

بررسی تأثیر عملکرد گروه‌های بهبود کیفیت بر اثربخشی و کارایی بیمارستان لولاگر تهران؛ ۱۳۸۴

بهرام دلگشایی^۱ / سودابه وطن‌خواه^۲ / عزت ابراهیمی^۳

چکیده

مقدمه: به منظور فراهم آوردن زمینه مشارکت فراگیر در بیمارستان، ظهور خلاقیت‌ها و درک واقعیت‌ها می‌تواند گروه‌های بهبود کیفیت را که یکی از تکنیک‌های مدیریت است، در رگ‌های سازمان تزریق کرد تا با دخالت کلیه کارکنان، مشکلات بیمارستان مشخص، بررسی و ریشه‌یابی شده و راه حل آنها تعیین گردد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مداخله گروه‌های بهبود کیفیت بر اثربخشی و کارایی بیمارستان لولاگر انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی است که با تشکیل گروه‌های بهبود کیفیت در بیمارستان لولاگر تهران انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه کارکنان رسمی و قراردادی بیمارستان و بیماران بستری شده در بیمارستان در سال ۸۴-۱۳۸۳ بود و از بین آنان تعداد ۱۰۰ نفر بیمار و ۱۰۰ نفر از کارکنان بیمارستان به شیوه نمونه‌گیری تصادفی به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. برای سنجش تأثیر تشکیل گروه‌های بهبود کیفیت بر رضایت شغلی کارکنان از پرسشنامه بررسی رضایت شغلی (JSS) استفاده گردید. ابزار سنجش رضایت مندی بیماران پرسشنامه استاندارد شده وزارت بهداشت بود که از طریق مصاحبه تکمیل گردید. برای سنجش شاخص‌های کارایی بیمارستان از اطلاعات آماری واحد آمار و مدارک پزشکی بیمارستان استفاده شد.

یافته‌ها: عملکرد گروه‌های بهبود کیفیت باعث کاهش میانگین رضایت شغلی کارکنان از ۲/۹۲ در شروع به ۲/۹۲ در پایان مطالعه و کاهش میانگین رضایت بیماران از خدمات بیمارستان از ۳/۱ در شروع به ۲/۷ در پایان مطالعه شد. آزمون نشان دهنده تأثیر این عامل در کاهش رضایت شغلی کارکنان و رضایت بیماران است. همچنین در مورد شاخص‌های کارایی بیمارستان نتایج پژوهش نشان داد که در پایان مطالعه درصد اشغال تخت، و میزان گردش تخت افزایش و فاصله چرخش تخت و متوسط اقامت بیمار در بیمارستان کاهش یافته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به ناکامی نسبی طرح گروه‌های بهبود کیفیت در بیمارستان مورد مطالعه، به نظر می‌رسد در صورتی که پیش از اجرای این طرح بستر سازی لازم (آگاهی مدیریت ارشد، تشکیل تیم‌های کاری متشکل از مدیران ارشد، بحث و گفتگو در سازمان بین کارکنان و مدیران در ارتباط با TQM، آموزش ابزار و فنون ارتقاء کیفیت به مدیریت، آموزش فلسفه و اهمیت کار و فرآیندها به کارکنان و ...) و برنامه ریزی انجام گرفته بود، این طرح می‌توانست موفقیت بیشتری از بعد افزایش کارایی و اثربخشی کسب نماید.

کلید واژه‌ها: گروه‌های بهبود کیفیت، کارایی، اثربخشی، بیمارستان

◊ وصول مقاله: ۸۶/۶/۲۴، اصلاح نهایی: ۸۶/۱۰/۲۶، پذیرش مقاله: ۸۷/۷/۲۰

۱- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، نویسنده مسئول (Email: bdelgoshai@yahoo.com)

۲- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه

تحولات چشمگیری که طی چند دهه اخیر در محیط بیرونی و درونی سازمان‌ها و به موازات آن در نظریات مدیریتی به وجود آمده، ایجاد نظامی متکی بر الگوهای نوین مدیریتی را کاملاً ضروری نموده است. به طور کلی روند این تحولات را می‌توان از یک سو، تغییرات پرشتاب اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و تکنولوژیکی محیط بیرونی سازمان‌ها و الزامات نوین اجتماعی، اطلاعاتی و حرفه‌ای دانست، که وجود یک نوع رهبری سازمانی پیشرو، تحول‌ساز، مشارکت‌جو و تعالی‌بخش را اجتناب‌ناپذیر کرده و از سوی دیگر تغییر نگرش به انسان به عنوان مهمترین منبع سازمان، تغییر در نگرش‌ها و انتظارات مشتری‌ها و نهضت مشتری‌گرایی به وجود آورد که موج جدید کاربرد الگوهای نوین مدیریتی و خصوصاً جنبش کیفیت‌گرایی را مطرح کرده است. [۱]

کیفیت محصولات و خدمات روز به روز نقش مهمتری را در نگرش سازمان‌ها و مدیریت آنها ایفا می‌کند زیرا امروزه کیفیت مطلوب است به شرط آن که بقای یک سازمان را تضمین کند. [۲] در همین راستا نظام‌های بهداشتی نیز با درخواست‌ها و مطالبات جدیدی از سوی ذی‌نفعان مواجه شده‌اند، به ویژه چگونگی پاسخ‌گویی به انتظارات مشتری بیرونی به طوری که Kelazınca در این خصوص اظهار می‌کند که مراقبت‌های بهداشتی در واقع کالاهایی هستند که بیماران مصرف می‌کنند. بنابراین انتظارات مشتری‌ها باید به طور جدی در فرایند ارائه خدمت لحاظ شود تا اطمینان حاصل گردد که فعالیت‌های پزشکی و پیراپزشکی نه تنها از دیدگاه متخصصان اثر بخش بوده بلکه از لحاظ رعایت رضایت بیماران نیز دارای امتیازاتی باشد و ضروری است با جمع‌بندی نظرات مشتری‌ها به طور مستقیم و غیر مستقیم خدمات را ارزیابی کنند. [۳]

بیمارستان سازمانی است با ساختار سازمانی گسترده که با جامعه تحت پوشش خود روابط متقابل و پیچیده‌ای دارد و در شرایط کنونی بهینه‌سازی این سازمان، تنها پاسخ برای مقابله با چالش‌ها و تهدیدهایی است که از درون دگرگونی‌های سریع پدید می‌آید، بهینه‌سازی از طریق بهبود سازمان و مدیریت، استفاده صحیح از منابع و زمان، توجه به خلاقیت‌ها، ابتکارات

و رشد و پایدار کردن مهارت‌ها منجر به ارائه خدمات با بالاترین کارایی و اثربخشی خواهد شد. [۴] بررسی‌ها نشان می‌دهد که در کشور ما بیمارستان‌ها در سیستم بهداشتی و درمانی ۸۰-۷۰ درصد بودجه بهداشت و درمان کشور را صرف می‌نمایند اما با این وجود اثربخشی و کارایی مطلوب بهره‌مند نیستند. [۵] در وزارت بهداشت و درمان، پیشرفت شغلی، موفقیت‌های اجتماعی و منافع فردی مدیران با سرنوشت سازمانشان گره نخورده است و در نتیجه آنان به ایجاد تحول در حیطه مسئولیت خود اهمیت چندانی نمی‌دهند و از این رهگذر هزاران مشکل دیگر لاینحل باقی مانده است. [۶]

یکی از مهمترین چالش‌های هر سازمان، پاسخگویی به نیازهای روزافزون کارکنان به خصوص نیازهای سطح بالای آنان می‌باشد. [۷] کارکنان سرمایه اصلی بیمارستان بوده و پاسخ‌گویی به انتظارات آنها به عنوان مشتریان داخلی از شاخص‌های کیفیت سیستم بیمارستان محسوب می‌شود. بنابراین باید در جهت جلب رضایت و رفع نیازهای آنها به عنوان باارزش‌ترین سرمایه‌های سازمان حداکثر تلاش را نمود. [۸] یکی از مهمترین چالش‌های بخش بهداشت و درمان کشور که به اقدام فوری نیاز دارد بی‌انگیزگی و نارضایتی کارکنان می‌باشد. [۹] همچنین رضایت بیمار در فرایندهای بهداشتی و درمانی بیمارستان نقش مهمی ایفا می‌کند، به ویژه آنکه رضایت بیمار از مراقبت‌ها در مراکز درمانی، نشانگر مهم کیفیت آن مراقبت نیز محسوب می‌گردد. [۱۰]

به عقیده بسیاری از صاحب‌نظران امروز اداره امور بیمارستان یک کار مهم گروهی است هر چند که مدیر بیمارستان نقش اصلی در هدایت و مدیریت این نهاد عظیم بهداشتی درمانی را بر عهده دارد. [۱۱] از طرفی تاریخ مدون زندگی انسان‌ها از آغاز تا به امروز به صورت مختلف به کاربرد شیوه گروهی در دسترسی به اهداف جامعه اشاره داشته است. [۱۲] بنابراین برای برطرف نمودن موانع و چالش‌های یاد شده باید تدابیر خاصی اندیشیده شود. یکی از این استراتژی‌ها برای افزایش اثربخشی در بیمارستان، بهره‌گیری از شیوه مدیریت مشارکتی برای اداره سازمان می‌باشد. بدین ترتیب بکارگیری شیوه مدیریت مشارکتی، در مرکزی مانند بیمارستان منجر به بهبود کیفیت خدمات و

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی است که با تشکیل گروه‌های بهبود کیفیت در بیمارستان انجام یافت. جامعه پژوهش شامل کلیه کارکنان رسمی و قراردادی بیمارستان و بیماران بستری شده بیمارستان لولاگر در سال ۱۳۸۳-۸۴ بود. حجم نمونه مورد نیاز (اعم از بیمار و پرسنل) با $z=0.5$ و $d=0.1$ ، ۹۶ نفر تعیین شد. بدین ترتیب تعداد نمونه ۹۶ نفر از پرسنل و ۹۶ نفر از بیماران تعیین گردید. برای سنجش تأثیر تشکیل گروه‌های بهبود کیفیت بر رضایت شغلی از پرسشنامه بررسی رضایت شغلی (JSS) که اعتبار و روایی آن قبلاً در پژوهشی دیگر تأیید شده بود استفاده شد که در ابتدای پژوهش به صورت تصادفی در بین پرسنل توزیع و جمع‌آوری گردید. برای ارزیابی رضایت مندی بیماران از نحوه ارائه خدمات بیمارستانی از پرسشنامه استاندارد ارزیابی رضایت بیماران از نحوه ارائه خدمات بیمارستانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استفاده گردید. پژوهشگر در ابتدای پژوهش به مدت یک ماه ۱۰۰ بیمار را از بین ترخیص شدگان از بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب نمود، ۱۰ روز پس از ترخیص بیماران، به آدرس‌های آنان مراجعه کرد و از طریق مصاحبه، پرسشنامه مربوطه را تکمیل نمود. همچنین برای سنجش شاخص‌های کارایی بیمارستان از اطلاعات آماری واحد آمار و مدارک پزشکی بیمارستان استفاده گردیده است. جهت تشکیل گروه‌های بهبود کیفیت در بیمارستان، اعضای همیار گروه‌های بهبود کیفیت ضمن اطلاع‌رسانی از تمامی کارکنان داوطلب عضویت در گروه‌های بهبود کیفیت ثبت‌نام به عمل آورد که این افراد از مشاغل ورده‌های مختلف تشکیل می‌شدند، سپس ضمن سازماندهی این افراد در غالب ۶ گروه بهبود کیفیت، دوره‌های آموزشی مربوطه را برگزار نمودند. سپس این گروه‌ها با انتخاب فرایندهای مهم بیمارستان بر روی ارتقاء فرایندهای بیمارستانی کار کردند. سپس کلیه مراحل فوق‌ترتیباً گردید، بدین صورت که برای سنجش رضایت شغلی پرسشنامه مربوطه مجدداً در انتهای پژوهش به صورت تصادفی در بین هر دو گروه پرسنل بیمارستان اعم از کسانی که در گروه‌های بهبود کیفیت مشارکت داشتند و آنها که مشارکت نداشتند توزیع و

رضایت مندی کارکنان و ارباب رجوع و در نهایت افزایش کارایی و اثربخشی خواهد شد. [۱۳]

بنابراین می‌توان به منظور فراهم آوردن زمینه مشارکت فراگیر در بیمارستان ظهور خلاقیت‌ها و درک واقعیت‌ها، گروه‌های بهبود کیفیت را که یکی از تکنیک‌های مدیریت مشارکتی است، در رگ‌های سازمان تزریق کرد تا بدخلت کلیه کارکنان، مسایل و مشکلات بیمارستان مشخص، بررسی و ریشه‌یابی شده و راه حل آنها تعیین گردد. [۱۴]

مدیریت مشارکتی از جمله مقولات مدیریتی است که تعدادی از مدیران و کارکنان به دلایل مختلف، درک کاملی از آن ندارند. برخی از مدیران آن را با واگذاری بخشی از قدرت و اختیارات خود معادل دانسته و برخی آن را نشانه ضعف مدیریت می‌دانند. کارکنان نیز بعضاً آن را نمونه تازه‌ای از بازی‌های مدیریت پنداشته و در مواردی از آن به عنوان طوفان زودگذر یاد می‌کنند. با این وجود خوشبختانه افرادی نیز وجود دارند که این شیوه را به درستی درک نموده و از نتایج و پیامدهای پر بار آن سخن گفته‌اند. [۵۱] Davis معتقد است که بکارگیری مشارکت باعث تصمیم‌گیری بهتر، ابتکار و خلاقیت کارکنان، توجه به کرامت انسان، مسئولیت‌پذیری کارکنان و روحیه کار گروهی می‌شود. [۱۶]

در این میان، نظام پیشنهادات روش مؤثری در دستیابی به فرایند تصمیم‌گیری مشارکتی در سازمان‌ها می‌باشد. [۱۷] از سویی عدم درک صحیح مدیریت سازمان‌ها از فلسفه تشکیل گروه‌های بهبود کیفیت، مقاومت در برابر تحولات و نظرات جدید در سازمان و تعلل مدیریت در واکنش صحیح نسبت به پیشنهادات و نظرات گروه‌های بهبود کیفیت از مشکلات فراروی آن گروه‌ها می‌باشد. [۱۸] اهمیت این گروه‌ها زمانی مشخص می‌گردد که بدانیم فعالیت این گروه‌ها بر سه فلسفه اصلی مدیریت کیفیت فراگیر یعنی فرایند‌نگری، مشتری‌مداری و بهبود مستمر استوار می‌باشد. [۱۹] حال آن که ساختار بهداشت و درمان ما از نداشتن روابط بین بخشی مؤثر، نادیده گرفتن اهمیت مصرف‌کنندگان و کیفیت پایین خدمات رنج می‌برد. [۲۰] این پژوهش به منظور بررسی تأثیر عملکرد گروه‌های بهبود کیفیت بر اثربخشی و کارایی بیمارستان لولاگر تهران در سال ۱۳۸۳-۱۳۸۴ انجام گرفت.

نتایج آزمون t نشان داد که بین میزان رضایت در شروع و پایان مطالعه اختلاف معنی داری وجود دارد ($P\text{-value}=0/001$). از جمله یافته‌هایی که پژوهشگر در زمینه رضایت بیماران بدان دست یافت نیز عبارتند از: میانگین بالا (۲/۹۱) برای عامل نظافت بیمارستان، (۳/۵) هزینه درمان و همچنین (۳/۵) خدمات تشخیصی و پاراکلینیکی در پایان مطالعه و میانگین پایین برای سایر عوامل به شرح رفتار و نحوه برخورد پرسنل (۲/۲۲)، خدمات بالینی (۲/۸)، وضعیت پذیرش و ترخیص (۲/۶) و سایر خدمات و تسهیلات بیمارستان (۲/۴۷) نسبت به شروع مطالعه می‌باشد (جدول ۲).

در مورد شاخص‌های کارایی بیمارستان نتایج پژوهش نشان داد که در پایان مطالعه درصد اشغال تخت، میزان گردش تخت افزایش و فاصله چرخش تخت و متوسط اقامت بیمار در بیمارستان کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

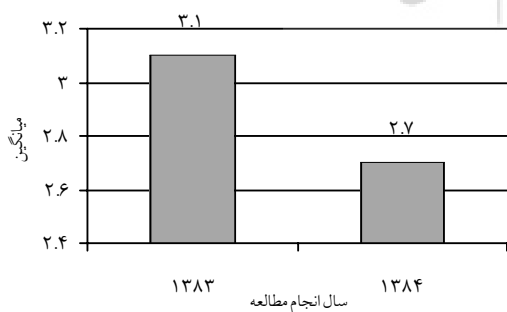
در زمینه تأثیر عملکرد گروه‌های بهبود کیفیت در میزان رضایت شغلی کارکنان، نتایج پژوهش کاهش رضایت را نشان می‌دهد. از جمله یافته‌هایی که پژوهشگر در زمینه رضایت شغلی بدان دست یافت، میانگین نسبتاً بالا (۳/۸۷) برای عامل شرایط ترفیع در شغل در پایان مطالعه و میانگین پایین برای سایر عوامل به شرح زیر، حقوق و دستمزد (۳/۳) صلاحیت سرپرست مستقیم (۲/۸۲)، مزایای جنبی پولی و غیر پولی (۳/۲۳) قدردانی و پاداش در کار (۲/۷)، روند کارها و خط مشی اجرایی (۲/۶۷)، همکاران (۲/۴۷) و ماهیت شغل (۲/۵۵) نسبت به شروع مطالعه است. نتایج تحقیقات چیت چین، لی

جمع‌آوری گردید. برای ارزیابی رضایت مندی بیماران پرسشنامه مربوطه در پایان پژوهش و با انتخاب تصادفی ۱۰۰ بیمار جدید از بین ترخیص‌شدگان طی یک ماه تکمیل گردید. همچنین برای سنجش شاخص‌های کارایی بیمارستان در طی مدت فعالیت گروه‌های بهبود کیفیت که حدود یک سال طول کشید از اطلاعات آماری واحد آمار و مدارک پزشکی بیمارستان استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل آماری توصیفی و تحلیلی از جمله آزمون t-test و به کمک نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

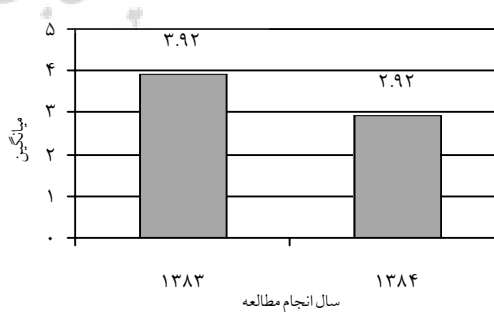
یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که عملکرد گروه‌های بهبود کیفیت باعث کاهش میانگین رضایت شغلی کارکنان از ۳/۹۲ در شروع مطالعه به ۲/۹۲ در پایان مطالعه شده است (نمودار ۱). آزمون t نشان داد که بین میزان رضایت در شروع و پایان مطالعه اختلاف معنی دار وجود دارد ($P\text{-value}=0/001$).

یافته‌ها در مورد رضایت شغلی نشان‌دهنده میانگین نسبتاً بالا (۳/۸۷) برای عامل شرایط ترفیع در شغل در پایان مطالعه و میانگین پایین برای سایر عوامل به شرح زیر: حقوق و دستمزد (۳/۳)، صلاحیت سرپرست مستقیم (۲/۸۲)، مزایای جنبی پولی و غیر پولی (۳/۲۳) قدردانی و پاداش در کار (۲/۷)، روند کارها و خط مشی اجرایی (۲/۶۷)، همکاران (۲/۴۷) و ماهیت شغل (۲/۵۵) نسبت به شروع مطالعه بود (جدول ۱). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که عملکرد گروه‌های بهبود کیفیت باعث کاهش میانگین رضایت بیماران از ۳/۸۱ در شروع مطالعه به ۲/۷ در پایان مطالعه شده است (نمودار ۲).



نمودار ۲: مقایسه میانگین رضایت مندی بیماران در شروع و پایان مطالعه



نمودار ۱: مقایسه میانگین رضایت شغلی کارکنان در شروع و پایان مطالعه

جدول ۱: مقایسه میانگین رضایت شغلی کارکنان از پارامترهای مختلف در شروع و پایان مطالعه

عامل	شروع مطالعه		پایان مطالعه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حقوق و دستمزد	۳.۷۷	۲.۱	۳.۳	۱.۹
شرایط ترفیع	۳.۲۲	۱.۸۷	۳.۸۷	۱.۷
سرپرست مستقیم	۳.۵۲	۱.۸۷	۲.۸۲	۱.۵۷
مزایای جنبی پولی و غیرپولی	۳.۴۷	۲.۰۵	۳.۳۲	۱.۴۲
قدردانی و پاداش کار	۳.۵۲	۱.۹	۲.۷	۱.۴۵
روند کارها و خط مشی اجرایی	۳.۵	۱.۷۷	۲.۶۷	۱.۵۵
همکاران	۳.۷	۱.۸۷	۲.۴۷	۱.۳۲
ماهیت شغلی	۳.۶	۲	۲.۵۵	۱.۹۲
ارتباط درون سازمانی	۳.۴۳	۲.۸۶	۲.۵۶	۱.۴

و یانگ و فرهمند نشان می دهد که تشکیل گروه های بهبود کیفیت موجب افزایش رضایت شغلی کارکنان می گردد. [۱۲]

در زمینه تأثیر عملکرد گروه های بهبود کیفیت در میزان رضایت بیماران از خدمات بیمارستان نتایج پژوهش کاهش رضایت را نشان می دهد. از جمله یافته هایی که پژوهشگر در زمینه رضایت بیماران بدان دست یافت، میانگین بالا (۲/۹۱) برای عامل نظافت بیمارستان، (۳/۵) هزینه درمان و همچنین خدمات تشخیصی و پاراکلینیکی (۳/۵) در پایان مطالعه و میانگین پایین برای سایر عوامل به شرح رفتار و نحوه برخورد پرسنل (۲/۲۲)، خدمات بالینی (۲/۸)، وضعیت پذیرش و ترخیص (۲/۶) و سایر خدمات و تسهیلات بیمارستان (۲/۴۷) نسبت به شروع مطالعه است. در همین زمینه نتایج تحقیقات ابوالحسنی در بیمارستان فاطمیه همدان نشان می دهد که

تشکیل گروه های بهبود کیفیت موجب افزایش رضایت بیماران می گردد.

در زمینه تأثیر عملکرد گروه های بهبود کیفیت بر شاخص های کارایی بیمارستان نتایج پژوهش نشان داد که در پایان مطالعه در صد اشغال تخت، میزان گردش تخت افزایش و فاصله چرخش تخت و متوسط اقامت بیمار در بیمارستان کاهش یافته است. روی هم رفته استقرار گروه های بهبود کیفیت در بیمارستان لولاگر بر اثر بخشی اثر مثبتی نداشته، اما شاخص های کارایی بیمارستان را افزایش داده است. در همین زمینه نتایج تحقیقات چیت چین نشان می دهد که در اثر تشکیل گروه های بهبود کیفیت، در صد اشغال تخت، میانگین طول اقامت بیمار و گردش تخت بیمارستان افزایش و وقفه در گردش تخت کاهش یافته است. [۱۲]

جدول ۲: مقایسه رضایت مندی بیماران از عوامل مختلف در شروع و پایان مطالعه

عامل	شروع مطالعه		پایان مطالعه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نظافت بیمارستان	۲.۸۸	۱.۲۱	۲.۹۱	۱.۰۲
خدمات تشخیصی و پاراکلینیکی	۲.۷۵	۱.۳۵	۳.۵	۱.۳
رفتار و نحوه برخورد پرسنل	۲.۷۸	۱.۲۲	۲.۲۲	۰.۹۴
خدمات بالینی	۲.۹۶	۱.۳۵	۲.۸	۱.۰۱
وضعیت پذیرش و ترخیص	۳.۰۵	۱.۱۲	۲.۶	۰.۸۵
هزینه های درمان	۳.۱۶	۱.۱۶	۳.۵	۱.۲۶
سایر خدمات و تسهیلات بیمارستان	۲.۸۵	۱.۱۲	۲.۴۷	۱.۰۵

۷. صاریخان، محمود. بررسی میزان مشارکت کارکنان در اداره امور و رابطه آن با رضایت از کار در بیمارستان شهید مدنی تبریز. بیمارستان ۱۳۷۹؛ ۵: ۱۹.

۸. ایمانی نسب، علی. بررسی رضایت مندی کارکنان بیمارستان از رؤسای بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان. بیمارستان ۱۳۷۹؛ ۵: ۲۷.

۹. صفرپور، علیرضا و همکاران. چالش‌های کنونی مدیریت درمان در ایران. بیمارستان ۱۳۷۹؛ ۵: ۳۸.

۱۰. رستم علیلو، حجت. تأثیر میزان رضایت بیمار بر اقتصاد درمان و ارزیابی مدیریت. بیمارستان ۱۳۷۹؛ ۵: ۴۳.

۱۱. صدقیانی، ابراهیم. ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی. تهران: انتشارات معین، ۱۳۸۰.

۱۲. چیت چین، محمدرضا. میزان تأثیر مدیریت مشارکتی (گروه‌های بهبود کیفیت) بر کارایی بیمارستان آیت اله کاشانی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۰.

۱۳. زاهدی، شمس‌السادات و همکاران. فرهنگ جامع مدیریت. انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۳۷۹.

۱۴. الوانی، مهدی. مدیریت عمومی. تهران: نشر نی، ۱۳۷۵.

15. Roa A, Lawrence P. Total quality management, 2nd Ed, New York: John Wiley Sons, 1996.

16. Davis K, John W. Organizational behavior. New York: MC Graw-Hill, 1989.

17. Cotada W.J. Quality year book. 5th Ed, New York: MC Graw-Hill, 1995.

۱۸. محمدی، علی. طراحی نظام مدیریت کیفیت فراگیر در بخش خدمات درمانی ایران. رساله دوره دکتر مدیریت گرایش تولید و عملیات، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۹.

19. Kenji GK. Measurement of business excellence. Total Quality Management 1998; 9(4): 151.

۲۰. صدیقی، ابراهیم. سازمان و مدیریت بیمارستان. جلد اول و دوم، تهران: انتشارات جهان رایانه، ۱۳۷۷.

۲۱. لامعی، ابوالفتح. مدیریت جامع کیفیت: اصول، کاربرد و درس‌هایی از یک تجربه، تهران: طب نوین و فرهنگ فرد، ۱۳۸۲.

آنچه در خصوص یافته‌های پژوهش باید مورد توجه قرار گیرد این است که در این پژوهش سایر متغیرهایی که می‌توانند در نتایج حاصله اثرگذار باشند در طول پژوهش ثابت فرض شده‌اند. تحلیل پژوهشگر از علل ناموفق بودن طرح استقرار گروه‌های بهبود کیفیت در بیمارستان لولاگر تهران و عدم تأثیر مثبت آن بر شاخص‌های اثربخشی و کارایی بیمارستان در مقایسه با سایر پژوهش‌های انجام شده این است که در مقایسه با این الگوی پیشنهادی دکتر لامعی برای اجرای TQM [۲۱] موارد زیر مطرح می‌گردد:

- مرحله آگاهی و بستر سازی برای پیاده کردن طرح در بیمارستان لولاگر صورت نگرفته است.

- مرحله کسب دانش و مهارت‌ها به خصوص در بعد همراهی و آموزش عملی تیم‌های ارتقاء کیفیت به شکل غیر منسجم و موردی صورت گرفته و کل کار در همین مرحله متوقف گردیده است و سایر مراحل ۳، ۴ و ۵ الگو به هیچ عنوان در این بیمارستان مد نظر قرار نگرفته است.

- علت دیگر ناموفق بودن این طرح، می‌تواند کوتاه بودن زمان اجرای آن (یک سال) باشد.

فهرست منابع

۱. حمیدی، یdale. مطالعه مدیریت کیفیت فراگیر در نظام بهداشت و درمان و رایه الگوی مناسب برای ایران. رساله دکتری، تهران: واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۳۸۰.

۲. تقوی، صدیقه. کیفیت زندگی کاری و تأثیر آن بر عملکرد از دیدگاه پرستاران. همای سلامت ۱۳۸۴؛ ۸: ۳۲.

3. Besterfield D.H. Total quality management, 2nd Ed, London: Prentice Hall International, 1998.

۴. خیاط زاده ماهانی، اکرم. بررسی تأثیر مدیریت مشارکتی (نظام پیشنهادها) در میزان اثربخشی بیمارستان آیت اله کاشانی کرمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۱.

۵. زاهدی، محمدرضا؛ شفقت، ابوطالب. نگرش سیستمی به بهره‌وری و اثر بخشی. ماهنامه مدیریت ۱۳۷۹؛ ۵: ۲۵.

۶. لامعی، ابوالفتح. مبانی مدیریت کیفیت. تهران: کمیته کشوری ارتقاء کیفیت وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۸۰.