

بکارگیری مدل سروکوال در سنجش عملکرد برنامه ملی ارزشیابی بیمارستانهای ایران، مطالعه موردی در استان همدان

دکتر فیض اله اکبری حقیقی^۱، ابراهیم جعفری پویان^{۲*}

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۱۹

تاریخ پذیرش: ۸۹/۳/۲

چکیده:

سابقه و هدف: مطالعات متعددی بر اهمیت سیستم اعتباربخشی بعنوان یکی از روشهای شناخته شده در ارزشیابی عملکرد بیمارستانها تاکید کرده اند. با این وجود، اثربخشی این مکانیسم در کشورهای در حال توسعه آن چنان مورد توجه قرار نگرفته است. در همین راستا پژوهش حاضر عملکرد این سیستم را بر اساس مدل SERVQUAL مورد بررسی قرار داده است.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع کاربردی بوده و به روش مقطعی انجام گرفته است. جامعه آماری پژوهش شامل روسا، مدیران و اعضای شبکه تصمیم گیری بیمارستانهای استان همدان می باشد (تعداد ۲۰۰ نفر) که به روش سرشماری تعیین شده اند. داده های کمی و کیفی پژوهش با استفاده از پرسشنامه جمع آوری و به ترتیب با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS و روش Thematic Content Analysis تجزیه و تحلیل شده است.

نتایج: تنها ۳۹٪ از گروه مورد پژوهش دارای آگاهی بالایی از نظام ارزشیابی بیمارستان ها بودند. بیشترین درصد شکاف میان ادراک و انتظار گروه مورد پژوهش از مولفه های ارزشیابی، برابر با ۵۵/۸ درصد و مربوط به مولفه «رضایت کارکنان» و کمترین درصد شکاف بین ادراک و انتظار برابر با ۱۷/۳ درصد و به مولفه «ساختارها و تشکیلات فیزیکی» مربوط بوده است.

نتیجه گیری: امتیازات پایین مربوط به برداشت (ادراک) گروه مورد پژوهش از نظام ارزشیابی می تواند نشانگر سطح رضایت پایین آنها از و لذا همکاری ضعیف با نظام ارزشیابی فعلی به شمار رود. توجه بیشتر و موثر به دیدگاهها، پیشنهادات و واکنشهای مدیران و تصمیم گیرندگان اصلی سازمانهای مورد ارزشیابی می تواند یک راهکار پیشگیرانه مناسب در بهبود برداشت و همکاری آنها بشمار رود.

کلمات کلیدی: نظام اعتباربخشی و ارزشیابی ایران، سنجش عملکرد، SERVQUAL، بیمارستان، استان همدان

^۱ - استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران
^۲ - دانشجوی دکترای رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، دانشگاه ساتهمپتون انگلیس (ej@soton.ac.uk) *نویسنده مسئول

مقدمه

مطالعات مشابه در ارتباط با استفاده از متدولوژی این پژوهش (SERVQUAL) در حوزه بهداشت و درمان به میزان فراوانی در متون موجود به چشم می‌خورد (۹ و ۱۰). بعضی از پژوهشها بطور تجربی قابلیت انتقال این ابزار را به بخش بهداشت تست و تایید کرده‌اند (۱۱ و ۱۲). ولی در ارتباط با بکارگیری این ابزار برای ارزیابی برداشتهای ذینفعان در مورد برنامه اعتباربخشی فعلی ایران مطالعات اندکی انجام شده است. عامریون (۱۳) در پژوهشی که با هدف بررسی شیوه فعلی ارزشیابی بیمارستانهای دولتی و خصوصی شهر تهران از دیدگاه مدیران ارشد این بیمارستانها صورت گرفت، اشاره می‌کند که شکاف بالایی بین ادراک و انتظار مدیران ارشد بیمارستانهای خصوصی وجود دارد و پاسخگویان خواستار تغییر شیوه فعلی ارزشیابی بیمارستانهای دولتی و خصوصی هستند. نتایج پژوهش مصدق راد (۱۴) تحت عنوان طراحی مدلی برای نظام اعتباربخشی و ارزشیابی بیمارستانها نشان داد که مدیران و کارشناسان ارزشیابی بیمارستانها، سیستم فعلی ارزشیابی بیمارستانهای کشور را ضعیف ارزیابی می‌نمایند.

مواد و روشها

کیفیت عملکرد اصولاً به سختی قابل تعریف بوده و حتی سنجش و اندازه‌گیری آن به سادگی و بطور ملموس امکانپذیر نمی‌باشد. در تلاش برای برطرف کردن این مشکل مدلهای مفهومی متعددی از قبیل مدل کیفیت جامع خدمت گرونروس^۲، مدل ناهمخوانی انتظار^۳ الیور^۴ و مدل SERVQUAL از پاراسورمان^۵ مطرح شده‌اند. اما از موارد مذکور، مدل سوم از نظر تطابق با شرایط بهداشت و درمان و قابلیت استفاده کاربرد بیشتری پیدا کرده است (۱۵). ابزار SERVQUAL اساساً برای سنجش کیفیت خدمات از طریق اندازه‌گیری تفاوت (شکاف) بین برداشتها و انتظارات مشتریان، ذینفعان و یا گروههای درگیر از خدمات ارائه شده یا فعالیتهای صورت گرفته استفاده می‌شود (۸ و ۱۶).

انتقاد مهمی که گروهی از این روش به عمل می‌آورند این است که به اعتقاد آنها این روش تنها به گردآوری نظرات و برداشت افراد از کیفیت می‌پردازد و لذا نمی‌توان آن را بعنوان یک ابزار معتبر علمی و عملی شناخت (۱۷). در پاسخ به انتقاد مذکور، باید به این نکته اشاره شود که گروهی میان دو بعد کیفیت افتراقی قائل هستند؛ کیفیت حرفه ای^۶، که توسط گروه

ارزشیابی در بخش بهداشت و درمان با نظر به حساسیت خدمات ارائه شده در این حوزه به دلیل ارتباط آنها با مرگ و زندگی افراد (۱) از یک سو و اطلاعات نامتقارن ارائه کنندگان و بیماران (۲) از سوی دیگر اهمیت دوجندانی در مقایسه با سایر بخشها دارد. سنجش عملکرد سازمانها در این حوزه به دلیل فعالیت طیف گسترده ای از گروههایی (پزشکان، پرستاران، مدیران و...) که دارای تخصص و ارزشهای متفاوتی هستند (۳) در هیچ زمانی کار ساده و روشنی نبوده است. بخش های از این چالش، بر طبق نظرات لیب (۴)^۱ به برداشت ها و دیدگاههای ناهمگون گروههای درگیر در آن در ارتباط با سنجش عملکرد ناشی می‌شود. به طور مثال از دیدگاه حرفه ای که پزشکان، پرستاران و گروههای فنی حایز آن هستند سنجش عملکرد، صلاحیت و توانایی سنجش دقیق کیفیت فنی مراقبت ها را دارا نمی‌باشد. به همین صورت گروههای درگیر در امور مالی، ارزشیابی را یک تلاش وقت گیر و هزینه برمی‌دانند. مدیران به دلیل عهده دار بودن مسوولیت بیمارستان معمولاً طرفدار ارزیابی عملکرد هستند. محتمل بودن و طولانی بودن زمان دستیابی به نتایج اقدامات در بخش بهداشت و درمان مشکل مهم دیگری است که روند ارزشیابی را دچار مشکل می‌سازد (۵). علی‌رغم چنین برداشت ها، توجه به سنجش و ارزیابی عملکرد در بخش بهداشت و درمان در حال رشد روزافزون است و گروههای مختلف همه به نوعی خود را محتاج آن می‌دانند. خریداران خدمت (سازمانهای بیمه ای) برای اتخاذ تصمیمات مالی سودمند در انتخاب نوع خدمات، بیماران برای یافتن و دریافت با کیفیت ترین خدمات موجود، دولت ها و سازمانهای نظارتی برای تضمین کیفیت و ایمنی خدمات ارائه شده هر کدام به نوعی در صدد طراحی یا به خدمت گرفتن ابزارهای سنجش عملکرد متناسب و اثربخش هستند (۶). روشهای ارزیابی بیرونی عملکرد (شامل اعتباربخشی، ایزو، ...) بطور فزاینده ای به منظور کنترل، تنظیم و بهبود عملکرد سازمانهای بهداشتی و درمانی استفاده می‌شود. اعتباربخشی بعنوان یکی از روشهای موثر و شناخته شده برای ارزشیابی عملکرد بیمارستانها در کشورهای مختلف مورد تاکید قرار گرفته است (۷). با این وجود، ارزیابی عملکرد این مکانیسم آن چنان در کشورهای در حال توسعه مورد توجه قرار نگرفته است. در همین راستا پژوهش حاضر عملکرد این سیستم ارزشیابی بیرونی را از دیدگاه گروهی از بیمارستانها براساس مدل SERVQUAL (۸) مورد بررسی قرار داده است.

²- Gronroos

³- Disconfirmation Expectancy Model

⁴- Oliver

⁵- Parasuraman

⁶- Professional Quality

¹- Leob

یافته‌ها

علاوه بر نتایج توصیفی این پژوهش (سطح آگاهی)، تست مجذور کای برای تست ارتباط بین متغیر سطح آگاهی و گذراندن دوره آموزشی و تست ویلکاکسن برای سنجش ارتباط بین متغیرهای کیفی (رتبه ای) ادراک و انتظار گروه مورد پژوهش از شاخصهای ارزشیابی بکار برده شد. به همین صورت برای تحلیل اطلاعات کیفی (پیشنهادات) از روش TCA استفاده شد. براساس این روش پیشنهادات افراد استخراج و براساس فراوانی تکرار شدن اولویت بندی گردیدند.

نتایج مطالعه صورت گرفته سطح آگاهی مسوولین بیمارستانهای ارزشیابی شونده از روند اجرای ارزشیابی بیمارستانها را به صورت زیر نشان داد: ۳۹٪ دارای آگاهی بالا، ۲۲٪ متوسط و ۳۹٪ نیز آگاهی پایین

علاوه بر این ارتباط معناداری ($p < .000$) بین سطح آگاهی گروه و گذراندن حداقل یک دوره آموزشی در جهت آشنایی با روش ارزشیابی بیمارستانها، چه با عنوان ارزیاب یا حضور در دوره آموزشی، وجود داشت. در حدود ۷۵ درصد از افرادی که دوره آموزشی ارزشیابی گذرانده بودند سطح آگاهی بالایی داشتند.

بیشترین امتیازانتظار به شاخص های «رضایت بیماران» و «مدیریت» و کمترین به مولفه «ساختارها و تشکیلات فیزیکی» مربوط بود. از طرف دیگر بیشترین امتیاز ادراک به مولفه «ساختارها و تشکیلات فیزیکی» و کمترین امتیاز به مولفه «رضایت کارکنان» متعلق بود.

بیشترین درصد شکاف میان ادراک و انتظار گروه مورد پژوهش از مولفه های ارزشیابی، برابر با ۵۵/۸ درصد و مربوط به مولفه «رضایت کارکنان» بوده است (جدول ۱). یعنی به اعتقاد مدیران و شبکه تصمیم گیری، در نظام فعلی توجه کمی به این مولفه صورت گرفته که در یک نظام مطلوب باید توجه بالایی به آن معطوف گردد. به همین ترتیب، کمترین درصد شکاف بین ادراک و انتظار برابر با ۱۷/۳ درصد و به مولفه «ساختارها و تشکیلات فیزیکی» مربوط بوده است.

همتایان^۱ بالینی قابل ارزیابی است و شامل جنبه های درمانی ارائه خدمات است؛ از قبیل تشخیص، درمان، و صلاحیت فنی متخصصین. بعد دوم، کیفیت مشتری محور^۲، که به برداشتهای بیماران و ارائه کنندگان از خدمات ارتباط پیدا می کند و بعنوان مکمل بعد اول به شمار می رود (۱۸) و در واقع بعدی از کیفیت عملکرد است که در روش SERVQUAL سنجیده می شود.

این مطالعه بر این اساس برداشتها و انتظارات گروه تصمیم گیرنده هر بیمارستان را نسبت به روند اجرایی برنامه اعتبار بخشی مورد ارزیابی قرار داده است. در این مطالعه کاربردی-مقطعی، ۲۰۰ نفر از ۲۰ بیمارستان استان شامل رئیس، مدیر، مترون، مسوول واحد رادیولوژی و آزمایشگاه، مسوول داروخانه، مدارک پزشکی، اورژانس، سوپروایزر عصر و سوپروایزر شب با روش سرشماری انتخاب شدند. روایی و پایایی ابزار جمع آوری داده ها (پرسشنامه) به ترتیب با کمک صاحب نظران و متخصصین و انجام Test-Retest تعیین گردیده است. مقدار ۰/۷ برای تست همبستگی بعد از Test-Retest نشانگر روایی نسبی سوالات پرسشنامه بود.

محتوای پرسشنامه شاخصهای مورد ارزشیابی چک لیست های نظام فعلی ارزشیابی بیمارستان و تعدادی شاخص تحقیقی می باشد که توسط گروه هدف مورد ارزیابی قرار گرفته اند. داده های کمی این پژوهش با استفاده از برنامه نرم افزاری SPSS و تستهای آماری مجذور کای و ویلکاکسن و داده های کیفی با بکارگیری Thematic Content Analysis (TCA) تجزیه و تحلیل شده است (۱۹). شایان ذکر است در ارتباط با نحوه امتیازدهی، دامنه تغییرات میانگین امتیازها از ۱ تا ۵ می باشد؛ به دلیل استفاده از مقیاس امتیازدهی پنج رتبه ای لیکرت شامل؛ خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲) و خیلی کم (۱).

درخصوص تعیین درصد شکاف (G) بین ادراک (P) و انتظار (E) گروه هدف به صورت زیر عمل شده است:

$$G = [(E-P)/5] * 100$$

که در آن ۵ برابر با بیشترین امتیاز مرتبط با ادراک و انتظار افراد می باشد.

^۱. Peer

^۲. Client Quality

جدول (۱): درصد شکاف های بین ادراک و انتظار مدیران و شبکه تصمیم گیری از مولفه های نظام ارزشیابی بیمارستان

رتبه	مولفه	درصد
۱	رضایت کارکنان	۵۵/۸
۲	مشارکت کارکنان	۴۶/۲
۳	مدیریت	۳۸/۱
۴	رضایت بیماران	۳۷/۷
۵	سیستم های اطلاعاتی	۳۷
۶	عملکرد بیمارستان	۳۴/۸
۷	به روز رسانی برنامه	۳۳/۵
۸	پرستارها	۳۳/۵
۹	استفاده از نتایج ارزشیابی	۳۳/۲
۱۰	تجهیزات پزشکی و داروها	۳۲/۳
۱۱	توانمندسازی مدیران و کارکنان	۳۱/۸
۱۲	همراستایی استراتژیک	۳۰/۹
۱۳	کارکنان پزشکی	۲۷/۴
۱۷	ساختارها و تشکیلات فیزیکی	۱۷/۳

بحث و نتیجه گیری

بطور کلی اگر افراد پیش از اجرای برنامه ای از اصول و کلیات آن اطلاع داشته باشند و به انتظاراتی که از آنها یا واحدهای زیر نظر آنها وجود دارد آگاه باشند تا حد زیادی در زمان ارزشیابی واحدهای آنها (توسط گروههای مجاز) می توانند پاسخگو بوده و موارد خواسته شده را مورد توجه قرار دهند (۲۰). با عنایت به این پیش فرض، یافته های این پژوهش نشان داد که در حدود ۴۰٪ از گروه مورد مطالعه آگاهی پایینی از نحوه ارزشیابی فعلی بیمارستانها داشتند (۲۲٪ آگاهی متوسط) و در همین راستا حدود ۸۰٪ از گروه هدف هیچ دوره آموزشی در ارتباط با ارزشیابی بیمارستانها نگذرانده بودند که این موضوع نشان دهنده بی توجهی خود آنها و مسوولین به افزایش آگاهی مدیران و شبکه تصمیم گیری بیمارستان از نظام ارزشیابی، علیرغم میزان آگاهی پایین آنها می باشد. اهمیت این نکته در این است که نتایج این پژوهش وجود یک ارتباط معنی دار ($p < .000$) بین گذراندن دوره آموزشی ارزشیابی و سطح آگاهی از نظام ارزشیابی را تایید می کند.

با بهره گیری از روش TCA پاسخ های گروه مورد پژوهش به سوالهای باز طبقه بندی شد و مهمترین پیشنهادهای ارائه شده (جدول ۲) در ارتباط با نظام ارزشیابی بیمارستانها، به صورت زیر بدست آمد:

- انجام ارزشیابی توسط گروه آموزش دیده، مجرب و باسابقه در امور بیمارستان
- شفاف بودن انتظارات نظام ارزشیابی از بیمارستانها قبل از انجام ارزشیابی
- تجدید نظر در تنظیم چک لیست ها و به روز کردن آنها در فواصل دوره ای مرتب
- آموزش مدیران و گروههای مرتبط بیمارستانها درخصوص نحوه ارزشیابی
- جلب مشارکت و رضایت بیمارستانها از روند ارزشیابی
- انجام ارزشیابی بدون سوگیری و ضابطه مند
- سعی در استفاده از نیروهای (امکانات و پتانسیل ها) درون بیمارستان در فرایند ارزشیابی به عبارت دیگر توجه بیشتر به ارزشیابی درونی^۱

^۱- Self-Assessment

جدول (۲) - اولویت بندی مهمترین پیشنهادات ارائه شده از طرف مدیران و شبکه تصمیم گیری

بیمارستانهای استان همدان در مورد نظام فعلی ارزشیابی بیمارستانها

اولویت	پیشنهادات
۱	انجام ارزشیابی توسط گروه آموزش دیده، مجرب و با سابقه در امور بیمارستان
۲	شفاف بودن انتظارات نظام ارزشیابی از بیمارستانها قبل از انجام ارزشیابی
۳	تجدید نظر در تنظیم چک لیست ها و به روز کردن آنها
۴	انجام ارزشیابی بدون سوگیری و انجام ضابطه مند آن
۵	استفاده از نیروهای درون بیمارستان در فرایند ارزشیابی (ارزشیابی درونی)
۶	طراحی الگوهای ارزشیابی و امتیازدهی متفاوت متناسب با تیپ های بیمارستانی و مناطق جغرافیایی
۷	تجدید نظر در امتیازات برخی از مولفه ها مانند: فضای فیزیکی و تاسیسات، تجهیزات پزشکی و دارو، نیروی انسانی پزشکی و تخصصی
۸	دقت بیشتر در تکمیل چک لیست ها
۹	کیفی نمودن فرایند ارزشیابی ارزشیابی ها
۱۰	توجه به بازخورد بیمارستانها در مورد فرایند ارزشیابی
۱۱	کاهش فاصله زمانی بین ارزشیابی ها
۱۲	واگذاری مسوولیت ارزشیابی به یک موسسه غیر دولتی
۱۳	تاکید بیشتر بر مراقبتهای پزشکی و بالینی در ارزشیابی
۱۴	پیگیری جدی تر و دقیق تر نتایج ارزشیابی و اصلاحات صورت گرفته بعد از انجام ارزشیابی از طرف متولیان امر ارزشیابی
۱۵	فراهم نمودن شرایط حضور نماینده مصرف کنندگان و بیمه در تیم ارزشیابی
۱۶	آموزش مدیران و گروههای مرتبط بیمارستانها در خصوص نحوه ارزشیابی
۱۷	جلب مشارکت و رضایت بیمارستانها از روند ارزشیابی

بیمارستانهای استان همدان باید به آن توجه شود، همانطور که بیشترین درصد شکاف، بر اساس جدول ۱، نیز نشانگر همین است. این موضوع تا حدودی موید مطالعات قبلی انجام شده در این ارتباط است (۱۴). این نتیجه همچنین تایید کننده ادعای شاو (۲۱) است که در کشورهای درحال توسعه تمرکز ارزشیابی بیشتر بر استانداردهای فیزیکی و ساختاری بیمارستانهاست.

جدول ۱ شکاف بین سطح ادراک و انتظار گروه هدف را از مولفه های مورد بررسی نشان می دهد که در زیر به بررسی تعدادی از مهمترین و شاخص ترین آنها پرداخته شده است:

- بیشترین شکاف بین ادراک و انتظار (جدول ۱) به ترتیب در حدود ۵۵/۸ و ۴۶/۲ درصد است که به دو مولفه

به این مفهوم که افرادی که حداقل یک دوره در زمینه ارزشیابی بیمارستانها گذرانده بودند سطح آگاهی بالاتری نسبت به افرادی که در این زمینه آموزشی ندیده بودند، داشتند. بطور مثال، در حدود ۷۵ درصد از افرادی که دوره آموزشی ارزشیابی گذرانده بودند، سطح آگاهی بالا داشتند ولی ۷۰ درصد از افرادی که دوره آموزشی ارزشیابی نگذرانده سطح آگاهی پایینی داشتند که این نکته قابل تأمل و توجه است. همانطور که قبلا ذکر شد مولفه ساختارها و تشکیلات فیزیکی بیشتر از سایر مولفه ها مورد توجه گروه هدف قرار گرفته است؛ به این ترتیب که از دیدگاه این گروه، برنامه اعتباربخشی فعلی ایران تمرکز اصلی خود را بر فضاها و ساختارهای فیزیکی بیمارستانها بیش از مولفه های رضایت بیماران و مدیریت که از نظر شبکه تصمیم گیری

امروزه اعتباربخشی بعنوان یکی از ابزارهای مهم ارزیابی بیرونی سازمانهای بهداشتی و درمانی به شمار می رود. مطالعه ای که در سال ۲۰۰۰ برای WHO انجام شد نشان داد که در آن زمان حدود ۳۶ برنامه اعتباربخشی ملی وجود داشت و از سال ۱۹۹۵ رشد سریعی بویژه در اروپا داشته که این خود نشان دهنده اهمیت فراوان این برنامه است (۲۴). در همین راستا وهمگام با پیشرفتهای جهانی برنامه اعتباربخشی، متولیان بهداشت و درمان ایران نیز می باید اصول اصلی و پذیرفته شده این برنامه شناخته شده را تا حد امکان رعایت و اجرا نمایند و در طراحی، توسعه و اجرای برنامه های ارزشیابی خود دیدگاههای گروههای ذینفع را نیز مورد توجه قرار دهند.

این مطالعه با هدف کمک به فرایند تمرکززدایی نظام اعتباربخشی بیمارستانهای ایران به بررسی و تحلیل نظرات گروه تصمیم گیرنده بیمارستانهای یکی از استانها پرداخته است. بر طبق مقیاس لیکرت و میانگین کل امتیازهای ادراک مدیران و شبکه تصمیم گیری بیمارستانهای استان همدان از مولفه های ارزشیابی، یعنی ۲/۸۹ (کمتر از ۳)، درمی یابیم که گروه مورد مطالعه در کل میزان توجه به مولفه های مورد بررسی را در نظام فعلی ارزشیابی در حد متوسط ارزیابی کرده است^۱. از سوی دیگر میانگین کل امتیازات انتظار گروه از مولفه های مذکور، ۳/۹۳، اختلاف معنادار نسبتاً بالایی با میانگین کل امتیازات ادراک، ۲/۸۹، دارد. یعنی در همه مولفه های بررسی شده میزان انتظار بالاتر از ادراک بوده و شکاف وجود دارد که می تواند پیامدهای نامطلوبی هم برای متولیان ارزشیابی و هم برای مسئولین بیمارستانها در پی داشته باشد.

سخن آخر اینکه، امتیاز ادراک پایین به نظام ارزشیابی از سوی گروه تصمیم گیری بیمارستانها، بعنوان یکی از علل سطح رضایت پایین آنها از نظام ارزشیابی فعلی، امکان دارد منجر به همکاری ضعیف آنها در اجرای ارزشیابی شده و احتمال موفقیت برنامه را کاهش دهد. به همین صورت، به دنبال اجرای ضعیف فرایند ارزشیابی، کیفیت و ایمنی مراقبت، هدف و فلسفه اصلی نظام ارزشیابی و اعتبار بخشی (۲۵) به خطر خواهد افتاد.

بنابراین یکی از راه حلهای موثر در جهت بهینه سازی روند فعلی ارزشیابی بیمارستانها توجه کافی به نظرات و پیشنهادات (جدول ۲) مدیران بیمارستانهاست. به دیگر سخن، متولیان امر ارزشیابی باید به میزان شکاف و پایین

«رضایت» و «مشارکت» کارکنان مربوط است. این مساله باید زنگ خطری برای متولیان نظام ارزشیابی ما باشد، چرا که نیروی انسانی سنگ بنای توسعه و بقای هر سازمان بوده و سهم بسزایی در موفقیت آنها خواهد داشت. علت رضایت پایین کارکنان به هر دلیلی، که موید نیاز به انجام پژوهش های بیشتر در این زمینه است، تبعات منفی برای بیمارستان در پی خواهد داشت (۲۲). از طرف دیگر بحث مشارکت کارکنان نیز اهمیت قابل توجهی در عرصه سازمانی امروز دارد. به گفته چستر بارنارد هیچ برنامه ای در یک سازمان بطور مطلوب به اجرا در نمی آید مگر اینکه اول از طرف کارکنان آن سازمان مورد پذیرش قرار گیرد و زمینه مشارکت آنها در اجرای آن فراهم شود (۲۳). با همه این اوصاف می بینیم که نظام ارزشیابی فعلی ما کمترین توجه را به این دو مولفه نموده است.

بیشترین شکاف ها در مرحله بعد به مولفه های «رضایت بیماران» و «مدیریت» مربوط است (۳۸/۷ و ۳۷/۱ درصد). این دو مولفه بیشترین میانگین امتیاز انتظار گروه مورد پژوهش را کسب کرده اند. یعنی به اعتقاد گروه مورد پژوهش یک نظام مطلوب ارزشیابی، نظامی است که بالاترین اولویت را به رضایت بیماران و مدیریت (مشتریان بیرونی و داخلی) سازمان دهد. چنین رویکردی در چارچوب اصول مدیریت جامع کیفیت^۱ و توسعه کارکردی کیفیت^۲ است که مشتریان را فلسفه وجودی هر سازمانی معرفی کرده اند. مدیریت یک سازمان، اساس و بنیانی است که کل سازمان بر آن استوار است بویژه در سازمانی مثل بیمارستان که به دلیل حساسیت نقش و تنوع بالای تخصص در آنجا نقش مدیر حیاتی تر و حساس تر است.

مولفه «ساختار فیزیکی و تأسیسات» کمترین امتیاز میانگین انتظارات گروه مورد پژوهش از نظام فعلی ارزشیابی را کسب کرده است که به نوعی حاکی از توجه زیاد نظام فعلی ارزشیابی به این مولفه بوده و گروه مورد پژوهش با دادن کمترین امتیاز انتظار به آن در یک نظام ارزشیابی مطلوب خواسته اند به این طریق اولویت پایین آن را در نظام ارزشیابی مطلوب به ما نشان دهند. در مورد مولفه های دیگر نیز شکاف نسبتاً بالایی بین ادراک و انتظار گروه مورد پژوهش وجود دارد که نشانگر عدم تجانس بین روش ارزشیابی و انتظارات صاحبان اصلی فرایند است.

^۱ - خیلی کم (۱-۱/۸)، کم (۲/۶-۱/۸)، متوسط (۳/۴-۲/۶)، زیاد (۴/۲-۳/۴)، خیلی زیاد (۴/۲-۵)

^۱ - Total Quality Management (TQM)

^۲ - Quality Function Development (QFD)

براساس داده‌های گردآوری شده از یک استان بوده و تعمیم آن به کل بیمارستانها در کشور با احتیاط باید صورت گیرد.

تقدیر و تشکر:

نویسندگان این مقاله بر خود واجب می‌دانند از نظرات اصلاحی داوریا داوران محترم تشکر به عمل آورند.

بودن سطح ادراک گروه مورد پژوهش توجه خاصی مبذول دارند. زیرا پیش‌نیاز هر برنامه تغییر، اصلاح و بهبود، به نظر می‌رسد در درجه اول، پذیرش آن برنامه از طرف صاحبان اصلی فرایند باشد. همانطور که بارکر و همکاران (۲۶) اعتقاد دارند که روشها و مکانیزمهایی که برای ارزیابی و قضاوت در مورد نحوه ارائه خدمات و کیفیت آنها بکار می‌روند باید در مرحله اول مورد اعتماد گروه‌های ارائه دهنده خدمات باشند. البته باید توجه داشت که نتایج این تحقیق

References

- [1] Gauld R. Comparative health policy in the Asia-Pacific: Open University Press; 2005.
- [2] Montagu D. Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare. London: Department for international development 2003.
- [3] Anderson R, McDaniel Jr R. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review* 2000;25(1):83.
- [4] LOEB JM. The current state of performance measurement in health care *International Journal for Quality in Health Care*. 2004;16 (Supplement 1):i5-i9.
- [5] EDDY DM. Performance measurement: problems and solutions. *health Affairs*, 1998; 17:7-25.
- [6] Thompson BL, Harris JR. Performance Measures Are We Measuring What Matters. *Am J Prev Med*. 2001;20(4):291-3.
- [7] Sunol R, Nicklin W, Bruneau C, Whittaker S. Promoting research into healthcare accreditation/external evaluation: advancing an ISQua initiative. *International Journal for Quality in Health Care* 2009;21(1):27-8.
- [8] Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988;64 (1):12-40.
- [9] Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Soc Sci Med*. 2001 May;52(9):1359-70.
- [10] Christoglou K, Vassiliadis C, Sigalas I. Using SERVQUAL and Kano research techniques in a patient service quality survey. *World Hosp Health Serv*. 2006;42(2):21-6.
- [11] REIDENBACH RE, SANDIFER-SMALLWOOD B. Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of Health Care Marketing*, 1999;10: 47-55.
- [12] BABAKUS E, MANGOLD WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 1992; 26; 767-86.
- [۱۳] عامریون، احمد. پایان نامه مطالعه تطبیقی مکانیزم ارزیابی و نظارت بر ارائه خدمات در بیمارستانهای دولتی و خصوصی شهر تهران در تئوری و عمل و ارائه الگوی مناسب، دکتری. تهران. دانشگاه آزاد اسلامی تهران واحد علوم و تحقیقات. ۱۳۸۰
- [14] Mosadeghrad A, Ansarian M. Developing a Model for Evaluation and Accreditation of Hospitals. *Iranian Journal of Public Health*. 2005;34, Supplement:19.
- [15] Hwang LJ, Eves A, Desombre T. Gap analysis of patient meal service perceptions. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2003;16(2-3):143-53.
- [16] Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Alternative scales for measuring service quality: A comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of Retailing* 1994;70(3):193-4.
- [17] Walburg J, Bevan H, Wilderspin J, Lemmens K. *Performance Management in Health Care*. London & New York: Routledge 2006.
- [18] Øvretveit J. *Health Service Quality*. Oxford: Blackwell 1992.
- [19] Pope C, Mays N, editors. *Qualitative research in health care* (3ed.). Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
- [20] Moullin M. Eight essentials of performance measurement. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2004;17 (3) (3):110-2.
- [21] Shaw CD. Evaluating accreditation. *International Journal for Quality in Health Care* 2003;15(6):455-6.
- [22] Scrivens E. Assessing the value of accreditation systems. *European Journal of Public Health* 1997 March 1, 1997;7(1):4-8.
- [۲۳] ایران نژاد پاریزی، مهدی. ساسان گهر، پرویز. سازمان و مدیریت از تئوری تا عمل. چاپ چهارم. موسسه عالی بانکداری، بانک مرکزی ایران. تهران ۱۳۷۹
- [24] Shaw CD. Toolkit for accreditation programs: Some issues in the design and redesign of external health care assessment and improvement systems. Australia: International Society for Quality in Health Care 2004.
- [25] Jovanovic B. Hospital accreditation as method for assessing quality in healthcare. *Oncology*, 2005;13; 156-7
- [26] Barker RM, Pearce MS, Irving M. Star wars, NHS style. *BMJ* 2004 July 10, 2004;329(7457):107-9.