

Introducing a Model of Multi-level Performance Appraisal of Health Centers: A Meta-Synthesizing Approach

Saeid Sehat¹ , Hamed Dehghanan² , Zohre Dehdashti Shahrokh³ , Leila Karimkhani⁴ 

Abstract

Background & Purpose: The performance of health centers is a multi-dimensional and complex construction and requires meeting the expectations and satisfying several key stakeholders at different levels of such service-based organizations. In order to gain a more comprehensive understanding of the evaluation of the comprehensive performance of these organizations, the current research has reviewed and classified the indicators that have been approved in various studies to assess various aspects of the performance of medical (health) centers.

Methodology: This is a qualitative applied research and it has been used in meta-composite method. The information sources of this stage included articles published in international scientific databases, which were selected based on the criteria for entering the meta-synthesis process.

Findings: The model presented for evaluating the performance of medical centers includes three main levels: individual (medical staff), group (hospital departments) and organizational (hospitals). Each of these three levels includes components that evaluate different aspects of health service performance through related criteria.

Conclusion: In evaluating the performance of medical centers, simultaneous attention to the performance of employees, organizational departments, and the entire organization can achieve a more comprehensive understanding and help improve the effectiveness of performance improvement programs. The findings of the present research can be used as a guiding model for such evaluations.

Keywords: Performance, performance evaluation, multilevel performance evaluation, medical centers, Meta-synthesis

Article Type:
Research-based

Corresponding Author:
Saeid Sehat

© Authors

Received:
May 22, 2023

Received in revised form:
August 16, 2023

Accepted:
September 14, 2023

Published online:
October 27, 2023

Citation: Sehat, Saeid, Dehghanan, Hamed, Dehdashti Shahrokh, Zohre & Karimkhani, Leila (2023). Introducing a Model of Multi-level Performance Appraisal of Health Centers: A Meta-Synthesizing Approach. *Journal of Human Resource Studies*, 13(3), 131-165. <https://doi.org/10.22034/JHRS.2023.184124>

1. Associate Prof., Department of Business Management, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: sehat@atu.ac.ir
2. Associate Prof., Department of Business Management, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: dehghanan@atu.ac.ir
3. Prof., Department of Business Management, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: dehdashti@atu.ac.ir
4. PhD. Candidate, Department of Business Management, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: karimkhani20@gmail.com

ارائه الگوی ارزیابی عملکرد چندسطحی مراکز درمانی: رویکرد فراترکیب

سعید صحت^۱، حامد دهقانان^۲، زهره دهدشتی شاهرخ^۳، لیلا کریم‌خانی^۴

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی

نویسنده مسئول: سعید صحت
© نویسندگان

زمینه و هدف: عملکرد مراکز درمانی سازه‌های چندبُعدی و پیچیده است و نیازمند برآورده ساختن انتظارات و جلب رضایت ذی‌نفعان کلیدی متعددی در سطوح مختلف این سازمان‌های خدماتی است. به‌منظور کسب شناخت جامع‌تر از ارزیابی عملکرد فراگیر این سازمان‌ها، پژوهش حاضر به مرور و طبقه‌بندی شاخص‌هایی پرداخته است که در پژوهش‌های گوناگون برای ارزیابی جنبه‌های مختلف عملکرد مراکز درمانی تأیید شده‌اند.

روش: این پژوهش کاربردی با رویکرد کیفی و روش فراترکیب انجام شده است. منابع اطلاعاتی پژوهش مقاله‌های منتشر شده در پایگاه‌های علمی معتبر داخلی و بین‌المللی در بازه زمانی منتخب است. این مقاله‌ها، بر اساس معیارهای ورود به فرایند فراترکیب انتخاب شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، روش تحلیل مضمون به کار رفته است. برای ارزیابی کیفیت یافته‌ها نیز از ضریب توافق بین دو کدگذار استفاده شده است.

یافته‌ها: الگوی ارزیابی عملکرد مراکز درمانی در سه سطح اصلی ارائه شده است: سطح فردی (کارکنان درمانی)، سطح گروهی (واحدهای سازمانی) و سطح سازمانی (بیمارستان‌ها). هر یک از این سطوح سه گانه، مؤلفه‌هایی دارند که جنبه‌های مختلف عملکرد خدمات درمانی را با معیارهای مرتبط ارزیابی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: در ارزیابی عملکرد مراکز درمانی، توجه هم‌زمان به عملکرد کارکنان، واحدهای سازمانی و کل سازمان، شناخت جامع‌تری ایجاد می‌کند و به ارتقای اثربخشی برنامه‌های بهبود عملکرد مساعدت می‌رساند. از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به‌عنوان الگوی برای بهره‌برداری استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: عملکرد، ارزیابی عملکرد، ارزیابی عملکرد چندسطحی، مراکز درمانی، فراترکیب

دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۱
بازنگری: ۱۴۰۲/۰۵/۲۵
پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۳
انتشار: ۱۴۰۲/۰۸/۰۵

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

استناد: صحت، سعید، دهقانان، حامد، دهدشتی شاهرخ، زهره و کریم‌خانی، لیلا (۱۴۰۲). ارائه الگوی ارزیابی عملکرد چندسطحی مراکز درمانی: رویکرد فراترکیب. *مطالعات منابع انسانی*، ۱۳(۳)، ۱۳۱-۱۶۵.
DOI: <https://doi.org/10.22034/JHRS.2023.184124>

۱. دانشیار، گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: sehat@atu.ac.ir
۲. دانشیار، گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: dehghanan@atu.ac.ir
۳. استاد، گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: dehdashti@atu.ac.ir
۴. دانشجوی دکتری، گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: karimkhani20@gmail.com

<http://www.jhrs.ir>



This Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

ناشر: دانشکده مدیریت، دانشگاه علوم و فنون هوایی شهید ستاری

مطالعات منابع انسانی، ۱۴۰۲، پاییز، دوره ۱۳، شماره ۳، ص. ۱۳۱-۱۶۴

شاپای الکترونیک: ۲۷۸۳-۰۶۳۴

مقدمه

مراکز درمانی یکی از سازمان‌های پیچیده خدماتی است که اهمیت و حساسیت زیادی دارد. بیماران و همراهان آن‌ها، در موقعیت اضطراری و با نگرانی ناشی از بیماری به این مراکز مراجعه می‌کنند و انتظار دارند که به آن‌ها خدماتی ایمن و اثربخش با برخوردی مسئولانه و حاکی از احترام ارائه شود و پرداخت هزینه‌ها منطقی باشد (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۶). توانایی یک کشور در تقویت نظام بهداشت و درمان خود، برای دستیابی به اهداف بهداشتی تا اندازه زیادی به سرمایه انسانی آن بستگی دارد (انکسومالو، گودج، گیلسون و بیلس^۲، ۲۰۱۸). نیروی کار بخش بهداشت باید دانش، مهارت، انگیزه و آمادگی لازم برای انجام وظایف خود در راستای بهبود ارائه خدمات بهداشتی باکیفیت را داشته باشد (مدلینا، ماشامبا تامپسون و پترسن^۳، ۲۰۲۰). یکی از فرایندهای مهم منابع انسانی که برای تسهیل آموزش و ایجاد انگیزه استفاده می‌شود، نظام ارزیابی عملکرد است.

مدیریت عملکرد فرایندی مستمر برای شناسایی، اندازه‌گیری و بهبود عملکرد افراد و سازمان است که هم‌سویی فعالیت‌های عملکرد با اهداف استراتژیک سازمان را شامل می‌شود (مدلینا و همکاران، ۲۰۲۰). یک رکن مهم نظام مدیریت عملکرد، ارزیابی عملکرد است (مدلینا و همکاران، ۲۰۲۰). هدف نظام ارزیابی عملکرد، نظارت بر عملکرد کارکنان، ایجاد انگیزه در آن‌ها از طریق فراهم‌آوردن فرصت برای توسعه مهارت‌ها و بهبود روحیه از طریق پاداش دادن و ایجاد انگیزه در افرادی است که عملکرد خوبی دارند. این نظام می‌تواند مبنایی را فراهم سازد برای تصمیم‌گیری در خصوص استخدام و انتخاب، آموزش و توسعه کارکنان موجود و چگونگی بهینه‌سازی کیفیت کار و کارایی در مراکز مراقبت‌های بهداشتی درمانی (چادهوری و پورانیک^۴، ۲۰۱۴). امروزه در خصوص رضایت‌بخش نبودن نظام‌های ارزیابی عملکرد موجود، مباحثی مطرح می‌شود (کاپلی و تاویس^۵، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، مدت‌های مدیدی است که اندیشمندان دریافته‌اند مدیران در خط مقدم سیستم‌های مدیریت عملکرد قرار دارند و وظایف مدیریت عملکرد، به بخشی از وظایف مدیریتی تبدیل شده است (دنیزی و سونش^۶، ۲۰۱۱؛ تسنگ و لوی^۷، ۲۰۱۹). امروزه تأکید می‌شود که رویه‌های ارزیابی عملکرد، باید روان تر باشد و بررسی‌هایی منظم و فراتر از ارزیابی‌های سالانه سنتی را شامل شود (تسنگ و لوی، ۲۰۱۹). این مهم در خصوص مراکز بهداشتی و درمانی که یکی از سازمان‌های خدماتی حساس و پیچیده فعال در جامعه محسوب می‌شود، نیز صدق می‌کند.

چالش‌های فزاینده پیش روی نظام بهداشت و درمان و فشارهای گوناگون وارد بر آن، نظارت و ارزیابی عملکرد را به یکی از چالش‌های اساسی آن تبدیل کرده است (مدلینا و همکاران، ۲۰۲۰). کمبود پرستار در سراسر جهان، تعهد کارکنان بهداشت و درمان و رضایت شغلی کارکنان، از جمله چالش‌های حوزه بهداشت و درمان است (تینتی، نایت و دودسون^۸، ۲۰۱۶). سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷). این عوامل در مراقبت از بیمار و ارائه خدمات باکیفیت تأثیر دارند. به طور کلی، درباره چگونگی تأثیر نظام ارزیابی عملکرد بر مدیریت کارکنان بهداشتی و نحوه استفاده از آن برای بهبود ارائه خدمات و در

1. World Health Organization
2. Nxumalo, Goudge, Gilson & Eyles
3. Madlabana, Mashamba-Thompson & Petersen
4. Choudhary & Puranik
5. Cappelli & Tavis
6. DeNisi & Sonesh
7. Tseng & Levy
8. Tinetti, Naik & Dodson

نهایت، بهبود بیمار شناخت محدودی وجود دارد (مدلبنا و همکاران، ۲۰۲۰). در نظام ارزیابی عملکرد بهداشت و درمان، چهار مشکل اساسی زیر وجود دارد که نیاز به الگویی را ضروری می‌کند که از جامعیت و کارآمدی لازم برای ارزیابی عملکرد مراکز درمانی و بیمارستانی برخوردار باشد:

۱. موضوعات زمینه‌ای (ناهماهنگی بین استانداردها و وظایف کارکنان درمان)؛

۲. ساختار ارزیابی عملکرد (ارزیابی ذهنی)؛

۳. روند ارزیابی (نظارت نکردن مدیران، ارزیابی‌های غیرمنصفانه و ناپایداری ارزیابی‌های انجام‌شده)؛

۴. نتایج ارزیابی، یعنی بازخورد نامناسب (نوریتاسری، فیتریاسری و حسین‌الدین، ۲۰۲۰).

پژوهش‌های متعددی در زمینه ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی انجام شده است؛ اما با توجه به نقش حیاتی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، پژوهش‌های انجام شده با نگاه همه‌جانبه به ارزیابی عملکرد این گونه سازمان‌ها نپرداخته‌اند و جامعیت و غنای کافی ندارند (مدلبنا و همکاران، ۲۰۲۰). این شکاف در خصوص ارزیابی عملکرد چندسطحی این گونه سازمان‌ها بسیار نمایان‌تر است و مطالعات انجام‌شده در این زمینه چندان چشمگیر نیست. از نگاه روش‌شناختی، رویکرد چندسطحی می‌تواند شناخت جامعی درباره پدیده در دست مطالعه فراهم سازد. این رویکرد روابط میان متغیرها را دست‌کم در دو سطح مختلف تجزیه و تحلیل می‌کند؛ برای مثال، با استفاده از این رویکرد می‌توان تأثیر هم‌زمان عوامل مختلف تعیین‌کننده عملکرد سازمان را در سطوح مختلفی از عوامل فردی و سازمانی بررسی کرد (مولینا آزورین، پریرا مولینر، لویز گامرو، پرتوسا اورتگا و خوزه تارگی، ۲۰۲۰).

بر این اساس، سؤال پژوهش حاضر این است: «الگوی ارزیابی عملکرد چندسطحی مراکز درمانی چگونه است؟». برای این منظور، شاخص‌هایی که در مطالعات پیشین برای ارزیابی جنبه‌های مختلف عملکرد مراکز درمانی بررسی و تأیید شده‌اند، شناسایی و تلفیق و در قالب الگویی چندسطحی ارائه می‌شود. این الگو می‌تواند شناخت نظری جامع‌تر و کلی‌تری در این زمینه فراهم سازد و به‌عنوان راهنمای عمل مدیریت منابع انسانی در این زمینه استفاده شود.

پیشینه نظری پژوهش

عملکرد سازمانی

واژه عملکرد حالت یا کیفیت کارکرد معنا شده است. عملکرد سازمانی سازه‌ای کلی است که به چگونگی انجام عملیات سازمانی دلالت دارد و به‌معنای فرایند تبیین کیفیت، اثربخشی و کارایی اقدام‌های گذشته است (ریوتا، لامینتاکانن و کیوینن، ۲۰۲۲). نیلی، آدامز و کلرلی^۴ (۲۰۰۲) عملکرد سازمانی را فرایند تبیین کیفیت اثربخشی و کارایی اقدام‌های گذشته می‌دانند. مطابق این تعریف، عملکرد به دو جزء تقسیم می‌شود: ۱. کارایی که بیانگر چگونگی استفاده سازمان از منابع برای تولید خدمات یا محصولات است؛ ۲. اثربخشی که نشان‌دهنده میزان نیل به اهداف سازمانی است (آمر و همکاران، ۲۰۲۲).

1. Nuritasari, Fitriyasari & Hasinuddin

2. Molina-Azorín, Pereira-Moliner, López-Gamero, Pertusa-Ortega & José Tarí

3. Rivta, Lammintakanen, Kivinen

4. Neely, Adams & Kennerley

5. Amer et al.

ژاو، کانگ و کانگ^۱ (۲۰۲۲) نیز ضمن تأکید بر پیروی سطح عملکرد سازمان از کارایی و اثربخشی، عملکرد را مفهومی پیچیده، مشکل، چالش برانگیز و مهم می‌دانند و آن را با عملیات سازمانی مرتبط می‌پندارند. از دیدگاهی دیگر نیز، عملکرد سازمانی از چهار مؤلفه درهم‌تنیده تشکیل شده است: نتایج مالی، کارایی عملیاتی، رضایت ذی‌نفعان و توانایی رقابت (سالواتره و میولین^۲، ۲۰۲۱). در مجموع با توجه به نوع سازمان، عملکرد ممکن است شامل عناصری از قبیل خدمات، مدیریت هزینه، کیفیت، بهره‌وری و عملکرد مدیریت دارایی باشد (هوآنگ و هوآنگ^۳، ۲۰۲۰).

ارزیابی عملکرد

ارزیابی عملکرد مرحله‌ای مهم در مدیریت منابع انسانی است (نوریتاسری و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از کاربردهای متعدد ارزیابی عملکرد رسمی، این است که به مدیریت امکان می‌دهد تا اهداف سازمان را به کارکنان ابلاغ کند. از آنجا که کارکنان به کمک ارزیابی عملکرد، از استراتژی رقابتی مورد استفاده سازمان مطلع می‌شوند، می‌توانند تلاش‌ها و اقدام‌های خود را برای دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان هم‌سو کنند (بایو موریونس، گالدون سانچز و مارتینز دی مورتین^۴، ۲۰۲۰). تاپورا، سیوانن، هیکیلا، جوسیلا و ننونن^۵ (۲۰۱۵) ارزیابی عملکرد را فرایندی می‌دانند که در آن عملکرد فرد یا گروه، از لحاظ اجرای وظایف محوله بررسی می‌شود. همچنین ارزیابی عملکرد در بُعد نحوه استفاده از منابع و امکانات، آن‌ها را در قالب شاخص‌های کارایی معرفی می‌کنند. دوو، وو، یان و لی^۶ (۲۰۲۱) نیز ارزیابی عملکرد را این گونه تعریف می‌کنند: فرایند کسب اطمینان از اینکه سازمان از راهبردهای تدوین‌شده‌ای پیروی می‌کند که به تحقق اهداف مدنظر منتهی می‌شود. ارزیابی عملکرد هم به بهبود عملکرد فردی و هم اثربخشی سازمانی کمک می‌کند (گومز مجیا، بروون و فرانکو سانتوس^۷، ۲۰۱۷). بعضی از اهداف مدنظر برای انجام ارزیابی عملکرد عبارت‌اند از: دستیابی به استراتژی سازمانی، نظارت بر عملیات، شناسایی مشکلات، بهبود مستمر، انگیزش و حمایت از تصمیم‌ها (ساندرز و یانگ^۸، ۲۰۱۵).

ارزیابی عملکرد چندسطحی

طی دو دهه گذشته تعدادی از نویسندگان با ابراز تأسف به‌خاطر تقسیم علوم سازمانی به دو بخش خرد و کلان و در نتیجه، کمبود نظریه و تحقیق چندسطحی، الهام‌بخش خیزش بررسی‌های سازمانی به‌صورت چندسطحی شدند. آن‌ها معتقدند که ذات سازمان‌ها چندسطحی است و به همین دلیل مسائلی مانند ارزیابی عملکرد، طراحی شغل، آموزش، پرداخت، رهبری، قدرت، مشارکت، ارتباطات، جو سازمانی، تکنولوژی، عملکرد و ساختار سازمانی نیز چندسطحی هستند (آئوجیرو پونگ پانگ، میسوک، تینساتید و مانی چوت^۹، ۲۰۲۱). با مطرح شدن چارچوب‌های تحلیلی چندسطحی، دانش سازمانی به‌سوی پارادایمی پیش می‌رود تا از شکاف بین سطوح خرد و کلان بکاهد. تلاش برای مطالعه سازمان به‌عنوان سیستمی چندسطحی، بر پایه

1. Zhao, Kang & Kang
2. Salvatore & Milone
3. Huang & Huang
4. Bayo-Moriones, Galdon-Sanchez & Martinez-de-Morentin
5. Tappura, Sievänen, Heikkilä, Jussila & Nenonen
6. Du, Wu, Yuan & Li
7. Gomez-Mejia, Berrone & Franco-Santos
8. Sanders & Yang
9. Aujirapongpan, Meesook, Theinsathid, Maneechot

رویکرد تعامل گرایان استوار است. آن‌ها رفتار را نتیجه تعامل فرد و محیط می‌دانند. آن‌ها همچنین بر این باورند که پدیده‌های سطح بالای سازمان مانند خط‌مشی‌ها، وظایف، فرایندها و عملکرد، در سطوح پایین سازمان ریشه دارند (دهقانان، ۱۳۹۴).

یکی از پدیده‌های مطالعه‌شده در مدیریت و سازمان، عملکرد است. در نظریه‌پردازی متعارف، عملکرد به‌عنوان پدیده‌ای خرد (در سطح فردی) یا کلان (در سطح گروه و سازمان) بررسی شده است؛ به‌طوری که تأثیر سطوح پایین‌تر بر سطوح بالاتر و برعکس، نادیده گرفته شده است. نتایج متناقض پژوهش‌های انجام‌شده با رویکرد متعارف در حوزه عملکرد، گواهی بر این ادعاست (تیلور^۱، ۲۰۱۵؛ گریش^۲، ۲۰۱۶). این در حالی است که در رویکرد چندسطحی، ارزیابی عملکرد را می‌توان در سه سطح فردی، گروهی و سازمانی انجام داد. بر این اساس، عملکرد فردی عبارت است از: میزان سهم هر فرد، در دستیابی به اهداف سازمانی. عملکرد گروهی، عبارت است از: سنجه‌هایی از موفقیت یا اقدام لازم برای دستیابی به نتایج مطلوب که گروه و سازمان روی آن توافق کرده است. عملکرد گروه به‌لحاظ کیفی، متفاوت از عملکرد فردی است. عملکرد تیمی، جمع ساده شایستگی‌های مهارت‌ها و نگرش‌ها نیست؛ بلکه علاوه بر این‌ها، بیانگر راهی است که از طریق آن، افراد با یکدیگر به‌عنوان یک کل تعامل برقرار کنند (رضاییان و گنجلی^۳، ۲۰۰۰). عملکرد سازمانی نیز مجموع نتایج و تعیین‌کننده‌های نتایج است (ایزدپناهی، مریم و شکرچی‌زاده، احمدرضا، ۱۳۹۶).

پیشینه تجربی پژوهش

اهمیت بخش درمان برای جامعه از یک‌سو و نقش کلیدی ارزیابی عملکرد در مراکز درمانی و بیمارستانی از سوی دیگر، موجب شده است که مطالعات متعددی در زمینه ارزیابی عملکرد مراکز درمانی در داخل و خارج از کشور انجام شود. در جدول ۱، خلاصه بعضی از مطالعات مرتبط با اهداف این پژوهش (شناسایی و طبقه‌بندی شاخص‌های ارزیابی عملکرد مراکز درمانی) آمده است.

مرور پژوهش‌های گذشته در ارتباط با موضوع این پژوهش، نشان می‌دهد که بعضی از این مطالعات به‌صورت کمی انجام شده‌اند؛ یعنی از مدل‌های موجود ارزیابی عملکرد، برای سنجش عملکرد کارکنان بخش بهداشت و درمان استفاده کرده‌اند. بعضی از پژوهش‌هایی هم که با رویکرد آمیخته اجرا شده‌اند، از بخش کیفی برای شناسایی مشکلات و استخراج شاخص‌ها استفاده کرده‌اند و به‌دنبال طراحی مدلی جامع برای ارزیابی عملکرد در بخش درمان نبوده‌اند.

این پژوهش به‌دنبال ارائه مدلی چندسطحی برای ارزیابی عملکرد در بخش درمان است. در نظریه‌پردازی متعارف، عملکرد به‌عنوان پدیده خرد یا کلان مطالعه شده است؛ در حالی که عملکرد پدیده‌ای چندسطحی است و رویکرد متعارف قادر نیست به‌درستی آن را تحلیل کند؛ زیرا با تمرکز بر یک سطح از تحلیل، دچار ساده‌انگاری شده و تأثیر و تأثر پدیده در سطوح مختلف تحلیل نادیده گرفته می‌شود. با وجود اهمیت فراوان مدیریت عملکرد در سازمان‌ها، مدل جامعی وجود ندارد که بتواند مفهوم عملکرد و متغیرهای شکل‌دهنده آن و همچنین، روابط میان آن‌ها را در سطوح سه‌گانه به‌صورت یکپارچه نشان دهد. پژوهش حاضر با هدف طراحی مدل جامع عملکرد سازمان با استفاده از روش شناسی نظریه‌پردازی چندسطحی

1. Taylor

2. Gerrish

3. Rezaian & Ganjali

انجام شده است. در نهایت باید گفت این پژوهش، اولین پژوهشی است که به ارائه مدل ارزیابی عملکرد به صورت چندسطحی در یک مجموعه، یعنی سطوح فرد، گروه و سازمان بخش درمان می‌پردازد.

جدول ۱. پیشینه تجربی پژوهش

موضوع	روش	یافته‌ها
السید ^۱ (۲۰۲۱) در مطالعه خود به بررسی توسعه ابزار ارزیابی عملکرد پرستاران پرداخت.	کمی، توصیفی - پیمایشی	سیستم ارزیابی عملکرد پرستار با مشکلات مختلف مربوط به اثربخشی و کارایی روبه‌رو بوده است؛ زیرا ارزیابی و قضاوت‌ها، اغلب بر اساس نظرها، ترجیحات و اطلاعات دقیق یا جزئی انجام می‌شود. ارتباط ذهنی، مغرضانه و ضعیف بین مدیران و پرستاران، احساسات نامطلوبی را در پرستاران ایجاد می‌کند.
زلیخا، تامتو و سلیمان ^۲ (۲۰۲۰) در پژوهش خود به بررسی تحلیلی چندسطحی از عملکرد افراد بخش درمان پرداختند.	رویکردی کمی به صورت مقطعی و به صورت توصیفی - پیمایشی	همه عوامل زمینه‌ای، یعنی سطح تحصیلات، درآمد، سابقه کاری، انگیزه، رضایت و حجم کار، بر عملکرد شغلی کارکنان بخش درمان مؤثر بوده است.
مالینا آزرین و همکاران (۲۰۲۰) به بررسی پژوهش‌های چند سطحی: اصول و فرصت‌ها در مدیریت پرداختند.	بررسی ادبیات و توصیفی و مروری	پژوهش‌های چند سطحی را نباید تنها راه حل در نظر گرفت و نباید از روش‌های دیگر آن را برتر دانست. سؤال‌های پژوهش تعیین می‌کند که پژوهش از تحلیل چندسطحی پیروی کند. از طرف دیگر، چون در پژوهش‌های چندسطحی، چند گروه از پژوهشگران ممکن است در یک پژوهش فعال باشند، به پیشرفت یک علم منجر می‌شود و شبکه‌های همکاری را شکل می‌دهد.
مدلینا و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود به بررسی روش‌های و فعالیت‌های ارزیابی عملکرد پرستاران بخش مراقبت‌های بهداشتی پرداختند.	مرور سیستماتیک	شواهد از مدیریت عملکرد در بخش پرستاری نشان می‌دهد که می‌توان از این سیستم برای بهبود عملکرد پرستاران بهره برد و همچنین، در حوزه ارزیابی عملکرد بخش بهداشت و درمان، شکاف دانشی وجود دارد.
مالیدینا، آرنی و دمیانتی ^۳ (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی سیستم ارزیابی عملکرد کارکنان بخش درمانی در قسمت مراقبت‌های اولیه پرداختند.	کمی، ابزار جمع‌آوری پرسش‌نامه و مصاحبه	پاسخ‌دهندگان شکافی را در سیستم ارزیابی عملکرد تشخیص دادند. آن‌ها معتقد بودند که هیچ پاداش مناسبی به کارمندان داده نمی‌شود، سیستم ارزیابی به طور کامل برای کارمند توضیح داده نشده بود، هیچ بازخوردی به کارمند داده نمی‌شد و کارمند در تدوین استانداردها و اهداف عملکرد دخیل نبود. ارزیابی عملکرد تأثیر مثبتی بر رفاه سازمانی دارد و اگر ارزیابی عملکرد به خوبی انجام شود، در آن صورت، بهره‌وری و عملکرد کارکنان افزایش می‌یابد.
تسنگ و لوی (۲۰۱۹) چارچوبی از فرایند رهبری چندسطحی در مدیریت عملکرد ارائه دادند	بررسی ادبیات و توصیفی و مروری	این پژوهش یک چارچوب فرایند رهبری چندسطحی از مدیریت عملکرد ارائه داده است که نقش محوری مدیران را برجسته می‌کند. در این چارچوب، مدیران از طریق تأثیر بر کارمندان، تیم‌ها و سازمان، این فرایند را انجام می‌دهند.

1. El-Sayed

2. Zulaikah, Tamtomo, & Sulaeman

3. Maulidina, Arini & Damayanti

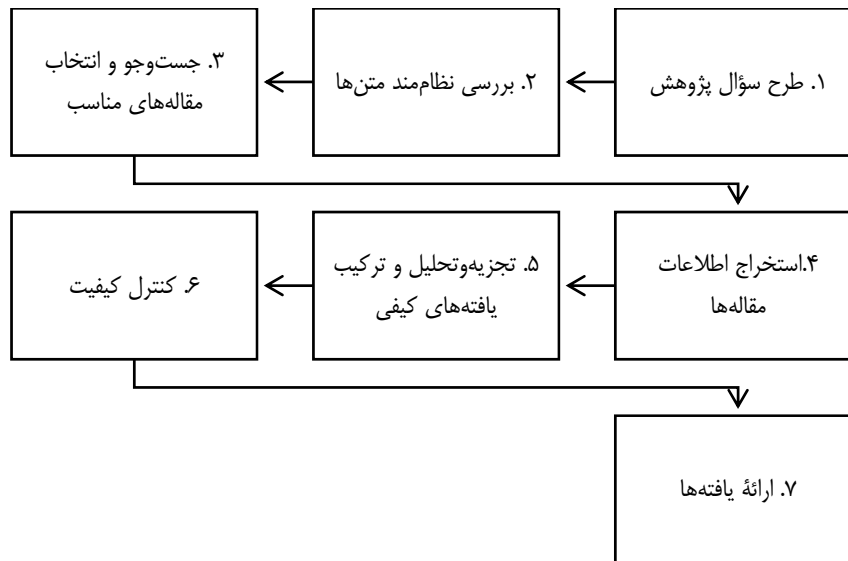
ادامه جدول ۱

موضوع	روش	یافته‌ها
کندی، آناستوس و گناو ^۱ (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای به بررسی نقش مدیریت عملکرد در بهبود کیفیت خدمات بخش درمان پرداختند.	آمیخته	همه کارمندان از محیط کاری مثبت خبر می‌دادند، یک برچسب منفی غیرمنتظره و فراگیر در خصوص بازخورد فردی از طرف ناظر وجود داشت. نیمی از شرکت‌کنندگان گفتند که هیچ‌گونه بازخورد فردی درباره استانداردهای خدمات از طرف ناظر دریافت نشده است. ارائه استانداردهای خدمات در قالب ساده و یک صفحه‌ای که توسط سرپرست و نماینده امضا شده است، با استقبال خوبی مواجه شد.
نور ^۲ (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی ارزیابی عملکرد کارکنان بخش درمان پرداخت.	کمی، توصیفی - پیمایشی	در بیمارستان‌ها ارزیابی عملکرد به درستی صورت نمی‌گیرد و ارزیابی برای کارکنان به لحاظ انگیزشی مهم است. همچنین بین بیمارستان‌های بخش دولتی و بخش خصوصی در رویکردهای استفاده از ارزیابی عملکرد تفاوت وجود دارد.
خان محمدی (۱۳۹۸) در پژوهشی به شناسایی عوامل مؤثر در مدیریت عملکرد چند سطحی مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی صنعت آب و برق بر اساس کارت امتیازی متوازن اقدام کرد.	آمیخته	با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و مصاحبه با خبرگان جامعه آماری، به شناسایی عوامل مؤثر بر مدیریت عملکرد در سه سطح فردی، گروهی و سازمانی در قالب ۴ بعد کارت امتیازی متوازن پرداخته است.
گنجعلی (۱۳۹۸) در پژوهش خود به بررسی طراحی مدل جامع عملکرد با رویکرد چند سطحی پرداخت.	استراتژی اکتشافی و روش کیفی	پس از مطالعه بیش از هزار متن علمی اعم از کتاب و مقاله، ابتدا مدل‌های عملکردی تک‌سطحی در سطح فردی، تیمی و سازمانی طراحی شده است؛ سپس مدل‌های میان سطحی و در پایان مدل جامع عملکرد سازمان با رویکرد چندسطحی ارائه شده است.

روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات و پاسخ به پرسش‌های مدنظر، از روش فراترکیب، در قالب پارادایم کیفی استفاده شده است. فراترکیب یکی از انواع روش‌های فرامطالعه است که در آن، اطلاعات و یافته‌های مطالعات گوناگون با موضوعی واحد بررسی و تحلیل می‌شوند. فراترکیب، تجزیه و تحلیل فراگیر و عمیق پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ای خاص است که برای یکپارچه‌سازی و تفسیر چندین مطالعه و ارائه یافته‌های جامع‌تر به کار می‌رود. این روش تحقیق اکتشافی، برای استخراج چارچوب مرجع مشترک از نتایج تحقیقات گذشته به کار می‌رود (یزدانی، زارع و حدپور سراج، ۱۴۰۰). پیش‌شرط اجرای روش فراترکیب، بررسی نظام‌مند ادبیات، به منظور شناسایی عوامل مرتبط با هدف پژوهش است. در پژوهش حاضر نیز، بر اساس گام‌های اجرای این روش، بررسی نظام‌مند ادبیات با جست‌وجو در پایگاه‌های داده و نشریه‌های معتبر و ترکیب نتایج مرتبط از پژوهش‌های منتخب انجام شد. از میان الگوهای مختلف انجام فراترکیب نیز از روش فراترکیب ساندلوسکی و باروسو (۲۰۰۷) استفاده شده است (شکل ۱).

1. Kennedy, Anastos & Genau
2. Nure



شکل ۱. فرایند انجام فراترکیب

اقدام‌های انجام‌شده در هر یک از گام‌های اجرای روش فراترکیب، طبق الگوی پیش‌گفت به شرح ذیل است:

گام نخست؛ طرح پرسش پژوهش: در این مرحله به چند پرسش اساسی که در جدول ۲ نمایش داده شده است، پاسخ داده می‌شود. این پرسش‌ها بنیان ادامه فرایند فراترکیب در این پژوهش را تشکیل می‌دهد.

جدول ۲. پرسش‌های اساسی پژوهش برای انجام فراترکیب

پرسش‌های کلیدی	پاسخ در این پژوهش
چه چیزی	تعیین موضوع محوری، آغاز فرایند فراترکیب است. در این پژوهش این گام با پرسش‌های زیر آغاز شده است: ۱. برای ارزیابی عملکرد کارکنان بخش درمانی چه شاخص‌هایی مناسب است؟ ۲. برای ارزیابی عملکرد بخش‌های درمانی تشکیل‌دهنده بیمارستان‌ها، چه شاخص‌هایی مناسب است؟ ۳. برای ارزیابی عملکرد سازمانی بیمارستان‌ها، چه شاخص‌هایی مناسب است؟
جامعه در دست مطالعه	در این پژوهش پایگاه‌های علمی معتبر داخلی و بین‌المللی بررسی شده است.
چه زمانی	این قسمت، بازه زمانی را مشخص می‌سازد که طی آن، مدارک و مستندات جست‌وجو و بررسی شده‌اند. در این مطالعه، بازه زمانی از سال ۲۰۱۲ تا سال ۲۰۲۲ مدنظر بوده است.
چگونگی	در این پژوهش، روش «تحلیل مضمون»، برای تحلیل داده‌های ثانویه استفاده شده است. محقق با در نظر گرفتن معیارهایی، مقاله‌های مناسبی را که به فرایند فراترکیب وارد یا از فرایند خارج می‌شوند، شناسایی و مشخص می‌کند.

گام دوم؛ بررسی نظام مند متن‌ها: در این پژوهش، پایگاه‌های داده و موتورهای جست‌وجوی مختلفی بین سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۲ بررسی شده است. رشته جست‌وجو، بر اساس مطالعات مرور نظام مند پژوهش‌هایی بوده که در آن‌ها شاخص‌هایی برای ارزیابی عملکرد مراکز درمانی ارائه و تأیید شده است. کلمات کلیدی مدنظر برای جست‌وجو «کارکنان بخش درمانی»، «مراکز درمانی» و «بیمارستان‌ها» بوده است. همچنین در این پژوهش، پایگاه‌های داده وایلی^۱، سیج^۲،

امرالده^۱، ساینس دایرکت^۲، اسپرینگر^۳، پروکوئست^۴، گوگل اسکالر^۵، ام بیس^۶، پاب مد^۷، الزویر^۸ و ایگل^۹، برای بررسی مقاله‌ها انتخاب شدند. در نتیجه جست‌وجو و بررسی پایگاه‌های داده و موتورهای جست‌وجوی مختلف و با استفاده از کلمات کلیدی یادشده، ۱۸۴۰ مقاله یافت شد که البته شماری از مقاله‌ها در دو یا چند پایگاه علمی هم‌پوشانی داشت. **گام سوم؛ جست‌وجو و انتخاب مقاله‌ها:** هدف از انجام این مرحله، شناسایی مقاله‌هایی است که از کفایت لازم برای ورود به فرایند تحلیل برخوردارند. معیارهای پذیرش یا رد مقاله‌ها در جدول ۳ بیان شده است.

جدول ۳. معیارهای پذیرش یا رد مقاله‌ها

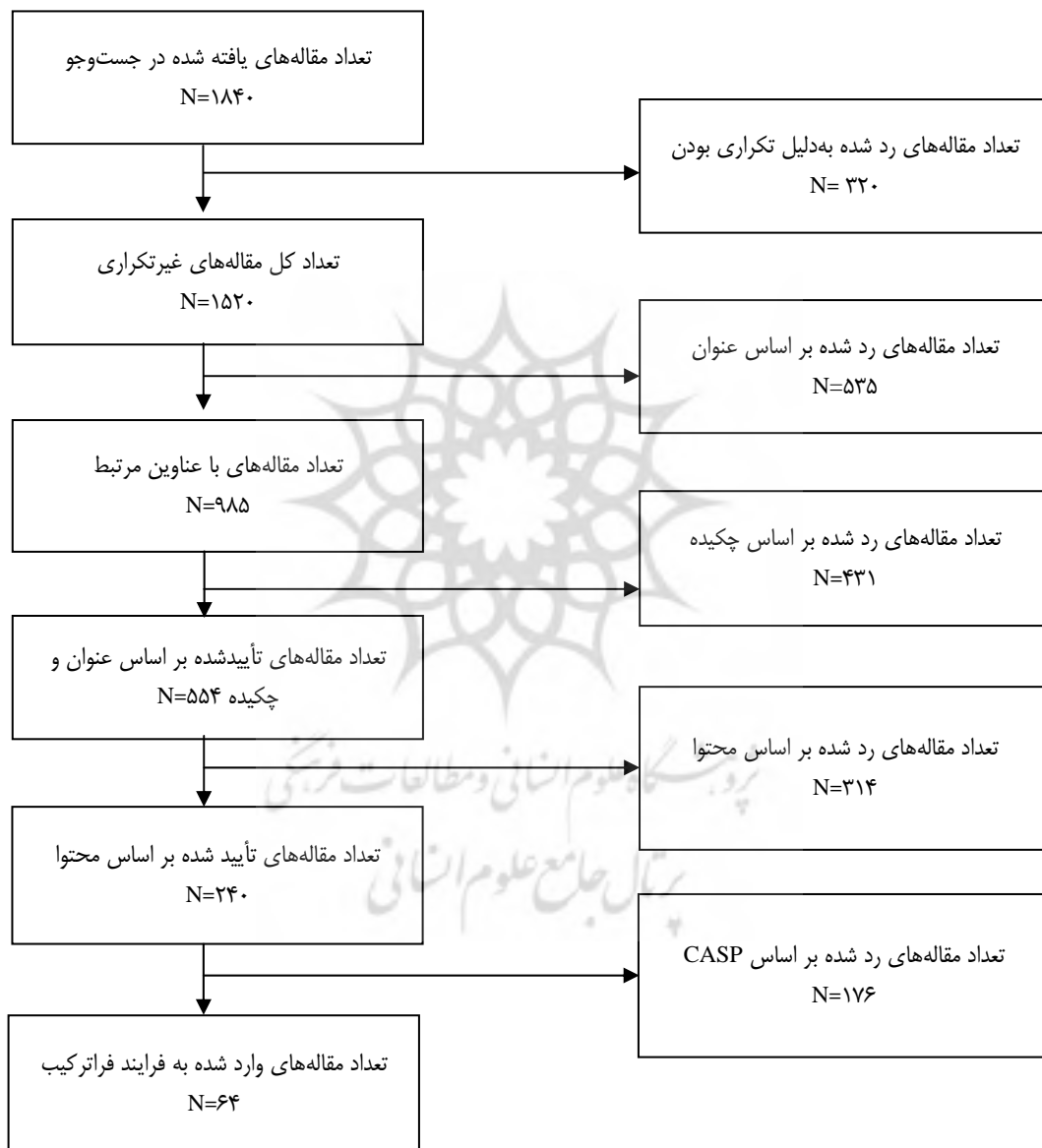
عوامل	معیار پذیرش مقاله	معیار رد مقاله
محدوده جغرافیایی	کل مطالعات
زبان تحقیقات	انگلیسی و فارسی	غیر انگلیسی
زمان مطالعات	۲۰۲۰ تا ۲۰۰۰	پیش از سال ۲۰۰۰
روش به‌کار گرفته شده در سند	روش‌های کیفی و کمی	مطالعات غیرروشمند و مقاله‌های مروری
شرایط مورد مطالعه	موضوعاتی همچون: شاخص‌ها و الگوهای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها و مراکز درمانی	مواردی غیر از بررسی شاخص‌ها و مؤلفه‌های ارزیابی عملکرد فردی، بخش‌های درمانی و بیمارستان
نوع مطالعه	مقاله‌های منتشر شده در ژورنال‌ها	نظریه‌های شخصی، سبب‌های شخصی، گزارش‌ها و کنفرانس‌ها

انتخاب مقاله‌ها طی چند مرحله انجام شده است. در ابتدا، کل مقاله‌های مرتبط با موضوع (۱۸۴۰ مقاله) از پایگاه‌های داده دائلود شد. در گام دوم، مقاله‌های تکراری در پایگاه‌های علمی مختلف به تعداد ۳۲۰ مقاله حذف شد. در گام سوم، عنوان مقاله‌های غیرتکراری بررسی شد و بر این اساس، مقاله‌هایی عنوان نامرتبلی با هدف این پژوهش داشتند، حذف شدند. در گام بعدی، چکیده مقاله‌های باقی‌مانده با عنوان مناسب، بررسی و از لحاظ ارتباط موضوعی مطالعه ارزیابی شد که در این مرحله نیز ۴۳۱ مقاله حذف شد. در گام آخر، محتوای مقاله‌های باقی‌مانده بررسی و ۳۱۴ مقاله که محتوای آن‌ها با سؤال‌های مدنظر در این پژوهش مطابقت نداشتند، حذف شدند.

تا این مرحله بعضی از اسناد ذخیره شده وجود داشتند که محقق نتوانسته بود درباره نامرتبلی بودن و حذف آن‌ها به قطعیت برسد. شایان ذکر است که محقق هنوز تا این مرحله تلاش کرد به حفظ اسناد مرتبط دید وسیع داشته باشد. به این ترتیب، ۲۴۰ سند در این مرحله مرتبط شناخته شد. پس از این مرحله، پژوهشگر به مطالعه و نکته‌برداری کامل اسناد باقی‌مانده اقدام کرد. هم‌زمان با مطالعه هر سند، ارزشیابی بر اساس برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی (CASP) نیز صورت

1. Emerald
2. Science direct
3. Springer
4. ProQuest
5. Google scholar
6. EMBASE
7. Pubmed
8. Elsevier
9. EAGLE

گرفت. برای این منظور یک جدول تنظیم و برای هر سند از منظر ده معیار مشخص امتیازی از ۵ تخصیص داده شد. در نهایت، اسنادی که میانگین امتیاز آن‌ها کمتر از ۲/۵ بود، در فرایند فراترکیب مشارکت داده نشدند. تعداد این اسناد در پایان مطالعه، در مجموع ۱۷۶ سند بوده است. به این ترتیب پس از بررسی ۲۵۵ مقاله مرتبط با استفاده از شاخص CAPS، ۱۷۶ مقاله حذف شد. در نهایت، در کل فرایند غربالگری محقق، از میان ۱۸۴۰ مقاله، ۶۴ مقاله برای تجزیه و تحلیل اطلاعات باقی می‌ماند. در شکل ۲ می‌توان خلاصه‌ای از فرایند ارائه شده را به همراه نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مشاهده کرد.



شکل ۲. فرایند جست‌وجو و انتخاب مقاله‌های مناسب

خروجی این مرحله، دستیابی به مقاله‌های منتخبی است که در نهایت اطلاعات آن‌ها برای پاسخ به پرسش‌های پژوهش استخراج و تلفیق شده است. فهرست این مقاله‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. مقاله‌های منتخب برای ورود به فرایند فراترکیب

شناسه	پژوهشگر (سال)	شناسه	پژوهشگر (سال)	شناسه	پژوهشگر (سال)
D1	Panjaitan et al. (2022)	D23	Liao et al. (2019)	D44	ملک و شجاعی باغینی (۱۴۰۱)
D2	Noris et al. (2022)	D24	Pitocco & Sexton. (2019)	D45	اکبری ساری و همکاران (۱۳۹۹)
D3	Kosklin et al. (2022)	D25	Aliekperova, N. (2019)	D46	ملک زاده و همکاران (۱۳۹۹)
D4	Chmielewska et al. (2022)	D26	Hatefi & Haeri. (2019)	D47	ملک زاده و همکاران (۱۳۹۸)
D5	Amer et al. (2022)	D27	Peykani et al. (2019)	D48	ملک زاده و همکاران (۱۳۹۸)
D6	Carini et al. (2022)	D28	Peykani et al. (2019)	D49	درگاهی و درودی (۱۳۹۷)
D7	Ali et al. (2022)	D29	Beheshtinia et al. (2019)	D50	تقی زاده و همکاران (۱۳۹۷)
D8	Amrai et al. (2022)	D30	Buttigieg et al. (2018)	D51	وفایی نجار و همکاران (۱۳۹۷)
D9	Shortell et al. (2021)	D31	Giovanis et al. (2018)	D52	جهانگیری و جهانگیری (۱۳۹۶)
D10	Piubello Orsini et al. (2021)	D32	Li Si et al. (2018)	D53	قندهاری و همکاران (۱۳۹۶)
D11	Gómez-Gallego et al. (2021)	D33	Rahimi et al. (2018)	D54	یاوری و همکاران (۱۳۹۶)
D12	Kutlu Gündoğdu et al. (2021)	D34	Lupo, T. (2018)	D55	علی نژاد و خلیلی (۱۳۹۶)
D13	Ghasemi et al. (2021)	D35	Kounetas et al. (2015)	D56	بهداری (۱۳۹۵)
D14	Jiang et al. (2020)	D36	McNatt et al. (2015)	D57	محمودی و همکاران (۱۳۹۵)
D15	Alatawi et al. (2020)	D37	Simou et al. (2015)	D58	سهرابی نژاد و همکاران (۱۳۹۴)
D16	Rasi et al. (2020)	D38	Raeisi et al. (2012)	D59	رحیمی و همکاران (۱۳۹۴)
D17	Aujrapongpan et al. (2020)	D39	Agency for Healthcare Research and Quality (2012)	D60	جلیلی بال و همکاران (۱۳۹۴)
D18	Siyum, H. (2020)	D40	Lacroix J. (2012)	D61	خوانزاده و همکاران (۱۳۹۴)
D19	Fatima et al. (2019)	D41	The OECD Health Care Indicators Quality (2016-2017)	D62	براتلو و همکاران (۱۳۹۳)
D20	nuryadin et al. (2019)	D42	Berg et al. (2005)	D63	جباری بیرامی و همکاران (۱۳۹۳)
D21	Narayan et al. (2019)	D43	Nabitz et al. (2000)	D64	جنتی و همکاران (۱۳۹۱)
D22	Okoth. & Flora. (2019)				

گام چهارم؛ استخراج نتایج: در این مرحله، محقق به‌طور پیوسته مقاله‌های منتخب و نهایی را به‌منظور دستیابی به یافته‌های درون محتوایی چند بار مرور می‌کند. در این مرحله اطلاعات مربوط به هر مقاله که شامل نام و نام خانوادگی نویسنده، سال انتشار مقاله، شاخص‌ها و مؤلفه‌های ارزیابی عملکرد در بخش درمانی که هر مقاله به آن‌ها اشاره کرده، بیان شده است. نمونه‌ای از استخراج شاخص‌ها در این مرحله در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نمونه استخراج شاخص‌های ارزیابی مراکز درمانی از مقاله‌های منتخب

ردیف	شناسه	شاخص
۱	D6	میزان برخورداری از تحصیلات مرتبط با شغل
۲	D4	سطح دانش شغلی
۳	D4	توانایی انجام وظایف شغلی
۴	D29	میزان تجربه کاری
۵	D50	مهارت در استفاده بهینه از تجهیزات درمانی
۶	D12	میزان آگاهی از قوت‌ها و ضعف‌های شخصی
۷	D46	توانایی خودکنترلی در موقعیت‌های گوناگون شغلی
۸	D34	توانایی همدلی و درک شرایط بیمار و همکاران
۹	D44	توانایی برقراری ارتباط و تعامل مؤثر با دیگران در محیط کار
۱۰	D60	میزان انعطاف‌پذیری و سازگاری با شرایط مختلف شغلی

گام پنجم؛ تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی: در این گام، پژوهشگر با بررسی و مرور عمیق ادبیات، به طبقه‌بندی اقدام می‌کند؛ سپس هر یک از این طبقه‌بندی‌ها، از حیث مفهوم و قرابت معنایی در طبقه‌های خاص‌تر قرار می‌گیرد؛ به بیانی شفاف‌تر، پژوهشگر ابتدا شاخص‌های شناسایی شده را دسته‌بندی می‌کند و هر شاخص را بر اساس نزدیکی و شباهت معنایی و محتوایی، در دسته یا مفهوم خاصی قرار می‌دهد که به بهترین نحو، بیانگر خصوصیت آن شاخص است. در واقع، هر دسته، گویای یکی از مؤلفه‌های استفاده‌شده برای ارزیابی عملکرد است. در نهایت، هر مفهوم (مؤلفه) در طبقه کلی‌تری تحت عنوان سطوح سه‌گانه فردی، گروهی و سازمانی قرار می‌گیرد. نتایج به‌دست‌آمده از اجرای گام پنجم در جدول‌های ۶ تا ۹ ارائه شده است.

جدول ۶. طبقه‌بندی شاخص‌های مربوط به ارزیابی عملکرد مراکز درمانی در سطح فردی

ردیف	شاخص	مؤلفه
۱	میزان برخورداری از تحصیلات مرتبط با شغل	صلاحیت شغلی
۲	سطح دانش شغلی	
۳	توانایی انجام وظایف شغلی	
۴	میزان تجربه کاری	
۵	مهارت در استفاده بهینه از تجهیزات درمانی	

ردیف	شاخص	مؤلفه
۶	میزان آگاهی از قوت‌ها و ضعف‌های شخصی	هوش هیجانی
۷	توانایی خودکنترلی در موقعیت‌های گوناگون شغلی	
۸	توانایی همدلی و درک شرایط بیمار و همکاران	
۹	توانایی برقراری ارتباط و تعامل مؤثر با دیگران در محیط کار	
۱۰	میزان انعطاف‌پذیری و سازگاری با شرایط مختلف شغلی	
۱۱	میزان علاقه‌مندی به شغل و رضایت از شغل خود	عوامل نگرشی
۱۲	میزان علاقه‌مندی و وفاداری به سازمان	
۱۳	احساس غرور و افتخار به شغل خود	
۱۴	میزان تعهد به انجام وظایف، مسئولیت‌های شغلی و برنامه‌ها	
۱۵	رعایت پوشش مناسب و حرفه‌ای	عوامل اخلاقی
۱۶	حفظ شئون اسلامی در محیط کار	
۱۷	پایبندی به اخلاق حرفه‌ای	
۱۸	میزان توجه به اصول اخلاقی و ارزش‌های تأکیدشده سازمان	
۱۹	میزان مسئولیت‌پذیری در انجام وظایف و مسئولیت‌های شغلی	عوامل رفتاری
۲۰	احترام به بیماران و همکاران	
۲۱	پاسخ سریع و مؤدبانه به درخواست‌ها	
۲۲	میزان پاسخ‌گویی و پذیرش بیماران پیچیده	
۲۳	رعایت دقیق مقررات شغلی و سازمانی	
۲۴	میزان حضور و همکاری در نوبت کاری عصر و شب	
۲۵	آراستگی ظاهری	بهداشت و ایمنی کارکنان
۲۶	رعایت اصول بهداشت فردی	
۲۷	توجه به اصول ایمنی در حین انجام کار	
۲۸	تکمیل کار بر اساس اهداف تعریف شده	نتایج عملکردی
۲۹	میزان رضایت بیماران از عملکرد فرد	
۳۰	میزان رضایت همکاران مرتبط از عملکرد فرد	
۳۱	میزان شکایت بیماران از فرد	
۳۲	میزان شکایت همکاران از فرد	

جدول ۷. طبقه‌بندی شاخص‌های مربوط به ارزیابی عملکرد مراکز درمانی در سطح گروهی (بخش‌های بیمارستانی)

ردیف	شاخص	مؤلفه
۱	میزان جراحت کارکنان ناشی از سوزن و وسایل نوک تیز	ایمنی کارکنان
۲	میزان عوارض شغلی کارکنان	
۳	میزان حوادث شغلی کارکنان	
۴	تمیزی اماکن خدمت‌رسانی، امکانات و تجهیزات	خدمات پشتیبانی فرایند درمان
۵	میزان تنوع و کیفیت غذاها	
۶	میزان رعایت سیستم مدیریت پسماند	
۷	اجرای مستمر آموزش ضمن خدمت کارکنان	آموزش و یادگیری سازمانی
۸	میزان و کیفیت آموزش‌های ارائه شده به بیمار و خانواده وی در زمان پذیرش و در حین درمان و ترخیص	
۹	میزان مشارکت کارکنان در دوره‌های آموزشی و بازآموزی در سطح بخش، بیمارستان یا خارج از بیمارستان	
۱۰	میزان به اشتراک‌گذاری تجارب علمی با تأیید مدیریت	
۱۱	میزان آشنایی مدیران هر بخش با مفهوم مدیریت دانش	
۱۲	میزان آشنایی کارکنان با فناوری اطلاعات برای انجام وظایف شغلی خود	
۱۳	مناسب بودن حجم کاری مطابق با قوانین و مقررات	رعایت و پایبندی به مقررات دستورالعمل‌ها و رویه‌های مرتبط
۱۴	اجرای دستورالعمل‌های بالینی مبتنی بر شواهد	
۱۵	رعایت دستورالعمل‌های دارویی داده شده	
۱۶	کامل بودن ثبت مستندات لازم در پرونده بیمار	
۱۷	وجود شرح وظایف مکتوب در محل کار کارکنان و...	
۱۸	لحاظ ساعات کاری مناسب برای کارکنان	
۱۹	مشخص شدن وظایف افراد در بخش در هر شیفت	
۲۰	مدون بودن فرایندهای انجام امور درمانی و پشتیبانی	
۲۱	اجرای دستورالعمل ارجاع بیماران	
۲۲	میزان رضایت کارکنان از مدیریت	
۲۳	میزان غیبت کارکنان	
۲۴	میزان مرخصی استعلاجی کارکنان	
۲۵	نسبت درخواست جابه‌جایی اختیاری کارکنان	کیفیت تعاملات میان‌فردی
۲۶	میزان حمایت کارکنان از سازمان	
۲۷	وجود روابط مناسب و مطلوب بین اعضا و واحدهای کاری مختلف	
۲۸	وجود جو سازمانی همکارانه و دوستانه	
۲۹	وجود روابط مبتنی بر اعتماد میان کارکنان	مشارکت و همفکری کارکنان
۳۰	حضور و مشارکت در کمیته‌های بیمارستانی	
۳۱	ارائه پیشنهاد برای بهبود انجام وظایف و کیفیت بهتر	
۳۲	میزان مشارکت در فرایندها و برنامه‌های ارتقای کیفیت بیمارستان	
۳۳	میزان مشارکت در انجام کارها و توجه به کار تیمی	
۳۴	شرکت در جلسه‌ها و نشست‌های صمیمانه مدیر با کارمندان	
۳۵	مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها	
۳۶	سرانه پیشنهادهای اجراشده هر واحد	

ادامه جدول ۷

مؤلفه	شاخص	ردیف
توجه به بیمار	توانایی درک نیازهای بیماران	۳۷
	توجه ویژه به بیماران خاص	۳۸
	مدت زمان صرف شده با بیمار	۳۹
	میزان توجه به ترجیحات بیمار	۴۰
	میزان شکایات بیماران	۴۱
پاسخ‌گویی در خدمت‌رسانی سریع، به موقع و مناسب	اولویت‌بندی خدمات	۴۲
	مدیریت بیماران با یک پروتکل بهبودی پیشرفته	۴۳
	سادگی فرایند ثبت و پروسه پذیرش و ترخیص	۴۴
	ارائه اطلاعات دقیق در خصوص وضعیت سلامتی بیمار در هر زمان به بیمار و همراهان	۴۵
	انجام معاینه به‌موقع و مناسب	۴۶
	میانگین زمان انتظار دریافت خدمت	۴۷
	درصد بیماران خارج شده از اورژانس پس از ۱۲ ساعت	۴۸
ایمنی بیمار	میزان مرگ‌ومیر در هزار	۴۹
	میزان سقوط بیمار	۵۰
	میزان زخم بستر	۵۱
	میزان عوارض بعد از عمل مثل آمبولی ریه، خونریزی	۵۲
	میزان زخم‌های فشاری	۵۳
	مراجعات برنامه‌ریزی نشده به اتاق عمل	۵۴
	درصد عفونت بیمارستانی	۵۵
	اشیای به‌جا مانده در بدن بیمار جراحی در هر ۱۰۰۰ جراحی	۵۶
	میزان خطاهای پزشکی	۵۷
	میزان خطاهای دارویی	۵۸
کمیت خدمات درمانی	میانگین ارقام نسخ پاراکلینیک	۵۹
	میانگین ارقام نسخ پزشکان	۶۰
	درصد زایمان‌های طبیعی	۶۱
	نسبت تعداد مشاوره به بیمار	۶۲
	نسبت ویزیت سرپایی در مقایسه با سال قبل	۶۳
	نسبت جراحی‌های انجام شده نسبت به سال قبل	۶۴
درآمدزایی	درآمد واقعی در مقابل بودجه در نظر گرفته شده به ازای هربخش	۶۵
	درصد درآمد حاصله از بیماران هر بخش به درآمد کل	۶۶
	نسبت درآمد به کل هزینه محقق شده به ازای هر بیمار	۶۷
کارایی واحد درمانی	درصد اشغال تخت	۶۸
	متوسط اقامت تخت	۶۹
	فاصله بازگردانی	۷۰
	درصد سزارین	۷۱
	تعداد مراجعه غیرضروری به واحد رادیولوژی	۷۲
	تعداد جراحی‌های لغو شده	۷۳
	درصد احیای قلبی ریوی موفق	۷۴

جدول ۸. طبقه‌بندی شاخص‌های مربوط به ارزیابی عملکرد مراکز درمانی در سطح سازمانی (بیمارستان‌ها)

ردیف	شاخص	مؤلفه
۱	استفاده از علائم هشدار دهنده در مکان‌های مورد نیاز	بهداشت و ایمنی محیط کار
۲	مناسب بودن فضا، دما، نور، امکانات و چیدمان اتاق‌ها برای بیماران	
۳	بهداشت و تهویه مناسب	
۴	میزان رعایت الزامات ایمنی در داخل بیمارستان	
۵	بوفه خوب با منوی کامل و متنوع	امکانات رفاهی
۶	پارکینگ مناسب با دسترسی آسان	
۷	امکانات اقامتی برای همراهان	
۸	مناسب بودن و راحتی سالن انتظار برای بیماران و ملاقات‌کنندگان	
۹	مناسب بودن زمان وقت ملاقات	
۱۰	وجود برنامه مدون برای کاهش هزینه، نگهداشت تجهیزات پزشکی و...	بهره‌برداری بهینه از منابع و تجهیزات
۱۱	هزینه تعمیر و نگهداری ساختمان	
۱۲	استفاده از منابع و ظرفیت‌های ساختاری و بدون استفاده	
۱۳	میزان نقص فنی تجهیزات ساختمانی نسبت به سال قبل	
۱۴	میزان موجودی در انبار	
۱۵	نسبت تعداد کارکنان به تفکیک تخصص به تعداد تخت هر بخش	منابع و امکانات
۱۶	وجود تجهیزات پزشکی کافی، باکیفیت و مدرن	
۱۷	وجود امکانات تصویربرداری (رادیوگرافی، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی) حسب سطح‌بندی خدمات	
۱۸	تأمین مواد مصرفی سالم و کافی	
۱۹	داروخانه با تنوع و داروی کافی	
۲۰	میزان استفاده از تکنولوژی‌های جدید درمان	فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی
۲۱	وجود سیستم‌های اطلاعاتی دقیق	
۲۲	کامل بودن پایگاه اطلاعاتی تعرفه‌های بیمارستانی	
۲۳	وجود وبسایت به‌روز و کامل	
۲۴	آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران	هدفمندی و برنامه‌مداری
۲۵	وجود خط‌مشی و استراتژی مناسب	
۲۶	تدوین اهداف سازمانی مشخص بر اساس ارزش‌های مشترک	
۲۷	تعهد مدیریت ارشد بیمارستان به اجرای برنامه‌ها	
۲۸	درصد موفقیت بخش‌ها و واحدها در دستیابی به کل نمره ممیزی داخلی	
۲۹	تعداد و کیفیت مستندات و مؤلفه‌های مفهومی و بالینی سال جاری نسبت به سال قبل	
۳۰	میزان پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی	مدیریت عملکرد و پرداخت
۳۱	وجود بازخورد به‌موقع در خصوص عملکرد همه کارکنان	
۳۲	پاداش و جوایز نقدی بر اساس عملکرد	
۳۳	میزان حقوق و مزایای انگیزاننده	
۳۴	استفاده از طرح انضباطی	

ادامه جدول ۸

مؤلفه	شاخص	ردیف
نظام مدیریت مشارکتی	ترویج فرهنگ مشارکتی بر پایه مدیریت دانش	۳۵
	برگزاری جلسه‌ها و نشست‌های صمیمانه مدیر با کارمندان	۳۶
	وجود تفویض اختیار در بیمارستان	۳۷
	میزان هماهنگی بین بخشی	۳۸
مدیریت شکایات بیماران	نسبت بیماران ترخیصی با رضایت شخصی	۳۹
	درصد شکایات‌های جلب رضایت شده در بیمارستان	۴۰
	میزان شکایات بیماران نسبت به سال قبل	۴۱
	میانگین زمان رسیدگی به شکایات‌ها	۴۲
	درصد مشتریان ناراضی بعد از حل و فصل شکایت	۴۳
	درصد شکایات حقوقی نسبت به سال قبل	۴۴
رضایت ذی‌نفعان	میزان رضایت بیماران از خدمات دریافتی	۴۵
	تمایل برگشت بیمار به مرکز درمانی	۴۶
	میزان رضایت حوزه مدیریت از عملکرد واحدهای	۴۷
عملکرد مالی	درصد هزینه‌های پرسنلی از کل هزینه‌ها	۴۸
	سرنه هزینه هر بیمار نسبت به سال قبل	۴۹
	نسبت هزینه دارو و لوازم مصرفی به کل هزینه‌های ماهانه بیمارستان	۵۰
	درصد افزایش درآمد بیمارستان نسبت به سال قبل	۵۱
	وجود برنامه‌های مدون برای افزایش درآمد	۵۲

گام ششم؛ کنترل کیفیت: در این مطالعه به منظور پایش کدها و مفاهیم استخراج شده، از نظر خبرگان استفاده شده است. برای محاسبه توافق نظر بین خبرگان، هنگام ارزیابی مفاهیم پژوهش، می‌توان از شاخص کاپای کوهن بهره برد. مقدار این شاخص در بازه بین صفر تا یک قرار می‌گیرد. نزدیک بودن این شاخص به عدد یک، گویای بیشترین اتفاق نظر بین دو کدگذار است و برعکس نزدیک بودن این عدد به صفر، بیانگر عدم توافق نظر آن‌ها در این خصوص است (مانیان و رونقی، ۲۰۱۵). نتایج این پژوهش و بهره‌گیری توأمان از تجربه مرتبط با حوزه در دست مطالعه، از طریق ضریب توافق بین این دو نفر با شاخص کاپا و به کمک نرم‌افزار اسپاس‌اس‌اس ارزیابی شد. مقدار شاخص کاپا در این پژوهش ۰/۸۵ به دست آمد. با توجه به اینکه مقدار این ضریب نزدیک به عدد ۱ و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان گفت که بین دو تحلیلگر، توافق نظر اتکاپذیری روی یافته‌های پژوهش وجود دارد.

جدول ۹. مقادیر اندازه توافق: شاخص کاپای کوهن

مقدار	انحراف استاندارد	عدد معناداری
۰/۸۵	۰/۱۳	۰/۰۰۱

کاپای توافق شده

گام هفتم؛ ارائه یافته‌ها: در این گام، به نحوه تعامل و ارائه نتایج مرور ادبیات و فراترکیب پرداخته می‌شود. شیوه ارائه گزارش باید منطقی، روشن و معتبر باشد. به‌طور معمول، در این گونه مطالعات، ارائه نتایج در قالب جدول، رایج‌ترین شیوه است. بر این اساس، کدها و مفاهیم مرتبط به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، در شکل ۳ مشاهده می‌شود.



شکل ۳. الگوی ارزیابی عملکرد چندسطحی مراکز درمانی

در ادامه به تشریح ارکان تشکیل‌دهنده این الگو و روابط میان آن‌ها پرداخته می‌شود:

الف) مؤلفه‌ها و شاخص‌های ارزیابی عملکرد سطح فردی

در بخش درمان نیز همانند دیگر سازمان‌های خدماتی، کیفیت، خدمات تا اندازه بسیار زیادی از کیفیت انجام وظایف شغلی کارکنانی تأثیر می‌پذیرد که به‌طور مستقیم با بیماران در ارتباط هستند. چگونگی انجام وظایف و مسئولیت‌های شغلی توسط کارکنان درمان، بر ارزیابی و قضاوت بیماران در خصوص کیفیت خدمات درمانی و در نتیجه، عملکرد این مراکز، تأثیر مستقیم و بسیار تعیین‌کننده‌ای دارد. به همین دلیل نخستین سطح در الگوی چندسطحی ارزیابی عملکرد، مراکز درمانی به سطح فردی (کارکنان درمانی که به‌طور مستقیم با بیماران در ارتباط هستند) مربوط می‌شود. در این پژوهش شاخص‌هایی که برای ارزیابی عملکرد سطح فردی در مراکز درمانی استخراج شده، در قالب ۷ مضمون طبقه‌بندی شده است:

۱. **صلاحیت شغلی:** ارائه خدمات درمانی فعالیتی بسیار حرفه‌ای است و انجام مؤثر آن نیازمند است به برخورداری کارکنان درمانی از دانش، تحصیلات، تجربه، مهارت و توانمندی‌های متعدد. برخورداری از این صلاحیت‌های شغلی، زمینه‌ساز انجام مؤثر و کارای وظایف و مسئولیت‌های شغلی است. شاخص‌هایی که برای ارزیابی این مؤلفه از عملکرد

شغلی کارکنان درمانی شناسایی و تأیید شده اند، عبارت‌اند از: برخورداری از تحصیلات مرتبط، دانش شغلی، توانایی انجام وظایف شغلی، میزان تجربه کاری و مهارت در استفاده از تجهیزات درمانی.

۲. **هوش هیجانی:** شرایط شغلی کارکنان درمانی به‌گونه‌ای است که گران‌باری هیجانی در آن بسیار نمایان و تأثیرگذار است. توانایی تحمل فشار کاری زیاد، همدلی کردن با شرایط سخت بیماران و همراهان، درک وضعیت بیمار، مدارا و صبوری کردن در برابر انتظارات و نیازهای گوناگون بیماران، موجب می‌شود که برخورداری از هوش هیجانی قوی به پیش‌نیازی اساسی و بسیار ضروری برای ایفای مؤثر وظایف و مسئولیت‌های شغلی کارکنان درمانی تبدیل شود. شاخص‌هایی که برای ارزیابی این مؤلفه از عملکرد فردی در مراکز درمانی در نظر گرفته شده‌اند، عبارت‌اند از: خودشناسی، خودکنترلی، همدلی، انعطاف‌پذیری و برقراری ارتباطات مؤثر.

۳. **عوامل نگرشی:** بسیاری از کارکنان بخش درمان بر این باورند که این حرفه بیش از آنکه یک شغل باشد، نوعی عشق و علاقه است؛ یعنی بدون داشتن علاقه بسیار زیاد به این شغل، انجام وظایف و مسئولیت‌های گوناگون و سنگین آن دشوار است. بسیاری مواقع شرایطی در این شغل ایجاد می‌شود که انجام وظایف و مسئولیت‌های آن، فراتر از الزامات یک شغل معمولی است و این عشق و علاقه به این حرفه است که فرد را برای انجام این کارها توانا و راغب می‌سازد. شاخص‌هایی که در ارتباط با عوامل نگرشی کارکنان درمانی شناسایی و تأیید شده اند، عبارت‌اند از: رضایت شغلی، وفاداری به سازمان، هویت شغلی و تعهد شغلی و سازمانی.

۴. **عوامل اخلاقی:** ارائه خدمات درمانی نیز همانند هر حرفه دیگری، ارزش‌های خاص خود را دارد. پایبندی به این ارزش‌ها و اصول اخلاقی، راهنمای تصمیمات و اقدامات فرد در شرایط گوناگون شغلی است و تا حد زیادی نوع رفتار فرد را در تعامل با بیماران مشخص می‌کند. حتی می‌توان گفت که نگرش‌های مثبت و سازنده شغلی کارکنان بخش درمان نیز تا حد زیادی از همین ارزش‌های اخلاقی تأثیر می‌پذیرد. در کنار این ارزش‌های اخلاقی، هنجارهای شغلی و سازمانی متعددی نیز وجود دارد که از کارکنان درمان انتظار می‌رود آن‌ها را رعایت کنند. شاخص‌هایی که برای مؤلفه اخلاقی ارزیابی عملکرد درمانی در سطح فردی شناسایی و تأیید شده‌اند، عبارت‌اند از: توجه به پوشش مناسب، شئون اسلامی، اخلاق حرفه‌ای و ارزش‌های سازمانی.

۵. **عوامل رفتاری:** نوع رفتار کارکنان درمان با بیماران، بر کیفیت ادراک‌شده خدمت تأثیر مستقیم دارد. این رفتارها بر قضاوت و ادراک بیماران و دیگر ذی‌نفعان، در خصوص نحوه انجام وظایف و مسئولیت‌های شغلی توسط کارکنان درمانی و در نتیجه، ارزیابی عملکرد شغلی آنان تأثیر مستقیم و تعیین‌کننده‌ای دارد. تناسب این رفتارها با اصول حرفه‌ای شغل و ارزش‌های تأکیدشده سازمان، اثربخشی آن‌ها را ارتقا خواهد داد. شاخص‌هایی که برای این مؤلفه ارزیابی عملکرد درمانی در سطح فردی شناسایی و تأیید شده‌اند، عبارت‌اند از: مسئولیت‌پذیری، پاسخ‌گویی، ادب و احترام، همکاری مؤثر و منظم.

۶. **بهداشت و ایمنی:** شرایط و زمینه شغلی در مراکز درمانی، به‌گونه‌ای است که احتمال مواجهه کارکنان درمانی

با مخاطرات گوناگون بهداشتی و ایمنی برای آن زیاد است. احتمال سرایت بیماری، آسیب ناشی از کار با وسایل و تجهیزات درمانی برای خود آنان از یکسو و برای بیماران از سوی دیگر، رعایت اصول بهداشتی و ایمنی را از سوی آنان برای داشتن عملکرد مطلوب ضروری می‌سازد. شاخص‌های این مؤلفه عملکردی عبارت‌اند از: رعایت آراستگی ظاهری، بهداشت فردی و ایمنی حین انجام کار.

۷. نتایج عملکردی: در ارزیابی عملکرد کارکنان درمان نیز همانند هر نوع ارزیابی عملکرد دیگری، توجه به نتایج و خروجی‌های کار، بُعد مهمی از ارزیابی عملکرد را تشکیل می‌دهد. در واقع، دستاورد نهایی دیگر مؤلفه‌های ارزیابی عملکرد، در خروجی نتیجه محور کارکنان درمانی نمایان می‌شود که رضایت یا نارضایتی بیماران و دیگر ذی‌نفعان از عملکرد کارکنان درمانی را موجب می‌شوند. شاخص‌های شناسایی و تأیید شده در این زمینه عبارت‌اند از: انجام کار بر اساس اهداف، رضایت بیمار، شکایت بیماران، رضایت همکاران و شکایت همکاران.

ب) مؤلفه‌ها و شاخص‌های ارزیابی عملکرد سطح گروهی (بخش‌های بیمارستانی)

تنوع و تعدد خدمات درمانی که در بیمارستان‌ها ارائه می‌شود، باعث می‌شود که از سویی عملکرد واحدها و بخش‌های مختلف بیمارستانی به هم وابسته و درهم‌تنیده باشند و از سوی دیگر، عملکرد این واحدها و بخش‌ها تا حد زیادی عملکرد کل بیمارستان را تحت تأثیر قرار دهد. این موضوع ارزیابی عملکرد آن‌ها را با ملاحظات ویژه‌ای همراه می‌سازد. در ادامه به تشریح مؤلفه‌ها و شاخص‌های استفاده‌شده برای ارزیابی عملکرد این مراکز پرداخته می‌شود:

۱. ایمنی کارکنان: کارکنان خط مقدم خدمت‌رسانی در مراکز درمانی به شمار می‌روند و تأمین ایمنی آن‌ها در محیط کار و حین ارائه خدمات، موجب استمرار خدمت‌رسانی و زمینه‌سازی برای ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و ارتقای عملکرد شغلی کارکنان درمانی می‌شود. شاخص‌های شناسایی‌شده در این زمینه عبارت‌اند از: میزان حوادث شغلی، عوارض شغلی و جراحات‌های حین کار.

۲. خدمات پشتیبانی: انجام مؤثر و بهنگام وظایف و مسئولیت‌های کارکنان درمانی و ارائه خدمات با کیفیت توسط آن‌ها، به خدمات پشتیبانی مناسب و کافی نیاز دارد. افزون‌بر این، کیفیت خدمات پشتیبانی، به‌خودی خود نیز بر ارزیابی و قضاوت بیماران در خصوص عملکرد واحدهای بیمارستانی و کیفیت خدمات درمانی که توسط آن‌ها ارائه می‌شود، اثرگذار است. شاخص‌های شناسایی شده در این زمینه عبارت‌اند از: تمیزی اماکن و تجهیزات، کیفیت غذا و نحوه مدیریت پسماندها.

۳. آموزش سازمانی: حساسیت و اهمیت وظایف شغلی کارکنان بخش درمان، موجب می‌شود که ارائه مستمر آموزش‌های به‌روز و کاربردی در راستای ارتقای دانش و مهارت آنان، برای ایفای مؤثر نقش خود در خدمت‌رسانی به بیماران، ضرورتی گریزناپذیر باشد. از این رو توجه واحدهای بیمارستانی به امر آموزش و میزان اهمیتی که برای برگزاری مؤثر دوره‌های آموزشی مورد نیاز کارکنان به عمل می‌آورند، هم در ارزیابی عملکرد آن‌ها در کانون توجه قرار می‌گیرد و هم موجب ارتقای عملکرد آن‌ها می‌شود. شاخص‌های استفاده‌شده در این زمینه عبارت‌اند از: کیفیت آموزش‌ها، مشارکت کارکنان در دوره‌های آموزشی، تسهیم تجارب و آشنایی کارکنان با فناوری‌های اطلاعاتی مورد نیاز در شغل خود.

۴. **مقررات گرای:** بیمارستان‌ها جزء سازمان‌هایی به‌شمار می‌روند که ساختار حاکم بر آن‌ها از نوع بوروکراسی و اغلب بوروکراسی حرفه‌ای است. از این رو بخش عمده‌ای از خدمات درمانی که در این مراکز ارائه می‌شود، بر پایه فرایندها و شیوه‌های مدونی است که در قالب مقررات مربوط به امور اجرایی این مراکز تدوین و به آن‌ها ابلاغ می‌شود. میزان توجه به این مقررات و کیفیت اجرای دستورالعمل‌ها و رویه‌های تعریف‌شده، عامل مهمی در ارزیابی عملکرد آن‌ها به‌شمار می‌رود. شاخص‌هایی که در این زمینه شناسایی و اعتبارسنجی شده‌اند، عبارت‌اند از: مناسب بودن حجم کاری، اجرای دستورالعمل‌های بالینی و دارویی، ثبت مستندات، مدون بودن وظایف شغلی، مدون بودن فرایندهای درمانی و پشتیبانی و...
۵. **رضایت کارکنان:** کارکنان نخستین مشتریان سازمان به‌شمار می‌روند و رضایت آن‌ها، موجب می‌شود که برای ارائه خدمات درمانی باکیفیت‌تر به بیماران، تلاش و تمایل بیشتری انجام دهند. از این رو توجه به میزان رضایت کارکنان در ارزیابی عملکرد واحدهای بیمارستانی ضروری است. شاخص‌های پیشنهادی این پژوهش در این زمینه عبارت‌اند از: میزان رضایت، غیبت، مرخصی‌های استعلاجی و درخواست جابه‌جایی کارکنان.
۶. **کیفیت تعاملات میان فردی:** ارائه بسیاری از خدمات درمانی در واحدهای بیمارستانی، به همکاری، تعامل و کار جمعی افراد و بخش‌های مختلفی در این مراکز نیاز دارد. وجود هماهنگی و هم‌سویی در میان این اقدامات برای ارائه خدمات با کیفیت و ارتقای عملکرد مراکز درمانی ضروری است. از این رو توجه به کیفیت تعاملات میان فردی در میان کارکنان واحدهای بیمارستانی، در ارزیابی عملکرد آن‌ها اهمیت دارد. شاخص‌های پیشنهاد شده در این زمینه عبارت‌اند از: حمایت کارکنان، روابط مطلوب، جو کاری صمیمانه و همکارانه، و روابط مبتنی بر اعتماد.
۷. **مشارکت و هم‌فکری کارکنان:** یکی از پیش‌نیازهای ارتقای کیفیت خدمات درمانی و در نتیجه، ارتقای عملکرد واحدهای بیمارستانی، مشارکت و همکاری همگانی کارکنان این مراکز، برای شناسایی و رفع مسائل و مشکلات موجود و ارائه پیشنهادها و راه‌کارهای اصلاحی در این زمینه است. شاخص‌هایی که برای ارزیابی عملکرد واحدهای بیمارستانی در این مؤلفه شناسایی و تأیید شده‌اند، عبارت‌اند از: مشارکت در کمیته‌ها، ارائه پیشنهادها به‌سازی، مشارکت در برنامه‌های ارتقای کیفیت، کار تیمی، شرکت در نشست‌های مدیریت، مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و سرانه پیشنهادها ارائه شده.
۸. **توجه به بیمار:** فلسفه وجودی بیمارستان و واحدهای تشکیل‌دهنده آن، تأمین نیازها و انتظارات بیماران، به‌عنوان ذی‌نفعان اصلی این مراکز است. از این رو بیمارمداری، یکی از مؤلفه‌های اصلی ارزیابی عملکرد مراکز درمانی است و شاخص‌های مرتبط با آن نیز عبارت‌اند از: درک نیازهای بیمار، توجه به بیماران خاص، مدت زمان صرف شده برای بیمار، توجه به ترجیحات بیمار و میزان شکایت بیماران.
۹. **پاسخ‌گویی در خدمت‌رسانی:** حساسیت و اهمیت خدمات درمانی که در واحدهای بیمارستانی انجام می‌شود، پاسخ‌گویی آن‌ها در خدمت‌رسانی سریع، به‌موقع و مناسب به بیماران را ضروری ساخته است. به‌منظور ارتقای این مؤلفه از ارزیابی عملکرد مراکز درمانی، توجه به این شاخص‌ها پیشنهاد شده است: اولویت‌بندی خدمات، استفاده از پروتکل بهبود پیشرفته، کیفیت فرایند پذیرش و ترخیص، اطلاع‌رسانی به بیمار و همراهان، انجام معاینات به‌موقع و مناسب و...
۱۰. **ایمنی بیمار:** برای واحدهای بیمارستانی ضروری است که علاوه بر ارائه خدمات با کیفیت بهداشتی و درمانی به

بیماران، به ایمنی آن‌ها در طول مدت حضور در این مراکز نیز توجه داشته باشند. هر گروه از بیماران مختلف، ملاحظات ایمنی ویژه‌ای دارند و توجه به این ملاحظات، در ارزیابی عملکرد واحدهای بیمارستانی ضروری است: میزان مرگ‌ومیر، سقوط بیمار، زخم‌های بیمارستانی، عفونت بیمارستانی و میزان خطاهای پزشکی و دارویی.

۱۱. کمیت خدمات درمانی: یکی از عوامل مهمی که به‌طور مستقیم بر عملکرد واحدهای بیمارستانی، تأثیر مستقیم و بسیار تعیین‌کننده‌ای دارد، کیفیت خدمات درمانی است که در این واحدها ارائه می‌شود. علاوه بر این، کمیت این خدمات نیز نمایانگر عملکرد، پویایی و بهنگام بودن این مراکز است. افزون بر این، بعضی از دیگر مؤلفه‌های عملکردی مراکز درمانی، همچون درآمدزایی نیز به این مؤلفه وابسته است. شاخص‌های پیشنهاد شده در این زمینه عبارت‌اند از: میانگین ارقام نسخ پاراکلینیک و پزشکان، درصد زایمان‌های طبیعی، تعداد مشاوره، تعداد ویزیت سرپایی و جراحی‌های انجام شده.

۱۲. درآمدزایی: ضرورت تأمین منابع مالی به‌منظور استمرار خدمت‌رسانی پایدار، موجب می‌شود که شاخص‌های درآمدزایی نیز در الگوی ارزیابی عملکرد آن‌ها اهمیت ویژه‌ای داشته باشد. شاخص‌های استفاده‌شده در این بخش عبارت‌اند از: درآمد واقعی در برابر بودجه، درصد درآمد حاصل از بیماران و نسبت درآمد به هزینه بیماران.

۱۳. کارایی واحد درمانی: محدودیت منابع در دسترس واحدهای بیمارستانی، استفاده حداکثری از ظرفیت‌ها و منابع و امکانات را برای مراکز درمانی ضروری ساخته است. از این رو میزان کارایی این مراکز، به مؤلفه مهمی در ارزیابی عملکرد آن‌ها تبدیل شده است. شاخص‌های استفاده‌شده در این زمینه عبارت‌اند از: درصد اشغال تخت، متوسط اقامت تخت، فاصله بازگردانی، تعداد مراجعه غیرضروری به رادیولوژی، تعداد جراحی‌های لغو شده، درصد احیای قلبی ریوی موفق و میزان سزارین.

ج) مؤلفه‌ها و شاخص‌های ارزیابی عملکرد سطح سازمانی

در این پژوهش منظور از سطح سازمانی، بیمارستان است که خدمات درمانی ارائه می‌کند. در ادامه به تشریح مؤلفه‌ها و شاخص‌های احصا شده برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها پرداخته می‌شود:

۱. بهداشت و ایمنی محیط کار: همانند ارزیابی عملکرد در سطح فردی و گروهی، در ارزیابی عملکرد سطح سازمانی (بیمارستان‌ها) نیز توجه عملی به اصول و الزامات بهداشت و ایمنی محیط کار، جزء پیش‌نیازهای اولیه و اساسی برخورداری بیمارستان‌ها از عملکرد مطلوب و مورد انتظار به‌شمار می‌رود. شاخص‌هایی که میزان توجه عملی بیمارستان‌ها به این مؤلفه را اندازه‌گیری می‌کنند، عبارت‌اند از: مناسب بودن فضای اماکن، بهداشت و تهویه مناسب، رعایت الزامات ایمنی، استفاده از علائم هشداردهنده.

۲. امکانات رفاهی: وجود امکانات رفاهی مناسب و مورد انتظار بیماران و همراهان آن‌ها، در طول مدت دریافت خدمات درمانی از بیمارستان، زمینه‌ساز تسریع و تسهیل درمان بیمار و حفظ آرامش و اطمینان خاطر برای همراهان بیمار است. از این رو، میزان برخورداری بیمارستان از این امکانات رفاهی، در ارزیابی عملکرد آن‌ها در کانون توجه قرار می‌گیرد. شاخص‌هایی که به این منظور استفاده می‌شوند، عبارت‌اند از: پارکینگ، بوفه امکانات اقامتی، سالن انتظار و زمان ملاقات.

۳. بهره‌برداری بهینه از منابع و تجهیزات: وجود وضعیت خاص اقتصادی در کشور و همچنین، تحمیل تحریم‌های گوناگون بین‌المللی، برخورداری از منابع و تجهیزات به‌روز و کافی را با محدودیت‌های جدی مواجه ساخته است. همچنین،

هزینه‌های سنگین تأمین تجهیزات و تعمیرات آن‌ها، تلاش برای نگهداری و بهره‌برداری بهینه از این منابع و تجهیزات در ارزیابی عملکرد آن‌ها را مهم ساخته است. شاخص‌های استفاده‌شده در این زمینه عبارت‌اند از: نگهداری تجهیزات و اماکن، استفاده از ظرفیت‌های ساختاری، میزان نقص تجهیزات و میزان موجودی انبار.

۴. منابع و امکانات: ارائه خدمات درمانی مطلوب به بیماران و برخورداری از عملکرد مطلوب تا اندازه‌ی زیادی به در اختیارداشتن منابع و امکانات کافی و به‌روز و متناسب با حجم خدمات درمانی بیمارستان‌ها بستگی دارد. از این رو شاخص‌های مربوط به این رتبه در اعتبارسنجی، ارزیابی کیفیت خدمات و ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها جایگاهی ویژه دارد. شاخص‌های استفاده‌شده در این زمینه عبارت‌اند از: نسبت کارکنان متخصص، تجهیزات پزشکی کافی و به‌روز، امکانات تصویربرداری، اقلام مصرفی و داروخانه.

۵. فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی: در دوران کنونی که رویکرد دولت الکترونیک رو به گسترش است، مردم و مراجعان بیمارستان‌ها انتظار دارند تا بتوانند بسیاری از خدمات پشتیبانی و حتی درمانی لازم را از طریق فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی دریافت کنند. در واقع وجود و بهره‌برداری بهینه از این فناوری‌ها، به تسریع و تسهیل در خدمت‌رسانی بیمارستان‌ها به مردم و در نتیجه، ارتقای کیفیت خدمات و عملکرد این بیمارستان‌ها منجر می‌شود. شاخص‌های پیشنهادی در این زمینه عبارت‌اند از: کاربرد فناوری‌ها، سیستم‌های اطلاعاتی دقیق و پایگاه‌های اطلاعاتی.

۶. هدفمندی و برنامه‌مداری: یکی از محورهای مهم استفاده‌شده در ارزیابی عملکرد و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، برنامه‌محوری و هدفمندی آن‌ها در راستای برنامه‌های تحول و بهبود بیمارستان‌هاست. برخورداری از برنامه‌های مدون در این زمینه و وجود اهداف عملکردی مشخص و هم‌راستای برنامه‌های تحول و اعتباربخشی، موجب هم‌سویی و هم‌افزایی در فعالیت‌های بخش‌های گوناگون بیمارستان و جلوگیری از هدررفت منابع و امکانات آن‌ها می‌شود. شاخص‌هایی که برای ارزیابی این مؤلفه به کار می‌روند عبارت‌اند از: وجود اهداف مشخص، تعهد مدیریت به برنامه‌ها، درصد موفقیت واحدها، مستندات مفهومی و بالینی، اجرای استانداردهای اعتباربخشی.

۷. مدیریت عملکرد و پرداخت: یکی از الزامات مهم ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها، وجود نظام مدون مدیریت عملکرد و پرداخت‌های برانگیزاننده و مبتنی بر عملکرد است. این سازوکار موجب می‌شود که کارکنان بیمارستان، به عملکرد برتر تشویق شوند که ارتقای عملکرد کلی بیمارستان را در پی خواهد داشت. شاخص‌های استفاده‌شده برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها در این مؤلفه عبارت‌اند از: بازخورد به‌موقع، پاداش و جوایز نقدی، حقوق و مزایای برانگیزاننده و اجرای طرح‌های انضباطی.

۸. نظام مدیریت مشارکتی: یکی از پیش‌نیازهای ارتقای کیفیت خدمات درمانی و در نتیجه ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها، مشارکت و همکاری فراگیر کارکنان این مراکز برای شناسایی و رفع مسائل و مشکلات موجود و ارائه پیشنهادهای و راه‌کارهای اصلاحی در این زمینه است. تحقق این مهم تا حد زیادی نیازمند است به استفاده از نظام مدیریت مشارکتی در بیمارستان‌ها برای بهره‌برداری از ظرفیت‌های گسترده مجموعه کارکنان در تحقق اهداف و برنامه‌های مدنظر بیمارستان. شاخص‌های استفاده‌شده در این زمینه عبارت‌اند از: فرهنگ مشارکت‌گرا، برگزاری نشست‌های صمیمانه، تفویض اختیار و هماهنگی میان‌بخشی.

۹. مدیریت شکایت بیماران: بیماران ذی‌نفعان اصلی بیمارستان‌ها به‌شمار می‌روند و همه اقداماتی که در بیمارستان‌ها

انجام می‌شود و همچنین خدمات، برنامه‌ها و فرایندهای بهبود، در راستای تأمین رضایت و انتظارات آن‌ها به اجرا در می‌آیند. از این رو شکایت بیماران هشدار دهنده است که وجود نقص و خطاهایی را در فرایندهای خدمت‌رسانی یا کیفیت خدمات نهایی دریافت‌شده توسط بیماران اعلام می‌کند. چگونگی مدیریت این شکایت‌ها و بهره‌برداری از آن‌ها در راستای شناسایی و رفع نقص‌ها و مشکلات، زمینه‌ساز ارتقای عملکرد بیمارستان و رضایت بیماران است. شاخص‌های استفاده‌شده در این زمینه عبارتند از: درصد بیماران ترخیصی با رضایت شخصی، درصد شکایت‌های جلب رضایت شده، میزان شکایت‌های بیماران، میانگین زمان رسیدگی به شکایت‌ها، درصد مشتریان ناراضی و درصد شکایت‌های حقوقی.

۱۰. رضایت ذی‌نفعان: بیمارستان‌ها به‌عنوان نهاد خدمت‌رسانی عمومی در حوزه درمان با ذی‌نفعان گوناگون درون‌سازمانی و برون‌سازمانی سروکار دارند که هر یک نیز انتظارات خاصی دارند. توانایی بیمارستان در تشخیص و تأمین این نیازها که گاهی ممکن است با هم واگرا و حتی متفاوت و متضاد باشند، بر رضایت ذی‌نفعان و قضاوت آن‌ها در خصوص عملکرد بیمارستان تأثیرگذار است. شاخص‌های استفاده‌شده در خصوص توانایی بیمارستان، در تأمین ذی‌نفعان خود عبارتند از: میزان رضایت بیمار، میزان بازگشت بیمار و رضایت حوزه مدیریت.

۱۱. عملکرد مالی: ضرورت تأمین منابع مالی، به‌منظور استمرار خدمت‌رسانی پایدار در این بیمارستان‌ها، موجب می‌شود که مؤلفه عملکرد مالی نیز در الگوی ارزیابی عملکرد آن‌ها اهمیت ویژه‌ای داشته باشد. توانایی تأمین منابع مالی پایدار و هزینه‌کرد مؤثر آن‌ها در راستای طرح‌های عمرانی، تحول و اعتباربخشی بیمارستان، به ارتقای عملکرد پایدار آن‌ها منجر خواهد شد. شاخص‌های استفاده‌شده در این بخش عبارتند از: طرح‌های درآمدزایی، درصد افزایش درآمد، درصد هزینه‌های پرسنلی، سرانه هزینه بیمار، هزینه دارو و لوازم مصرفی بیمار.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

پژوهش حاضر با هدف ترکیب و تلفیق شاخص‌هایی اجرا شد که در پژوهش‌های مختلف، برای ارزیابی عملکرد مراکز درمانی و کارکنان آن‌ها بررسی و تأیید شده بود. به این منظور، یافته‌های حاصل از مطالعات منتشر شده در خصوص این شاخص‌ها با روش فراترکیب و رویکرد استقرایی تلفیق و جمع‌بندی شدند. در این بخش، به تشریح نتایج کلی استنتاج‌های مدیریتی و پیشنهادهای پژوهش پرداخته می‌شود.

در راستای کاهش چنین مشکلاتی که در ارزیابی عملکرد بخش درمان وجود دارد، انتظار می‌رود پژوهش حاضر از جنبه‌های زیر به ارتقای دانش موجود در زمینه ارزیابی عملکرد بخش درمان مساعدت کرده باشد:

با آنکه پیشینه پژوهش، ضرورت اتخاذ رویکرد سیستماتیک و جامعی را برای ارزیابی عملکرد بخش بهداشت و درمان پیشنهاد می‌کند، این موضوع کمتر در کانون توجه محققان قرار گرفته است؛ به‌گونه‌ای که در مرور پیشینه این موضوع، الگوی جامعی در این زمینه یافت نشد. در پژوهش‌های گوناگونی که در این زمینه انجام شده است، شاخص‌ها و مؤلفه‌هایی برای ارزیابی عملکرد بعضی از ارکان مختلف بخش درمان پیشنهاد شده است؛ اما جامعیت و فراگیری کافی در آن‌ها دیده نمی‌شود. از دیدگاه بعضی از پژوهشگران، چهار مشکل در سیستم ارزیابی عملکرد بهداشت و درمان وجود دارد که عبارتند از: ۱. موضوعات زمینه‌ای (ناهماهنگی بین استانداردها و وظایف کادر درمان)، ۲. ساختار ارزیابی عملکرد (ارزیابی ذهنی)، ۳. روند ارزیابی (نظارت‌نداشتن مدیران، ارزیابی‌های غیرمنصفانه و ناپایداری ارزیابی‌های انجام‌شده)، ۴. نتایج ارزیابی، یعنی

بازخورد نامناسب (نوریتاسری و همکاران، ۲۰۲۰). ماهیت خاص روش‌شناسی این پژوهش و بهره‌مندی از رویکرد کیفی فراترکیب، باعث شده است تا رویکرد محقق در قبال این موضوع، از ماهیتی کل‌نگرانه برخوردار باشد؛ به‌گونه‌ای که شاخص‌های گوناگون ضروری در این زمینه، شناسایی و طبقه‌بندی شده و الگویی به نسبت جامع در این زمینه ارائه شده است. همچنین ماهیت چندسطحی الگوی ارائه شده در این پژوهش، جزء نوآوری‌های متمایزکننده آن به شمار می‌رود. توجه هم‌زمان به مؤلفه‌ها و شاخص‌های ارزیابی عملکرد در سه سطح فردی، گروهی و سازمانی، به غنا و جامعیت این الگو افزوده است.

ماهیت خدمات‌محور فعالیت بخش درمانی، باعث می‌شود که کیفیت منابع انسانی شاغل در بیمارستان‌ها، در ارتقای عملکرد آن‌ها تأثیر مثبت چشمگیری داشته باشد. از این رو بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به ارتقای شاخص‌های عملکرد کارکنان خود، به‌ویژه کارکنانی که به‌طور مستقیم با بیماران در تعامل هستند، توجه ویژه‌ای دارند و شاخص‌های متعددی برای ارزیابی عملکرد آن‌ها در نظر گرفته‌اند. قرار گرفتن این کارکنان در خط مقدم خدمت‌رسانی به بیماران، اهمیت ارزیابی عملکرد دقیق آن‌ها را افزایش داده است. افزون بر این، پیچیدگی و گستردگی خدمات درمانی که در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها و مراکز درمانی انجام می‌شود، ارزیابی عملکرد فراگیر آن‌ها را دشوار و چالشی می‌سازد. الگوی ارائه شده در این پژوهش، می‌تواند نگاه فراگیر و عینیت‌گرا به ارزیابی عملکرد سطوح مختلف مراکز درمانی را تقویت کند و به تحقق اهداف ارزیابی و مدیریت عملکرد در این سازمان‌های خدماتی یاری رساند.

محدودیت‌های پژوهش

- با اینکه در همه مراحل این پژوهش تلاش شد حداکثر دقت به‌کار برده شود؛ باز هم با محدودیت‌های زیر همراه بوده است:
- این پژوهش برای شناسایی و طبقه‌بندی شاخص‌های ارزیابی عملکرد مراکز درمانی، از فراترکیب مطالعات انجام شده در این زمینه استفاده کرده است. ممکن است شاخص‌های مناسب دیگری نیز در این زمینه وجود داشته باشد که در مقاله‌های پژوهشی بیان نشده باشد. انجام مصاحبه و بررسی اسناد و مدارک مرتبط، می‌توانست اطلاعات کامل‌تری در این زمینه حاصل کند.
 - دیگر محدودیت این بود که دامنه شمول مقاله‌های بررسی‌شده در این پژوهش، مقاله‌های به زبان انگلیسی و فارسی بوده است. ممکن است شاخص‌های مناسب دیگری در مقاله‌هایی با زبان‌های دیگر وجود داشته باشد که در این پژوهش لحاظ نشده‌اند.
 - تنوع کارکنان بخش درمان بسیار زیاد است؛ اما در این پژوهش دامنه جامعه هدف پژوهش در سطح فردی، تنها به کارکنان درمانی که در ارتباط مستقیم با بیماران بوده‌اند، محدود شده است (پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان).
 - در ارزیابی عملکرد سطح فردی، تنها به شاخص‌های عمومی و مشترک کارکنان بخش درمان پرداخته شده است و شاخص‌های تخصصی ارزیابی عملکرد هر گروه خاص از کارکنان ارائه نشده است.

پیشنهاد‌های کاربردی

با توجه به الگوی ارائه‌شده در این پژوهش، در خصوص ارزیابی عملکرد چندسطحی مراکز درمانی، پیشنهاد می‌شود که مدیران و مسئولان حوزه بهداشت و درمان، در خصوص موارد زیر اهتمام ویژه ورزند:

- پیاده‌سازی الگوی ارزیابی عملکرد ارائه‌شده در این پژوهش، به تدوین دستورالعمل و فرایند اجرایی ارزیابی چندسطحی نیازمند است. از این رو پیشنهاد می‌شود در کارگروهی متشکل از خبرگان سازمانی، مدیریت منابع انسانی و مسئولان اجرایی ارزیابی عملکرد، دستورالعمل و شیوه‌نامه اجرایی ارزیابی عملکرد مبتنی بر این الگوی چندسطحی تدوین شود.
- با توجه به نقش و تأثیری که ارزیابی عملکرد جامع، مدون و استاندارد می‌تواند در ارتقای بهره‌وری و عملکرد مراکز درمانی داشته باشد، پیشنهاد می‌شود این الگو به صورت متمرکز برای ارزیابی عملکرد مراکز درمانی استفاده شود. انجام اقدامات پراکنده و واگرا در این زمینه، از اثربخشی لازم برخوردار نخواهد بود.
- با توجه هم‌سویی و اشتراک نسبی اهداف مدنظر ارزیابی عملکرد و طرح اعتباربخشی بیمارستان‌ها، پیشنهاد می‌شود که از این الگو برای رتبه‌بندی استاندارد و معتبر بیمارستان‌ها و مراکز درمانی استفاده شود.
- پیشنهاد می‌شود که در بیمارستان‌ها واحد مدیریت عملکرد تشکیل شود تا با ارزیابی منظم و دوره‌ای عملکرد این مراکز، طرح مناسب ارتقای عملکرد هر مرکز، متناسب با وضعیت آن مرکز و بیمارستان با مشارکت خود آن‌ها تدوین و اجرا شود.
- پیشنهاد می‌شود که جشنواره سالیانه عملکرد ممتاز برگزار شود و بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد طبق الگوی ارائه‌شده بیمارستان‌ها، بخش‌های بیمارستانی و کارکنان درمانی از افراد، واحدها و بیمارستان‌هایی با عملکرد برتر تجلیل و تقدیر کنند.

پیشنادهایی برای مطالعات آتی

- با توجه به نتایج مهم و جدید پژوهش حاضر و نیز محدودیت‌های آن، به محققان آتی توصیه می‌شود در حوزه‌های زیر به پژوهش بپردازند:
- روش استفاده‌شده در این پژوهش فراترکیب مطالعات پیشین بوده است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی با خبرگان و کارشناسان این حوزه مصاحبه شود و شاخص‌های مدنظر آن‌ها برای ارزیابی عملکرد هر یک از سطوح سه‌گانه به این روش شناسایی و طبقه‌بندی شود.
 - پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، مؤلفه‌ها و شاخص‌های تخصصی مناسب برای ارزیابی عملکرد هر گروه شغلی فعال در مراکز درمانی تدوین شود.
 - در این پژوهش مؤلفه‌های شناسایی‌شده در ارزیابی عملکرد، وزن یکسانی داشتند. پیشنهاد می‌شود که در مطالعه دیگری، وزن نسبی این مؤلفه‌ها بر حسب میزان تأثیرگذاری آن‌ها در عملکرد هر یک از سطوح سه‌گانه تعیین شود.

منابع

- اکبری ساری، علی؛ حبیبی، فرهاد؛ خسروی، بهمن؛ حموزاده، پژمان و یوسف‌وند، مانی (۱۳۹۹). طراحی پرسش‌نامه ارزیابی عملکرد اورژانس‌های بیمارستانی. *بیمارستان*، ۱۹(۱)، ۵۳-۶۰.

- ایزدپناهی، مریم و شکرچی زاده، احمدرضا (۱۳۹۶). بررسی مروری عملکرد کارکنان واحدهای سازمان با استفاده از کارت امتیازی متوازن. *دومین کنفرانس ملی مدیریت راهبردی خدمات*. نجف آباد، <https://civilica.com/doc/748767>
- بهادری، محمد کریم؛ ابوالقاسمی، کامران و تیمورزاده، احسان (۱۴۰۱). ارزیابی عملکرد و رتبه‌بندی بخش‌های یک بیمارستان نظامی با استفاده از مدل تحلیل پوششی داده‌ها و پرامسی. *طب نظامی*، ۱۸(۴)، ۳۲۵-۳۳۴.
- تقی‌زاده، مژگان؛ الوانی، سید مهدی و حمیدی، ناصر (۱۳۹۷). شناسایی شاخص‌های اصلی ارزیابی عملکرد کارکنان صف بیمارستان‌های دولتی استان گیلان. *فصلنامه مدیریت توسعه و تحول*، ۱۰(ویژه‌نامه)، ۱-۱۱.
- جباری بیرامی، حسین؛ غلامزاده نیکجو، رعنا؛ جنتی، علی؛ اصغری جعفرآبادی، محمد و دادگر، الهام (۱۳۹۳). اولویت‌بندی شاخص‌های عملکردی حیطه کیفیت - اثربخشی بیمارستان‌های عمومی با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله‌مراتبی (AHP). *مجله علمی پژوهشی یافته*، ۱۶(۱)، ۹۹-۱۰۶.
- جلیلی بال، زهرا؛ کیان پور، مهیار و جولای، فریبرز (۱۳۹۴). ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های خصوصی و دولتی بر مبنای شاخص‌های مهندسی مقاومت‌پذیری و ایمنی: رویکرد ترکیبی شبیه‌سازی و تصمیم‌گیری. *بیمارستان*، ۱۴(۴)، ۹-۲۰.
- جنتی، علی؛ دادگر، الهام؛ صادق تبریزی، جعفر؛ اصغری جعفرآبادی، محمد و غلامزاده نیکجو، رعنا (۱۳۹۱). دیدگاه متخصصان سلامت در مورد معیارهای لازم برای ارزیابی عملکرد مدیران بیمارستان‌ها. *مجله علمی پژوهشی یافته*، ۱۴(۳)، ۹۱-۱۰۱.
- جهانگیری، عباس و جهانگیری، محمد (۱۳۹۶). ارزیابی عملکرد بیمارستان با استفاده از تصمیم‌گیری چند شاخصه پویا: یک مطالعه موردی در بیمارستان تأمین اجتماعی امام خمینی (ره) اراک. *مدیریت بهداشت و درمان*، ۱۸(۱)، ۹۱-۱۰۲.
- خوان‌زاده، عبدالله؛ مطلق، محمداسماعیل؛ میرشکاک، عبدالرضا؛ اکبری نساجی، ندا؛ نیاکان، مریم و نصراله پورشیروانی، سیدداوود (۱۳۹۵). ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبدان بر اساس مدل جایزه ملی تعالی سازمانی ایران. *مدیریت اطلاعات سلامت*، ۱۳(۲)، ۱۳۸-۱۴۴.
- درگاهی، حسین و درودی، علیرضا (۱۳۹۷). ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی شبکه بهداشت جنوب شهر تهران. *راهبردهای مدیریت در نظام سلامت*، ۱۳(۴)، ۲۶۴-۲۷۵.
- دهقانان، حامد (۱۳۹۴). تحلیل چندسطحی عوامل مؤثر بر انگیزه خدمت در بخش عمومی. *مدیریت دولتی*، ۷(۴)، ۷۲۱-۷۴۲.
- رحیمی، زهرا؛ پیامی، اکبر و عنبری، خاطره (۱۳۹۴). ارزیابی عملکرد بیمارستان شهید رحیمی خرم آباد بر اساس الگوی تعالی سازمانی EFQM. *یافته*، ۱۷(۳)، ۸۷-۹۴.
- سهرابی نژاد، محمد صادق؛ مردانشاهی، محمد مهدی و شکی، محمد حسن (۱۳۹۴). بررسی سطح کیفیت اقدامات براساس مدل مالکوم بالدریج در بیمارستان شهید رجایی تنکابن. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۱(۴)، ۴۵-۵۲.
- علی نژاد، علیرضا و خلیلی، جواد (۱۳۹۶). روش ترکیبی BSC و VFB-DEA در محیط فازی جهت طراحی مدلی برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها. *مدیریت کسب‌وکار*، ۹(۳۵)، ۴۷-۷۱.
- قندهاری، نجمه؛ اسماعیلیان، مجید؛ تیموری، هادی و قلمکاری، شرمینه (۱۳۹۶). ارزیابی عملکرد بیمارستان نور و حضرت علی‌اصغر(ع) اصفهان با استفاده از روش ترکیبی کارت امتیازی متوازن و تکنیک اندازه‌گیری جذابیت به‌وسیله ارزیابی‌های رسته‌ای. *مدیریت اطلاعات سلامت*، ۱۴(۲)، ۵۸-۶۲.

- مانیان، امیر و رونقی، محمد حسین (۱۳۹۴). ارائه چارچوب جامع پیاده سازی بازاریابی اینترنتی با استفاده از روش فراترکیب. مدیریت بازرگانی، ۷(۴)، ۹۰۱-۹۲۰.
- مایل افشار، مهناز؛ نوحی، فریدون؛ ریاحی، لیلا و نیک روان، انیسه (۱۳۹۸). شاخص‌های کلیدی عملکرد بخش اورژانس: یک مطالعه مروری. پرستاری قلب و عروق، ۸(۱)، ۱۰-۱۹.
- محمودی، قهرمان؛ خادم‌لو، محمد؛ عباسی رستمی، جواد و نیکپور، بهمن (۱۳۹۵). ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های مشمول و غیرمشمول طرح تحول سلامت با الگوی بالدريج در استان مازندران. فصلنامه نسیم تندرستی، ۵(۲)، ۱۶-۲۵.
- ملک‌زاده، رؤیا؛ محمودی، قهرمان و عابدی، قاسم (۱۳۹۸). ارزیابی عملکرد بیمارستان آموزشی امام خمینی (ره) ساری با مدل تعالی سازمانی و رویکرد مدل برنامه‌ریزی عملیاتی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۹(۱۷۷)، ۱۵۷-۱۶۵.
- ملک‌زاده، رؤیا؛ محمودی، قهرمان و عابدی، قاسم (۱۳۹۸). ارزیابی عملکرد بیمارستان با استفاده از کارت امتیازی متوازن و الگوی زنجیره‌ای برنامه. مدیریت ارتقای سلامت، ۸(۳)، ۵۳-۵۸.
- ملک‌زاده، رؤیا؛ محمودی، قهرمان و عابدی، قاسم (۱۳۹۹). بررسی و مقایسه عملکرد بیمارستان با استفاده از «الگوی اعتباربخشی»، «الگوی تعالی سازمانی» و «الگوی زنجیره‌ای برنامه». فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۹(۵)، ۴۸-۵۸.
- ملک، محدثه و شجاعی باغینی، گلنار (۱۴۰۱). مطالعه تطبیقی ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های شهرستان شاهرود با رویکرد کارت امتیازی متوازن. نشریه علمی رویکردهای پژوهشی نوین مدیریت و حسابداری، ۶(۲۱)، ۳۸۸-۴۰۵.
- وفایی نجار، علی؛ ابراهیمی پور، حسین؛ هوشمند، الهه و زمردی نیت، هادی (۱۳۹۷). شناسایی و اولویت‌بندی شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان با ترکیبی از کارت امتیازی متوازن و تکنیک دلفی (بیمارستان منتصریه). نوید نو، ۲۱(۶۶)، ۱-۱۱.
- یاوری، زهرا؛ محمدشفیعی، مجید و غیور، فاطمه (۱۳۹۶). ارزیابی کیفیت خدمات کلینیک‌های تخصصی درمانی منتخب شیراز با استفاده از مدل SERVQUAL. مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۴(۶)، ۲۳۶-۲۴۲.
- یزدانی، حمید رضا؛ زارع، حمید و حدپور سراج، مرضیه (۱۴۰۰). ارائه چارچوبی برای مدیریت برون سپاری فرایندهای منابع انسانی: پژوهش فراترکیب. فصلنامه علمی مطالعات منابع انسانی، ۱۱(۱)، ۲۶-۵۳.

References

- Akbarisari, A., Habibi, F., Khosravi, B., Hamouzadeh, P. & Yousefvand, M. (2020). Designed Questionnaire to Evaluate the Performance of Hospital Emergency. *Journal of Hospital*, 19 (1), 44-51. (in Persian)
- Alatawi, A. D., Niessen, L. W. & Khan, J. A. (2020). Efficiency evaluation of public hospitals in Saudi Arabia: an application of data envelopment analysis. *BMJ open*, 10(1), e031924.
- Ali, J., Jusoh, A., Idris, N., Nor, K.M., Wan, Y., Abbas, A.F. & Alsharif, A.H. (2022). Applicability of healthcare service quality models and dimensions: future research directions. *The TQM Journal*, 35(6), 1378-1393.
- Aliekperova, N. (2018). Motivating factors effecting work efficiency of employees in Ukrainian pharmaceutical sector. *Economics and Sociology*, 11(1), 61-74.

- Alinejad, A. & Khalili, J. (2016). The combined method of BSC and VFB-DEA in fuzzy environment to design a model for evaluating the performance of hospitals. *Business Management*, 9(35), 47-71. (in Persian)
- Amer, F., Hammoud, S., Khatatbeh, H., Lohner, S., Boncz, I. & Endrei, D. (2022). A systematic review: the dimensions to evaluate health care performance and an implication during the pandemic. *BMC Health Services Research*, 22, 621. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07863-0>.
- Amrai, F., Mahfoozpour, S., Vahdat, S., & Hesam, S. (2022). Study of factors affecting the performance evaluation of Iranian health centers. *Journal of Biological Research*. DOI: <https://doi.org/10.4081/jbr.2022.10302>
- Aujirapongpan S, Meesook K, Theinsathid P, Maneechot C. (2021). Performance Evaluation of Community Hospitals in Thailand: An Analysis Based on the Balanced Scorecard Concept. *Iran J Public Health*, 49(5), 906-913.
- Bahadri, M. K., Abolghasemi, K. & Timurzadeh, E.. (2017). Performance evaluation and ranking of selective wards in a military hospital using DEA and promethee method. *Military Medicine*, 18(4), 325-334. (in Persian)
- Bayo-Moriones, A., Galdon-Sanchez, J. E., & Martinez-de-Morentin, S. (2020). Performance appraisal: dimensions and determinants. *The International Journal of Human Resource Management*, 31(15), 1984-2015.
- Beheshtinia, M., Mardani, A. & Kord, M. (2018). Improving the quality of hospital services using the QFD approach and integration with kano analysis under budget constraint. *International Journal of Hospital Research*, 7(3), 49-61.
- Berg, M., Meijerink, Y., Gras, M., Goossensen, A., Schellekens, W., Haecck, J., Kallewaard, M. & Kingma, H. (2005). Feasibility first: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. *Health Policy*, 75(1), 59-73.
- Buttigieg, S. C., Pace, A., & Rathert, C. (2017). Hospital performance dashboards: a literature review. *Journal of health organization and management*, 31(3), 385-406.
- Cappelli, P. & Tavis, A. (2016). The performance management revolution. *Harvard Business Review*, 94(10), 58-67.
- Carini, E., Gabutti, I., Frisicale, E.M., Di Pilla, A., Pezzullo, A.M., de Waure, C., Cicchetti, A., Boccia, S. & Specchia, M.L. (2020). Assessing hospital performance indicators. What dimensions? Evidence from an umbrella review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1038. doi: 10.1186/s12913-020-05879-y.
- Chmielewska, M., Stokwizewski, J., Markowska, J. (2022). Evaluating Organizational Performance of Public Hospitals using the McKinsey 7-S Framework. *BMC Health Services Research*, 22, (1).1-12.
- Choudhary, G. B. & Puranik, S. (2014). A study on employee performance appraisal in health care. *Asian J Manag Sci*, 2(3), 59-64.
- Dargahi, H. & Droodi, A. (2019). Performance evaluation of health and treatment centers of health network in south of Tehran. *Management strategies in the health system*, 13(4), 264-75. (in Persian)

- Dehghanan, H. (2015). Multilevel Analysis of Factors that Effect on Public Service Motivation. *Journal of Public Administration*, 7(4), 721-742. doi: 10.22059/jipa.2015.57353
- Denisi, A. S. & Sonesh, S. (2011). The appraisal and management of performance at work. In S. Zedeck (Ed.). *APA handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 255–279). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Du, K., Wu, P., Yuan, M., Li, Z. (2021). Performance Evaluation of Combining with Medical and Old-Age Care in Pension Institutions of China: A Two-Stage Data Envelopment Analysis. Single anonymous peer review. *Risk Manag Healthc Policy*, 2(14), 4211–4222.
- El-Sayed, R. I. (2021). *Development of a Performance Appraisal Tool for Staff Nurses. Lecturer of Nursing Administration*, Faculty of Nursing, Port-Said University, Egypt.
- Fatima, I., Humayun, A., Iqbal, U. & Shafiq, M. (2019). Dimensions of service quality in healthcare: a systematic review of literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(1), 11-29.
- Gerrish, E. (2016). The Impact of Performance Management on Performance in Public Organizations: A Meta-Analysis. *Public Administration Review*, 76(1), 48– 66.
- Ghandahari, N., Ismailian, M., Timouri, H. & Ghalamkari, Sh. (2017). Evaluating the Performance of Noor-Ali Asghar Hospital in Isfahan, Iran, Using a Combination of Balanced Score Card and MACBETH. *Health Information Management*, 14(2), 58-64. (in Persian)
- Ghasemi, S., Aghsami, A., & Rabbani, M. (2021). Data envelopment analysis for estimate efficiency and ranking operating rooms: a case study. *International journal of research in industrial engineering*, 10(1), 67-86.
- Giovanis, A., Pierrakos, G., Rizomyliotis, I. & Biniotis, S. (2018). Assessing service quality and customer behavioral responses in hospital outpatient services: A formative measurement approach. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 10(2), 98-116.
- Gómez-Gallego, J. C., Gómez-Gallego, M., García-García, J. F. & Faura-Martinez, U. (2021, September). Evaluation of the efficiency of European health systems using fuzzy data envelopment analysis. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 10, p. 1270). MDPI.
- Gomez-Mejia, L. R., Berrone, P., & Franco-Santos, M. (2017). *Compensation and organisational performance: Theory, research and practice* (1st ed.) Routledge.
- Hatefi, S. M. & Haeri, A. (2019). Evaluating hospital performance using an integrated balanced scorecard and fuzzy data envelopment analysis. *Journal of Health Management & Information Science*, 6(2), 66-76.
- Huang, C. C. & Huang, S. M. (2020). External and internal capabilities and organizational performance: Does intellectual capital matter?. *Asia Pacific Management Review*, 25(2), 111-120.
- Indicators AQ. *Retained Surgical Item or Unretrieved Device Fragment Count*. Retrieved from: [http://www. qualityindicators](http://www.qualityindicators)
- Izadpanahi, M. & Shekarchizadeh, A. (2016). Review of the performance of employees of organizational units using a balanced scorecard, *the second national conference on strategic management of services*, 2016, Najaf Abad, <https://civilica.com/doc/748767> (in Persian)

- Jabbari Beyrami, H., Gholamzadeh Nikjoo, R., Jannati, A., Asghari Jafarabadi, M. & Dadgar, E. (2014). Prioritizing of performance indicators of quality - effectiveness areas of general hospitals using Analytic Hierarchy Process (AHP). *Yafte*, 16(1), 99-106. (in Persian)
- Jahangiri, A. & Jahangiri, M. (2017). Evaluation of hospital performance using dynamic multi-criteria decision-making: a case study in Imam Khomeini Social Security Hospital (RA) Arak. *Health Management*, 8(1), 91-102. (in Persian)
- Jalilibal, Z., Kianpour, M., Jolai, F. (2016). Assessing the Public and Private Hospital Performance Based on Considering Resilience Engineering Indices: An Integrated Simulation and Decision Making Approach. *Journal of hospital*, 14(4), 9-20. (in Persian)
- Janati, A., Dadgar, E., Sadegh Tabrizi, J., Asghari Jafarabadi, M., GHolamzade Nikjoo, R. (2012), Health system professionals, attitude towards necessary criteria for hospitals managers, performance assessment. *Yafte*, 14 (3), 91-101. (in Persian)
- Jiang, S., Shi, H., Lin, W., & Liu, H. C. (2020). A large group linguistic Z-DEMATEL approach for identifying key performance indicators in hospital performance management. *Applied Soft Computing*, 86, 105900.
- Kennedy, D. M., Anastos, C. T., & Genau, M. C. (2019). Improving healthcare service quality through performance management. *Leadership in Health Services*, 32(3), 477-492. doi: 10.1108/LHS-02-2019-0006.
- Khanzadeh, A., Motlaq, M. I., Mirshkak, A., Akbari Nasaji, N., Niakan, M. & Nasraleh Pourshirwani, S.D. (2016). Evaluation of the performance of Abadan Faculty of Medical Sciences hospitals based on the model of Iran's National Award for Organizational Excellence. *Health Information Management*, 13(2), 138-144. (in Persian)
- Kosklin, R., Lammintakanen, J. & Kivinen, T. (2022). Knowledge management effects and performance in health care: a systematic literature review. *Knowledge Management Research & Practice*, 1-11.
- Kounetas, K., Mitropoulos, I. Mitropoulos, P. & (2015). Factors affecting primary health care centers' economic and production efficiency. *Annals of Operations Research*, 247(2), 807-822.
- Kutlu Gündoğdu, F. & Kahraman, C. (2021). Hospital performance assessment using interval-valued spherical fuzzy analytic hierarchy process. In *Decision Making with Spherical Fuzzy Sets* (pp. 349-373). Springer, Cham.
- Lacroix, J. (2012). *Canadian Hospital Reporting Project (CHRP)*. Hospital Reports. canada.
- Liao, H., Mi, X., Yu, Q., & Luo, L. (2019). Hospital performance evaluation by a hesitant fuzzy linguistic best worst method with inconsistency repairing. *Journal of Cleaner Production*, 232, 657-671.
- 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.
- Madlabana, C. Z., Mashamba-Thompson, T. P., & Petersen, I. (2020). Performance management methods and practices among nurses in primary health care settings: a systematic scoping review protocol. *Systematic Reviews*, 9(1), 1-9.

- Mahmoudi, G.H., Khademlou, M., Abbasi Rostami, J. & Nikpour, B. (2017). Evaluation of the performance of hospitals included and not included in the health transformation plan with the Baldrige model in Mazandaran province. *Nasim Tossani Quarterly*, 5(2), 16-25. (in Persian)
- Malek, M. & Shojaei Baghini, G. (2022). A comparative study of evaluating the performance of Shahrood hospitals with a balanced scorecard approach. *Scientific Journal of New Research Approaches in Management and Accounting*, 6(21), 388-405. (in Persian)
- Malekzadeh, R., Abedi, G. & Mahmoodi, G. (2020). Assessment and Comparing of Hospital Performance Using “Accreditation Pattern”, “Organizational Excellence Pattern” and Program Chain Patterns. *Assessment*, 9(5), 48-58. (in Persian)
- Malekzadeh, R., Mahmoodi, G. & Abedi G. (2019) Assessment of Hospital Performance using Balanced Scorecard Model and Program Chain Pattern. *Health Promotion Management*, 8 (3), 53-58. (in Persian)
- Malekzadeh, R., Mahmoodi, G. & Abedi, G. (2019). Performance Assessment of Sari Imam Khomeini Hospital Applying EFQM Excellence Model and Operational Planning. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 29 (177), 157-165. (in Persian)
- Malekzadeh, R., Mahmoodi, G. & Abedi, G. (2020). Assessment and Comparing of Hospital Performance Using “Accreditation Pattern”, “Organizational Excellence Pattern” and Program Chain Patterns. *Health Promotion Management*, 9 (5). (in Persian)
- Manian, A. & Ronaghi, M.H. (2015). A Comprehensive Framework for E-marketing Implementation by Meta-Synthesis Method. *Journal of Business Management*, 7(4), 901-920. (in Persian)
- Maulidina, R., Arini, W. Y. & Damayanti, N. A. (2019). Analysis Of Employee Performance Appraisal System In Primary Health Care. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(12).
- Mayelafshar, M., Noohi, F., Riahi, L., & Nikravan, A. (2021). Identification of the Key Performance Indicators for Designing an Emergency Department Dashboard in a Referral Cardiac Hospital. *Iranian Red Crescent Medical Journal (IRCMJ)*, 8(1), 10-19. (in Persian)
- McNatt, Z., Linnander, E., Endeshaw, A., Tatek, D., Conteh, D. & Bradley, E.H. (2015). A national system for monitoring the performance of hospitals in Ethiopia. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 719-726.
- Molina-Azorín, J. F., Pereira-Moliner, J., López-Gamero, M. D., Pertusa-Ortega, E. M., & José Tarí, J. (2020). Multilevel research: Foundations and opportunities in management. *BRQ Business Research Quarterly*, 23(4), 319-333.
- Nabitz, U., Klazinga, N., Walburg, J. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 191- 202.
- Narayan, A. K., Rosenkrantz, A. B., Wang, G. X., Daye, D. & Durand, D. J. (2019). Trends in hospital performance on the medicare national outpatient imaging metrics: a 5-year longitudinal cohort analysis. *Journal of the American College of Radiology*, 16(11), 1604-1611.

- Neely, A. D., Adams, C., & Kennerley, M. (2002). *The performance prism: The scorecard for measuring and managing business success*. London: Prentice Hall Financial Times.
- Noris, N., Putera, K.A.S.I., Libasin, Z. & Krishnan, M. (2022). Lean healthcare implementation in malaysian specialist hospitals: challenges and performance evaluation. *Journal of Health and Translational Medicine*, 2(10), 21-33.
- Nure, G. (2018). *Performance evaluation of employees in hospital service*. Frinanzergebnisse fur drei Griechischen banken in albanien.
- Nuritasari, R. T., Fitriyasari, R., & Hasinuddin, M. (2020). Evaluation of Performance Appraisal Instrument Development for Nurse Based On Self Efficacy at Lavalette Hospital in Malang. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(2), 644-655.
- Nxumalo, N., Goudge, J., Gilson, L., & Eyles, J. (2018). Performance management in times of change: experiences of implementing a performance assessment system in a district in South Africa. *International journal for equity in health*, 17(1), 141.
- OECD HDC (2016-2017). *Definitions for Health Care Quality Indicators*. In: OECD HDC.
- Okoth, V. A., & Flora, O. M. (2019). Motivation and employee performance at avenue hospital kisumu county-Kenya. *Business Management Dynamics*, 9(5), 20.
- Panjaitan, S. H., Girsang, E., Nasution, S. L. R., & Nasution, S. W. (2022). An Analysis Operational of Strategic Plan Based on Balance Score Card Perspective with Hospital Performance in Pabatu Hospital, Tebing Tinggi City 2021. *Budapest International Research and Critics Institute-Journal (BIRCI-Journal)*, 5(3), 19068-19079.
- Peykani, P., Mohammadi, E., & Esmaili, F. S. S. (2018). Measuring performance, estimating most productive scale size, and benchmarking of hospitals using DEA approach: a case study in Iran. *International Journal of Hospital Research*.
- Peykani, P., Seyed Esmaili, F. S., Rostamy-Malkhalifeh, M., & Hosseinzadeh Lotfi, F. (2018). Measuring productivity changes of hospitals in Tehran: the fuzzy Malmquist productivity index. *International Journal of Hospital Research*, 7(3), 1-16.
- Pitocco, C. & Sexton, T. R. (2018). Measuring hospital performance using mortality rates: an alternative to the RAMR. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(4), 308.
- Piubello Orsini, L., Leardini, C., Vernizzi, S., & Campedelli, B. (2021). Inefficiency of public hospitals: a multistage data envelopment analysis in an Italian region. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-15.
- Raeisi, A. R., Yarmohammadian, M. H., Bakhsh, R. M. & Gangi, H. (2012). Performance evaluation of Al-Zahra academic medical center based on Iran balanced scorecard model. *Journal of education and health promotion*, 1(1), 1.
- Rahimi, H., Kavosi, Z., Shojaei, P. & Kharazmi, E. (2017). Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model. *Journal of Health Management & Information Science*, 4(1), 17-24.
- Rahimi, Z., Payamani, A. & Anbari, Kh. (2015). The performance evaluation of Shahid Rahimi hospital in Khorramabad based on the organizational excellence model. *Yafteh*, 17(3), 87-94. (in Persian)

- Rasi, V., Delgoshae, B. & Maleki, M. (2020). Identification of common indicators of hospital performance evaluation models: A scoping review. *J Edu Health Promot*, 9, 63.
- Rivta, K., Lammintakanen, J. & Kivinen, T. (2022). Knowledge management effects and performance in health care: a systematic literature review. *Knowledge Management Research & Practice*, 2(10), 1-12.
- Salvatore F. P., Milone, M. (2021). Value-based health-care principles in health-care organizations. *International Journal of Organizational Analysis*, 2(9), 22-41.
- Sandelowski, M. & Barros, J. (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. Springer publishing company Inc
- Sanders, K. & Yang, H. (2015). The HRM Process Approach: The Influence of Employees' Attribution to Explain the HRM-Performance Relationship. *Human Resource Management*, 55(2), 201 – 217.
- Shortell, S. M., Blodgett, J. C., Rundall, T. G., Henke, R. M. & Reponen, E. (2021). Lean management and hospital performance: adoption vs. implementation. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(5), 296-305.
- Si, S.L., You, X.Y., Liu, H.C. & Huang, J. (2017). Identifying Key Performance Indicators for Holistic Hospital Management with a Modified DEMATEL Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 934.
- Simou, E., Pliatsika, P., Koutsogeorgou, E. & Roumeliotou, A. (2015) Developing a national framework of quality indicators for public hospitals. *The International journal of health planning and management*, 29(3).
- Siyum, H. (2020). Impact of performance appraisal on employee productivity in private and public hospitals in Tigray, Ethiopia. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, 4(5), 360-368.
- Sohrabinejad, M. S., Mardanshahi, M. M. & Shakki, M. H. (2016). Evaluation of the quality of performance of Rajae Hospital, Tonekabon, Iran, based on Malcolm Baldrige model. *J Health Res Commun*, 1(4), 45-52. (in Persian)
- Taghizadeh, M., Elwani, S.M., & Hamidi, N.. (2017). Identifying the main indicators of the performance evaluation of queue workers in public hospitals in Gilan province. *Development and Transformation Management Quarterly*, 10 (Special Issue), 1-11. (in Persian)
- Tappura, S., Sievänen, M., Heikkilä, J., Jussila, A. & Nenonen, N. (2015). A management accounting perspective on safety. *Safety science*, 71, 151-159.
- Taylor, J. (2015). Closing the Rhetoric-Reality Gap? Employees' Perspective of Performance Management in the Australian Public Service. *Australian Journal of Public Administration*, 74(3), 336–353.
- Tinetti, M. E., Naik, A. D., & Dodson, J. A. (2016). Moving from disease-centered to patient goals-directed care for patients with multiple chronic conditions: patient value-based care. *JAMA cardiology*, 1(1), 9-10.
- Tseng, S. T. & Levy, P. E. (2019). A multilevel leadership process framework of performance management. *Human Resource Management Review*, 29(4). <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.10.001>

- Vafai Najjar, A., Ebrahimipour, H., Hooshmand, E. & Zomorodi Nieat, H. (2019). Identification and prioritization of hospital performance evaluation indicators with a combination of balanced scorecard and Delphi technique (Montasariéh Hospital). *Navid No*, 21(66), 1-11. doi: 10.22038/nmj.2018.31272.1122. (in Persian)
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*.
- Yavari, Z., Mohammad Shafiei, M. & Ghayor, F. (2016). Evaluation of the service quality of selected specialized medical clinics in Shiraz using the SERVQUAL model. *Health Information Management*, 14(6), 236-242. (in Persian)
- Yazdani, H. R., Zare, H., & Hadpour Seraj, M. (2021). Providing a Framework for Outsourcing Management of Human Resource Processes: Meta Synthesis. *Journal of Human Resource Management*, 11(1), 26-53. (in Persian)
- Zhao, F., Kang, T. W., & Kang, M. (2022). Linking Intellectual Leadership Practices to Sustainability Outcomes: Moderated Mediation Effect of Employees' Multifunctionality. *Sustainability*, 14(7), 3855.
- Zhao, S., Gu, Y. & Huang, Z. (2022). Building a Performance Management System for Hospitals Based on Diagnosis-Related Group (DRG) Payment. *Advanced Sensing Materials for Internet of Things Sensors*, 3(9), 21-23.
- Zulaikah, R., Tamtomo, D., & Sulaeman, E. S. (2020). Multilevel Analysis of Community Health Center, Performance of Health Personnel: Evidence from Ngawi, East Java. *Journal of Health Policy and Management*, 5(1), 13-22.