

کیفیت خدمات پرستاری و رابطه آن با مدیریت فرآیندی در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۳

امیر اشکان نصیری پور^۱، منیکا متقی^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۲۰

چکیده:

زمینه و هدف: مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت خدمات پرستاری ارائه شده با استفاده از مدل سروکوال و با نظر به میزان اجرایی شدن مدیریت فرآیندی در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش کمی، مقطعی، همبستگی و کاربردی حاضر که به منظور ارزیابی کیفیت خدمات پرستاری از نظرات ۲۰۰ نفر از بیماران بستری بالاتر از ۴۸ ساعت به صورت تصادفی و با استفاده از پرسشنامه ۴ بخشی سروکوال در مقیاس لیکرت بهره برده شد. به منظور ارزیابی عملکرد بیمارستان بر اساس الگوی مدیریت فرآیندی از پرسشنامه استاندارد الگوی تعالی سازمانی استفاده گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی از قبیل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و آزمونهای آماری رگرسیون چند متغیره تحلیل شد.

نتایج: داده های حاصل از ۲۰۰ پرسشنامه تکمیل شده مورد تحلیل قرار گرفتند. پاسخگویان شامل ۱۰۴ زن و ۹۶ مرد بودند. میانگین طول مدت بستری آنان $69 \pm 9/12$ ساعت و میانگین سنی بیماران $37 \pm 12/02$ سال بود. کیفیت کلی خدمات پرستاری بیمارستان مورد مطالعه بالاتر از متوسط و در حد خوب $0/92 \pm$ ارزیابی شد. امتیاز بیمارستان مورد مطالعه در بعد توانمندسازی مدل $215/66EFQM$ و در بعد نتایج $217/64$ بود. ضریب β در آزمون رگرسیون چند متغیره $0/57$ بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، ضروری است تا با استفاده از استقرار سیستم های نوین مدیریتی و آموزشهای تخصصی به پرستاران، در جهت ارتقای کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانها بتوان گامی موثر برداشت.

کلمات کلیدی: الگوی تعالی سازمانی، مدل سروکوال، بیمارستان

^۱ دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

^۲ دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. (*نویسنده مسؤول)

آدرس الکترونیکی: monika3005@yahoo.co.uk

مقدمه

با وجود پیشرفت های چشمگیر و غیر قابل انکار در عرصه دانش و تکنولوژی، نظام سلامت در تمامی دنیا، با چالش های متعددی روبروست. در کنار پیدایش بیمارستان های عظیم و مجهز به انواع بخشهای تخصصی و افزایش متخصصین زبردست در اغلب حوزه های پزشکی و همچنین گستردگی پوشش خدمات بهداشتی، با کمال تعجب شاهد معضلات جدید مرتبط با سلامت هستیم، که هر روز گسترده تر شده و تهدید جدی برای عموم مردم محسوب می شوند و به همین دلیل در عصر حاضر، سلامت یکی از دغدغه های اصلی اغلب دولت ها است (۱).

سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که به کارگیری نظریات، ارزش ها و استانداردهای مراقبت سلامتی در ساختار سازمانی و فرهنگ بیمارستان، هدف اصلی شبکه بین المللی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت است (۲). مدل EFQM معتقد است که نتایج برتری (مشتریان، کارکنان و جامعه) از طریق رهبری استراتژی و سیاست مشارکت، منابع و فرایندها حاصل می شود. برخلاف بسیاری از چارچوب های اعتبار بخشی که صرفاً به فرایندها توجه می کنند، این مدل به طور یکسان هم به اقدامات (توانمند سازها) و هم به نتایج توجه می کند (۳). مدل EFQM ساختاری باز دارد که به ارزیابی و ارتقای کیفیت در حرفه ها و موسسات می پردازد و از ۹ معیار اصلی و ۳۲ معیار فرعی تشکیل شده است (۴). اساس آن بر این اصل استوار است که نتایج عالی مربوط به اجراء، مشتریان، کارکنان و جامعه توسط مسیری کسب می گردد که ارزش بالایی برای سیاست و راهبرد، کارکنان، شرکتهای، منابع و فرایندها قائل باشد.

در عرصه بهداشت و درمان، افزایش سریع هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی و بویژه فزونی مستمر تعرفه های بیمارستانی، بصورت روزمره دو عامل نگران کننده، در کانون توجه مدیران و مردم قرار گرفته است. مردم مایلند بدانند اعتبارات هنگفتی که صرف ساخت، نگهداری و توسعه بیمارستانها می شود چه نفعی برای آنها دارد. به علاوه، مردم همواره خواهان ارائه خدمات مطلوب و قانع کننده تری از بیمارستانها در قبال وجوهی که می پردازند هستند. شکایاتی نیز از جانب مراجعه کنندگان به بیمارستانها از عدم رعایت اصول عدالت، کیفیت خدمات و بی توجهی به رضایت مشتریان مطرح می گردد. این موارد به عاملی کلیدی بنام کیفیت منتهی می شود (۵). اگر چه سازمانهای خدماتی نیاز کیفیت را مورد تاکید قرار داده اند و برنامه های زیادی برای اصلاح کیفیت خدمات تهیه کرده اند

لیکن به دلایلی هنوز کیفیت خدمات بزرگترین مشکل روی این سازمانها محسوب می شود (۶).

چالش سنجش کیفیت در جهت یافتن راهی برای برقراری توازن بین انتظارات بیماران و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی است و نقطه شروع آن به این بازمی گردد که بیماران و ارائه دهندگان به چه چیز بها می دهند (۷). هر چند که تا کنون در پژوهش های مختلف رابطه ی عواملی همچون تعهد سازمانی، فرهنگ سازمانی، نگرش کارکنان، مدیریت مشارکتی و ... با کیفیت خدمات بررسی شده است، با عنایت به اینکه فلسفه وجودی سازمانهای بهداشتی نیاز مردم به سلامت است و سلامت نیز امری حساس است که با جان انسان سر و کار دارد، کیفیت خدمات در این بخش بسیار مهم است (۸). از آنجائی که در بخش بهداشت و درمان بیمارستانها از یک سو مصرف کننده ی بیشترین میزان هزینه های بخش سلامت هستند و از سوی دیگر توسعه جهت گیری های جدیدی مانند تقاضا برای پاسخ گویی، استراتژی های بهبود کیفیت و همچنین رشد فزاینده توجه به رضایت مشتریان، موجب شده است امر ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانها ضروری به نظر آید (۹).

مدلهای کیفیت در بسیاری از کشورها به عنوان وسیله ای به منظور ایجاد سیستم مدیریتی موثر مورد استفاده قرار گرفته است. یکی از این مدلها EFQM است. انتظار می رود کاربرد این مدل تاثیر مثبت در کیفیت خدمات دلاشته باشد (۳).

مرور اهداف الگوهای برتری سازمانی که شامل تشویق خود ارزیابی سیستماتیک، همکاری نزدیک بین سازمانها، تشویق به تبادل اطلاعات، ترویج آگاهی از الزامات دستیابی در زمینه کیفیت و تشویق سازمانها در به کارگیری فرایند بهبود مدیریت کیفیت می باشد، اهمیت استفاده از چنین الگویی را برای بخش بهداشت و درمان در رسیدن به اهداف فوق و تحقق رسالتش روشن می کند (۱۰).

Nabitz در سال ۲۰۰۶ میلادی در یک مطالعه موردی در بیمارستان Amsterdam هلند نتایج ارزیابی را بدین شرح بیان نمود: رهبری ۴۳ درصد، خط مشی و استراتژی ۶۵ درصد، کارکنان ۶۳ درصد، منابع و شرکاء ۵۸ درصد، فرایندها ۶۴ درصد، نتایج مشتری ۳۳ درصد، نتایج کارکنان ۵۳ درصد، نتایج جامعه ۵۶ درصد و نتایج کلیدی عملکرد ۳۵ درصد (۱۱). در سال ۲۰۰۱ میلادی در مطالعه ای به ارزیابی ۱۷ سازمان خدمات بهداشتی براساس مدل تعالی Moeller & Sonntag در امریکا پرداختند و در نهایت میانگین نتایج ارزیابی را بدین شرح بیان نمودند: رهبری

مدیریت این امکان را فراهم میسازد تا بین مدیران و پرستاران تشریک مساعی و هماهنگی ایجاد شده و ارائه خدمات موردنظر به گروه های ذینفع به طور مؤثر انجام شود (۱۹). در محیط آشفته بهداشت و درمان امروز که فشارهای مختلف سیاسی، اقتصادی و اجتماعی بر نهادهای مسئول خدمات بهداشتی وارد می شود فرایندهای مربوط به ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت بالا بصورت یک الگوی سازمانی، جزو لاینفک حیات نهادهای خدماتی، نگهداری و تغذیه درآمده است. برای حفظ نهادهای مسئول خدمات بهداشتی و نگهداری سازمانی کارآمد و ثمربخش که نیازهای مشتریان را برآورده می سازد، فرایندهای کیفیت مورد نیاز است (۵).

در سال ۱۳۸۷ پژوهشی با عنوان کیفیت مراقبت های پرستاری از دیدگاه بیماران مبتلا به ایدز در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران صورت گرفت که نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد خدمات پرستاری ارائه شده به مبتلایان به ایدز نتوانسته است تا مین کننده خواسته ها و انتظارات بیماران شود و لزوم اقدامات اصلاحی توسط مسئولین بهداشت و درمان را در این زمینه لازم دانستند. به نظر می رسد ترس کارکنان پرستاری از ابتلا به بیماری های واگیردار نظیر ایدز به عنوان یکی از مهمترین متغیرهای مداخله گر در کاهش کیفیت خدمات پرستاری از دیدگاه بیماران موثر بوده است (۲۰).

نتایج پژوهش دیگری در زنجان، کیفیت خدمات بهداشتی درمانی اولیه ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی نشان داد که بعد اطمینان به خدمت (توانایی ارائه درست و به موقع خدمات) مهمترین مسئله پیش روی مراکز بهداشتی درمانی شهرستان زنجان بود و انتظارات دریافت کنندگان خدمت در رابطه با این خدمت در سطح بالایی است. برآوردن بعد اطمینان خدمت از نقطه نظرات دریافت کنندگان خدمت به موقعی همچون ارائه خدمات بهداشتی درست در اولین مراجعه، نگهداری درست و دقیق مدارک و پرونده ها و ارائه خدمات در زمان تعیین شده و تعهد همبستگی داشته است (۲۱). علاوه بر آن افزایش تعداد مراقبت های پرستاری انجام نشده، نرخ های بالایی از مرگ و میر، عدم موفقیت در احیاء و افزایش طول مدت اقامت بیماران دیده شد.

بر اساس مصوبه ۱۳/۱۸۰ ط مورخ ۱۳۸۰/۳/۲۹ در هشتماد و نهمین جلسه شورای عالی اداری کشور (۱۳۸۰/۳/۲۳) مبنی بر زمینه سازی برای استقرار نظام مدیریت کیفیت و تضمین کیفیت ارائه خدمات در

۵۸ درصد، خط مشی و استراتژی ۴۵ درصد، کارکنان ۴۰ درصد، منابع و شرکاء ۶۹ درصد، فرایندها ۴۴ درصد، نتایج مشتری ۵۵ درصد، نتایج کارکنان ۴۶ درصد، نتایج جامعه ۶۳ درصد و نتایج کلیدی عملکرد ۳۵ درصد (۱۲).

Eskildsen, Juhi & Kristensen در سال ۲۰۰۴ میلادی در یک مطالعه موردی در بیمارستان Danish با پرسیدن ۵۰ سؤال در مورد ۹ معیار مدل EFQM اطلاعات به دست آمده از این خود ارزیابی را بدین شرح بیان کردند: رهبری ۹۴ درصد، خط مشی و استراتژی ۷۴ درصد، کارکنان ۷۸ درصد، منابع و شرکاء ۷۲ درصد، فرایندها ۶۶ درصد، نتایج مشتری ۶۸ درصد، نتایج کارکنان ۳۷ درصد، نتایج جامعه ۶۸ درصد، نتایج کلیدی عملکرد ۷۴ درصد، و سپس به بررسی میان دو معیار رهبری که بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده بود و معیار کارکنان که کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده بود پرداختند (۱۳). با اجرای این الگو در بخش بهداشت و درمان فعالیت های این بخش در قالب الگوی معینی صورت می گیرد که این به معنی ایجاد زبان مشترک برای تغییر وضعیت نیز می باشد. علاوه بر این امکان خود ارزیابی و مقایسه فعالیت های مؤسسات بهداشتی درمانی با یکدیگر و ارائه بازخورد و در نهایت تحقق رسالت بخش بهداشت و درمان و تعالی گرایی وجود خواهد داشت (۱۴).

امروزه در دنیا کیفیت خدمات پرستاری با چالش های فراوانی روبرو است. مطالعه ای که در بیمارستانهای نیویورک انجام شده نشان می دهد از هر ۲۵ نفر بیمار یک نفر از مراقبت های ارائه شده صدمه می بیند که ۱۳/۶ درصد این موارد منجر به مرگ می شود (۱۵). این در حالی است که اغلب بیماران به علت افزایش سطح آگاهی در زمینه بهداشتی، خواستار خدمات با کیفیت مطلوب هستند (۱۶). دمنینگ، آماردان آمریکایی که نهضت بهبود کیفیت خود را در ژاپن و سپس در آمریکا رهبری کرد، زمان زیادی را صرف نمود تا مردم را متقاعد سازد که منشأ اغلب مشکلات کیفی در فرایندها نهفته است و نه در افراد (۱۷). طبق نظر آتش زاده و همکاران عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری توسط پرستاران، متنوع و پیچیده بوده و مربوط به عوامل فردی و مدیریتی است. بنابراین، مدیران باید تلاش کنند تا موانع موجود را رفع نموده و تسهیلاتی برای ارتقای اجرای فرآیند پرستاری و افزایش ارائه خدمات با کیفیت مبتنی بر فرآیند پرستاری را فراهم نمایند (۱۸).

نتایج حاصل از تحقیقی مشابه نشان داد توجه به فرایندها در سیستم خدمت رسانی از اهمیت بالایی برخوردار است و ادغام خدمات پرستاری با نظریه های نوین

در این پژوهش، محیط پژوهشی از بین بخش‌های بیمارستان شامل بخش‌های داخلی، جراحی، سی سی یو، عفونی، قلب و زنان و زایمان انتخاب شدند که بخش‌های بستری محسوب می‌شدند. بقیه بخش‌های بیمارستان از لحاظ مدت زمان بستری در سطح پایینی قرار داشتند و به دلیل هدف پژوهش جامعه‌ی مطالعه بیماران بستری بالای ۴۸ ساعت بستری بودند لذا بخش‌های فوق در نظر گرفته شد. سپس نمونه هدف برای بیماران، حدود ۲۱۲ بیمار بستری (با حداقل ۴۸ ساعت طول مدت بستری) از ۵ بخش بیمارستان به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. برای جمعیت هدف بیماران ۲۱۲ نفر با استفاده از فورمول حجم نمونه بر اساس همبستگی با اطمینان ۹۵ درصد و خطای معیار از میانگین ۰.۵٪، و برای گروه ارزیابان با نظر اساتید صاحب‌نظر دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ۵ نفر تعیین شد. این ۵ نفر پس از حضور در جلسات آشنایی با EFQM و آموزش ارزیاب EFQM در تهران، به کاشان آمده و به ارزیابی بیمارستان شهید بهشتی پرداختند.

$$N = \{ (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 / (1/2 \text{Ln} (1+t/1-t)) \} + 3$$

داده‌ها با استفاده از ۲ پرسشنامه جمع‌آوری شد. پرسشنامه اول مربوط به سنجش کیفیت خدمات پرستاری با استفاده از پرسشنامه استاندارد پاراسورمان زیتال و بری ۱۹۸۸ سروکوال می‌باشد که پایایی و روایی آن بارها در مطالعات مشابه تایید شده است (۲۳). پرسشنامه دوم، پرسشنامه مدیریت فرایندی است که از پرسشنامه استاندارد مدلی تعالی سازمانی (۲۰۱۰) EFQM و منطق امتیازدهی (رادار) استفاده شد روایی و پایایی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته بود (۲۴ و ۲۵ و ۲۶)، اما به دلیل اطمینان بیشتر پرسشنامه مجدداً مورد تعدیل قرار گرفت و روایی آن با کمک اساتید و کارشناسان مورد تایید قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از ضریب Cronbach Alpha ۹۵ درصد تعیین شد.

پرسشنامه سروکوال حاوی ۲۲ سؤال بود که ابعاد ملموس یا فیزیکی، قابلیت اطمینان و پاسخگویی هر کدام ۴ سؤال و دو بعد تضمین و همدلی هر کدام ۵ سؤال را به خود اختصاص می‌داد. سؤالات پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم=۵، موافقم=۴، مخالفم=۳، ۲=کاملاً مخالفم و نظری ندارم=۱) بود. در حقیقت برای کمی نمودن پاسخ‌ها به هریک از گزینه‌ها، امتیازی داده شد. در این مطالعه بعد ملموسات بدلیل عدم ارتباط یا کیفیت خدمات پرستاری حذف و بدین ترتیب سؤالات پرسشنامه به ۱۵ مورد کاهش یافت.

دستگاه‌های خدمات عمومی و ارتقای سطح رضایتمندی مراجعین و همچنین استانداردسازی نحوه ارائه خدمات بخش عمومی، بسیار مهم و برای تحول فراگیر ملی به شرط اجرای کامل، سرنوشت‌ساز می‌باشد (۲۲). نظر به سروکار داشتن بیمارستانها با سلامت انسانها کیفیت خدمات ارائه شده حائز اهمیت فراوانی است به طور مشابه ساختار مبتنی بر فرایند و نگرش فرایندی در سازمانها بویژه بیمارستانها زمینه‌ساز ارائه خدمات با کیفیتی است، تا آنجا که طبیعی و همکاران، ۱۳۸۰ می‌نویسند، تا این اواخر کیفیت خدمات به عنوان یک اولویت مهم برای مدیران و سازمان‌های پیشرفته در کشورهای مترقی مطرح شده است و آن را به عنوان مهم‌ترین اولویت اهداف خود قرار داده‌اند. در عرصه مراقبت‌های اولیه اعمال شده بوسیله پزشک آزمایش‌های تشخیصی، پرتونگاری، تجربیات بیمارستانی و مراقبت در منزل، در همه و همه، امر کیفیت از اهمیتی فوق‌العاده برخوردار است (۵).

نظر به جستجوی پژوهشگر در زمینه ارزیابی بیمارستان براساس مدلی استاندارد مانند تعالی سازمانی در رابطه با کیفیت خدمات پرستاری بیمارستان بر اساس مدلی استاندارد مانند SERVQUAL و عدم یافت مطالعات مشابه در این زمینه که هر ۲ متغیر در رابطه با هم مورد بررسی قرار گیرند، هدف از پژوهش حاضر این است که با تعیین میزان اجرایی شدن مدیریت فرایندی در بیمارستان مورد مطالعه به تبیین رابطه آن با کیفیت خدمات پرستاری ارائه شده در سال ۱۳۹۳ بپردازد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کمی و کاربردی و بر اساس روش، از نوع مطالعات همبستگی و برحسب زمان از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران بیمارستان شهید بهشتی کاشان میباشد و محیط پژوهش، بیمارستان شهید بهشتی کاشان می‌باشد. بیمارستان شهید بهشتی، بیمارستانی جنرال با ۶۰۴ تخت آماده و ۴۷۵ تخت فعال می‌باشد و از نظر درجه ارزشیابی، در سطح یک می‌باشد. در شهرستان کاشان تنها بیمارستان جنرال، بیمارستان شهید بهشتی میباشد که در ابعاد وسیع و با تعداد تخت بالا در حال فعالیت است، بقیه بیمارستانها تعداد تخت کمتر از ۷۰ تخت دارند و یا تک تخصصی هستند و یا شامل چند تخصص محدود و بستری کوتاه مدت هستند، اذا بیمارستان شهید بهشتی به عنوان محل پژوهش در نظر گرفته شد.

بخش های جراحی، ۱۶ نفر (۸ درصد) از سی سی یو، ۱۱ نفر (۵/۵ درصد) از بخش عفونی، ۲۱ نفر (۱۰/۵ درصد) از بخش قلب، ۱۷ نفر (۸/۵ درصد) از بخش بستری زنان و زایمان انتخاب شدند. میانگین و انحراف معیار و درصد بعد قابلیت اطمینان کیفیت خدمات پرستاری بیمارستان شهید بهشتی کاشان از دیدگاه بیماران $1/2 \pm 0/1$ و $4/0$ و 65% ، بعد پاسخگویی $0/8 \pm 3/9$ و 87% ، بعد تضمین $1/1 \pm 3/6$ و 60% ، بعد همدلی $0/7 \pm 3/5$ و 54% و به طور کلی کیفیت خدمات $0/92 \pm 3/8$ و 68% بود.

برخی سوالات مهم پرسشنامه کیفیت خدمات پرستاری در مدل سروکوال و درصد آنها به شرح ذیل است:
- سهولت دسترسی به پرستار در صورت بروز مشکل برای بیمار (۷۷٪)

- حضور پرستار در زمان های معین بر بالین بیمار (۵۲٪)
- اشتباه پرستار در حین مراقبت به بیمار (۴۴٪)
- پاسخ پرستار به درخواست های بیمار (۸۷٪)
- آگاهی از زمان ارائه مراقبت به بیمار (۶۵٪)
- ارائه مراقبت به موقع (۵۵٪)
- آموزش پرستار به بیمار (۶۵٪)
- عدم پاسخگویی به خواسته های بیماران به دلیل مشغله (۳۵٪)
- اطمینان از انجام درخواست بیمار توسط پرستار (۷۷٪)
- سهولت برقراری ارتباط با پرستار در موقع لزوم (۶۵٪)
- صحبت با احترام با بیمار (۴۲٪)
- توانمندی مراقبت از بیمار (۵۶٪)
- مشارکت بیمار در تصمیم گیری های مراقبتی (۶۸٪)
- صمیمانه بودن رفتار پرستار با بیمار (۵۱٪)
- مناسب بودن ساعات ملاقات (۴۳٪)

بدین ترتیب، میانگین کیفیت کلی خدمات در بیمارستان مورد مطالعه در حد خوب (بالتر از حد متوسط) $58/5\%$ محاسبه شد.

در ارزیابی بیمارستان شهید بهشتی کاشان توسط ارزیابان، امتیازات بدست آمده در معیار توانمندیها به شرح ذیل می باشد:

امتیازهایی که بیمارستان مورد مطالعه در مجموع از معیارهای توانمندیسازی الگوی سرآمدی سازمانی کسب کرده است و فاصله آن ها تا حد مطلوب و نیز درصد امتیاز مطلوب و درصد فاصله تا مطلوب در جدول ذیل نشان داده شده است. یافته های پژوهش نشان داد که در بین معیار توانمندیها بیشترین فاصله با وضعیت مطلوب را معیار کارکنان (۶۷/۷۷٪) و کمترین فاصله را معیار مشارکتها و منابع (۴۷/۱۱٪) دارا می باشد.

در مطالعه ی انجام شده توسط میرغفوری (۲۳) تایید شد که مردم بعد اطمینان را کم اهمیت ترین بعد کیفیت خدمات تلقی می کنند، گرچه شواهدی وجود دارد که آن را در بعضی محیط های خدمتی خاص مهم تر می داند ولی در سازمانهای خدمات بهداشتی این بعد تحت الشعاع ابعاد مهم تر قرار می گیرد (۲۱). به منظور تکمیل پرسشنامه سنجش کیفیت با مراجعه به پذیرش بیمارستان و اخذ لیست بیماران بستری بیشتر از ۴۸ ساعت در بخشهای منتخب ۲۱۲ نمونه را به صورت تصادفی انتخاب نموده و پژوهشگر با حضور بر بالین بیمار در خصوص هدف پژوهش و اطمینان از محرمانگی نتایج آن توضیح داد سپس در صورتی که بیماران باسواد بودند پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار بیمار قرار گرفت و در صورت بی سواد یا کم سواد بودن بیماران، سوالات برای آنها خوانده شد و پاسخها درج شد. در نهایت پرسشنامه ها جمع آوری شد و پاسخ ها وارد نرم افزار SPSS ۱۶ شده و با استفاده از امار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین کیفیت خدمات پرستاری بصورت مجموع امتیازات پاسخ های داده شده محاسبه گردید و مجموع امتیازات گزینه های کاملاً موافقم و موافقم بصورت درصد رضایتمندی محاسبه شد.

در زمینه محاسبه ارزیابی بیمارستان با استفاده از مدل EFQM پس از دعوت ارزیابان از تهران و کسب رضایت از ریاست بیمارستان و جلب همکاری پرسنل بخشها، ارزیابان به بررسی بیمارستان پرداخته و نتایج مشاهدات خود را در پرسشنامه ها درج نمودند. یافته های بدست آمده از هر ۵ ارزیاب وارد نرم افزار شد و میانگین هر متغیر و مجموع توانمندیها و نتایج محاسبه شده است. به منظور رعایت بعد اخلاقی طرح با تسلیم نامه تصویب طرح تحقیقاتی ۹۳۱۵ و کسب رضایت ریاست بیمارستان، لیست بیماران بستری تهیه شد. در طی مراحل پر کردن پرسشنامه نیز به بیماران اجازه ی خروج از مطالعه در صورت انصراف و عدم تمایل داده شد و ذکر شد که پرسشنامه ها بی نام هستند و نتایج حاصل از مطالعه تنها به منظور اهداف پژوهشی است.

از ۲۱۲ بیمار مورد مطالعه ۱۲ بیمار به علت ناتوانی در پاسخگویی و یا عدم تمایل از همکاری سرباز زدند و از مطالعه خارج شدند و مجموعاً ۲۰۰ نفر در مطالعه باقی ماندند که شامل ۱۰۴ (۵۲٪) زن و ۹۶ (۴۸٪) مرد بودند. میانگین طول مدت بستری آنان $9/12 \pm 69$ ساعت بود. میانگین سنی بیماران $12/02 \pm 37$ سال بود. ۷۸ نفر (۳۹ درصد) از بخش های داخلی، ۵۷ نفر (۲۶ درصد) از

جدول شماره ۱: جمع بندی امتیازهای معیارهای توانمندسازی الگوی سرآمدی سازمانی بیمارستان شهید بهشتی

معیار توانمندسازها	امتیاز کسب شده	امتیاز معیار	فاصله تا مطلوب	درصد امتیاز کسب شده	درصد فاصله تا مطلوب
رهبری	۴۴/۸	۱۰۰	۵۵/۲	۴۴/۸	۵۵/۲
خط مشی و استراتژی	۳۹/۰۶	۸۰	۴۰/۹۴	۴۸/۸۲	۵۱/۱۷
کارکنان	۲۹	۹۰	۶۱	۳۲/۲۲	۶۷/۷۷
مشارکتها و منابع	۴۷/۶	۹۰	۴۲/۴	۵۲/۸۸	۴۷/۱۱
فرآیندها	۵۵/۲	۱۴۰	۸۴/۸	۳۹/۴۲	۶۰/۵۷
جمع	۲۱۵/۶۶	۵۰۰	۲۸۴/۳۴	۴۳/۱۳	۵۶/۸۶

درصد از امتیاز مطلوب را کسب کرده است و حدود ۵۶/۸۶ درصد از وضعیت مطلوب فاصله دارد. همچنین در ارزیابی بیمارستان شهید بهشتی کاشان امتیازات بدست آمده در معیارهای نتایج به شرح ذیل میباشد:

نتایج جدول فوق نشان دهنده آن است که معیارهای توانمندسازها در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در مقایسه با معیارهای توانمندسازهای الگوی EFQM با کسب مجموع ۲۱۵/۶۶ امتیاز از ۵۰۰ امتیاز معیارهای توانمندسازی ۴۳/۱۳

جدول شماره ۲: جمع بندی امتیازهای معیارهای نتایج الگوی سرآمدی سازمانی بیمارستان شهید بهشتی

معیارهای نتایج	امتیاز کسب شده	امتیاز معیار	فاصله تا مطلوب	درصد امتیاز کسب شده	درصد فاصله تا مطلوب
نتایج مشتریان	۶۶/۵	۲۰۰	۱۳۳/۵	۳۳/۲۵	۶۶/۷۵
نتایج کارکنان	۴۷/۷	۹۰	۴۲/۳	۵۳	۵۷
نتایج جامعه	۴۲/۹	۶۰	۱۷/۱	۷۱/۵	۲۸/۵
نتایج کلیدی عملکرد	۵۰/۵۴	۱۵۰	۹۹/۴۶	۳۳/۶۹	۶۶/۳۱
جمع	۲۱۷/۶۴	۵۰۰	۲۸۲/۳۶	۴۳/۵۲	۵۶/۴۸

توانمندسازها و نتایج معادل ۴۳۳/۳ (۴۳/۳۳٪) بر اساس امتیاز معیار ۱۰۰۰ میباشد که حدود ۵۶۶/۷ (۵۶/۶۷٪) تا سطح مطلوب فاصله دارد.

کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان به معیار توانمندسازها (رهبری، خط مشی و استراتژی، کارکنان، مشارکتها و منابع، فرآیندها) و معیار نتایج (نتایج رهبری، نتایج خط مشی و استراتژی، نتایج کارکنان، نتایج جامعه، نتایج کلیدی عملکرد) بستگی دارد. برای آزمون تاثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته این فرضیه از آزمون رگرسیون چند متغیره استفاده شده است.

معیارهای نتایج در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در مقایسه با معیارهای نتایج الگوی سرآمدی سازمانی با کسب مجموع ۲۱۷/۶۴ امتیاز از ۵۰۰ امتیاز معیارهای نتایج الگوی EFQM ۴۳/۵۲ درصد از امتیاز مطلوب را کسب کرده و حدود ۵۶/۴۸ درصد از وضعیت مطلوب فاصله دارد. یافته ها همچنین نشان داد بیشترین فاصله تا وضعیت مطلوب مربوط به معیار مشتریان (۶۶/۷۵) و کمترین فاصله تا وضعیت مطلوب مربوط به معیار جامعه (۲۸/۵) می باشد.

در ادامه امتیاز کل عملکرد بیمارستان شهید بهشتی کاشان بر اساس الگوی سرآمدی سازمانی، حاصل جمع امتیازات

جدول شماره ۳: تحلیل واریانس مربوط به مدل رگرسیونی متغیر مدیریت فرآیندی و تاثیر آن بر کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان

خطای استاندارد		ضریب تشخیص تعدیل شده		ضریب تشخیص (R2)		R
۷/۰۰۴		۰/۴۶۴		۰/۵۷		۰/۷۵۹
سطح معنی داری	سطح اطمینان	F	میانگین مربعات	مجموع مربعات	درجه آزادی	منبع تغییرات
۰/۰۵	۰/۹۵	۱۲/۰۶۵	۲۴۷۵/۲۷	۲۴۷۵/۲۷	۱	رگرسیون
نتیجه آزمون: رد فرض H0						
۱۸۳						
				۹۳۵/۳۸۴۳۴	۱۸۲	باقیمانده
					۱۸۳	کل

متغیرهای مستقل (مدیریت فرآیندی) وارد شده در مدل رگرسیون به تغییرات کل، ۰/۵۷ می باشد. بنابراین می توان گفت که حدود ۵۷٪ تغییرات متغیر وابسته (کیفیت خدمات پرستاری)، توسط تغییرات در متغیرهای مستقل مورد بررسی تبیین می گردد.

از آن جا که سطح معنی داری آزمون مربوطه برابر ۰/۰۰۱ می باشد، می توان چنین ادعا نمود که آزمون فوق با خطای ۰/۰۵ یا سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار می باشد. ضریب تشخیص R2 که عبارت است از نسبت تغییرات توضیح داده شده توسط

جدول شماره : ضرایب بتای استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای مستقل وارد شده به مدل رگرسیونی به روش همزمان

سطح معنی درای	مقدار t	ضرایب بتای استاندارد شده		متغیرها
		Beta	خطای معیار	
>۰/۰۰۱	۴/۳۹۷		۳/۰۹۸	مقدار ثابت
>۰/۰۰۱	۶/۱۴۸	۰/۲۶۰	۰/۱۱۴	رهبری
>۰/۰۰۱	۶/۱۷۶	۰/۲۶۰	۰/۱۱۴	خط مشی و استراتژی
>۰/۰۰۱	۶/۱۴۵	۰/۱۸۷	۰/۰۵۵	کارکنان
>۰/۰۰۱	۴/۱۳۵	۰/۲۰۱	۰/۲۱۵	مشارکتها و منابع
>۰/۰۰۱	۳/۲۵۴	۰/۱۹۸	۰/۱۱۴	فرآیندها
>۰/۰۰۱	۵/۳۶۵	۰/۱۸۷	۰/۱۳۵	نتایج مشتریان
>۰/۰۰۱	۴/۴۶۸	۰/۲۱۳	۰/۰۸۷	نتایج کارکنان
>۰/۰۰۱	۶/۶۸۵	۰/۱۰۲	۰/۹۸	نتایج جامعه
>۰/۰۰۱	۵/۶۶۹	۰/۱۱۹	۰/۱۰۲	نتایج کلیدی عملکرد

بحث

در این پژوهش، کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستان شهیدبهشتی کاشان در حد خوب بدست آمد بطوریکه مولفه های قابلیت اطمینان و تضمین به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را به خود اختصاص داد که با نتایج عمرانی (۲۶)، محمد نیا (۲۷) و نوری حکمت (۲۸)، در بیمارستان های تهران همخوانی و با پژوهش شاهین (۲۹)، و لاثو (۳۰) ناهمخوانی نشان داد. میانگین پایین تضمین می تواند به لزوم ارائه خدمات پرستاری پیگیرانه به بیماران و ارتباط دوستانه تر اشاره کند همانطور که مطالعه کیفی کبه (۳۱) حاکی از نارضایتی بیماران از فقدان ارتباط مناسب، احساس عدم توجه و همدلی و ارتباط دوستانه از طرف پرستاران بود.

رویکرد سروکوال علاوه بر بخش سلامت در سایر بخش ها نیز به طور گسترده به عنوان ابزاری برای بررسی شکاف کیفیت خدمت مورد استفاده قرار گرفته است. از جمله پژوهش هایی که با به کارگیری این رویکرد در سایر بخش ها انجام شده است، می توان به مطالعات آقاملابی و همکاران در خدمات آموزشی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان (۳۲)، عبدالله و همکاران در خدمات هواپیمایی مالزی (۳۳)، کیچراون در مؤسسات آموزشی تایلند (۳۴)، بارنز در مؤسسات آموزشی عالی چین (۳۵)، بلاند در خدمات پلیس لندن (۳۶)، سام وانگ در خدمات هواپیمایی تایلند (۳۷) مهدوی نیا در خدمات هتل های ۴ ستاره اصفهان (۳۸) اشاره کرد. امتیاز معیار

بر اساس ضرایب بتای متغیرهای مستقل که از مجموع اثرات مستقیم هر متغیر بر کیفیت خدمات پرستاری محاسبه گردیده است.

متغیر " رهبری " با ضریب تاثیر کل ۰/۷۱ بیشترین تاثیر را بر کیفیت خدمات پرستاری دارد. پس از آن متغیر " فرآیندها " با ضریب تاثیر ۰/۶۵۸ در رتبه دوم، متغیر " نتایج کلیدی عملکرد " با ضریب تاثیر ۰/۵۶۸ در رتبه سوم، متغیر " خط مشی و استراتژی ها " با ضریب تاثیر ۰/۵۰۴ در رتبه چهارم، متغیر نتایج کارکنان با ضریب تاثیر ۰/۴۷۲ در رتبه پنجم، متغیر نتایج مشتریان با ضریب تاثیر ۰/۴۶۸ در رتبه ششم، متغیر مشارکتها و منابع با ضریب تاثیر ۰/۴۲۵ در رتبه هفتم، متغیر نتایج جامعه با ضریب تاثیر ۰/۳۵۶ در رتبه هشتم و متغیر کارکنان با ضریب تاثیر ۰/۳۳۹ در رتبه آخر قرار دارد. بنابراین رابطه ریاضی بین متغیر کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان و مدیریت فرآیندی به صورت زیر خواهد بود:

$$Y = 122/232 + 0/71 \text{ رهبری} + 0/658 \text{ فرآیندها} + 0/568 \text{ نتایج کلیدی عملکرد} + 0/504 \text{ خط مشی و استراتژی} + 0/472 \text{ نتایج کارکنان} + 0/468 \text{ نتایج مشتریان} + 0/425 \text{ مشارکتها و منابع} + 0/365 \text{ نتایج جامعه} + 0/339 \text{ کارکنان}$$

اطلاعات بیمارستانی و سیستم یکپارچه مالی و مدیریت تجهیزات از نقاط قوت در این معیار است. با بهبود آنها و همچنین مدیریت تکنولوژی و تجهیزات و مواد امکان افزایش امتیاز این معیار وجود دارد. در معیار فرآیندها، بیمارستان شهید بهشتی با امتیاز ۶۶٪ از بیمارستان البرز (۶۱٪/۴۱)، پانزده خرداد (۵۰٪/۴۱)، بیمارستان آلمان (۲۴٪/۳۹) و بیمارستان ایتالیا (۴۶٪/۴۰) به مراتب بیشتر بود.

امتیاز بیشتر بیمارستان شهید بهشتی کاشان به دلیل فعالیت های ناشی از بهبود است که مستندات مربوط به آنها موجب گردید که در کل امتیاز بیمارستان در این قسمت بالاتر قرار گیرد. در بیمارستان مذکور فرآیندهای مستند شده و مشخص شده بیشتر و روند بهبود و تعداد بهبودهای ایجاد شده بیشترند. با توجه به دارا بودن ایزو در بیمارستان مورد مطالعه، مستندات فرآیندها از نقاط قوت آنها به حساب میآید و انتظار کسب نمره بالاتر در صورت بهبود و ارزیابی و بازنگری و مقایسه با بهترین های داخل و خارج کشور دور از دست نیست. با شناسایی فرآیندهای مدیریتی کارکنان و با بهبود آنها احتمال کسب نمرات بیشتر وجود دارد. عدم مشارکت میان کارکنان و مدیریت، عدم بازنگری اهداف و راهبرد ها، نبود تشویق برای بهبود و کسب نتایج نه چندان خوب را می توان از جمله دلایل ضعف مراقبت های بهداشتی و درمانی دانست، ولی با این وجود بیمارستان ها از نارسایی های خود درس عبرت نمی گیرند.

در توضیح دلایل فقدان یادگیری از این نارسایی ها به ضعف و نبود کار تیمی، عدم تخصیص وقت مناسب جهت تحلیل، شناخت و پیشگیری علت ها و همچنین تعهد و آگاهی نداشتن مدیران اشاره می شود (۴۹). این نتایج با مطالعات والژو (۵۰) در مادرید، ناهمخوانی و ورنر (۵۱) همخوانی نشان داد. معیار کارکنان در بیمارستان آلمان (۲۸٪/۳۹) کمتر (۳۹) و بیمارستان ایتالیا (۴۵٪/۴۰) بیشتر از این معیار در بیمارستان مورد مطالعه است. با توجه به این که تدوین رسالت و دورنما (در معیار رهبری) و همچنین تدوین راهبرد های لازم (در معیار خط مشی و راهبرد) به طور سیستماتیک در برنامه ریزی استراتژیک لحاظ گردیده اند (۵۲) و همچنین با استفاده از سیستم های مدیریت کیفیت نظیر ایزو (در معیار فرآیندها و مشارکت ها و منابع)، به نظر می رسد که استفاده همزمان از این ابزارهای مدیریتی در دست یابی سازمان ها به تعالی سازمانی و کسب امتیاز بالا بر طبق الگوی تعالی سازمانی در معیاره ای توانمندساز و بالطبع در کسب نتایج بهتر، تأثیرات شگرفی داشته باشد.

با توجه به این که بیمارستان مورد مطالعه دارای ایزو است، برنامه ریزی راهبرد در سطح بیمارستان توصیه می شود. با توجه حدود ۵۷٪ تغییرات متغیر وابسته (کیفیت خدمات پرستاری)، توسط تغییرات در متغیر مستقل (مدیریت فرآیندی) مورد بررسی

رهبری از سازمان های بهداشتی و درمانی آلمان (۳۴٪/۳۹)، و بیمارستان یودین ایتالیا (۵۴٪/۴۰) و بیمارستان البرز (۴۶٪) و بیمارستان پانزده خرداد (۳۸٪/۴۱) بیشتر بود. رهبری به عنوان اولین معیار در این الگو مورد ملاحظه قرار گرفته است. اعتقاد بر این است که همه نتایج از طریق سبکی از رهبری به دست میآید که خط مشی و استراتژی، کارکنان، مشارکت ها و منابع و فرآیندها را راهبری می نماید (۴۲). بخش بهداشت و درمان نیازمند رهبرانی است که بتوانند اعتبار دوباره ای بسازند، فرآیندهای کارایی را خلق کنند و از کیفیت اطمینان یابند. رهبری مراقبت های بهداشتی و درمانی امروزه به معنی روبرو شدن با چالش هایی نظیر ساختارهای پیچیده، مسائل استراتژیک و عملیاتی ناآشنا و تغییرات سریع است. غلبه بر این مشکلات نیازمند شایستگیهای رهبری جدید و بازسازی شایستگی های سنتی است. توسعه رهبری به عنوان یک نیاز لوکس تلقی نمی شود، بلکه یک ضرورت استراتژیک است (۴۳). در معیار خط مشی و استراتژی امتیاز بیمارستان مورد مطالعه با امتیاز بیمارستان البرز (۵۰٪/۴۱) و یودین ایتالیا (۵۱٪/۴۰) مطابقت و با بیمارستانی در آلمان (۲۷٪/۳۹) عدم تطابق نشان داد. بیمارستان ها با انتخاب راهبردهای مناسب با توجه به اختلافات زمانی و مکانی، باید در جهت تحلیل آنها برآیند که آیا فقدان نتایج مطلوب ناشی از راهبردهای نامناسب، اجرایی ضعیف، یا زمان مورد نیاز جهت اندازه گیری نتایج بلند مدت راهبرد های فعلی در آینده است (۴۴).

با توجه به نتایج بدست آمده می توان به اهمیت بالای رهبری در سازمان و راهنمایی پرستاران در انجام وظایف و ارائه خدمات اشاره نمود. با توجه به اینکه هدایت و رهبری به میزان ایجاد مقاصد صریح و انتظارات عملکردی صحیح توسط سازمان اشاره دارد (۴۵) ضروری است تا استانداردهای مرتبط با عملکرد مشخص و اهداف روشن گردد (۴۶). تعیین نقاط قوت و ضعف و نهایتاً بهبود عملکرد سازمان ها به وسیله ارزیابی عملکرد امکان پذیر است، در واقع ارزیابی عملکرد به مجموعه اقدامات و اطلاعاتی اطلاق می شود که به منظور افزایش سطح استفاده بهینه از امکانات و منابع در جهت دستیابی به اهداف به شیوه های اقتصادی توأم با کارایی و اثربخشی صورت می گیرد (۴۷).

از بین معیارهای نه گانه EFQM، معیار منابع و مشارکتها به عنوان معیار هفتم شناخته شد که با مطالعه پرهام که این معیار را مهمترین نقطه قوت بیمارستان شهید بهشتی قم معرفی میکند ناهمخوانی نشان داد (۴۸). این معیار می تواند به عنوان نقطه ضعفی، حاکی از کمبود منابع و مشارکتهای سازمانهای حامی باشد. همچنین عمده ترین معیار نیازمند بهبود در این بیمارستان مانند مطالعه ی پرهام (۴۸)، معیار کارکنان است. به نظر میرسد انتقال و به کار گیری کارکنان سایر بیمارستانها و یا تازه وارد و طرحی، یکی از دلایل این نقیصه باشد. وجود سیستم مدیریت

است که کیفیت خدمت ارائه دهندگان ممکن است در زمانهای مختلف از جمله در زمان های اوج تقاضا، تحت تأثیر متغیرهای دیگر مانند کمبود پرسنل متفاوت باشد. پژوهشگران برای کاهش اثر این محدودیت سعی کردند در زمانهای مختلف از جمله روزهای تعطیل و غیرتعطیل، داده های مورد نیاز را جمع آوری نمایند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده، کیفیت خدمات پرستاری بیمارستان مورد مطالعه نسبتاً خوب ارزیابی شد و نیز مدیریت فرآیندها با کسب امتیاز متوسط در مدل تعالی سازمانی، تأثیر نسبتاً بالایی بر کیفیت خدمات پرستاری می گذارد. لذا یافته های پژوهش می تواند به بیمارستان مورد مطالعه کمک کند که تصویری کلی از ابعاد مختلف کیفیت خدمات را به دست آورده، و نیز اولویت های بیماران از خدمات بیمارستانی را مشخص کند تا سیاستگذاران به شناخت نقاط قوت و ضعف پرداخته و به برنامه ریزی در راستای تقویت و اصلاح ناسامانی ها برآیند، همچنین شناسایی عوامل مسأله ساز و بحران زا که نقاط ضعف محسوب می شوند، می تواند در هدایت برنامه های بیمارستان و تدوین استراتژی های کارساز جهت محدود کردن شکاف کیفیت راهگشا باشد سازمانها برای حرکت به سمت تعالی، ناگزیر از استقرار سیستم های نوین مدیریتی هستند داشتن دیدگاه سیستماتیک قوی، ایجاد بسترهای لازم جهت استقرار مدیریت مبتنی بر فرآیندهای سازمانی و نتیجه گرایی، نهادینه کردن بهبود مستمر، توانمندسازی و مشارکت کارکنان و در به خصوص ایجاد تحولات بنیادین در آگاهی و نظام فکری مدیران و کارکنان استفاده از این مدل برای بیمارستان های ایرانی که معمولاً در این حوزه ها با مشکلات جدی روبرو هستند بسیار آموزنده و اجرایی است. از سوی دیگر، به نظر می رسد با توجه به عوامل شناسایی شده مسأله ساز و بحران زا، راهکارهایی نظیر بهسازی محیط فیزیکی بیمارستان، به کارگیری تجهیزات مناسب، برگزاری دوره های آموزشی ضمن خدمت، بهبود مدیریت منابع انسانی و ارتقاء انگیزه و تعهد سازمانی آنها میتوانند شکاف مشاهده شده کیفیت خدمات را کاهش و رضایتمندی بیماران از خدمات دریافت شده را افزایش دهند.

تشکر و قدردانی

در انتها پژوهشگران مراتب تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی که مسئولیت تامین هزینه های طرح ۹۳۱۵ مصوب دانشگاه علوم پزشکی کاشان را برعهده داشتند و ریاست محترم بیمارستان شهید بهشتی و واحد حمایت از تحقیقات بالینی و کلیه عزیزانی که همکاری خوب و صمیمانه ای داشتند اعلام میدارند.

تبیین می گردد که از نتایج فام (۵۳) که بیان کرد ۴۳٪ تغییرات کیفیت خدمات آموزشی در دانشگاه آزاد بناب توسط کیفیت گرایی کارکنان تبیین می شود بیشتر است.

در مقایسه ای که در ۲ بیمارستان تخصصی و فوق تخصص زنان و زایمان در ترکیه انجام شده سطح کیفیت خدمات دریافت شده توسط بیماران بر اساس مدل سروکوال در سطح پایینی ارزیابی شد. بر اساس نظرخواهی از بیماران در میان ابعاد کیفیت خدمات در مدل سروکوال، از قابلیت اطمینان در بالاترین سطح اهمیت و همدلی در پایین ترین سطح اهمیت یاد شد. در این پژوهش مدل EFQM را در بیمارستانهای فوق به کار گرفته و پس از ۲ سال مجدداً سطح کیفیت خدمات را ارزیابی نمودند (۵۴).

در مطالعه ای جدید در شرکت گاز اصفهان، مدل EFQM را بر اساس مفاهیم کیفیت خدمات تر مدل سروکوال اجرا نمودند. نتایج پژوهش نشان داد با اجرای پارامترهای EFQM و توجه به توانمندسازی و نتایج در مدل فوق، شکاف میان کیفیت خدمات مورد انتظار و درک شده توسط مشتریان در مدل سروکوال کاهش یافت که با نتایج پژوهش حاضر همسویی نشان داد و اعلام نمود که به کار گیری مفاهیم EFQM میتوان کیفیت خدمات را بهبود داد (۵۵).

مرکز^۱ HEN به عنوان دفتری در سازمان بهداشت جهانی بهداشت، به دنبال بررسی تأثیر به کار گیری ابزارها و شیوه های متفاوت مدیریتی در راستای بهبود کیفیت شبکه های سلامت میباشد. این مرکز شامل تعداد زیادی شیوه های مدیریت ایمنی و کیفیت، چارچوب و دستورالعملهای متفاوت در این راستا میباشد. EFQM و برخی از شیوه های ممیزی بالینی و دستورالعملهای مورد بررسی تأثیر ضعیفی در افزایش کیفیت خدمات سیستمهای بهداشتی درمانی نشان داد (۵۶).

در مطالعه ای به مقایسه ای EFQM با بقیه ی شیوه های مدیریتی جهت ارتقای کیفیت سازمانها پرداخته و اظهار نموده که مدل فوق جامع بوده و در کلیه سازمانهای خدماتی و تولیدی قابلیت به کارگیری دارد. این مطالعه تأکید نموده به کارگیری EFQM با دیگر دستورالعمل مدیریتی ارتقای کیفیت باعث استخراج نتایج مثبتی در جهت ارتقای کیفیت سازمان خواهد شد و EFQM به عنوان چارچوب عملیاتی برای شیوه های ارتقای کیفیت دیگری مثل TQM خواهد بود که در نهایت با ارزیابی کیفیت از شیوه های مختلف مثل سروکوال قادر به ارزیابی تأثیر آن خواهیم بود (۵۷) که با نتایج پژوهش حاضر همسویی نشان داد.

در پایان باید اشاره کرد که این پژوهش دارای محدودیت هایی نیز بوده است. از جمله مهمترین محدودیت های این پژوهش این

^۱ Europe's Health Evidence Network

References

- 1-Nik pajoo, A. Health Promotion in Hospitals : Evidence and Quality Management, First Edition, Iranian health and prevention institute. Tehran. 2009.
- 2-Groene, O. Jorgensen, S. Health Promotion in Hospitals: A strategy to improve quality in health care: 2005, 15 (1), 6-8. European Journal of Public Health.
- 3-Naylor, G. Using the Business Excellence Model to Development a Strategy for a Health Care Organization : 1999, 12. 33-44. International Journal of Health care Quality Assurance.
- 4- Offentlicher, D. Einrichtung, S. EFQM: Das EFQM-Modell for Excellence?. Brussels publication. Berlin. 2006.
- 5- Tabibi, J. Total quality management in health system. Jahan rayane publication. Tehran; 2002.
- 6- Soltanzade, M. Shirvani, F. Neirizi, E. Antiseptic Povidone Yvodyn compared with Deposit for hand washing in the washing in Emam hossein hospital in 2004 year. Terme publication. Tehran; 2004.
- 7- Mirzayi N. EFQM: Is a Way for Improvement?. 2000, 13(2), 21-22. Journal of ollom & fonoon. Ministry of Culture and Islamic Guidance publication.
- 8- Asgari nia, A. Lotfi jam, M. Research Methods in Management Accounting Degree Students. Samat publication; 2002
- 9- Hashemzehi, A. Iran Nejad Pazrizi, M. Tabibi, J. Hashemzehi, H. Related factors on the effectiveness of performance measurement systems in teaching hospitals of Tehran from perception of their managers in year 2010 and providing a model: 2011, 18(2): 134-144. Journal of Birjand University of Medical Sciences .
- 10- Eghbal, F .Assessment of human resource management performance at Isfahan Medical Science based on European Foundation for Quality Management[M.Sc. Thesis]. Isfahan: Education University, Facutly of Education and Psychology;2008.
- 11- Nabitz, W . A self – assessment process based on EFQM an INK . Iranian national productivity and Business Excellence Award publication. Tehran. 2007.
- 12- Moeller, J. Sonntag, A K . Evaluation of health services organizations – German experiences with the EFQM excellence approach in healthcare: 2001, 13(5): 361-397 . The TQM Magazine Journal.
- 13- Juhi, H. Eskildsen, J k. Kristensen, K. Conflict or Congruence ? : The Case of Danish Hospital: 2004, 21(7) : 747-762. International Journal of Quality & Reliability Management.
- 14-Banyloohe, Bahram. The study of comparative patterns utilization and pattern presentation for Iran. [PHD Thesis], health services of management college and Iran medical science data college. 2004.
- 15-Chen, TM. George, S. Woodruff, CA. Hsu, S. Clinical manifestations of varicella zoster virus infection. 2002, 20:267-82. Journal of Dermatologic Clinic.
- 16-Moeller, J. Breinlinger Reilly, J. Quality management in German health care – the EFQM Excellence Model. 2000. 13(6): 48-49. Journal of Quality Management in German health care.
- 17- Eguafro R. Deming, American Who Taught the Japanese About Quality. Amooze publication. 2004.
- 18-Atashzadeh, F. Shoorideh, T. Factors Influencing Implementation of Nursing Process by Nurses: A Qualitative Study: 2011. 6(3): 16-23. Journal of Knowledge & Health.
- 19- Dargahi, H. The application of management's new theories in nursing care. 2005, 11(3,4): 97-107. Hayat Journal.
- 20- Dabirian, A. Zolfaghari, H. Abedsaedi, J. Alavi majd, H. Views of AIDS patients regarding nursing care quality in healthcare centers affiliated to Shahid Beheshti and Tehran Universities of Medical Sciences. 2008, 18(61); 15-19. Journal of Nursing and Midwifery. Shahid Beheshti university of medical sciensec.
- 21- Mohammadi, A. Shoghli, A. Survey on Quality of Primary Health Cares in Zanjan District Health Centers. 2009, 16 (65) :89-100. Zahedan University of Medical Sciences Journal.
- 22- ISIRI-ISO 9001, 2nd . Revision Identical with ISO 9001.[Online]. Available on <http://www.isf-darman-sso.com/Dorsapax/userfiles /file/modiriyati/ISIRIISO9001 .pdf>. [accessed April2008].
- 23- Mirghafoori, H. Zare Ahmadabadi, H. Analysis of the Service Quality of Medical Centers Using Servqual Model (Case:Shaheed Rahnemoon Hospital).2007, 15 (2) :84-92, The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences.
- 24- Determining Excellence - EFQM (2010). [Online] Available on www.efqm.org.
- 25- Governor's School Program". Virginia Department of Education. 2010. Retrieved February 12, 2010.
- 26- Omrani, A. Relationship between organizational commitment with service quality of tamin ejtemae hospitals. [Mc.S Thesis] ,School of health care management, Azad university of oloom tahghighat; 2007.
- 27-Mohamad nia, M. Delgoshayi, B. Tofighi, SH. Riahi, L. Survey of quality of nursing services in Tehran Tamin ejtemae hospitals. 2014, 8(3); Journal of bimarestan of Tehran university of medical sciences.
- 28-Noori Hekmat, S. Use of servqual model in Rasool Akram jospital. [MS thesis] School of Health care management. Iran university of medical sciences. 2007
- 29-Shahin, A. Ameri, D. Saremi, B. Sevqual model and its role in quality of services in Iran and its comparison with foreign countries. 2004, 7(47), 52-66. Journal of Tahavvol edari.
- 30-Lau, P. khatibi, A. Young gun, D. Service quality: a study of the luxury hotels in Malaysia. 2005, 7(2),10-46. Journal of American academy of business.
- 31- Cabe, C. Nurse –patient communication: an exploration of patients' experiences. 2004, 13(1): 41-49. Journal of Clinical Nursing.
- 32- Aghamolaei, T. Zare, SH. Quality gap of educational services in viewpoint of students in Hormozgan university of medical sciences. 2008, 8(34): 41-44. BMC Medical Education.

- 33- Abdullah, K. Abd Manaf, NH. Mohdnoor, K. Measuring the service quality of airline services in Malasia. 2007, 15:1-30. International Journal of Economics, Management and Accounting.
- 34- Kitchroen, K. Literature review: Service quality in educational institutions. 2004, 24:14-25. ABAC Journal.
- 35- Barnes, BR. Analyzing service quality: The case of post-graduate Chinese students. Leeds university business school, working paper series; 2006.
- 36- James Lucero, Robert. 2008. Linking Outcomes to the Quality of the Process of Nursing Care, A Ph.D dissertaiton in nursing, University of Pennsylvania , UMI number: 3328614, Pro quest website: access date: (30/8/2009)
- 37- Somwong, H. An assessment of patient view of service quality in Thai low cost carriers.2008, 4(14): 41-47. International Journal of protistology.
- 38- Mahdavinia, SH. Customer satisfaction in four star Isfahan hotels: An application of SERVQUAL model. [Mc.S thesis]. University of technology and partial fulfillment. 2007.
- 39- Moeller, J. Anne, K. Evaluation of Health Services Organizations: German Experience with the EFQM Excellence Approaches in Healthcare. 2001, 13: 361-366. The TQM Journal.
- 40- Sandra, V. Gilberto, B. Mirella, C. Towards EFQM Excellence Model application and new governance in Udine Hospital. [Online] Available from: URL:http://http://www.univie.ac.at/hph/florence2003/htm/virtualproceedings/ Vernerio-EFQM-Excellence-Model.doc.[Accessed Dec 25, 2005]
- 41- Maleki, M. Ezadi, A. The statues of improvements in Tamin Echtemae hospitals in Tehran on based on EFQM model. 2010, 9(2): 131-136. Journal of payesh.
- 42- Gene Badia, J. Jodar Sola,G. Peguero Rodriguez, Z. The EFQM excellence model is useful primary health care teams.2001, 18: 407-409.Journal of Family Practice.
- 43- Key, D. Harrington, D. In Search of Excellence in Irish Health Care. 2002, 15: 65-73. International Journal of Health Care Quality Assurance.
- 44- Qvretveit, J. What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2003.
- 45- Sharif zade, F. Kazemi, M. Organizational culture management. Ghoomes publication. Tehran. 2000.
- 46- Fani, A. Hoseini, H. Comparison study about Jahad Sazandegi and Keshavarzi. 2002, 13: 38-46. Tadbir journal.
- 47- Akbarian, M. Najafi, AA. Integration between the EFQM Excellence Model and Strategic Management for Improving Organizational Performance. 2010, 1(2): 19-34. Industrial Management.
- 48- Parham, M. Fotouhi, M. Jandaghi, M. Alipour, KH. Performance Evaluation of Qom Shahid Beheshti Hospital based on EFQM (European Foundation for Quality Management).2013, 7(2):14-16. Journal of Qom University of Medical Sciences.
- 42- Dahlgard, J. Statistical tools, principles, barriers and methods for improving health care quality.[Online] Link ping University, Sweden. URL:http://crisporg.it/Convegno_sanita/Jens% %20J.%20 Dahlgard.ppt. [Accessed Dec 25, 2005].
- 49- Vallejo, P. Ruiz Sancho, A. Dominguez, M. José Ayuso, M. Mendez, L. Romo, J. Improving Quality of the Hospital Psychiatric Ward Level Through the Use of the EFQM Model. 2007, 19(2) : 74-79. International Journal Quall Health Care .
- 50- Vernerio, S. Nabitz, U. Bragonzi, G. Rebelli, R. Molinari, A. A Two-Level EFQM Self-Assessment in an Italian Hospital. 2007, 20(3): 215-231. International Journal of Health Care Quall Assure.
- 51- Tabibi, J. Maleki, M. Strategic planning. First edition, Ministry of health. Tehran, 2003.
- 52- Fam, A. Ebrahimpoor, D. Quality of staff and educational services quality in Azad university of Bonab. 2009, 2(5): 51-52. Journal of Jamee Shenasi.
- 53- Ranjbar, A. Ezatabadi, M. Bahrani, M. Zare Ahmadabadi, H. Arab, M. Analysis of SERVQUAL in Shahid Sadoghi hospital, Yazd, Iran. 2011, 16(4): 14-16. Hormozgan journal of university of medical sciences.
- 54- Mine, Senel. Bilgin, Senel. The Effect of Quality Management Excellence Model Applications on the perceived Service Quality An Application in Health Sector. 2009, 13(1): IAMB journal of Anadolu University.
- 55- Arash Shahin , Hadi Balouei Jamkhaneh , Sayedeh Zahra Hosseini Cheryani , 2014: 18: 3,38 – 56. EFQMQual: evaluating the implementation of the European quality award based on the concepts of model of service quality gaps and ServQual approach, Measuring Business Excellence. Measuring Business Excellence journal.
- 56-J, Ovretveit. What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/document/e87577.pdf). 2005.
- 57- J, Carlos Bou-Llusar. A, Escrig-Tena. V, Roca-Puig. I, Beltran-Martin. An empirical assessment of the EFQM Excellence Model: Evaluation as a TQM framework relative to the MBNQA Model. 2009: 27(1); 1-22. Journal of Operations Management.

Nursing Care Quality and its Association with Process Management in Beheshti Hospital of Kashan in 2014 Shahid

Nasiripour.AA¹, Motaghi.M^{2*}

Submitted: 2015.5.1

Accepted: 2015.11.24

Abstract

Background: The present study performed with the purpose of nursing care quality assessment and its association with process management in Shahid Beheshti hospital of Kashan in 2014.

Materials and Methods: In this applied, cross sectional and correlation study with the purpose of assessing the nursing care quality, 200 hospitalized patients who had more than 48 hours length time selected randomly conducting modified four parts SERVQUAL questionnaire in likert scale. In order to evaluate hospital performance based on process management model (EFQM) Excellence model questionnaire was utilized. Data analyzed using SPSS software version 16 by descriptive statistics and multivariate regression tests at a significance level of less than 0.05.

Results: Data extracted from 200 completed questionnaires analyzed. Respondents included 104 women and 96 men. The mean duration of hospitalization was 6.9 ± 12.9 hours and the mean age of patients was 37 ± 12.02 years. Total nursing quality services were more than average and it assessed good (3.8 ± 0.92). Scores of Shahid Beheshi hospital were 215.66 and 217.64 in empowerment and results EFQM dimensions respectively. Multivariate regression coefficient was assessed 0.57.

Conclusions: Based on study results, it is necessary to make use of new management system and professional training to nurses in order to improve nursing quality services in hospitals.

Keywords: Organizational Excellence Model, SERVQUAL model, Hospital

-
1. Associated Professor, Department of Health Care Management, Science and Branch Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
 2. PhD candidate in Health Care Management, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran, (* Corresponding author), Email: monika3005@yahoo.co.uk :