، از ۸۵ امتیاز معیار تمرکز بر کارکنان ۳۷/۲۳ امتیاز و از ۸۵ امتیاز معیار مدیریت فرآیند، ۲۴/۸۱ امتیاز را درسال ۱۳۸۵ بدست آورد.

در مجموع این بیمارستان از ۵۵۰ امتیاز معیارهای فرآیندی، ۲۳۱/۲۵ امتیاز، کسب نمود.



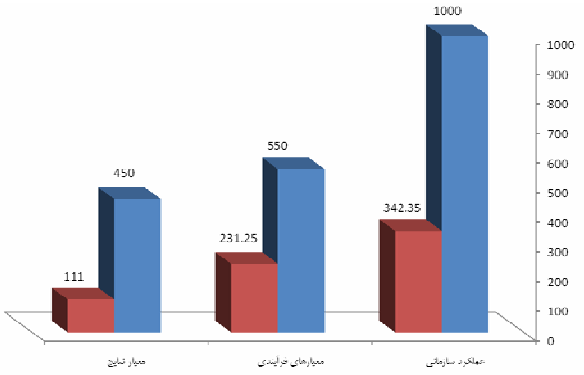
نمودارشماره۲- مقایسه امتیاز ارزیابی معیارهای فرآیندی بیمارستان آیت ا... کاشانی، ۱۳۸۵.



نمودارشماره۳- توزیع امتیاز ارزیابی حوزه های فرآیندی و نتایج بیمارستان آیت ا... کاشانی براساس معیارهای اصلی، ۱۳۸۵.

عملکرد بیمارستان برمبنای معیار های نتایج نیز، به شرح زیر بود:

از ۴۵۰ امتیازمربوط به معیار نتایج ، این بیمارستان توانست۱۱۱ امتیاز را کسب نماید.



نمودار شماره ٤- مقایسه امتیاز نهایی ارزیابی بیمارستان آیت ا... کاشانی براساس معیارهای فرآیندی و معیار نتایج، ۱۳۸۵.

www.SID.ir

Archive of SID

در مجموع امتیاز معیارهای فرآیندی عملکرد سازمانی، ۳۴۲/۲۵ امتیاز به عنوان عملکرد بیمارستان در سال ۱۳۸۵ بود.

بحث

بر اساس تحلیل داده‌ها و امتیازهای کسب شده از ۶ معیار اصلی فرآیندی ارزیابی عملکرد سازمانی این نتیجه حاصل شد که معیار برنامه ریزی استراتژیک در مرحله واکنش نسبت به مشکلات بود. معیار رهبری، تمرکز بر بیماران، مشتریان و بازارهای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، تمرکز بر کارکنان و مدیریت فرآیند در مرحله آغاز رویکرد سیستماتیک بودند و معیار سنجش، تحلیل و مدیریت اطلاعات در سنجش، تحلیل و بازنگری عملکرد در مرحله آغاز رویکرد سیستماتیک و در مدیریت اطلاعات دارای رویکرد انسجام یافته بود.

در زمینه معیار رهبری به این نتیجه رسیدیم که اگر معیار رهبری در هریک از مراحل رویکرد سیستماتیک، یکپارچه یا انسجام یافته قرار گیرد، دیگر معیارها نیز از آن تاثیر گرفته و در همان مراحل با تفاوت‌های اندک قرار می‌گیرند. آنچه که در این پژوهش مشاهده شد حاکی از آن بود که از ۶ معیار فرآیندی ارزیابی عملکرد سازمانی، ۳ معیار به همراه معیار رهبری در مرحله آغاز رویکرد سیستماتیک بودند . پریبوتاک و کاتشال [۱۹] هم در پژوهش خود بر تاثیر رهبری بر هریک از معیارهای فرآیندی به نتیجه مشابه دست یافتند. در واقع جهت‌گیری رهبری بر روی کلیه معیارهای فرآیندی و معیار نتایج تاثیر گذار است.

بررسی معیار برنامه‌ریزی استراتژیک نشان داد که دیدگاه بیمارستان نسبت به برنامه‌ریزی استراتژیک به صورت نظا مند نبوده و جایگاه برنامه‌ریزی استراتژیک در پیشبرد اهداف سازمانی تعریف نشده است. در حالیکه پژوهش ها نشان می‌دهند که در توفیق الگوهای کیفیت، وجود برنامه ریزی استراتژیک الزامی‌است[۲۰]. در همین راستا ، میرا و کولیر هم توسعه و استقرار استراتژی‌ها را برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ضروری می‌دانند[۱۴].

در زمینه تمرکز بر بیماران، مشتریان و بازارهای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی این نتایج برای بیمارستان حاصل شد که موفقیت در برآورده سازی نیازهای اولیه بیماران و مشتریان و بازارهای مراقبت‌های بهداشتی حاصل شده، ولی به جهت آنکه اولویت‌ها، نیازها، انتظارات بیماران، مشتریان و بازارهای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در سطوح مختلف تعیین نشده‌اند، لذا در تامین نیاز های کامل آنان توفیق مناسبی بدست نیامده است . مطالعات گسترده در زمینه کیفیت، اهمیت شناخت نیازهای مشتری و رضایت مشتری را آشکار ساخته، به گونه‌ای که حسینی[۲۱] تمرکز بر مشتری را یک سیستم پشتیبان بازاریابی معرفی می نماید و معتقد است که مدیران برای دستیابی به بهترین عملکرد لازم است که بر روی نیازها و رضایت مشتریان متمرکز شوند.

یافته های مربوط به سنجش، تحلیل و مدیریت اطلاعات موید آن بود که سنجش، تحلیل و بازنگری عملکرد در قالب مقیاس‌ها و شاخص‌های کمی‌عملکرد اعمال می‌شود و به شاخص‌های کیفی توجهی نگردیده است . در عین حال، مدیریت اطلاعات به صورت انسجام یافته ارائه می‌شود و امنیت و صحت، دقت و امکان دسترسی به اطلاعات و داده‌ها رعایت می‌شود. حمیدی[۲۰] یکی از عوامل ناکامی در برنامه های بهبود کیفیت در بخش بهداشت و درمان را ناقص بودن اطلاعات بر شمرده است در حالیکه در این پژوهش ضعف در بکارگیری اطلاعات موجود و تحلیل و بازنگری آنها وجود دارد.

در زمینه معیار تمرکز بر کارکنان یافته ها نشان داد که سازماندهی و مدیریت کار و عملکرد کارکنان و استخدام و ارتقاء شغلی به صورت متمرکز و سنتی ارائه می‌شوند. نیازهای آموزشی از پیش تعیین شده اند و از تاثیر آموزش بر عملکرد فردی و سازمانی کارکنان و مهارت‌های شغلی آنان ارزیابی صورت نمی‌گیرد. ارزیابی رضایتمندی و رفاه کارکنان نیز از جمله مواردی است که به آن کم توجه شده است و مشارکت کارکنان در فعالیتها محدود است. این یافته ها با یافته های حمیدی که نشان داد، سطح مشارکت کارکنان در کلیه سطوح عملکردی ۵۰٪ پایین و ۵۰٪ متوسط بوده و در هیچ سطحی مشارکت کارکنان بالا نبوده است،هم خوانی دارد [۲۰].

در زمینه معیار مدیریت فرآیند این نتایج حاصل شد که توجه به طراحی فرآیند فعالیت‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و فعالیت‌های پشتیبانی تازه شکل گرفته است و هنوز در مرحله شناسایی فرآیندهای مراقبتی و حمایتی می‌باشد. نیک نیاز نیز در مطالعه خود در زمینه فرآیندسازی و ارتقاء فرآیندها کم توجهی به فرآیندهای حمایتی را گوشزد نموده و سهم آنرا از فرآیندسازی و ارتقاء فرآیندها ۲۹٪ می‌داند[۲۲]. در حالیکه یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که عملکرد فرآیندهای حمایتی با اختلاف اندک برتر از عملکرد فرآیندهای مراقبتی است.

از سوی دیگر ،بررسی معیار نتایج حاکی از آن بود که توجه به معیار نتایج در حوزه‌های تعیین شده محدود و تنها در قالب نتایج کمی‌است و شاخص‌ها و مقیاس‌های کلیدی نتایج در حوزه‌های مختلف تعریف نشده‌اند و روش‌های فعلی در تعیین شاخص‌های

www.SID.ir

Archive of SID

کمی‌نیز از مبانی خاصی پیروی نمی‌کنند و از سوئی ارائه همین نتایج کمی به حوزه‌ها و واحدهای مختلف به صورت محدود صورت می‌پذیرد. بهره‌گیری از اطلاعات مقایسه‌ای و ترازیابی نیاز به یک سیستم دقیق تحلیل نتایج دارد که آن هم اعمال نمی‌شود تا در جهت بهبود مستمر نتایج اقدام شود. پژوهشی که سالاریان[۲۳] در زمینه ارتباط مدیریت کیفیت و عملکرد اجرایی در بیمارستان‌ها انجام داد هم راستا با یافته های این پژوهش است به گونه ای که بیمارستان‌ها صرفا بر اساس امکانات، تسهیلات ساختاری، تشکیلاتی، تجهیزاتی و بکار بردن استانداردهای یکسان ،بدون توجه به نحوه و میزان بکارگیری منابع و امکانات مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. در حالیکه بررسی شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها امری اجتناب نا پذیر است.

در خاتمه به نظر می رسد که با بکارگیری الگوی بالدریج به عنوان ابزاری برای ارزیابی عملکرد و تعالی بیمارستان می‌توان اطمینان حاصل نمود که همه معیارها به عنوان اجزاء یک نظام ، در ارتباط با یکدیگر بوده و از هم تاثیر می‌پذیرند. با تاثیرمتقابل اجزاء به دلیل نگرش نظامند، امکان شناخت از ورودی‌ها، خروجی‌ها، اجزاء نظام ، فرآیندها و بازخوردها فراهم می‌شود و بستر یادگیری سازمانی و زمینه‌های بهبود تامین می‌شود و از آنجا که ارزیابی عملکرد تنها بررسی شاخص‌های کمی‌و خروجی‌هایی همچون ضریب اشتغال تخت، نسبت پذیرش برای هر تخت، متوسط اقامت بیمار و... نیست (البته بکارگیری هر یک از این شاخص‌ها نیز در جای خود امری ضروری و لازم است ولی کافی نیست)،با بکارگیری این الگوی تعالی سازمانی، امکان مقایسه عملکردوتغییر در روند عملکرد در زمانهای متفاوت ، مقایسه با بهترین وضعیت عملکردی، فراهم می‌شود.

تشکر و قدردانی

تیم پژوهشی مراتب قدردانی خودرا از کارکنان ومدیران بیمارستان آیت ا... کاشانی به جهت همکاری خوب آنان در ارائه اطلاعات اعلام می دارد .

www.SID.ir

Archive of SID

مراجع

1- Selsele M. Education & its relation to improvement of function .1384. http://www.civilica.com/Paper-NCPM02-NCPM02_037.htm. Persian.

2-- Khalili A. Hospital management. Kooshamehr publication.1376 Tehran. Persian.

3- Scales, F. Nursing curriculum: development, structure, functions. Norwalk Century crofts, 1985

4- Farzandipoor M., Asefzadeh S., Rabeei R.Assessment of consideration on the importance of Medical Records Department standards of Kashan Hospitals.Hayat J. 2004 ;28(1): 28-33. Persian.

5-Sarir M, Zandinezhad F. The Effect of Education on Infection Control Measures in Shiraz Dental Offices (2002-2004). Shiraz Univ. Dent. J. 2006; 6(3, 4):17-25. Persian.

6- Mahboube Haji Foghaha, Tahere Keshavarz. The rate of midwives' awareness of working at midwifery offices, hospitals and clinics in Shiraz from Islamic Punishment Laws related to medical practitioners in 2007.Sci J Forensic Med. 2008;49(1): 18-21.Persian.

7- Jalali R, Abdul-maleki P, Kahrizi M. Continuous nursing education from nurses' point of view. Behboud J. 2006; 28(1): 67-75. Persian.

8- Yazdanpanahi Z, Pouryazdanparast L, Hagpanah Sand Saem J. The assessment of the effectiveness of continuous evaluation and education in usage of standard rules in midwifery offices in Shiraz (2001–2002).Journal of Midwifery & Women's Health. 2005 September-October; 50(5): 442.

9-Oztürk M, Ozeç I, Kiliç E. Utilization of personal protective equipment in dental practice. Int Dent J. 2003 Aug; 53(4):216-9.

10- Askarian M, Khalooei A, Karimi A, Eimanieh MH, Razmara H. A survey of the observance of environmental health standards in university associated hospitals in Fars, 1380. Armaghane danesh J. 2002; 27(7): 31-38. Persian.

11- Kearns HP, Burke FJ ,Cheung SW. Cross-infection control in dental practice in the Republic of Ireland .Int Dent J. 2001 Feb; 51(1):17-22.

12- Clinical practice in infection control methods in hemodialysis units. Hayat J. 2007; 32(1): 63-72 Persian.

13- Banaeian Sh, Sereshti M. Knowledge of midwives, from Chaharmahal and Bakhtiary province to ward midwifery legal and religious commandments and some of the relevant factors in 2006. Shahrekord University of Medical Sciences J. 2007; 35(2): 37-44. Persian

www.SID.ir