

شناسایی عوامل موفقیت مدیریت زمان و مدیریت هزینه پروژه ارتقای هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی

کیومرث کیانی^۱، علیرضا تمجید^۲، فوزیه طباطبایی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۴/۱۵

چکیده

هدف: هدف این تحقیق شناسایی عوامل موفقیت مدیریت زمان و مدیریت هزینه پروژه ارتقای هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی است. این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی است و جامعه آماری آن اعضای تیم اجرایی پروژه‌های ارتقای هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۷ هستند.

روش: این پژوهش از لحاظ ماهیت و روش، توصیفی پیمایشی و از نوع همبستگی است؛ از این رو با استفاده از روش نمونه‌گیری تکنیک گلوله برفی ۷۵ نفر از متخصصان تیم اجرایی پروژه به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. این روش برای شناسایی افراد متخصص در یک زمینه خاص نیز استفاده می‌شود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه استاندارد ۴۰ پرسشی است که پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ و روایی از طریق تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS بررسی شد. ۱۱ عامل (تجربه از پروژه‌های گذشته، عملکرد نهادهای نظارتی، اندازه پروژه، تأخیرات و اشتباهات، برون‌سپاری، زمان‌بندی، سبک مدیریت و رهبری، میزان اختیارات، انسجام ارتباطات اجرایی، اندازه تیم، مهارت نیروی متخصص) به‌عنوان عوامل موفقیت زمان و هزینه شناسایی و در غالب مدل مفهومی بررسی شد.

یافته‌ها: نتایج مدل تحلیل مسیر و معادلات ساختاری با نرم‌افزار SmartPLS نشان داد همه متغیرهای شناسایی شده بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های تأمین اجتماعی تأثیری مثبت و معنادار دارند.

نتیجه‌گیری: لازم است مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی با تقویت و اثربخشی کیفیت هتلینگ خود در ابعاد کیفیت منابع انسانی، رهبری اثربخش، هماهنگی تیمی، مدیریت زمان و هزینه تمرکز داشته باشند و بدین ترتیب احتمال موفقیت پروژه‌های هتلینگ بیمارستان را افزایش دهند.

واژگان کلیدی: مدیریت زمان، مدیریت هزینه، هتلینگ، تأمین اجتماعی، معادلات ساختاری.

۱- دکترای مدیریت استراتژیک، استادیار و هیئت علمی دانشگاه یزد

۲- دکترای هوشمندی کسب و کار

۳- کارشناسی ارشد رشته مدیریت اجرایی، گرایش استراتژیک، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رباط کریم- پرنده
tabatabaezavareh_f@yahoo.com

امروزه مفهوم «رضایت‌مندی بیماران»^۱ در تمام دنیا در حوزه مراقبت‌های پزشکی اهمیت ویژه‌ای یافته است، چراکه بیماران و همراهان آن‌ها مشتریان اصلی و نهایی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی هستند و وظیفه اصلی ارائه‌دهندگان خدمت، برآوردن نیازهای واقعی و محسوس و تحصیل رضایت آن‌هاست (رمضانزاده و همکاران، ۱۳۹۷). از این رو تأمین نیازها و برآوردن توقعات بیماران یکی از مهم‌ترین وظایف سازمان‌های خدمات بهداشتی و درمانی به شمار می‌رود. جلب وفاداری هر چه بیشتر بیماران، آنان را به انجام صحیح و به‌موقع دستورهای درمانی ترغیب نموده، باعث تسریع پیشرفت معالجه و دستیابی به هدف اصلی درمان، یعنی بهبود بیماران می‌گردد (جعفر تجریشی و همکاران، ۱۳۹۷).

حرکت از رویکرد خدمت‌محور صرف در نظام سلامت به رویکردهای رضایت‌محور و مهمان‌نوازانه که افراد را از نظر عاطفی مجذوب سیستم می‌کند، عاملی است که منجر به بهبود کلی کیفیت مراقبت‌های سلامت می‌شود و وفاداری مشتریان به سازمان‌ها را افزایش می‌دهد (اکبری ساری و همکاران، ۱۳۹۷). منظور از «هتلینگ (خدمات اقامتی) بیمارستان»^۲ مهمان‌پذیری و خدمات و عوامل غیرپزشکی مرتبط با اقامت بیمار و همراه بیمار در بیمارستان‌هاست که از آغاز ورود به بیمارستان تا هنگام خروج، آن را تجربه می‌کنند و از عوامل اصلی رضایت یا نارضایتی آنان محسوب می‌شود (شیرزادی و همکاران، ۱۳۹۶). در واقع هتلینگ بیمارستان به تمام فعالیت‌های خدماتی، زیستی، رفاهی و حتی ظاهری بیمارستان گفته می‌شود و تمام این فعالیت‌ها نزدیک به خدماتی هستند که کارکنان هتل به مشتریان خود ارائه می‌دهند (آبیناما و جفری^۳، ۲۰۱۵).

خدمات هتلینگ بیمارستانی از جمله خدمات تجهیزات صنعتی، تجهیزات پزشکی بیمارستان‌ها می‌باشد که به امری ضروری جهت رفاه حال بیماران و افزایش رضایت‌مندی آنان و خانواده‌هایشان در مراکز درمانی درآمده است (دولین و آندراده^۴، ۲۰۱۶). درخواست‌های بیماران و خانواده‌ها باعث شد که با گذشت زمان، اصول هتل‌داری به مراکز سلامت راه پیدا کند و بیمارستان‌ها برای ایمنی بیماران، از لحاظ طراحی فیزیکی مانند هتل‌ها طراحی شوند. در سال‌های اخیر، در نظام‌های درمانی همچون صنعت هتل‌داری، عواملی چون افزایش رضایت مشتری، توجه به انتظارات او و عوامل مالی در مرکز توجه قرار گرفته است (سانچز و ترلیزی^۵، ۲۰۱۷). به همین دلیل ملاک قضاوت بیمار و همراهان او بر

1- Satisfaction patients
2- Hospital Hoteling
3- Abinama & Jafari
4- Devlin & Andrade
5- Sanchez & Terlizzi

اساس هتلینگ بیمارستان‌ها خواهد بود و یکی از شاخص‌های کیفیت مراکز درمانی، کیفیت هتلینگ بیمارستان و شیوهٔ صحبت و رفتار کارکنان آن با بیمار و همراهان است (شیرزادی و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین، هتلینگ بیمارستان‌ها، شامل تسهیلات و خدمات ارائه‌شده به بیماران در طول مدت بستری است که در دو بُعد تجهیزات و تشریفات قابل‌برنامه‌ریزی و اجرا است (دلکورت و همکاران^۱، ۲۰۱۳). با اجرای طرح هتلینگ وضعیت خدمات‌رسانی غیرپزشکی در بیمارستان‌های دولتی کشور از نظر فرسودگی ساختمان، تخت، تشک، کمد، میز، سرویس بهداشتی، تأسیسات (سیستم سرمایش و گرمایش) و انجام خدمات موردنیاز همراه بیماران بهبود می‌یابد. اجرای برنامهٔ ارتقای کمی و کیفی خدمات محل اقامت بیمار و ارائه امکانات مناسب به همراهان بیمار، گامی اساسی در افزایش رضایت خدمت‌گیرندگان است. مهم‌ترین مزایای استفاده از هتلینگ بیمارستان شامل موارد زیر است:

◆ پاسخ‌گویی به انتظارات بیماران با خدمات هتلینگ بیمارستان؛

◆ نظارت، ارزیابی و پایش مستمر کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستان‌ها؛

◆ ایجاد فضای رقابتی در بهبود خدمات هتلینگ در بیمارستان؛

◆ افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان (لنگرودی^۲ و همکاران، ۲۰۱۷).

اجرای موفقیت‌آمیز هتلینگ بیمارستان مانند هر پروژه دیگری مدیریت صحیح می‌خواهد که در این میان مدیریت زمان و مدیریت هزینه پروژه اهمیت بیشتری دارد (اوکیف و همکاران^۳، ۲۰۱۵؛ لوپو^۴، ۲۰۱۶). پروژه‌ها شامل فعالیت‌هایی هستند که باید در تاریخ‌های معین، با هزینه‌هایی معین و کیفیت تعیین‌شده به انجام رسند. لازمهٔ موفقیت هر پروژه، دستیابی توأم به هر سه عامل زمان، هزینه و کیفیت معین است و خارج‌شدن هر یک از سه عامل مذکور از حدود تعیین‌شده، می‌تواند به انجام پروژه‌ای ناموفق و غیراقتصادی منجر شود (شرکار و همکاران^۵، ۲۰۱۶).

از سوی دیگر هزینه‌های پروژه نیز باید به‌دقت مدیریت شوند تا بتوان کارایی و بهره‌وری را به حداکثر رساند. اتمام به‌موقع پروژه اگر با هزینه بسیار بالایی همراه باشد، چندان ارزشمند نیست، بلکه باید تناسبی بین زمان و هزینه‌ها ایجاد شود؛ از این‌رو در انجام پروژه‌های هتلینگ بیمارستان مسئله مدیریت هزینه اهمیت بسیاری دارد (آبیناما و جفری^۶، ۲۰۱۵). مدیریت هزینه، در واقع روند برنامه‌ریزی و کنترل بودجه یک پروژه یا کسب و کار است و فعالیت‌هایی مانند برنامه‌ریزی، برآورد،

1- Delcourt et al
2- Langroudi
3- O'Keeffe et al
4- Lupo
5- Sherekar et al
6- Abinama & Jafari

بودجه‌بندی، تأمین مالی، مدیریت و کنترل هزینه‌ها را شامل می‌شود (بو، ۱۷، ۲۰)؛ به‌طوری‌که پروژه در محدوده بودجه مصوب تکمیل شود. مدیریت مؤثر هزینه‌ها، باعث می‌شود هر پروژه جزئیات منحصر به فردی داشته باشد؛ زیرا شرایط خاص هر پروژه، بودجه مخصوص به خود را می‌طلبد (رحیم نیا و نبی‌زاده، ۱۳۹۶).

از طرفی در راستای سیاست‌های کلی سلامت که مقام معظم رهبری ابلاغ کرده‌اند، سازمان تأمین اجتماعی خود را مکلف می‌داند برنامه‌های این حوزه را به شکلی پایه‌ریزی نماید که ضمن افزایش میزان دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات درمانی، کیفیت نیز به‌طور مستمر ارتقا یابد و حداکثر رضایتمندی برآورده شود. بدین منظور، بازبینی و اصلاح ساختارها و فرایندها در جهت ارتقای کمی و کیفی سطح خدمات، به مثابه یکی از راهبردهای کلان سازمان در کانون توجه قرار گرفته و در این راستا، سازمان تأمین اجتماعی مبادرت به اقدامات بنیادی در بهینه‌سازی ساختار ارائه خدمات درمانی بر پایه نیازهای واقعی جامعه هدف و منطبق با استانداردهای موجود کرده است. یکی از برنامه‌های موصوف، برنامه ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستان‌های ملکی سازمان است که هدف کلی آن یکپارچه‌سازی ارائه خدمات کمی و کیفی خدمات هتلینگ و استانداردسازی برنامه‌های مندرج در محورهای چهارگانه (تأسیسات و ساختمان، تجهیزات و امکانات، رفاهی، بهداشت) و تأمین نیازها و انتظارات خدمت‌گیرندگان است.

باید در نظر داشت که مرکز درمانی پیشرفته، مجموعه‌ای بسیار پیچیده و متنوع از نیازها، تضادها، تجهیزات و امکانات است. اگر با دیدی منصفانه به این قضیه نگاه کنیم، درمی‌یابیم که هدف طراحی معماری تنها پاسخ‌گویی به نیازهای فیزیکی و مادی نیست، بلکه هدفی والاتر دارد که آن برقراری ارتباط با احساسات و عواطف انسانی است. تحقیقات لوپو در این زمینه نشان داده است که بیمارستان‌ها نه تنها باید سلامت جسمانی را تأمین کنند، بلکه باید با محیط ساخته‌شده که احساسات و رفتار مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهد، سلامت روانی را نیز تأمین کنند (لوپو، ۱۶، ۲۰).

از سوی دیگر اگرچه تردیدی در ارتقای سطح کیفیت مراکز درمانی نیست، لازم است انجام این پروژه‌ها به‌درستی مدیریت شود تا بتواند باعث بهبود عملکرد و بهره‌وری بیمارستان‌ها گردد. در این میان -همان‌طور که پیشینه و مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد- مدیریت زمان و هزینه از ارکان بسیار ضروری هستند. در این میان «مدیریت زمان» فرایند نظم‌بخشیدن و برنامه‌ریزی برای تعیین چگونگی تقسیم زمان برای انجام فعالیت‌های خاص است. در تعریفی دیگر، مدیریت زمان فرایند سازمان‌دهی و نقشه‌پردازی برای چگونگی تقسیم زمان میان فعالیت‌های به‌خصوص است (محمودی و همکاران، ۱۳۹۷). به عبارتی مدیریت زمان شیوه نظم‌بخشیدن و برنامه‌ریزی برای زمانی است که به

انجام فعالیت‌های خاص اختصاص داده می‌شود (ترنر^۱، ۲۰۱۴).

علت اصلی و هدف از تهیه دستورالعمل مدیریت زمان و تعیین و تبیین مجموعه عوامل مورد نیاز برای تهیه عناصر اصلی و کمکی روند برنامه‌ریزی، کنترل و مدیریت کل مدت زمان پروژه‌هاست؛ به نحوی که با توجه به ابزارها و فن‌های مشروحه در رویه و همچنین داده‌هایی که به مثابه ورودی فرآیند نیاز هستند، تخمین و برآورد زمان فعالیت‌ها با درجه اطمینان بالایی محاسبه می‌شود (تونچیا^۲، ۲۰۱۸).

از طرفی مدیریت هزینه یکی از رایج‌ترین استراتژی‌های رقابتی کسب‌وکارهاست و با این‌که کاملاً ساده و واضح به نظر می‌رسد، مفهوم پیچیده‌ای پشت آن پنهان شده است (نصیری پور و همکاران، ۱۳۹۲). مدیریت هزینه به معنای تولید محصول و خدمات، با کمترین هزینه ممکن است. بسیاری از افراد «مدیریت هزینه» و «رهبری قیمت» را به جای یکدیگر استفاده می‌کنند، درحالی‌که تفاوت‌های استراتژیکی میان این دو واژه وجود دارد. مدیریت هزینه به معنای رهبری قیمت نیست، هرچند این دو اغلب به موازات هم اتفاق می‌افتند (انوار^۳، ۲۰۱۶). مدیریت هزینه راهی برای بنیان‌نهادن مزیت رقابتی است (سانچز و ترلیزی، ۲۰۱۷). مدیریت هزینه پروژه، فرایندی است که برای برنامه‌ریزی، تخمین، تخصیص بودجه، مدیریت و کنترل هزینه پروژه از آغاز تا پایان به کار می‌رود. هدف اصلی مدیریت هزینه پروژه، اتمام و تکمیل پروژه مطابق بودجه مصوب آن است. در فرایند مدیریت هزینه، از توابع خاص مدیریت پروژه مانند تخمین و برآورد، جمع‌آوری داده، برنامه‌ریزی، حسابداری و طراحی استفاده می‌شود (سانچز و ترلیزی، ۲۰۱۷).

به‌طور کلی، درباره موضوع پژوهش پیش رو، به‌ویژه هتلینگ بیمارستان، چه در داخل کشور و چه در خارج از کشور، پژوهش‌های کم‌شماری انجام شده است. در کشور ما مطالعات صورت‌گرفته در زمینه هتلینگ بیمارستان بر شکل‌گیری زیرساخت‌های پروژه در سطح سازمان متمرکز بوده است و هیچ پژوهشی در سطح خرد و کلان در ارتباط با مدیریت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستانی در کنار هم وجود ندارد. با این حال ادبیات موجود نشان می‌دهد مطالعات زیادی در رابطه با عوامل مؤثر بر مدیریت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ-به‌خصوص در داخل کشور- انجام نشده است و از این دیدگاه یک خلأ تحقیقاتی وجود دارد. پژوهش حاضر با هدف پرکردن این شکاف تحقیقاتی انجام شده تا چارچوبی جامع درباره مدیریت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ارائه کند.

پیشینه تحقیق

تاکنون پژوهشگران بسیاری به اجرای پروژه‌های هتلینگ بیمارستانی اشاره کرده‌اند. سجادی و همکاران (۱۳۹۷) مطالعه‌ای با عنوان «بررسی کیفیت خدمات درمانی پس از اجرای برنامه طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های شهر یاسوج» سامان داده‌اند. یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد بین نظام سلامت و کیفیت خدمات درمانی رابطه معناداری وجود دارد؛ همچنین کیفیت خدمات درمانی با کاهش میزان پرداختی بیماران، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی و ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌ها رابطه معناداری دارد. همچنین ماهر و همکاران (۱۳۹۶) به ارزیابی مدیریت و ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ از طریق برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی در طرح تحول نظام سلامت پرداختند. نتایجی که گرفتند نشان داد که برنامه هتلینگ باعث افزایش کیفیت خدمات شده است. از سوی دیگر تأمین مالی این برنامه مهم‌ترین چالش پیش روی هتلینگ در بیمارستان‌های ایرانی بوده است. به همین ترتیب، آبیناما و همکاران (۲۰۱۵) به بررسی عوامل مؤثر بر هتلینگ بیمارستان‌ها پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد که مدیریت زمان، حمایت‌های دولتی و تعهد پیمانکار مهم‌ترین عوامل در موفقیت هتلینگ بیمارستانی هستند.

همچنین در رابطه با عوامل موفقیت پروژه مطالعات زیادی انجام شده است. مرادی و همکاران (۱۳۹۳) مطالعه‌ای با عنوان «مدیریت زمان: مفاهیم، کاربرد، مهارت‌ها و روش‌ها» انجام دادند و در آن بیان کردند که مدیریت زمان، عاملی اساسی در اجرای موفق پروژه‌ها در دوران معاصر است. این محققان عنوان کردند که با توجه به افزایش اهمیت زمان در دنیای امروزی، مدیریت زمان مهم‌ترین عامل در موفقیت پروژه‌ها به شمار می‌آید. نصیری‌پور و همکاران (۱۳۹۲) نیز به ارزیابی مدیریت هزینه‌ها در اجرای پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌ها پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که مدیریت هزینه، تأثیر مثبت و معناداری بر موفقیت پروژه‌های هتلینگ بیمارستانی دارد. در پژوهش‌های خارجی نیز سانچز و همکاران (۲۰۱۷) به بررسی ۷۶ پروژه مختلف عمرانی پرداختند. نتایج به‌دست‌آمده از این تحقیق نشان داد که مدیریت زمان و هزینه تأثیر معناداری بر اجرای موفقیت‌آمیز پروژه‌ها دارند. بو (۲۰۱۷) نیز مطالعه‌ای با هدف تحلیل مدیریت هزینه در اجرای پروژه‌های بیمارستانی انجام داد و به این نتیجه رسید که چهار مرحله طراحی، تدارکات، شروع و ساخت‌وساز، مهم‌ترین نقاط برای مدیریت هزینه هستند. همچنین در پژوهش ذاکاری تسیگا^۱ (۲۰۱۷) با عنوان «عوامل بحرانی موفقیت پروژه در صنعت پتروشیمی»، از میان ۵۸ عامل موفقیت پروژه‌های صنعت پتروشیمی، ۱۱ عاملی که دارای بیشترین تأثیر بودند را انتخاب و به عنوان عوامل بحرانی موفقیت پروژه در این صنعت

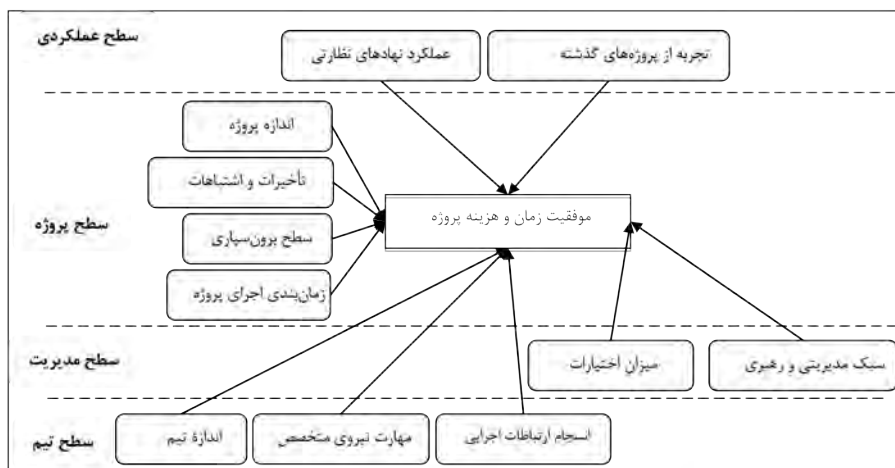
معرفی کرده است. این عوامل شامل ۱. نیازمندی‌های مدیریت؛ ۲. مدیریت ریسک؛ ۳. شایستگی تیم پروژه؛ ۴. جنبه‌های قرارداد؛ ۵. سازمان‌دهی پروژه؛ ۶. صلاحیت مدیر پروژه؛ ۷. مشخصات پروژه؛ ۸. عوامل سازمانی؛ ۹. حمایت مدیریت ارشد؛ ۱۰. دانش و تجربه کارفرما و ۱۱. اتفاقات خارجی پیش‌بینی‌نشده می‌باشند.

اوکیف و همکاران (۲۰۱۵) نیز به بررسی روش‌شناختی فرایند اجرای پروژه‌های بیمارستانی در یک بیمارستان کشور انگلستان پرداختند. بر اساس یافته‌های این پژوهش مشخص شد که کلیه مراحل اجرا پروژه اعم از انتخاب محل، نظارت بر پروژه، تأمین هزینه‌ها، حمایت مدیریت ارشد، هماهنگی بین واحدها و به‌کارگیری فناوری، همگی بر موفقیت پروژه‌های بیمارستانی تأثیر دارند. در پژوهش دیگری چان^۱ (۲۰۰۰) به بررسی عوامل مؤثر بر اجرای موفق پروژه‌های بیمارستانی پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد که تأمین مالی پروژه، حمایت مدیریت ارشد، زمان‌بندی دقیق مراحل پروژه و هماهنگی بین واحدهای مختلف تأثیر معناداری بر اجرای موفقیت‌آمیز پروژه‌های بیمارستانی دارند.

همان‌طور که در بخش پیشینه تجربی بیان شد، تاکنون هیچ مطالعه‌ای موفق به تهیه و تدوین برنامه‌ای اثربخش در سطوح میانی و عملیاتی نشده است که افزون بر هم‌سویی با برنامه‌های راهبردی و استراتژیک سازمان تأمین اجتماعی، مبادرت به جلب مشارکت کارکنان صف، شاغل در مدیریت‌های درمان و بیمارستان‌ها و همچنین کارکنان لایه‌های مختلف ستادی سازمان اعم از ادارات کل درمان مستقیم، پشتیبانی، فنی و مهندسی، بودجه و تشکیلات، اداری و مالی کرده باشد؛ به‌گونه‌ای که با ایجاد یک ساختار شبکه‌ای در سراسر کشور نتایج چشم‌گیری داشته و مایه افزایش رضایتمندی بیمه‌شدگان، شرکای اجتماعی و کارکنان را فراهم نموده باشد.

از سویی در مطالعات صورت‌گرفته نیز محققان به تشریح موفقیت پروژه و مفاهیم مرتبط با آن پرداخته‌اند و در واقع بیشتر از دیدگاه نظری به مقوله مدیریت پروژه توجه کرده‌اند، درحالی‌که تصمیم‌گیری بر اساس یافته‌های یک مطالعه، هنگامی قابلیت اطمینان دارد که فرضیات مطرح‌شده به صورت تجربی و بر اساس داده‌های دنیای واقعی در جامعه آماری متناسب با متغیرهای پژوهش به اثبات رسیده باشند. باوجوداین مطالعات دانشگاهی زیادی در این باره صورت نگرفته است و از این‌رو به منظور پرکردن این خلأ تحقیقاتی، پس از بررسی ادبیات موضوع و تعیین مدل مفهومی تحقیق، درستی این مدل در یک مطالعه میدانی و با استفاده از یک آزمایش تجربی بررسی می‌شود. بدین ترتیب، یافته‌های چنین پژوهشی پایایی بالاتری خواهد داشت و جنبه کاربردی‌تری پیدا خواهد کرد. به‌منظور بررسی مباحث پیش‌گفته و با توجه به مبانی نظری ارائه‌شده، الگوی نظری پژوهش که مبنای

تحلیل داده‌های گردآوری شده است، در شکل (۱) نشان داده شده است.



شکل (۱) مدل مفهومی تحقیق (بر گرفته از پژوهش سانچز و همکاران، ۲۰۱۷)

با توجه به مدل ارائه شده در شکل (۱)، فرضیه‌های پژوهش به صورت زیر تدوین شده‌اند:

۱. عملکرد نهادهای نظارتی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد.
۲. تجربه از پروژه‌های گذشته بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد.
۳. اندازه پروژه بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد.
۴. تأخیرات و اشتباهات بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد.
۵. سطح برون‌سپاری بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد.
۶. زمان‌بندی اجرا بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد.
۷. میزان اختیارات مدیریت بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد.

۸. سبک مدیریتی و رهبری بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد.

۹. اندازه تیم اجرایی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد.

۱۰. مهارت نیروی متخصص بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد.

۱۱. انسجام و ارتباطات اجرایی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد.

روش

پژوهش پیش‌رو از لحاظ هدف، کاربردی است، زیرا مدیران می‌توانند از نتایج پژوهش برای بهینه‌سازی اجرای پروژه‌های هتلینگ بهره بگیرند. همچنین از نظر اجرا، توصیفی-پیمایشی است. در این پژوهش از آمار توصیفی برای توصیف ویژگی‌های متغیرهای جامعه و از آمار استنباطی و مدل‌سازی معادلات ساختاری برای بررسی رابطه میان متغیرها، برحسب هدف تحقیق استفاده شده است. همچنین این پژوهش چون به بررسی داده‌های مرتبط به برهه‌ای از زمان می‌پردازد، از نوع پژوهش‌های مقطعی است.

- جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش، اعضای تیم اجرایی پروژه‌های ارتقای هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۹۴ نفر هستند. تعداد نمونه آماری این پژوهش بر اساس فرمول کوکران در سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح خطای ۵ درصد ۷۵ نفر (۶۰ مرد و ۱۵ زن) تعیین شد. با توجه به افت احتمالی نمونه‌ها، برای اطمینان از دستیابی به تعداد نمونه آماری، تعداد ۸۵ پرسش‌نامه توزیع و سرانجام پس از حذف پرسش‌نامه‌های مخدوش، تعداد ۸۱ پرسش‌نامه به پژوهشگر برگشت داده شد که تعداد پرسش‌نامه‌های قابل تحلیل و حجم نمونه واقعی پژوهش پیش رو ۷۵ نفر است. شایان ذکر است که نمونه‌گیری پژوهش بر اساس روش گلوله برفی انجام شده است. ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخ‌دهندگان به‌طور خلاصه در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان

جنسیت	تعداد	سن	تعداد	سابقه خدمت	تعداد	تحصیلات	تعداد
مرد	۶۰	۲۰-۲۹ سال	۷	۵-۱۰ سال	۴۳	کارشناسی	۳۶
		۳۰-۳۹ سال	۳۴				
زن	۱۵	۴۰-۴۹ سال	۲۶	۱۱-۱۵ سال	۲۱	کارشناسی ارشد	۳۴
		۵۰ سال به بالا	۸	۱۶ سال به بالا	۱۱	دکتر	۵
جمع	۷۵	جمع	۷۵	جمع		جمع	۷۵

- ابزار پژوهش

اطلاعات مورد نیاز از طریق روش کتابخانه‌ای، پایگاه‌های اینترنتی و میدانی جمع‌آوری شده است. همچنین، در روش میدانی برای بررسی رابطه بین متغیرها از پرسش‌نامه محقق‌ساخته استفاده شده است. این پرسش‌نامه شامل چهار پرسش عمومی درباره جنسیت، سن، تحصیلات، سابقه خدمت و ۴۰ پرسش متناسب با متغیرها و مدل پژوهش است. این پرسش‌نامه بر اساس طیف ۵ سطحی لیکرت از گزینه خلی زیاد تا خلی کم و با مقیاس ترتیبی تنظیم شده است.

در این پژوهش جهت سنجش و تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده، نخست از آمار توصیفی برای به‌دست‌آوردن میانگین‌ها و انحراف معیارها در هر پرسش از پرسش‌نامه و توزیع فراوانی پاسخ‌های داده شده به هر یک از سؤال‌ها و نمودار دایره‌ای در طیف پنج‌تایی لیکرت، با استفاده از نرم‌افزار Excel استفاده شد. همچنین برای تحلیل فرضیه‌ها به طور مشخص از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. بنابراین با توجه به هدف، تحقیق و تحلیل‌هایی که بر روی این ماتریس صورت می‌گیرد به دو دسته اصلی تقسیم می‌شود: تحلیل عاملی و مدل معادلات ساختاری. تحلیل عاملی از راه نرم‌افزار Amos و معادلات ساختاری از طریق نرم‌افزار SmartPLS قابل انجام است.

شایان ذکر است که برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های الکترونیکی و آنلاین از طریق شبکه‌های اجتماعی توزیع شد. در جدول (۲) ساختار پرسش‌نامه به طور کامل نمایان شده است.

جدول (۲) معرفی ساختار پرسش‌نامه

متغیر	تعداد سؤالات	شماره سؤالات	ارزش معیارها	مقیاس
تجربه از پروژه‌های گذشته	۳	۱-۳	لیکرت	ترتیبی
عملکرد نهادهای نظارتی	۳	۴-۶	لیکرت	ترتیبی
اندازه پروژه	۴	۷-۱۰	لیکرت	ترتیبی

متغیر	تعداد سؤالات	شماره سؤالات	ارزش معیارها	مقیاس
تأخیرات و اشتباهات	۳	۱۱-۱۳	لیکرت	ترتیبی
برون سپاری	۳	۱۴-۱۶	لیکرت	ترتیبی
زمان بندی	۲	۱۷-۱۸	لیکرت	ترتیبی
سبک مدیریت و رهبری	۴	۱۹-۲۲	لیکرت	ترتیبی
میزان اختیارات	۳	۲۳-۲۵	لیکرت	ترتیبی
انسجام ارتباطات اجرایی	۴	۲۶-۲۹	لیکرت	ترتیبی
اندازه تیم	۲	۳۰-۳۱	لیکرت	ترتیبی
مهارت نیروی متخصص	۴	۳۲-۳۵	لیکرت	ترتیبی
موفقیت زمان و هزینه	۶	۳۶-۴۱	لیکرت	ترتیبی

به منظور تأیید پایایی یا قابلیت اطمینان پرسش نامه از آزمون آلفای کرون باخ استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که پرسش نامه کلی دارای پایایی با نمره آلفای کرونباخ ۰/۹۱ است.

روایی محتوایی (ظاهری) پرسش نامه مذکور با استفاده از نظر استادان و محققان تأیید شد. همچنین به منظور تأیید روایی سازه از آزمون KMO استفاده شد. برای سنجش اعتبار سازه از آزمون کیزر مایر استفاده شد. این آزمون مقادیر همبستگی مشاهده شده را با مقادیر همبستگی تفکیکی مقایسه می کند. دامنه آماره KMO بین صفر و یک در نوسان است. چنانچه مقدار این آماره بیش از ۰/۷ باشد، همبستگی های موجود به طور کلی برای تحلیل عاملی بسیار مناسب هستند که جدول (۴) نتایج آزمون مذکور را به تفکیک هر متغیر نمایش می دهد.

جدول (۳) بررسی اعتبار سازه پرسش نامه به تفکیک مؤلفه های هر متغیر

ردیف	متغیر	KMO	معناداری (sig)	درصد واریانس تبیین شده
۱	تجربه از پروژه های گذشته	۰/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱
۲	عملکرد نهادهای نظارتی	۰/۸۵	۰/۰۰۰	۰/۷۴
۳	اندازه پروژه	۰/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۸۳
۴	تأخیرات و اشتباهات	۰/۷۶	۰/۰۰۸	۰/۸۱
۵	برون سپاری	۰/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۸۱
۶	زمان بندی	۰/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶
۷	سبک مدیریت و رهبری	۰/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۷۷

ردیف	متغیر	KMO	معناداری (Sig)	درصد واریانس تبیین شده
۸	میزان اختیارات	۰/۸۴	۰/۰۰۶	۰/۸۳
۹	انسجام ارتباطات اجرایی	۰/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۸
۱۰	اندازه تیم	۰/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۸۱
۱۱	مهارت نیروی متخصص	۰/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶
۱۲	موفقیت پروژه	۰/۸۸	۰/۰۰۳	۰/۸۸

یافته‌های تحقیق

آزمون همبستگی متغیرهای تحقیق

از آنجاکه یکی از پیش شرط‌های به کارگیری رویکرد متغیرهای مکنون در الگوی مدل یابی معادله ساختاری، وجود همبستگی میان متغیرهای پژوهش است، تحلیل همبستگی پیرسون انجام شد که نتایج آن در جدول (۴) آورده شده است. محاسبه همبستگی بین ابعاد مدل در سطح ۰/۹۹ صورت گرفته است.

جدول (۴) ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

مهارت نیروهای متخصص	اندازه تیم	انسجام ارتباطات اجرایی	میزان اختیارات	سبک مدیریت و رهبری	زمان بندی	برون سپاری	تأخیرات و اشتباهات	اندازه پروژه	عملکرد نهادهای نظارتی	تجربه از پروژه‌های گذشته	
۰/۰۹۸ (۰/۲۲۳)	۰/۰۰۳ (۰/۹۷۰)	۰/۰۲۵ (۰/۷۵۷)	۰/۰۴۱ (۰/۶۱۲)	۰/۱۲۲ (۰/۱۲۹)	۰/۲۰۲ (۰/۰۱۱)	۰/۲۵۵ (۰/۰۰۱)	۰/۳۳۴ (۰/۰۰۷)	۰/۲۱۴ (۰/۰۰۷)	۰/۱۶۳ (۰/۰۴۲)	۱	تجربه از پروژه‌های گذشته
۰/۱۴۱ (۰/۰۷۸)	۰/۰۳۱ (۰/۷)	۰/۰۷۳ (۰/۳۶۵)	۰/۰۰۰ (۰/۹۹۸)	۰/۰۶۵ (۰/۴۲۳)	۰/۱۳۹ (۰/۰۸۲)	۰/۰۴۳ (۰/۵۹۱)	۰/۲۳۲ (۰/۰۰۴)	۰/۲۵۵ (۰/۰۰۱)	۱		عملکرد نهادهای نظارتی
۰/۰۰۴ (۰/۹۶۲)	۰/۰۲۵ (۰/۶۶۸)	۰/۰۶۴ (۰/۴۲۸)	۰/۰۸۱ (۰/۳۱۳)	۰/۰۰۳ (۰/۹۷۰)	۰/۰۸۸ (۰/۲۷۵)	۰/۳۲۲ (۰/۰۰۰)	۰/۲۶۸ (۰/۰۰۱)	۱			اندازه پروژه
۰/۱ (۰/۲۱۶)	۰/۱۷۴ (۰/۰۳۰)	۰/۲۲۱ (۰/۰۰۶)	۰/۲۹۳ (۰/۰۰۰)	۰/۱۷۲ (۰/۰۳۱)	۰/۳۶۸ (۰/۰۰۰)	۰/۴۹۳ (۰/۰۰۰)	۱				تأخیرات و اشتباهات
۰/۰۱۷ (۰/۸۲۹)	۰/۱۴۶ (۰/۰۶۸)	۰/۳۰۲ (۰/۰۰۰)	۰/۲۲۶ (۰/۰۰۵)	۰/۲۵۷ (۰/۰۰۱)	۰/۳۵۶ (۰/۰۰۰)	۱					برون سپاری
۰/۰۵۵ (۰/۴۹۲)	۰/۰۹۳ (۰/۲۴۹)	۰/۰۸۰ (۰/۳۲۱)	۰/۲۱۷ (۰/۰۰۷)	۰/۳۰۱ (۰/۰۰۰)	۱						زمان بندی
۰/۰۱۴ (۰/۸۵۸)	۰/۲۷۶ (۰/۰۰۰)	۰/۲۳۰ (۰/۰۰۴)	۰/۴۵۶ (۰/۰۰۰)	۱							سبک مدیریت و رهبری

مهارت نیروهای متخصص	اندازه تیم	انسجام ارتباطات اجرایی	میزان اختیارات	سبک مدیریت و رهبری	زمان بندی	برون سپاری	تأخیرات و اشتباهات	اندازه پروژه	عملکرد نهادهای نظارتی	تجربه از پروژه های گذشته	
۰/۲۰ (۰/۸۰۹)	۰/۱۸۱ (۰/۰۲۴)	۰/۴۵۵ (۰/۰۰۰)	۱								میزان اختیارات
۰/۰۹۱ (۰/۲۵۶)	۰/۳۳۴ (۰/۰۰۰)	۱									انسجام ارتباطات اجرایی
۰/۳۰۹ (۰/۰۰۰)	۱										اندازه تیم
۱											مهارت نیروهای متخصص

بر اساس مقادیر همبستگی محاسبه شده، اکثریت متغیرها همبستگی مثبت دارند. متغیر تجربه از پروژه های گذشته با متغیرهای عملکرد نهادهای نظارتی، اندازه پروژه، تأخیرات و اشتباهات، برون سپاری و زمان بندی براساس سطح معناداری کوچک تر از ۰/۰۵ رابطه همبستگی دارد و با متغیرهای سبک مدیریت و رهبری، میزان اختیارات، انسجام ارتباطات اجرایی، اندازه تیم و مهارت نیروهای متخصص همبستگی ندارد. عملکرد نهادهای نظارتی با متغیرهای اندازه پروژه، تأخیرات و اشتباهات، برون سپاری، زمان بندی همبستگی دارد. بیشترین میزان همبستگی میان متغیرهای سبک مدیریت و رهبری و میزان اختیارات است؛ یعنی (۰/۴۵۶).

- برازش مدل

از آنجاکه در پژوهش حاضر چند متغیر مستقل وجود دارد که باید اثر آن ها بر روی متغیر وابسته بررسی شود، استفاده از مدل معادلات ساختاری ضرورت می یابد. با توجه به هدف، تحقیق و تحلیل هایی که بر روی این ماتریس صورت می گیرد به دو دسته اصلی تقسیم می شود: تحلیل عاملی و مدل معادلات ساختاری. تحلیل عاملی از طریق نرم افزار Amos و معادلات ساختاری از طریق نرم افزار SmartPLS انجام پذیر است. از آنجاکه پیش از برازش جزئی مدل یا همان آزمون فرضیه های پژوهشی، باید برازش کلی مدل مقدار مناسبی را نشان دهد و برای ارزیابی برازش مدل پژوهش، شاخص های برازش مورد ارزیابی قرار گیرند. هدف از برازش کلی مدل، پاسخ به این پرسش است که آیا داده های تجربی جمع آوری شده مدل مفهومی پژوهش را حمایت می کند یا خیر. برای هر شاخص مقدار استاندارد (مجاز) مقایسه گردد. چنانچه شاخص مورد نظر در محدوده مجاز باشد، برازش تأیید می شود. جدول (۵) شاخص های برازش مدل و همچنین مقادیر مطلوب شاخص ها را نشان می دهد.

جدول (۶) شاخص‌های برازش گزارش شده برای مدل مفهومی پژوهش

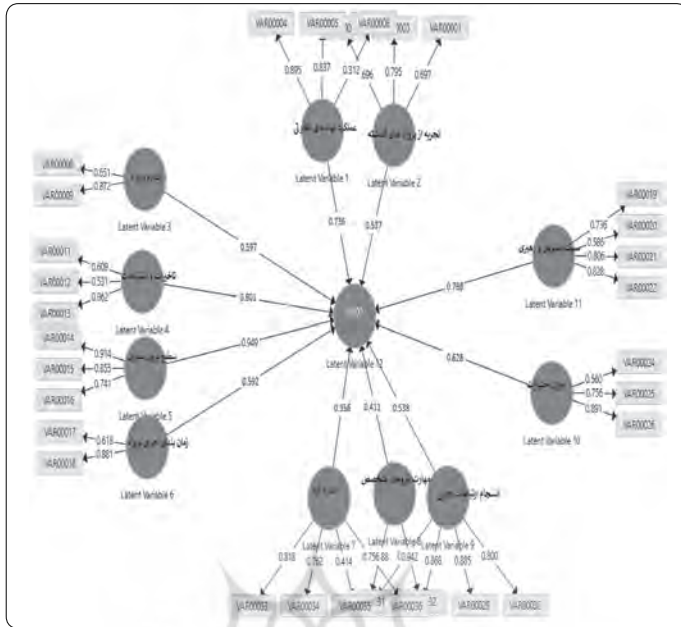
نام شاخص	اختصار	مقادیر برآورده شده	برازش قابل قبول
کایدو یا خی دو بر درجه آزادی	χ^2 / df	۱/۱۳۴	بین ۱ تا ۵
نیکویی برازش	GFI	۰/۹۳۵	>۰/۹۰
شاخص برازندگی تطبیقی	CFI	۰/۹۷۵	>۰/۹۰
شاخص میانگین مجذور پس مانده ها	RMR	۰/۰۲	<۰/۰۵
شاخص برازندگی فزاینده	IFI	۰/۹۷	>۰/۹۰
شاخص برازش هنجار شده	NFI	۰/۹۳۲	>۰/۹۰
شاخص میانگین مجذور خطاهای مدل	RMSEA	۰/۰۴۳	<۰/۰۸

همان‌طور که جدول (۵) نشان می‌دهد، شاخص‌های برازش مدل مقدار مناسبی را نشان می‌دهد و این به مفهوم حمایت داده‌های تجربی جمع‌آوری شده از مدل مفهومی پژوهش است. نتایج نشان می‌دهد که کای دو یا خی دو بر درجه آزادی برابر با ۱/۱۳۴ که نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است. ریشه خطای میانگین مجذورات (RMSEA) باید کمتر از ۰/۰۸ باشد که در این مدل مفهومی، این مقدار برابر ۰/۰۴۳ است. شاخص نیکویی برازش (GFI) باید بزرگ‌تر از ۰/۹ باشد که در این مدل مفهومی برابر ۰/۹۳۵ است و شرایط برقرار است. دیگر شاخص‌ها هم نشان می‌دهند که داده‌ها به خوبی با مدل منطبق هستند و شاخص‌های ارائه‌شده نشان‌دهنده برازش مناسب مدل هستند.

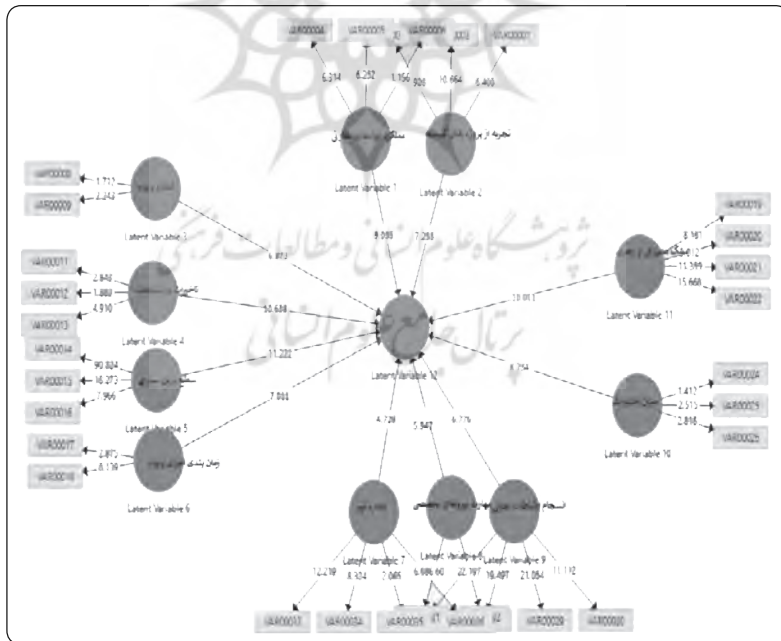
پس از برازش کلی مدل، نوبت به برازش جزئی یا همان آزمون فرضیه‌های پژوهش می‌رسد. در این مرحله ضریب اثرگذاری هر متغیر و معنادار بودن این ضریب بررسی می‌شود.

- طراحی معادلات ساختاری

بعد از تأیید ساختار عاملی سازه‌های پژوهش، برای بررسی روابط میان متغیرها از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. در این بخش به بررسی و آزمون فرضیه‌ها از راه الگوی تحلیل مسیر پرداخته می‌شود. توسعه منطقی الگوهای رگرسیونی، چندگانه است. در تحلیل مسیر امکان هر تعداد متغیر مستقل و وابسته و هر تعداد معادله وجود دارد. در خروجی نمودار، معناداری تمام ضرایب و عوامل الگو آزموده می‌شود. پس از بیان الگو و جمع‌آوری داده‌ها، تخمین الگو با مجموعه‌ای از روابط شناخته‌شده بین متغیرهای اندازه‌گیری شده انجام شد. الگوهای مسیر به عنوان توسعه منطقی الگوهای رگرسیونی چندگانه است. در تحلیل مسیر امکان هر تعداد متغیر مستقل و وابسته و هر تعداد معادله وجود دارد. در خروجی نمودار، معناداری تمام ضرایب و عوامل الگو مورد آزمون می‌شود. برای معنادار بودن هر ضریب، اعداد معناداری باید از ۱/۹۶ بزرگ‌تر و یا کوچک‌تر از ۱-۰/۹۶ باشد. نتایج الگو تحلیل مسیر و معناداری ضرایب مسیر در شکل‌های شماره (۲) و (۳) آمده است.



شکل (۲) بار عاملی مدل کلی تحقیق



شکل (۳) t-value مدل کلی تحقیق

–آزمون کیفیت ابزار پژوهش

برای بررسی کیفیت ابزار اندازه‌گیری، آزمون بررسی اعتبار اشتراک (حشو) انجام می‌شود. این معیار نشان‌دهنده مقدار تغییرپذیری شاخص‌های یک سازه‌ی درون‌زا است که از یک یا چندسازه‌ی برون‌زا تأثیر می‌پذیرد و از حاصل‌ضرب مقادیر اشتراکی یک سازه‌ی درون‌زا در مقدار R^2 مربوط به آن به دست می‌آید. اگر شاخص واری اعتبار مشترک متغیرهای پنهان، مثبت باشد، مدل اندازه‌گیری، کیفیت مناسبی دارد.

جدول (۷) بررسی کیفیت ابزار اندازه‌گیری

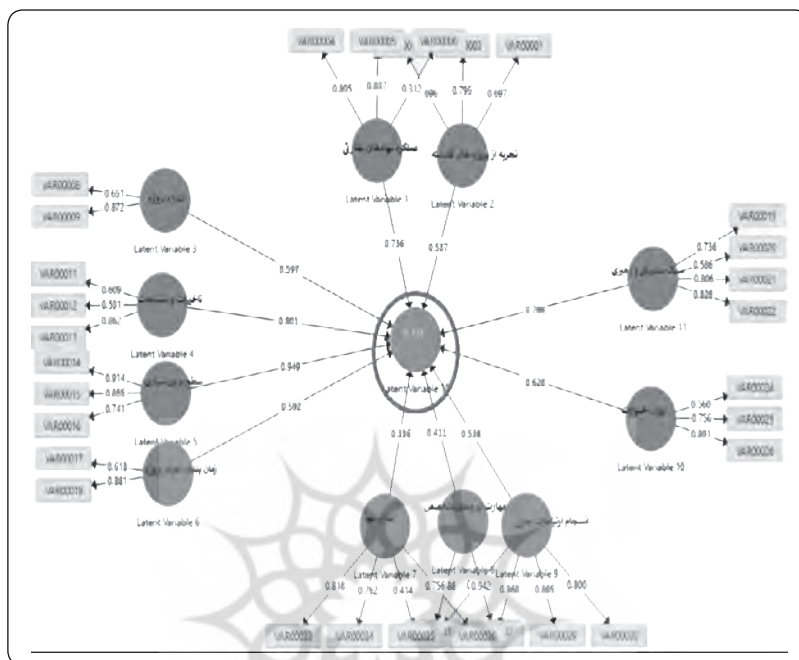
SSO/SSE-۱	مجموع مجذور خطاهای پیش‌بینی (SSE)	مجموع مجذورات مشاهدات (SSO)	کل
۰,۳۶	۴۳۷,۵	۶۹	تجربه از پروژه‌های گذشته
۰,۳۴	۳۰۱,۸۶	۴۶	عملکرد نهادهای نظارتی
۰,۴۳	۲۵۹,۰۳	۴۶۰	اندازه پروژه
۰,۰۷	۱۲۷۴,۵۶	۱۳۸۰	تأخیرات و اشتباهات
۰,۳۶	۲۱۹۸,۱	۳۴۵۰	برون‌سپاری
۰,۴۱	۴۸۲,۳۱	۵۵۱	زمان‌بندی
۰,۳۶	۳۸۷,۱۱	۵۰۳	سبک مدیریت و رهبری
۰,۴۳	۳۰۹,۲۵	۵۹	میزان اختیارات
۰,۵۳	۵۰۹,۲۹	۶۹۱	انسجام ارتباطات اجرایی
۰,۳۶	۱۲۷۴,۶۹	۱۳۶۵	اندازه تیم
۰,۳۶	۳۴۱,۸۷	۴۱۷	مهارت نیروهای متخصص
۰,۰۹	۱۹۵۱,۴۹	۲۰۱۱	موفقیت زمان و هزینه پروژه

از آنجا که مقدار شاخص واری اعتبار مشترک متغیرهای پنهان ($SSE/SSO-1$) برای تمامی متغیرها، مثبت گزارش شده است، مشخص می‌شود که مدل اندازه‌گیری کیفیت مناسبی دارد.

– معیار R^2 یا R squares

معیار R^2 یا R squares، معیاری است که برای ساختاری به کار می‌رود و نشان از تأثیری دارد که یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا می‌گذارد. نکته حیاتی این است که R^2 تنها برای سازه‌های درون‌زا (وابسته) مدل محاسبه می‌شود و در مورد سازه‌های برون‌زا مقدار این معیار صفر است. هر چه قدر مقدار R^2 مربوط به سازه‌های درون‌زا یک مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل است. پژوهشگری

به نام چین^۱ (۱۹۹۸) سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ را به عنوان ضعیف، متوسط و قوی بودن مدل تعیین می‌کند.



شکل (۴) مقدار R^2

مقدار R^2 برای سازه‌های مدل ۰/۷۴۴ که در شکل مشخص شده است. با توجه به سه مقدار مزبور ملاک مناسب بودن برازش مدل ساختاری تأیید می‌شود.

- برازش کلی مدل (معیار GOF)

این معیار مربوط به بخش کلی مدل‌های معادلات ساختاری است؛ بدین معنا که با این معیار، محقق می‌تواند پس از بررسی برازش بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل کلی پژوهش خود، برازش بخش کلی را نیز کنترل کند. معیار GOF^2 توسط تین هاوس و همکاران^۳ (۲۰۰۵) ابداع شد و طبق فرمول زیر محاسبه می‌گردد:

$$GFO = \sqrt{\text{Avg}(\text{Communalities}) \times R^2} \quad (1)$$

Communalities، نشانه میانگین مقادیر اشتراکی هر سازه و R^2 نیز مقدار میانگین واریانس تبیین شده

1- Chin
2- Goodness Of Fitness
3- Tenenhaus et al

سازه‌های درون‌زای مدل است.

محاسبه معیار GOF

$$GFO = \sqrt{0.725 \times 0.744} = 0.734$$

- روایی همگرا

برای روایی همگرا میانگین واریانس استخراج^۱ (AVE) و پایایی مرکب^۲ (CR) محاسبه می‌شود. باید روابط زیر برقرار باشد:

جدول (۸) روایی همگرا و پایایی متغیرهای تحقیق

متغیرها	آلفای کرونباخ	AVE	CR
تجربه از پروژه‌های گذشته	۰/۷۹۳	۰/۶۱۱	۰/۷۴۵
عملکرد نهادهای نظارتی	۰/۷۵۰	۰/۶۳۳	۰/۷۹۸
اندازه پروژه	۰/۷۵۷	۰/۶۶۷	۰/۷۰۲
تأخیرات و اشتباهات	۰/۷۴۴	۰/۶۲۳	۰/۷۵۳
برون‌سپاری	۰/۷۳۶	۰/۶۷۹	۰/۷۸۶
زمان‌بندی	۰/۷۸۲	۰/۶۲۵	۰/۸۰۵
سبک مدیریت و رهبری	۰/۷۳۵	۰/۶۷۸	۰/۸۶۲
میزان اختیارات	۰/۷۱۵	۰/۵۷۱	۰/۷۵۶
انسجام ارتباطات اجرایی	۰/۷۸۳	۰/۶۲۶	۰/۸۳۱
اندازه تیم	۰/۷۳۳	۰/۶۵۵	۰/۸۶۹
مهارت نیروهای متخصص	۰/۸۰۱	۰/۷۱۶	۰/۷۹۷
موفقیت زمان و هزینه پروژه	۰/۷۳۵	۰/۷۵۵	۰/۸۳۸

CR>0.7

CR>AVE

AVE>0.5

آلفای کرونباخ تمامی متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۷ بوده؛ بنابراین از نظر پایایی تمامی متغیرها مورد تأیید است. مقدار میانگین واریانس استخراج‌شده (AVE) همواره بزرگ‌تر از ۰/۵ است؛ بنابراین روایی همگرا نیز تأیید می‌شود. مقدار پایایی مرکب (CR) نیز بزرگ‌تر از AVE است.

1- Average Variance Extracted (AVE)

2- Composite Reliability (CR)

تحلیل مدل درونی (پاسخ به فرضیه‌های پژوهش)

رابطه متغیرهای مورد بررسی در هر یک از فرضیه‌های تحقیق بر اساس یک ساختار علی با تکنیک حداقل مربعات جزئی PLS آزموده شده است. در مدل کلی تحقیق که در شکل (۲) ترسیم شده، مدل اندازه‌گیری (رابطه هریک از متغیرهای قابل مشاهده به متغیر پنهان) و مدل مسیر (روابط متغیرهای پنهان با یکدیگر) محاسبه شده است. برای سنجش معناداری روابط نیز آماره t با تکنیک بوت استرپینگ محاسبه شده که در شکل (۳) ارائه شده است. در این مدل که خروجی نرم‌افزار Smart PLS است، خلاصه نتایج مربوط به بار عاملی استاندارد روابط متغیرهای تحقیق در ارائه شده است. آزمون فرضیه‌های تحقیق بر اساس روابط هریک از متغیرها به تفکیک نیز ارائه شده است.

جدول (۸) نتایج فرضیه‌های تحقیق

تأثیر	ضریب مسیر	آماره t	نتیجه
۱. عملکرد نهادهای نظارتی بر موفقیت زمان و هزینه	۰/۷۳۶	۹/۰۳۵	تأیید فرضیه
۲. تجربه از پروژه‌های گذشته بر موفقیت زمان و هزینه پروژه	۰/۵۳۷	۷/۲۵۳	تأیید فرضیه
۳. اندازه پروژه بر موفقیت زمان و هزینه پروژه	۰/۵۹۷	۶/۸۷۳	تأیید فرضیه
۴. تأخیرات و اشتباهات بر موفقیت زمان و هزینه پروژه	۰/۱۸۰۱	۱۰/۶۳۸	تأیید فرضیه
۵. سطح برون سپاری بر موفقیت زمان و هزینه	۰/۹۴۹	۱۱/۲۲۲	تأیید فرضیه
۶. زمان بندی اجرای پروژه بر موفقیت زمان و هزینه پروژه	۰/۵۹۲	۷/۰۱۱	تأیید فرضیه
۷. میزان اختیارات مدیریت بر موفقیت زمان و هزینه پروژه	۰/۶۲۸	۸/۷۳۴	تأیید فرضیه
۸. سبک مدیریتی و رهبری بر موفقیت زمان و هزینه پروژه	۰/۷۸۸	۱۰/۰۱۱	تأیید فرضیه
۹. اندازه تیم اجرایی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه	۰/۳۵۶	۴/۷۲۸	تأیید فرضیه
۱۰. مهارت نیروهای تخصصی بر موفقیت زمان و هزینه	۰/۴۱۱	۵/۹۴۷	تأیید فرضیه
۱۱. انسجام ارتباطات اجرایی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه	۰/۵۳۸	۶/۷۷۶	تأیید فرضیه

همان طور که یافته‌های حاصل از آزمون فرضیات نشان می‌دهد، تمامی ضرایب مسیر، بزرگ‌تر از $۰/۳$ و مقدار آماره T بزرگ‌تر از $۱/۹۶$ است.

بر اساس نتایج تأثیر نهادهای نظارتی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه با ضریب مسیر $۰/۷۳۶$ و مقدار آماره t $۹/۰۳۵$ که مقدار آماره t برای این متغیر بزرگ‌تر از $۱/۹۶$ محاسبه شده است؛ از این رو می‌توان گفت: فرضیه اول مبنی بر این که عملکرد نهادهای نظارتی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد، تأیید می‌شود.

همچنین آزمون فرضیه دوم بیان می‌کند که بار عاملی استاندارد میان دو متغیر تجربه از پروژه‌های گذشته بر موفقیت زمان و هزینه پروژه ۵۳۷/۰ به دست آمده است. مقدار آماره تی نیز ۲۵۳/۷ به دست آمده است که از ۱/۹۶ بزرگ‌تر بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵٪ تجربه از پروژه‌های گذشته بر موفقیت زمان و هزینه پروژه تأثیر معناداری دارد.

آزمون فرضیه سوم نشان داد که بار عاملی استاندارد میان دو متغیر اندازه پروژه بر موفقیت زمان و هزینه پروژه ۵۹۷/۰ به دست آمده است. مقدار آماره تی نیز ۸۷۳/۶ به دست آمده است که از ۱/۹۶ بزرگ‌تر بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵٪ اندازه پروژه بر موفقیت زمان و هزینه پروژه تأثیر معناداری دارد.

آزمون فرضیه چهارم نشان داد که بار عاملی استاندارد میان دو متغیر تأخیرات و اشتباهات بر موفقیت زمان و هزینه پروژه ۸۰۱/۰ به دست آمده است. مقدار آماره تی نیز ۶۳۸/۱۰ به دست آمده است که از ۱/۹۶ بزرگ‌تر بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵٪ تأخیرات و اشتباهات بر موفقیت زمان و هزینه پروژه تأثیر معناداری دارد.

آزمون فرضیه پنجم نشان داد که بار عاملی استاندارد میان دو متغیر سطح برون‌سپاری بر موفقیت زمان و هزینه پروژه ۹۴۹/۰ به دست آمده است. مقدار آماره تی نیز ۲۲۲/۱۱ به دست آمده است که از ۱/۹۶ بزرگ‌تر بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵٪ سطح برون‌سپاری بر موفقیت زمان و هزینه پروژه تأثیر معناداری دارد.

آزمون فرضیه ششم نشان داد که بار عاملی استاندارد میان دو متغیر زمان‌بندی اجرای پروژه بر موفقیت زمان و هزینه پروژه ۵۹۲/۰ به دست آمده است. مقدار آماره تی نیز ۱۱/۷۰ به دست آمده است که از ۱/۹۶ بزرگ‌تر بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵٪ زمان‌بندی اجرای پروژه بر موفقیت زمان و هزینه پروژه تأثیر معناداری دارد.

آزمون فرضیه هفتم نشان داد که بار عاملی استاندارد میان دو متغیر میزان اختیارات مدیریت بر موفقیت زمان و هزینه پروژه ۶۲۸/۰ به دست آمده است. مقدار آماره تی نیز ۷۳۴/۸ به دست آمده است که از ۱/۹۶ بزرگ‌تر بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵٪ میزان اختیارات مدیریت بر موفقیت زمان و هزینه پروژه تأثیر معناداری دارد.

آزمون فرضیه هشتم نشان داد که بار عاملی استاندارد میان دو متغیر سبک مدیریتی و رهبری بر موفقیت زمان و هزینه پروژه ۷۸۸/۰ به دست آمده است. مقدار آماره تی نیز ۱۱/۱۰ به دست آمده است که از ۱/۹۶ بزرگ‌تر بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵٪ سبک مدیریتی و رهبری بر موفقیت زمان و هزینه پروژه تأثیر معناداری دارد.

آزمون فرضیه نهم نشان داد که بار عاملی استاندارد میان دو متغیر اندازه تیم اجرایی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه ۰/۳۵۶ به دست آمده است. مقدار آماره تی نیز ۴/۷۲۸ به دست آمده است که از ۱/۹۶ بزرگتر بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵٪ اندازه تیم اجرایی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه تأثیر معناداری دارد.

آزمون فرضیه دهم نشان داد که بار عاملی استاندارد میان دو متغیر مهارت نیروهای تخصصی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه ۰/۴۱۱ به دست آمده است. مقدار آماره تی نیز ۵/۹۴۷ به دست آمده است که از ۱/۹۶ بزرگتر بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵٪ مهارت نیروهای تخصصی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه تأثیر معناداری دارد.

آزمون فرضیه یازدهم نشان داد که بار عاملی استاندارد میان دو متغیر انسجام ارتباطات اجرایی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه ۰/۵۳۸ به دست آمده است. مقدار آماره تی نیز ۶/۷۷۶ به دست آمده است که از ۱/۹۶ بزرگتر بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵٪ انسجام ارتباطات اجرایی بر موفقیت زمان و هزینه پروژه تأثیر معناداری دارد.

نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش شناسایی عوامل موفقیت مدیریت زمان و مدیریت هزینه پروژه ارتقای هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی بود که در راستای رسیدن به این هدف گام‌های تحقیق بر اساس پنج فصل تفکیک و ارائه شد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که امروزه در عرصه رقابت در بازار بهداشت و درمان که رضایت و وفاداری بیماران در درجه نخست اهمیت قرار دارد، یک بیمارستان نمی‌تواند تنها با تکیه بر کیفیت خدمات بالینی ارائه‌شده، در این عرصه پیروز شود، بلکه رقابت اصلی در ارائه خدمات هتلینگ و امکانات رفاهی طراحی شده برای بیمار و همراه است. خدمات هتلینگ بیمارستانی از جمله خدمات تجهیزات صنعتی و تجهیزات پزشکی بیمارستان‌ها است که این روزها استفاده از خدمات هتلینگ به امری ضروری برای رفاه حال بیماران و افزایش رضایتمندی آنان و خانواده‌هایشان در مراکز درمانی درآمده است. درخواست‌های بیماران و خانواده‌ها باعث شد که با گذشت زمان، اصول هتل‌داری به مراکز سلامت راه پیدا کند. بیمارستان‌ها برای ایمنی بیماران، از لحاظ طراحی فیزیکی مانند هتل‌ها طراحی شده‌اند. در سال‌های اخیر، در نظام‌های درمانی همچون صنعت هتل‌داری، عواملی همچون افزایش رضایت مشتری، توجه به انتظارات وی و عوامل مالی در مرکز توجهات قرار گرفته است. مطابق یافته‌های این تحقیق مدیریت زمان و هزینه بر اجرای موفقیت آمیز پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر معناداری دارد؛ از این رو می‌توان گفت: مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی باید بر تقویت و اثربخشی کیفیت هتلینگ خود در ابعاد کیفیت منابع انسانی، رهبری اثربخش، هماهنگی تیمی، مدیریت زمان و هزینه

تمرکز داشته باشند و با تخصیص منابع لازم در راستای بهبود آن و تطابق با سطح خدمات بین‌المللی حرکت کنند.

یافته‌های پژوهش با نتایج گزارش‌شده در پژوهش‌های تونچیا (۲۰۱۸)، چیو و همکاران (۲۰۱۷)، جانسون و مارشال (۲۰۱۶)، سناراتنه و همکاران (۲۰۱۶)، بیندر (۲۰۱۶)، یوسلین و مولر (۲۰۱۵)، لیوتو و همکاران (۲۰۱۵)، چندلر و هوانگ (۲۰۱۵)، ینش و همکاران (۲۰۱۵)، واکر (۲۰۱۵)، شیهو و همکاران (۲۰۱۴)، همچنین مه‌ری و همکاران (۱۳۹۶)، کرمی و همکاران (۱۳۹۵)، نوروزی و همکاران (۱۳۹۴) و ریاحیان و اشتری (۱۳۹۴) منطبق است. نتایج تحقیقات تیزرو و همکاران (۱۳۹۳) و دهقان و سلگی (۱۳۹۳) نیز مؤید این ادعاست.

در نهایت با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش، پیشنهادهای زیر به مدیران و محققان آتی ارائه می‌شود:

۱. به مدیران نهادهای نظارتی مربوطه مانند سازمان نظام مهندسی و سازمان تأمین اجتماعی توصیه می‌شود با تعیین کارشناسانی ماهر و با تجربه بر کلیه فرایندهای اجرایی جهت انجام هتلینگ بیمارستان نظارت کافی داشته باشند تا اهداف چنین برنامه‌هایی تحقق یابد.

۲. به مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان توصیه می‌شود تجربیات حاصل از اجرای پروژه‌های قبلی را همچون سرمشقی برای انجام طرح‌های آتی استفاده کنند و با تحلیل اقدامات صورت‌گرفته در گذشته، از بروز تأخیرات و اشتباهات در بخش‌های مختلف و در ادامه پروژه‌ها اجتناب نمایند.

۳. به مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان توصیه می‌شود پیش از انعقاد قراردادهای جدید، اندازه پروژه و حجم کارهای لازم را به‌دقت برآورد کنند و در صورتی که از امکانات و تسهیلات کافی برخوردارند، پروژه‌های هتلینگ را در اختیار بگیرند.

۴. به مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان توصیه می‌شود با به‌کارگیری نیروی کار ماهر و متعهد و همچنین با پیش‌بینی نوسانات احتمالی قیمت مصالح در آینده، برنامه‌ریزی درست و واقع‌گرایانه‌ای تدوین کنند و بدین ترتیب جلوی بروز تأخیر در پروژه‌های هتلینگ را بگیرند.

۵. به مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان توصیه می‌شود با بررسی کلیه تأمین‌کنندگان و شرکت‌های فعال در حوزه عمران، بهترین شرکای کاری خود را انتخاب نموده، بخشی از پروژه را در اختیار آنان قرار دهند. در این رابطه شهرت و خوش‌نامی شرکت‌های مزبور برای برون‌سپاری باید به‌دقت بررسی شود.

۶. به مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان توصیه می‌شود با استفاده از روش شکست کار،

کلیه اقدامات لازم برای تکمیل پروژه را به فازهای مختلف تجزیه نمایند و متناسب با آن زمان لازم برای هر فاز را پیش‌بینی کنند.

۷. به مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان توصیه می‌شود اختیارات کافی را به هر یک از کارشناسان و مدیران اجرایی پروژه تفویض کنند تا آن‌ها بتوانند با تسلط و اعتمادبه‌نفس کافی برنامه‌های از پیش تعیین‌شده را به اجرا در آورند. در عین حال لازم است از دخالت‌های بیجا در فعالیت‌های مدیران اجرایی به شدت پرهیز شود.

۸. به مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان توصیه می‌شود در مراحل اجرای پروژه از سبک‌های موفق رهبری مانند سبک رهبری مشارکتی و سبک رهبری اصیل استفاده کنند تا از طریق مشارکت‌دادن به مدیران پایین‌دستی و کسب نظرات آن‌ها بهترین راهکارهای ممکن برای تکمیل پروژه‌ها را انتخاب و اجرایی نمایند.

۹. به مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان توصیه می‌شود متناسب با اندازه پروژه مورد نظر، تیمی خبیره و ماهر متشکل از مهندسين و متخصصين عمرانی را گرد هم آورند و بدین ترتیب با تشکیل یک گروه قوی و صاحب‌نظر، برنامه‌ریزی دقیقی برای اجرای مراحل مختلف پروژه سامان دهند.

۱۰. به مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان توصیه می‌شود در انتخاب نیروی انسانی برای تکمیل پروژه‌ها، شایسته‌سالاری را سرلوحه اقدامات خود قرار دهند و افراد را صرفاً بر اساس مهارت و تجربه آنها انتخاب نکنند تا بدین طریق بتوان برنامه‌های هتلینگ را در مدت زمان مورد نظر و با هزینه‌ای معقول اجرا نمایند.

۱۱. به مدیران و مجریان پروژه‌های هتلینگ بیمارستان توصیه می‌شود در کلیه مراحل تکمیل پروژه، ارتباطات خود را با مدیران میانی و سرپرستان بخش‌های مختلف حفظ نمایند و در فواصل زمانی معین با تشکیل جلسات کاری، نکات لازم برای اجرای اثربخش پروژه را به آن‌ها تفهیم کنند.

- اکبری ساری، علی؛ علی محمد مصدق راد؛ قاسم جان بابایی و سیده الهه موسوی (۱۳۹۷). «رضایت بیماران سرطانی پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت در یک بیمارستان: گزارش کوتاه». مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۸(۱۶۲): ۱۵۴-۱۴۹.
- امیری، حکمت؛ نعمت شاکرمی و محسن کمانداری (۱۳۹۶). «عوامل مؤثر بر اجرا و تحقق پروژه‌های عمرانی در شهر خرم‌آباد با تأکید بر نقش مؤلفه‌های مدیریت شهری». جغرافیایی آمایش محیط، ۱۰(۳۶): ۱۲۳-۱۰۹.
- برائتعلی، رمضانزاده؛ فرزانه اجراری؛ زهرا سادات حسینی و محسن قلی‌زاده (۱۳۹۷). «مقایسه میزان رضایتمندی بیماران از نگهدارنده‌های هاولی و فرم‌داده‌شده در خلأ». دانشکده دندانپزشکی مشهد، ۴۲(۴): ۲۹۷-۲۸۵.
- تیزرو، علی؛ طیبه عباس‌نژاد و اسماعیل صادقی (۱۳۹۳). بررسی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر موفقیت پروژه‌های عمرانی بر اساس رویکرد AHP فازی - مطالعه موردی پروژه‌های راه و شهرسازی استان هرمزگان - شهرستان بندر عباس. پایان‌نامه، دانشگاه هرمزگان - دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- جعفر تجریشی، مریم؛ سیدجمال‌الدین طیبی و حاجی‌نبی کامران (۱۳۹۷). «تأثیر کیفیت هتلینگ بر میزان وفاداری بیمار در بیمارستان‌های خصوصی منتخب شهر تهران از دیدگاه بیماران». پی‌اورد سلامت، ۱۲(۴): ۲۳۹-۲۴۸.
- دهقان، محمود و حسین سلگی (۱۳۹۳). بررسی تأثیر شایستگی مدیران پروژه بر موفقیت پروژه‌ها (موردکاوی پروژه های های ساخت). پایان‌نامه کارشناسی ارشد؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود - دانشکده علوم انسانی.
- رحیم‌نیا، فریبرز و طاهره نبی‌زاده. (۱۳۹۶). مدیریت هزینه استراتژیک. انتشارات مرنديز.
- روازاده، عطیه و رمضان جهانیان (۱۳۹۴). «نقش مدیریت زمان در سازمان». کنفرانس بین‌المللی پژوهش در علوم رفتاری و اجتماعی.
- روشن، حسن. (۱۳۹۵). «مدیریت زمان از منظر اسلام (ارزش‌شناسی و راهکارها)». مدیریت در اسلام، ۲۹(۱۱): ۷۹-۹۲.
- زارعی، احسان و علیرضا موسی‌زاده (۱۳۹۴). «عوامل تعیین‌کننده وفاداری بیماران سرپایی: مطالعه‌ای در بیمارستان‌های آموزشی». مدیریت بهداشت و درمان، ۱۶(۱): ۸۶-۵۹.
- سجادی‌خواه، غلام؛ محمد حسینی، و راضیه سروک. (۱۳۹۷). «بررسی کیفیت خدمات درمانی پس از اجرای برنامه طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های شهر یاسوج». ارمغان دانش، ۲۳(۱): ۱۱۱-۹۹.
- سرباز، معصومه؛ کیمیافر، خلیل؛ عطیه صدقیان و مینا سلامی (۱۳۹۵). «بررسی رضایت بیماران از اجرای بسته هتلینگ طرح تحول نظام سلامت در بخش اطفال بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد». اولین کنفرانس ملی تحول و نوآوری سازمانی با رویکرد اقتصاد مقاومتی، مشهد.
- شیرزادی، سیدمجید؛ پوران رئیسی؛ امیراشکان نصیری‌پور، و سیدجمال‌الدین طیبی (۱۳۹۶). «ارائه مدل ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی ایران». مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۴(۳): ۱۳۰-۱۳۷.
- صادقی، فرزاد و ثانوی‌فرد، رسول (۱۳۹۵). «بررسی تأثیر یادگیری سازمانی بر انعطاف‌پذیری سازمانی، استراتژی تمایز، استراتژی رهبری هزینه و عملکرد کسب و کار». بررسی‌های بازرگانی، ۱۱(۷۶): ۸۶-۱۰۰.
- کرمی، امین‌الله؛ صادقی، احمد و خاضع اصل، اسلام (۱۳۹۵). «بررسی مدیریت ریسک و تأثیر آن در تأخیر پروژه‌های ساختمانی»، چهارمین کنگره بین‌المللی عمران، معماری و توسعه شهری.
- ماهر، علی؛ محمد آقاجانی، مرجان قطبی، سجاد برازنده، عسل صفایی، لاله عنبری. (۱۳۹۶). «مدیریت و ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ از طریق برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی در طرح تحول نظام سلامت: روند اجرا، نتایج و چالش‌ها». حکیم، ۹۹-۱۰۹.
- محمودی، احمد؛ مهدی غفوری، ستاره اسحاقیان و فرزانه فاتح (۱۳۹۷). «بررسی ارتباط بین مدیریت زمان با تنش شغلی معلمان تربیت بدنی مشهد». فیزیولوژی و مدیریت در ورزش، ۱۰(۳): ۴۲-۳۳.

- مرادی، حجت‌الله؛ لیلیا گلهداری؛ ناهید کرمی و بنفشه روشندل (۱۳۹۳). «مدیریت زمان: مفاهیم، کاربرد، مهارت‌ها و روش‌ها». نخستین همایش ملی الکترونیکی رویکردهای کاربردی و پژوهشی در علوم انسانی و مدیریت.
- نداف، عبدالرضا؛ مهدی عباسی. (۱۳۹۴). تخمین هزینه پروژه‌های عمرانی با استفاده از شبکه عصبی مصنوعی فازی. رساله کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس - دانشکده مهندسی صنایع.
- نصیری پور، امیراشکان؛ محمدرضا ملکی و و مینا انصاری (۱۳۹۲). «اثرات طرح هدفمندسازی یارانه های حامل های انرژی بر هزینه هتلینگ: مطالعه موردی مرکز فوق تخصصی شهید هاشمی نژاد تهران». بهداشت و توسعه، ۲(۴): ۳۳۹-۳۲۶.
- نوروزی، محمد؛ محمدرضا عاشری و سیدمصطفی بلادیان (۱۳۹۴). «عوامل حیاتی موفقیت در پیاده‌سازی پروژه‌های مشارکت عمومی- خصوصی در حوزه انرژی جمهوری اسلامی ایران (مورد مطالعه: صنعت برق)». بهبود مدیریت، ۲۹(۲): ۸۳-۱۰۸.
- یزدانی، محمدحسن؛ ابراهیم علی پور و سپیده پورعبدالعلی (۱۳۹۷). «بررسی و تحلیل مسئولیت‌پذیری اجتماعی کارکنان شهرداری اردبیل با تأکید بر مدیریت زمان و مدیریت استراتژیک منابع انسانی». جغرافیا و روابط انسانی، ۲(۲): ۶۹۷-۷۱۵.
- Abinama, A., & Jafari, M. (2015). "The impact of the design of hospitals on hospital hoteling, healing process and medical tourism". *Modern Applied Science*, 9(12), 43.
 - Anwar, K. (2016). "Comparison between cost leadership and differentiation strategy in agricultural businesses". *CUSTOS E AGRONEGOCIO ON LINE*, 12(2), 212-231.
 - Binder, J. (2016). *Global project management: communication, collaboration and management across borders*. Routledge.
 - Bu, N. (2017). "Analysing the Key Points for Cost Control of EPC Model Hospital Construction Project". *World Architecture*, 5(1), 41-46.
 - Chan, A. P. (2000). "Evaluation of enhanced design and build system-a case study of a hospital project". *Construction Management & Economics*, 18(7), 863-871.
 - Chandler, D., & Hwang, H. (2015). "Learning from learning theory: A model of organizational adoption strategies at the microfoundations of institutional theory". *Journal of Management*, 41(5), 1446-1476.
 - Chiu, B. W., & Lai, J. H. (2017). "Project delay: key electrical construction factors in Hong Kong". *Journal of Civil Engineering and Management*, 23(7), 847-857.
 - Devlin AS, Andrade CC. Quality of the hospital experience: Impact of the physical environment. In: Fleury-Bahi G, Pol E, Navarro O, Editors. *Handbook of environmental psychology and quality of life research*. Berlin, Germany: Springer; 2016. p. 421-40.
 - Delcourt C, Gremler D, Van Riel A & Van Birgelen M. "Effects of perceived employee emotional competence on customer satisfaction and loyalty: The mediating role of rapport". *Service Management* 2013; 24(1): 5-24.
 - Ika, L. A., & Donnelly, J. (2017). "Success conditions for international development capacity building projects". *International Journal of Project Management*, 35(1), 44-63.
 - Jentsch, C., Schlosser, F., & Beimborn, D. (2015, February). "Applying a configurational approach for explaining the role of relationship quality for successful outsourcing

- arrangements". In International Workshop on Global Sourcing of Information Technology and Business Processes (pp. 62-82). Springer, Cham.
- Joslin, R., & Müller, R. (2015). "Relationships between a project management methodology and project success in different project governance contexts". *International Journal of Project Management*, 33(6), 1377-1392.
 - Langroudi, H. R., Kakhani, M. J., & Hojabri, R. (2017). "Relationship between Hospital Case Mix and Costs and Incomes of Tehran Heart Center". *The East Asian Journal of Business Management*, 7(3), 17-22.
 - Liotou, E., Tsolkas, D., Passas, N., & Merakos, L. (2015). "Quality of experience management in mobile cellular networks: key issues and design challenges". *IEEE Communications Magazine*, 53(7), 145-153.
 - Lupo, T. (2016). "A fuzzy framework to evaluate service quality in the healthcare industry: An empirical case of public hospital service evaluation in Sicily". *Applied Soft Computing*, 40, 468-478.
 - O'Keeffe, D. J., Thomson, D. S., & Dainty, A. R. (2015). Methodological considerations of the project management of a hospital project within a practice order network.
 - Sanchez, O. P., & Terlizzi, M. A. (2017). "Cost and time project management success factors for information systems development projects". *International Journal of Project Management*, 35(8), 1608-1626.
 - Senaratne, S., & Ruwanpura, M. (2016). "Communication in construction: a management perspective through case studies in Sri Lanka". *Architectural Engineering and Design Management*, 12(1), 3-18.
 - Sherekar, V., Tatikonda, M., & Student, M. E. C. M. (2016). "Impact of Factor Affecting on Labour Productivity in Construction Projects by AHP Method". *International Journal of Engineering Science and Computing*, 6.
 - Shirzadi, S. M., Raeissi, P., Nasiripour, A. A., & Tabibi, S. J. (2016). "Factors affecting the quality of hospital hotel services from the patients and their companions' point of view: A national study in Iran". *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 21.
 - Shehu, Z., Endut, I. R., & Akintoye, A. (2014). "Factors contributing to project time and hence cost overrun in the Malaysian construction industry". *Journal of Financial Management of Property and Construction*, 19(1), 55-75.
 - Turner, J. R. (2014). *Handbook of project-based management (Vol. 92)*. New York, NY: McGraw-hill.
 - Tonchia, S. (2018). *Project Time Management*. In *Industrial Project Management* (pp. 117-129). Springer, Berlin, Heidelberg.
 - Walker, A. (2015). *Project management in construction*. John Wiley & Sons.