

- وصول مقاله: ۸۸/۰۳/۱۴
- اصلاح نهایی: ۸۸/۰۵/۲۵
- پذیرش نهایی: ۸۸/۰۶/۱۹

رابطه نظام‌های مدیریت کیفیت با اثربخشی عملکرد بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران

مهدی ایران نژاد پاریزی ۱ / سید جمال الدین طبیبی ۲ / علی هاشم زهی ۴

چکیده

مقدمه: مراکز بیمارستانی از ارکان نظام سلامت در هر کشوری هستند. اصلاح نظام سلامت بدون بهبود عملکرد این مراکز مقدور نخواهد بود. در بیمارستان‌ها از یک سو به دلیل محدودیت و دیربازدهی منابع و ضرورت ارائه خدمات مطلوب، استفاده از رویکردهای بهبود کیفیت، حیاتی می‌باشد. در همین راستا هدف مطالعه جاری، بررسی رابطه میان فراوانی نظام‌های نوین مدیریت کیفیت در اثربخشی عملکرد بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران می‌باشد.

روش پژوهش: پژوهش کمی حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر نوع همبستگی و از نظر زمان نیز به صورت مقطعی صورت گرفته است. به منظور نیل به اهداف پژوهش تعداد ۵۰ پرسشنامه تکمیل شده توسط مسئولان و مدیران ارشد ۳۲ بیمارستان آموزشی شهر تهران، تحلیل گردید. روایی پرسشنامه‌ها توسط اعمال نظرات خبرگان و پایایی آن‌ها نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد میانگین و انحراف معیار و برای مقایسه دو گروه از آزمون t و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: در بررسی رابطه میان به کارگیری همزمان نظام‌های نوین بهبود عملکرد با اثربخشی حاصل از آن‌ها مقدار آماره t برابر با ۳.۹۳ در سطح معنی داری $P < 0.01$ حاصل گردید که نشان دهنده تفاوت معنی دار در اثربخشی عملکرد بیمارستان‌های دارای بیش از دو رویکرد و سایر مراکز می‌باشد. با اعمال آزمون همبستگی پیرسون نیز رابطه معنی دار قوی و مثبتی (۰.۶۳۰) میان تعداد رویکردهای مورد استفاده و اثربخشی نظام‌ها (در سطح معنی داری $P < 0.01$) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: در به کارگیری الگوهای بهبود کیفیت، تلاش گردد نقاط ضعف الگوها مورد توجه قرار گرفته، و به منظور تقویت نتایج، از رویکردهای دیگر جهت پوشش آن‌ها استفاده شود.

کلید واژه‌ها: نظام‌های مدیریت کیفیت، روش امتیازی متوازن، ایزو، الگوی تعالی و سرآمدی، بیمارستان

۱. استادیار گروه مدیریت اجرایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
۲. استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران، نویسنده مسئول (Alihashemzehi@gmail.com)

مقدمه

کیفیت را بر اساس روش طراحی و با توجه به اهداف پژوهش، می‌توان به دو دسته کلی تقسیم نمود:

- رویکردهای دارای منشأ صنعتی: از جمله الگوی تعالی و سرآمدی سازمان‌ها (EFQM: European Foundation for Quality Management)، روش امتیازی متوازن (BSC: The Balanced Score Card)، استانداردهای ایزو (ISO: International Standard Organization) و شش سیگما.

- رویکردهای ویژه بخش بهداشت و درمان: مانند اعتبارسنجی، حاکمیت بالینی و الگوی سفارشی مالکوم بالدريج برای بخش بهداشت و درمان.

هریک از رویکردهای موجود در این دسته‌ها طراحی و چیدمان خاصی را پیشنهاد می‌دهند که شاخص‌های عملکرد سازمان بایستی بر طبق آن ساختار یابند. در تعدادی از آن‌ها نیز، فرایندهایی به منظور تبیین نحوه طراحی شاخص‌ها و استقرار نظام سنجش عملکرد دیده شده‌است.

در ایران، هر چند سیاستگذاران در بند دوازدهم دستورالعمل استاندارد در مورد ضوابط ارزشیابی، مراکز درمانی را ترغیب به ارتقاء کیفیت فراتر از استانداردهای ملی و تلاش در جهت احراز استانداردهای بین‌المللی نموده‌اند. [۹]، اما به نظر می‌رسد تا امروز پیشرفت کمی در رویکردهای سنجش عملکرد بخش بهداشت و درمان عمومی حاصل شده‌است. [۱۰]، به گونه‌ای که برخی مطالعات بیانگر ناکافی بودن روش‌های ارزیابی بیمارستان طبق الگوی وزارت بهداشت [۱۱] بوده و برخی نیز به ناکارآمد بودن استفاده از منابع بخش درمان ایران اشاره می‌کنند. [۱۲] این در حالی است که توجه به نظام‌های نوین بهبود کیفیت در سازمان‌های سرتاسر جهان به شدت افزایش یافته و بسیاری از آن‌ها از رویکردهای فوق برای دست‌یابی به اهداف خویش استفاده می‌نمایند. [۱۳] از همین رو، مطالعه جاری به بررسی چگونگی نظام‌های بهبود کیفیت در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران پرداخته و رابطه میان فراوانی به کارگیری آن‌ها و اثربخشی عملکرد را بررسی نموده‌است. منظور از اثربخشی، میزان

مراکز بیمارستانی از ارکان نظام سلامت در هر کشوری هستند و اصلاح نظام سلامت بدون پرداختن به این مراکز و بهبود و ارتقاء عملکرد این مراکز مقدور نخواهد بود. [۱] در بیمارستان‌ها از یک سو به دلیل محدودیت، دیربازدهی [۲] و لزوم استفاده حداکثری از منابع موجود [۳] و همچنین ضرورت ارائه خدمات مطلوب و بهبود کیفیت، [۴] استفاده از رویکردی مناسب جهت ارزیابی عملکرد و بهبود آن حیاتی می‌باشد. زیرا تحقق اهداف بیمارستان بدون وجود یک الگوی جامع به منظور ارزیابی و بازنگری برنامه‌ها امکان‌پذیر نبوده و آن‌ها نمی‌توانند بدون توجه به واقعیت‌ها و نتایج حاصل از فعالیت‌ها، مدیریت مؤثر خود را بر اجرای برنامه‌ها اعمال نمایند. بدیهی است که ارائه و به‌کارگیری چنین رویکردی می‌تواند عملکرد بیمارستان‌ها را جهت داده و دارای چشم اندازها و افق‌های روشن نماید. [۵]

رویکردهای مختلفی در مورد مدیریت عملکرد مطرح شده‌است که هر کدام دارای نقاط قوت و ضعفی هستند و ارائه‌دهندگان آن‌ها هر کدام جنبه‌های خاصی را در سازمان مورد توجه قرار داده‌اند. [۶] اغلب این رویکردها به مرور زمان و جهت پاسخ‌گویی به نیازهای محیطی جامع‌تر شده، معیارهای بیشتری را مد نظر قرار داده و تکامل یافته‌اند. [۷]

بیمارستان‌ها به فراخور نیاز در ابتدا تنها از شاخص‌ها و معیارهای محدودی برای ارزیابی عملکرد استفاده می‌کردند. گسترش فعالیت‌ها و حوزه عملکرد سازمانی، پویایی محیط و مطرح شدن موضوع‌ها و مسائل نوین مدیریتی مانند رضایت مشتری، مسئولیت اجتماعی و... آن‌ها را بر آن داشت تا به شاخص‌های محدود اکتفا نکنند. از این رو الگوهای جامع و چند معیاره برای ارزیابی سازمان‌ها شکل گرفت و به تدریج تکامل یافت. این رویکردها سازمان را از ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار می‌دهند و با در نظر گرفتن شاخص‌های چندگانه، ابزارهای مناسبی را برای ارزیابی عملکرد سازمان‌های نوین فراهم می‌سازند. [۸] به طور کلی رویکردهای بهبود

هوک [۱۷] و آزر [۱۳] با اعمال تغییراتی جهت استفاده در جامعه پژوهش، مورد استفاده قرار گرفت. سوالات مربوط به اثربخشی عملکرد با مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (Likert Scale) اندازه گیری شد، به گونه‌ای که، به گزینه بسیار زیاد امتیاز ۵، زیاد ۴، متوسط ۳، کم ۲ و بسیار کم ۱ امتیاز نسبت داده شد. جهت بررسی نظام‌های بهبود کیفیت نیز چهار گزینه عدم توجه به رویکرد، بررسی و سپس رد شدن آن، نیمه تمام رها شده و در حال اجرا مد نظر قرار گرفتند. همچنین لازم به ذکر است که ابزار مذکور دارای ۳۰ سؤال بود و پایایی و روایی قسمت‌های مختلف آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰.۷ و همچنین اعمال نظرات کارشناسان امر مورد تأیید قرار گرفت.

جهت گرد آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگران با مراجعه به تک تک بیمارستان‌ها در اختیار مدیران ارشد قرار گرفت، و بعد از تکمیل به صورت حضوری جمع آوری گردید. صحت پاسخ‌ها نیز در طی مصاحبه با مسئولان مراکز و همچنین اطلاعات مندرج در پایگاه‌های اینترنتی آنها مورد تأیید قرار گرفت.

از نظر زمانی پژوهش جاری در هشت ماه نخست سال ۱۳۸۹ در سطح شهر تهران صورت پذیرفت. بدین ترتیب که پس از انجام مکاتبات اداری با مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی تعداد شصت پرسشنامه در میان ۳۴ بیمارستان آموزشی شهر تهران توزیع گردید که از این میان با عدم همکاری دو بیمارستان شهید رجایی و شهدای تجریش، اطلاعات حاصل از پنجاه پرسشنامه عودت یافته مورد تحلیل قرار گرفت.

جهت بررسی داده‌ها، نخست از روش‌های آمار توصیفی و برای بررسی رابطه میان تعداد نظام‌های بهبود کیفیت و اثربخشی عملکرد از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. جهت دسته بندی مراکز نیز پس از مشورت با کارشناسان امر به ازای هر نظام در حال اجرا و برای هر سال به کارگیری آن (به دلیل بلوغ و پختگی رویکرد)، دو امتیاز و برای نظام‌هایی که به صورت نیمه تمام رها شده

فواید حاصل از نظام‌های بهبود کیفیت می‌باشد که توسط پاسخ‌دهندگان در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران گزارش شده است.

روش پژوهش

پژوهش کمی حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر نوع همبستگی و از نظر زمان نیز به صورت مقطعی صورت گرفته است. به منظور نیل به اهداف پژوهش ابتدا در بخشی از تحقیق از مطالعه کتابخانه‌ای استفاده شده و سپس نتایج حاصل از این مطالعه به صورت میدانی مورد بررسی قرار گرفته است.

با توجه به گستردگی موضوع مورد مطالعه در سطح بیمارستان‌های دولتی کشور و همچنین جایگاه مهم بیمارستان‌های آموزشی در نظام بهداشت و درمان [۱۴]، تصمیم بر آن شد تا پژوهش به سمت بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران هدایت گردد. این امر با توجه به محدودیت منابع و محدودیت زمانی تحقیق بسیار عملی‌تر و قابل حصول‌تر بود. بنابراین جامعه پژوهش عبارت است از تعداد ۳۵ بیمارستان آموزشی شهر تهران. با توجه به تعداد محدود بیمارستان‌ها، تعداد نمونه نیز تفاوت قابل ملاحظه‌ای با حجم جامعه پژوهش نداشته است. با این وجود از آنجا که پیش بینی می‌گردید به لحاظ پراکندگی جغرافیایی، مشغله مدیران و همچنین نظام‌های اداری دولتی جمع‌آوری اطلاعات در تعدادی از بیمارستان‌ها با مشکلاتی همراه گردد، نمونه پژوهش مطابق با جدول کرجسی و مورگان [۱۵]، و مطابق با فرمول تصحیح نمونه گیری حجم جامعه محدود کوکران [۱۶]، برابر با ۳۲ بیمارستان تعیین گردید.

این مطالعه در ابتدا بر چگونگی وضعیت مهمترین نظام‌های بهبود کیفیت در جامعه پژوهش تمرکز نموده و نهایتاً به بررسی رابطه میان فراوانی نظام‌های به کار گرفته شده و اثربخشی عملکرد بیمارستان‌ها پرداخته شده است. با توجه به شرایط سازمان‌های دولتی ایران، پرسشنامه به عنوان ابزار اصلی گردآوری داده‌های پژوهش انتخاب گردید. [۱۵] در همین راستا قسمت‌هایی از پرسشنامه

اثربخشی و روش اعتباربخشی، این رویکرد مورد توجه قرار نگرفته است.

یافته‌های پژوهش در خصوص انواع الگوهای مورد استفاده در جامعه پژوهش بدین شرح می‌باشد:

مدل حاکمیت بالینی مدلی است که در حال حاضر بیشتر در دانشگاه تهران (۹۳ درصد) مد نظر قرار گرفته و دو دانشگاه ایران (۷ درصد) و شهید بهشتی (۰ درصد) چندان به آن نپرداخته‌اند. لازم به ذکر است که بیمارستان فیروزگر دانشگاه ایران تنها بیمارستانی است که خارج از حیطه دانشگاه تهران به الگوی حاکمیت بالینی توجه نموده است.

دانشگاه شهید بهشتی با بیشترین پیاده سازی الگوی تعالی و سرآمدی بیمارستان‌ها، رتبه اول و دانشگاه‌های ایران (۳۸ درصد) و تهران (۳۶ درصد) نیز رتبه‌های دوم و سوم استفاده از این نظام‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. ضمن این که مقادیر گزارش شده انصراف در دانشگاه‌های ایران (۱۰ درصد) و تهران (۷ درصد) نیز قابل توجه به نظر می‌رسد و دلایل شکست این رویکرد در آن‌ها قابل بررسی می‌باشد (جدول ۱).

پس از بررسی الگوهای فوق مرتبه دوم اهمیت و

بودند نیز به دلیل باقی ماندن برخی اثرات آن‌ها در سازمان (مانند مستند شدن فرآیندها) یک امتیاز در نظر گرفته شد. همچنین لازم به ذکر است که نرم افزار مورد استفاده جهت تحلیل داده‌ها SPSS ویرایش هجده بوده است.

یافته‌ها

تعداد ۵۰ پرسشنامه در ۳۲ بیمارستان آموزشی شهر تهران توسط پاسخ دهندگان تکمیل گردید. نرخ پاسخ گویی و بازگشت پرسشنامه‌ها به میزان ۸۳.۳۳ درصد محاسبه گردید که با توجه به مشکلات اداری و دولتی بودن مراکز مورد بررسی نرخ مناسب به نظر می‌رسد. با توجه به ادبیات پژوهش مخاطبان اصلی پرسشنامه‌ها مدیران و مسئولان بیمارستان‌ها تعیین شده بودند لکن به دلیل مشغله کاری و تفویض اختیار تعداد ۵ پرسشنامه (۱۰ درصد) توسط کارشناسان واحدها پاسخ داده شده است.

پس از بررسی‌های کتابخانه‌ای و میدانی رویکردهای تعالی و سرآمدی سازمان، ایزو، مالوم بالدریج، حاکمیت بالینی، شش سیگما و روش امتیازی متوازن مورد توجه قرار گرفتند. همچنین با توجه به ادبیات تحقیق در خصوص عدم مشاهده شواهد کافی مبنی بر ارتباط میان

جدول ۱: فراوانی الگوهای بهبود کیفیت در جامعه پژوهش (به تفکیک دانشگاه)

مد نظر قرار نگرفته	مد نظر قرار گرفته و سپس رد شده	پیاده سازی و سپس رها شده	در حال اجرا و پیاده سازی	
(۱۰) ۷۱.۴٪	(۱) ۷.۱٪	(۲) ۱۴.۳٪	(۱) ۷.۱٪	درصد دانشگاه تهران (فراوانی)
(۴) ۵۰٪	۰٪	(۱) ۱۲.۵٪	(۳) ۳۷.۵٪	ایزو درصد دانشگاه ایران (فراوانی)
(۶) ۶۰٪	۰٪	۰٪	(۴) ۴۰٪	درصد دانشگاه شهید بهشتی (فراوانی)
(۸) ۵۷٪	۰٪	(۱) ۷٪	(۵) ۳۶٪	درصد دانشگاه تهران (فراوانی)
(۵) ۶۳٪	۰٪	۰٪	(۳) ۳۸٪	مدل تعالی سازمانی درصد دانشگاه ایران (فراوانی)
(۳) ۳۰٪	۰٪	(۱) ۱۰٪	(۶) ۶۰٪	درصد دانشگاه شهید بهشتی (فراوانی)
(۱۳) ۹۲.۹٪	(۱) ۷.۱٪	۰٪	۰٪	درصد دانشگاه تهران (فراوانی)
(۵) ۶۲.۵٪	۰٪	۰٪	(۳) ۳۷.۵٪	روش امتیازی متوازن درصد دانشگاه ایران (فراوانی)
(۷) ۷۰.۰٪	۰٪	۰٪	(۳) ۳۰٪	درصد دانشگاه شهید بهشتی (فراوانی)

به حمایت بیشتر از پژوهش‌های کاربردی (2.09 ± 0.893) و افزایش هماهنگی با سایر مراکز دولتی (2.09 ± 0.856) اشاره نمود که هر دو به صورت متمایزی جدا از سایر منافع حاصله قرار گرفته‌اند.

تحلیل عاملی متغیر اثربخشی عملکرد نشان دهنده وجود سه عامل در آن می‌باشد که به ترتیب عبارتند از: محیط و جامعه (2.273 ± 0.264)، بهبود عملیاتی (2.60 ± 0.144) و توسعه پایه‌ای (2.38 ± 0.285). (جدول ۲)

در حالی که نه مرکز مورد مطالعه (۲۸.۱ درصد) از هیچ نظام نوین سنجش عملکردی استفاده ننموده و به همین تعداد نیز تنها از یک رویکرد بهره برده‌اند، اکثریت مراکز مورد مطالعه یعنی چهارده بیمارستان (۴۴ درصد) عنوان نموده‌اند که بیش از یک رویکرد را پیاده سازی و اجرا نموده‌اند.

از مجموع چهارده مرکزی که الگوی تعالی و سرآمدی را پیاده سازی نموده و یا در دست اجرا دارند شش مرکز همزمان به روش امتیازی متوازن نیز توجه نموده‌اند که این امر معادل پیاده سازی ۴۳ درصد همزمان این دو رویکرد در نمونه‌های مورد مطالعه می‌باشد.

یافته‌ها حاکی از آن است که در ۵۰ درصد موارد، مراکزی که الگوی تعالی و سرآمدی را اجرا نموده‌اند به استاندارد ایزو نیز توجه نموده‌اند. همچنین بررسی دقیق تر موضوع نشان دهنده آن است که از تعداد چهارده بیمارستانی که الگوی تعالی و سرآمدی را اجرا نموده‌اند، شش بیمارستان (۴۳ درصد) همزمان هر دو روش امتیازی متوازن و استاندارد ایزو را نیز به خدمت گرفته‌اند. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفته که پیاده سازی همزمان رویکردهای فوق در مراکز تحت مطالعه بسیار چشم گیر است تا آنجا که از تعداد هفت مرکز دارای استاندارد ایزو شش مرکز (۸۶ درصد) همزمان روش امتیازی متوازن را نیز در دستور کار خودشان قرار داده‌اند. همچنین باید عنوان نمود که میزان پیاده سازی همزمان سه رویکرد EFQM، BSC و ایزو در ۱۲ درصد از کل بیمارستان‌های مورد بررسی و ۲۸ درصد از بیمارستان‌هایی که به بیش از یک رویکرد توجه کرده‌اند گزارش شده‌است.

کاربرد را می‌بایست به حضور نسبتاً پر رنگ استاندارد ایزو نسبت داد. پاسخ‌های مخاطبان حاکی از آن است که ۲۵ درصد مراکز درمانی آموزشی مورد مطالعه، استاندارد فوق را پیاده سازی نموده و یا در حال پیاده سازی آن می‌باشند. این در حالی است که حدود ۱۰ درصد مراکز نیز پس از پیاده سازی کامل آن به دلایلی مانند هزینه‌های این رویکرد و یا عدم مشاهده نتایج ملموس استفاده از آنرا متوقف نموده‌اند.

در مراکز وابسته به دانشگاه تهران هیچ گونه موردی از پیاده سازی روش امتیازی متوازن گزارش نشده‌است. در این بین دانشگاه ایران بالاترین نرخ پیاده سازی این رویکرد را گزارش نموده، در حالی که در مراکز وابسته دانشگاه شهید بهشتی نیز با میزان قابل توجهی در استفاده از این روش دیده می‌شود.

رویکردهای شش سیگما و مالکوم بالدريج را نیز می‌توان از مواردی دانست که مشاهدات محدودی در خصوص پیاده سازی آن‌ها به ثبت رسیده‌است. لازم به ذکر است که هر سه مورد مشاهده شده در خصوص پیاده سازی کامل و یا نیمه تمام شش سیگما و مالکوم بالدريج مربوط به مراکز وابسته به دانشگاه شهید بهشتی می‌باشد.

در خصوص میزان اثربخشی عملکرد باید بیان نمود که میانگین کلی 2.56 ± 0.61 نشان دهنده میزان پایین تر از حد متوسط آن در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران می‌باشد. در این میان دانشگاه شهید بهشتی بیشترین (2.75 ± 0.68) و دانشگاه تهران (2.37 ± 0.37) کمتر اثربخشی را گزارش نموده‌اند. ضمن آنکه دانشگاه ایران (2.64 ± 0.79) نیز در حد فاصل این دو قرار گرفته‌است.

باید خاطر نشان نمود که افزایش پاسخ‌گویی به مشتریان از جمله شهروندان و بیماران مهمترین منفعت به کارگیری این نظام‌ها اعلام شده‌است. به گونه‌ای که ۷۵ درصد آن‌ها این افزایش را متوسط و بیشتر از آن اعلام نموده‌اند. افزایش کیفیت خدمات ارائه شده نیز میزان نسبتاً مناسب (۲.۸۷) را نشان می‌دهد که حدود ۸۷ درصد مخاطبان آن را گزارش نموده‌اند. جهت مطالعه مواردی که کمترین نفع را از نظام‌های بهبود کیفیت برده‌اند نیز می‌توان

جدول ۲: تحلیل عاملی فواید نظام‌های بهبود کیفیت و رتبه بندی آن‌ها

عامل ۳: توسعه پایایی		عامل ۲: بهبود عملیاتی		عامل ۱: محیط و جامعه	
رتبه	امتیاز (از ۵)	رتبه	امتیاز (از ۵)	رتبه	امتیاز (از ۵)
۶	۲۶۶	۳	۲۷۵	۱	۳۰۳
۶	۲۶۶	۴	۲۷۲	۲	۲۸۷
۱۱	۲۴۱	۶	۲۶۶	۳	۲۷۵
۱۴	۲۰۹	۷	۲۶۳	۵	۲۶۹
۱۴	۲۰۹	۹	۲۵۰	۸	۲۵۳
		۱۲	۲۳۷	۱۰	۲۴۴
				۱۳	۲۲۲

جهت بررسی بیشتر، رابطه میان به کارگیری همزمان نظام‌های نوین بهبود عملکرد با اثربخشی حاصل از آن‌ها توسط آزمون t ، بررسی گردید. مقدار آماره t برابر با ۳.۹۳ نشان دهنده تفاوت معنی دار (در سطح $P < 0.000$) اثربخشی عملکرد، میان بیمارستان‌های دارای بیش از دو رویکرد و سایر مراکز می‌باشد. با اعمال آزمون همبستگی پیرسون نیز رابطه معنی دار قوی و مثبتی (۰.۶۳۰) میان تعداد رویکردهای مورد استفاده و اثربخشی رویکردها (در سطح معنی داری $P < 0.01$) مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری

در بررسی نظام‌های بهبود کیفیت، روش امتیازی متوازن نیز به عنوان یکی از رویکردها مورد بررسی قرار گرفت. این روش در پی کنترل عملیات کوتاه مدت سازمان با چشم انداز و استراتژی‌های بلند مدت آن است. [۱۸] این الگو با تمرکز بر استراتژی‌های سازمان قادر به اندازه گیری بهره‌وری در محیط‌های بسیار پیچیده و سیاسی دولتی می‌باشد. [۱۹]

ورود این رویکرد به سازمان‌های بخش بهداشت و درمان را می‌بایست به حدود یک دهه پس از معرفی آن دانست. [۲۰] روش ارزیابی متوازن در اغلب سازمان‌های ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای آمریکا، استرالیا، کانادا و نیوزیلند به صورت مستقل از کل و در قالب واحدهای استراتژیک، طراحی شده است. [۷] چنین به نظر می‌رسد که این روش برای ارزیابی سازمان‌ها و مراکز آموزشی درمانی، چهارچوبی مناسب باشد. [۲۱] این الگو بدلیل چارچوب ویژه‌ای که بازخورد سازمانی، جریان اطلاعات پیش‌نگر و آینده‌نگر را تسهیل می‌کند، مورد توجه می‌باشد. [۲۲]

برخی از چالش‌هایی که فراروی پیاده سازی این روش در بیمارستان‌ها می‌باشد عبارتند از: مشکل بودن ایجاد تغییر در فرآیندهای بخش سلامت، تنوع نیازها، بروز تعارض میان اهداف مدیران و پزشکان، ناکافی بودن نظام‌های اطلاعاتی [۲۳]، دشوار بودن تدوین شاخص‌های صحیح [۱۴]، کمبود تعهد، عدم ثبات در شرایط متغیر

پذیرفته نشده است، به طوری که در سال ۱۹۹۶ میلادی تعدادی از انجمن‌های پزشکی و شرکت‌های بیمه آلمانی، بیانیه مشترکی در این باره منتشر کردند. بر طبق این بیانیه، استانداردهای ایزو، اثرات نهایی خدمات بر جامعه تحت پوشش، نتایج خدمات بالینی و معیارهای واجد شرایط بودن کارکنان بیمارستان را پوشش نمی‌دهد. [۲۸]

استانداردهای سری ۹۰۰۰ اقدامات اداری و مدیریتی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و اغلب در بخش‌های فنی و تخصصی مثل آزمایشگاه، رادیولوژی و حمل و نقل و همچنین در موارد محدودی برای ارزیابی کامل کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. [۲۲]

استانداردهای ارزیابی فقط جنبه ممیزی و صدور گواهی دارد و به توسعه سازمان و بررسی عملکرد بیمارستان کمتر می‌پردازد. درک و فهم اصطلاحات به کار گرفته شده در استانداردها و مفاهیم آن نیز نسبتاً مشکل است. [۲۹]

فرآیند ممیزی در ایزو هر چند هدف مستقیمی برای ارتقای عملکرد بیمارستان ندارد [۳۰]، لکن بررسی‌ها حاکی از آن است که ممیزی‌های انجام شده در این سازمان‌ها رشد قابل توجهی در ابعاد مختلف عملکرد بوجود آورده است. [۳۱]

بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت یک سازمان غیر انتفاعی است که در سال ۱۹۸۸ میلادی توسط چهارده شرکت معتبر اروپایی و با حمایت اتحادیه اروپا تأسیس گردید. حدود یک دهه پس از آنه الگوی تعالی سازمان‌ها، گروه بهداشت و درمان بنیاد اروپایی ایجاد شد تا رسالت خود را به انجام رساند که عبارت بود از: «عامل هدایت‌کننده برتری پایدار در سازمان‌های بهداشتی درمانی اروپا». تقریباً در تمام کشورهای اروپایی رویکرد بنیاد اروپایی در سازمان‌های بهداشتی درمانی برای انجام خودارزیابی به کار می‌رود. [۲۲]

توانایی‌های بارز این رویکرد در سادگی، انعطاف پذیری و کم هزینه بودن اجرای آن می‌باشد. [۳۰] برخی پژوهش‌های صورت گرفته الگوی فوق را به عنوان جامع‌ترین الگو از حیث پوشش مفاهیم مورد ارزیابی کیفیت معرفی می‌نمایند. این رویکرد همچنین به عنوان

محیطی، درک نادرست مفاهیم و شوک فرهنگی. [۲۵]

همچنین الگوی امتیازات متوازن بیشترین رویکرد مفهومی می‌باشد، تنها بر نتایج متمرکز بوده و همچنین نقش جامعه را، در نظر نگرفته [۲۲]، سیستم امتیازدهی نداشته و امکان بررسی حوزه‌ها بطور مستقل وجود ندارد. [۲۶]

استفاده ۱۸.۸ درصد از روش امتیازی متوازن در مراکز درمانی شهر تهران کاملاً جالب توجه و فراتر از انتظارات به نظر می‌رسد. دلیل این امر آن است که هیچ‌گونه حمایتی از سطوح بالای مدیریتی وزارت و دانشگاه‌ها از این رویکرد صورت نپذیرفته و استفاده از آن کاملاً خودجوش بوده است.

درصد بالای اظهار شده در خصوص الگوی حاکمیت بالینی را نیز صرفاً می‌توان به دلیل شرایط الزام آور دانشگاه مزبور در مورد مراکز درمانی تحت پوشش دانست. ضمن اینکه الگوی حاکمیت بالینی نخستین سال‌های حضورش در مراکز فوق را گذرانده و در اکثر آن‌ها به طور کامل و شایسته‌ای پیاده سازی نشده است. لازم به ذکر است که بیمارستان فیروزگر دانشگاه ایران تنها بیمارستانی است که خارج از حیطه دانشگاه تهران به الگوی حاکمیت بالینی توجه نموده است.

هر چند میزان پیاده سازی الگوی شش سیگما با توجه به شرایط سازمانی موجود و دشوار بودن استفاده از این الگوی کاملاً بدیهی به نظر می‌رسد، لیکن با توجه به وجود الگوی سفارشی شده مالکوم بالدريج برای بیمارستان‌ها، استفاده از آن بسیار کم رنگ به نظر رسیده و چنانچه مطالعات مقدماتی نشان می‌دهد، پیاده سازی آن بیشتر به بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی محدود شده است.

استانداردهای سری ۹۰۰۰، به وسیله سازمان بین المللی استاندارد برای ارتقای مدیریت کیفیت تهیه شد. استانداردهای ایزو در حالت کلی به میزان سازگاری و تطابق با فعالیت‌های مشخص شده در نظام کیفیت تأکید داشته و در واقع جهت کشف و جلوگیری از عدم انطباق‌ها مطرح می‌باشند. [۲۷] کاربرد این استانداردها برای ارزیابی کامل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در سطح جهانی

همکاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

الگوی بهینه مدیریت کیفیت برای یکپارچه سازی جامع و نظام مند مفاهیم ارتقای سلامت به درون ساختار و فرهنگ بیمارستان‌ها شناخته شده است. [۳۲]

الگوی تعالی سازمانی با تغییر نام از سوی وزارت بهداشت ایران با نام الگوی تعالی بیمارستان‌ها معرفی شده و ادبیات به کار گرفته شده و نکات راهنمای ذیل هر زیرمعیار با توجه به شرایط بیمارستانی کشور تغییرات قابل ملاحظه‌ای کرده است. [۱]

اجرای این الگو صرفاً به خواست و اراده مراکز درمانی متکی بوده و به جز در خصوص بیمارستان‌های هیأت امنایی، الزام خاصی در پیاده سازی آن مشاهده نمی‌گردد. در صد بالای پیاده سازی این رویکرد در پژوهش جاری، نشان دهنده مورد قبول واقع شدن آن از سمت بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه است. بنابراین چنانچه به نظر می‌رسد در سال‌های آتی شاهد استفاده مراکز بیشتری از الگوی فوق خواهیم بود.

با توجه به مطالب ذکر شده و توجه به وجود نقاط ضعف و قوت در تمامی رویکردها، به نظر می‌رسد نتایج آزمون‌های آماری پژوهش دور از انتظار نبوده است. به طور کل می‌بایست چنین عنوان نمود که تمامی الگوهای مورد بررسی برای تحقق اثربخشی عملکرد مراکز درمانی الگوهای مناسبی محسوب می‌شوند، مشروط بر اینکه تلاش گردد نقاط ضعف الگوها مورد توجه قرار گرفته و حتی الامکان از رویکردهای دیگر جهت پوشش آن‌ها استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

در خاتمه از همکاری مسئولان، مدیران و کارمندان بیمارستان‌های فارابی، رازی، بهارلو، سینا، بهرامی، امام خمینی (ره)، قلب تهران، شریعتی، کودکان تهران، ولیعصر (عج)، انسیتو کانسر، زنان، اختر، طرفه، مهدیه، مسیح دانشوری، امام حسین (ع)، شهدای ۱۵ خرداد، کودکان مفید، لقمان، شهید مدرس، شفا یحییان، حضرت علی اصغر (ع)، حضرت فاطمه (س)، شهید هاشمی نژاد، فیروزگر و شهید مطهری که در انجام این پژوهش صمیمانه

References

1. Ministry of Health and Medical Education, EFQM models Iranian hospitals.: Tehran: department of human resource development Pub; 2009. [Persian]
2. Niven PR. Balanced Scorecard Step-By-Step: Maximizing Performance and Maintaining results. 2nd. New York: John Wiley & Sons; 2002.
3. Khalesi N. Comparative study of management roles in quality of health cares at Tehran universities and presentation of suitable method. [Dissertation]. Iran. Tehran. Faculty of management. Science and Research Branch of Islamic Azad University. 2005. [Persian]
4. Tehran University of Medical Sciences. Operational plan for hospitals of Tehran University. Tehran: Tehran University of Medical Sciences Publication; 2009. [Persian]
5. Alvani SM, Mojibi T, Tabari M. Comprehensive models for assessing government sectors. Journal of olum e eje-mae 2005; 2(7):3. [Persian]
6. Dareyani MA, Rafi zade A. Modern Approaches performance management. 3rd international conference of performance management. Tehran: Center of scientific conferences of jahad daneshgahi; 2007. [Persian]
7. Ghasembagloo A. Designing a Performance Evaluation Model for Iranian Public Hospitals: Using the Balanced Scorecard. [Dissertation]. Iran. Tehran. Faculty of management. Science and Research Branch of Islamic Azad University. 2007. [Persian]
8. Mojibi Mikiaeeli T. Presenting a Comprehensive model for assessment of governmental organizations in Mazandaran province. [Dissertation]. Iran. Tehran. Faculty of management. Science and Research Branch of Islamic Azad University. 2005. [Persian]
9. Standard guidelines for assessment of Iranian public hospitals. Tehran: Ministry of Health and Medical Education Pub; 1997. [Persian]
10. Ahmadi Daneyali A. Comparative study of performance management in Tehran hospitals and presentation a method for Iran. [Dissertation]. Iran. Tehran. Faculty of management. Science and Research Branch of Islamic Azad University. 2004. [Persian]
11. Purnaghshband M. Comparison of hospital assessment methods based on a Ministry of Health and Medical Education and WHO preferred models in Char Mahal va Bakhteyari province. [Dissertation]. Iran. Tehran. Faculty of Management. Science and Research Branch of Islamic Azad University. 2000. [Persian]
12. Salarian F. Performance assessment of teaching hospitals at Mazandaran province and comparison with defined standards. [Dissertation]. Iran. Tehran. Faculty of Management. Science and Research Branch of Islamic Azad University. 2004. [Persian]
13. Azhar R. Adoption of Performance Measurement among Malaysian public Sector. [Dissertation]. Malaysian. Putrajaya. university of Malaya. 2009.
14. Cheema S. Samoa's first teaching hospital. Samoa Medical Journal 2010; (1); 51-52.
15. Azar A, Alvani SM, Danayeeferd H. Methodology of quantitative research in management: comprehensive method. 2nd. Tehran: Saffar; 2007. [Persian]
16. Moameni M., Azar A. Statistic and its usage in management. 2nd. Tehran: Samt Pub; 2008. [Persian]
17. Hoque Z, Carol A. Measuring Public Sector Performance: a Study of Government Departments in Australia. Australia: Melbourn. 2008. [cited 2009]; Available Online from: <http://www.cpaaustralia.com.au/>
18. Norton D, Kaplan R. Strategy focused organisation. [Translated by: Bakhteyari P]. Tehran: sazmaze modireyat sanaati Pub; 2008. [Persian]
19. Alvani SM, Syednaghavi MA. Balanced Score card: methods for assessing government sectors. Journal of Mot-

- aleat e Modireyat 2003: 7 (1);14. [Persian]
20. Weir E, Entremont N, Stalker S, Kurji K, Robinson V. Applying The Balance Scorecard to Local Public Health Performance Measurement : Deliberation and Decisions. BMC Public Health 2009: (127).
21. Divandari A, Mohamadpoor Zarandi MI, Sarifi K. Study of operation of comprehensive performance management in centres of research with approach of balance scored card. 3rd international conference of management. Tehran. 2005:9. [Persian]
22. Yusefian N. Reports of performance measurement in hospitals. Iran: Tehran, Ministry of Health and Medical Education; department of human resource development Pub 2009: 18-135. [Persian]
23. Silva B, Folly GE, Prochnik V. Seven Challenges for the Implementation of Balanced Scorecard in Hospitals. 3rd conference on performance measurement and management control. September: 2005.
24. Daniel I. Hospital Performance Committee Report. Ontario ministry of health and long term care and the Ontario hospital association. 2003:2.
25. Bambang T. The implementation of The Balanced Scorecard to Improve Competitive Advantage in The Era of Globalization: Case Study at Local Hospital Organization in Surabaya-Indonesia. 13th Asia Pacific Management Conference, Melbourne Australia; 2007.
26. Karimi T. Comparative study of performance measurement models. [Dissertation]. Iran, Tehran: Faculty of management. Tehran University. 2005. [Persian]
27. Mojdekar R. Performance Assessment of Kashani Hospital based on a Malcolm Baldrige model. [Dissertation]. Iran, Tehran: Faculty of management. Science and Research Branch of Islamic Azad University. 2005. [Persian]
28. Heaton C. External peer review in Europe: an overview from Expert project. International journal for quality in health-care. 2000: 12; 177-182.
29. Shaw C. The External Assessment of Health Services. word hospitals and Health services 2004; 40.
30. Ministry of Health and Medical Education. study of Accreditation of hospitals. Tehran: assessment department of Health sector organizations; 2007. [Persian]
31. Kargar Shoorki H. Obstacle Recognition of performance measurement in the Government sector of Iran. 3rd international conference of performance management. Tehran: Center of scientific conferences of jahad daneshgahi. 2007:1-4. [Persian]
32. World Health Organization; Regional Office for Europe. Health promotion in hospitals: Evidence and quality Management. 2005:69.