

سبک رهبری مدیران بیمارستانی از نظر کارکنان و ارتباط آن با شاخص‌های بیمارستانی

احمد عامریون^۱ PhD، سیدمرتضی حسینی شکوه^{*} MSc، علی اکبر کریمی زارچی^۲ PhD، نوروز محمودی^۳ BSc

*گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عق)، تهران، ایران
^۱مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و "دانشکده بهداشت"، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عق)، تهران، ایران
^۲گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عق)، تهران، ایران
^۳گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عق)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: ارایه بهینه خدمات درمانی و بهبود فرآیندهای بیمارستانی، تا حد زیادی به کار گروهی کارکنان و سبک رهبری مدیران این سازمان‌ها بستگی دارد و نیز سبک رهبری مدیران با اثربخشی، کارایی و بهره‌وری سازمان رابطه دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین سبک رهبری از نظر کارکنان یکی از بیمارستان‌های تهران و ارتباط آن با شاخص‌های بیمارستان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی در سال ۱۳۸۸ روی ۳۹۴ نفر از کارکنان یکی از بیمارستان‌های تهران که با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای و تصادفی ساده انتخاب شدند، انجام شد. گردآوری داده‌ها با پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه سبک رهبری لیکرت (پس از تایید روایی و پایایی) انجام شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای و آنووا به کمک نرم‌افزار SPSS 16 تحلیل شد.

یافته‌ها: ۱۳/۷٪ از کارکنان سبک مدیران را استبدادی-استثماری، ۵۶/۱٪ استبدادی-خیرخواهانه، ۲۸/۲٪ مشورتی و ۲٪ سبک رهبری مدیران را مشارکتی بیان نمودند. میان سبک رهبری مدیران و شاخص‌های درصد اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار، گردش تخت و فاصله گردش تخت به ترتیب با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۳، ۰/۰۰۶، ۰/۰۰۳ و ۰/۰۰۲ ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: اگرچه انتخاب سبک رهبری استبدادی از نظر کارکنان، با توجه به محیط سازمانی موجود دور از ذهن نیست، اما استفاده از سبک‌های رهبری مشورتی و مشارکتی و آموزش به‌کارگیری شیوه‌های مذکور به منظور ارتقای بهره‌وری سازمانی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بیمارستان، سبک رهبری، شاخص بیمارستانی، مدیران، کارکنان

Hospital manager's leadership style from staffs viewpoint and its relationship with hospital indicators

Amerioum A.¹ PhD, Hosseini Shokouh S. M.* MSc, Karimi Zarchi A. A.² PhD, Mahmoudi N.³ BSc

*Department of Health Care Services Management, Faculty of Health,
Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

¹“Health Management Research Center” & “Faculty of Health”, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Department of Environmental Health Engineering, Faculty of Health,
Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Providing ideal therapeutic services and improving the hospital processes highly depends on staff's teamwork and managers' leadership styles and leadership styles affects the effectiveness and efficiency. This study was performed with the aim of determining managers' leadership style from staffs' viewpoints in one of Tehran's hospitals and its relationship with hospital indicators.

Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study was done on 394 staffs of a hospital in Tehran who were selected by proportionate and simple random sampling method in 2009. Demographic characteristics' questionnaire and Likert leadership style questionnaire (after confirming its validity and reliability) were used for data collection and data analysis was done by Chi-square and ANOVA tests using SPSS 16 software.

Results: 13.7% of staff stated that their managers' leadership style was exploitative-authoritative, 56.1% benevolent-authoritative, 28.2% consultative and 2% of them considered it participative. There was a significant relationship between leadership style of managers and BOR, ALOS, BT and BTI indicators with the significance levels of 0.003, 0.006, 0.003 and 0.002, respectively.

Conclusion: Although choosing the authoritative leadership style from the staffs' viewpoint is not far from mind regarding the organizational environment, use of consultative and participative leadership styles and using training methods for applications of the mentioned styles is suggested in order to improve the organizational efficiency.

Keywords: Hospital, Leadership Style, Hospital Indicators, Managers, Staff

مقدمه

مدیریت در حقیقت، هماهنگی منابع مادی و انسانی به منظور دستیابی به اهداف سازمانی به طریقی است که مورد قبول جامعه باشد [۱]. اگر به فرآیند مدیریت سازمان توجه کنیم، خواهیم دید که از ۴ کارکرد اساسی، شامل برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، رهبری و کنترل تشکیل یافته است. رهبری از اساسی‌ترین و کلیدی‌ترین عناصر مدیریت است و برای هر کار گروهی، حیاتی است [۲]. بسیاری از صاحب‌نظران و دانشمندان اعتقاد دارند که تنها عامل مشخص‌کننده وجه افتراق بین سازمان‌های موفق و ناموفق، رهبری پویا و اثربخش است. سبک رهبری مدیران بیانگر چگونگی تعامل آنها با کارکنان تحت سرپرستی است [۳].

در قرن ۲۱، سازمان‌های بهداشتی و درمانی با چالش‌های جدید و اساسی در زمینه مدیریت مواجه هستند که هر کدام از آنها از نظر توسعه و ارتقای رهبری در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی حایز اهمیت است [۴، ۵]. در بخش بهداشت و درمان، بیمارستان یکی از سازمان‌های مهم ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی است که با تسهیلات ویژه خود در بازگشت سلامت جسمانی و روانی افراد بیمار جامعه و آموزش نیروهای متخصص بخش بهداشت و درمان نقش اساسی ایفا می‌کند [۶]. ارائه بهینه خدمات درمانی و بهبود فرآیندهای بیمارستانی به مشارکت کلیه نیروهای انسانی و ارائه خدمات مستمر، مطلوب و موثر توسط ایشان و تا حد زیادی به کار گروهی کارکنان و سبک رهبری مدیران این سازمان‌ها بستگی دارد [۷]. با توجه به اهمیت بیمارستان و نحوه اداره امور و منابع آن، لازم است شیوه‌های مفید و اثربخشی برای رهبری و هدایت منابع به کار گرفته شود، چرا که تحقیقات در بخش بهداشت و درمان نشان داده است که سبک رهبری مدیران با اثربخشی، کارایی و بهره‌وری سازمان رابطه دارد [۸، ۹، ۱۰، ۱۱]. علاوه بر این، بین سبک رهبری مدیران و رضایت شغلی و تعهد سازمانی کارکنان رابطه تنگاتنگی وجود دارد [۱۲، ۱۳، ۱۴]. از سوی دیگر، یکی از معیارهای اندازه‌گیری موفقیت عملکرد سازمان بیمارستان و تعیین میزان وصول به اهداف مورد نظر، آمار و شاخص‌های بیمارستانی است [۱۵]. می‌توان گفت بهبود شاخص‌های بیمارستانی، به معنی کارآمد و اثربخش بودن فعالیت‌های بیمارستانی یا به عبارت دیگر، عملکرد صحیح کارکنان و استفاده از منابع است.

در پژوهشی که به منظور بررسی نقش مدیریت مشارکتی بر میزان کارایی بیمارستان در یکی از بیمارستان‌های وابسته به تامین اجتماعی تهران در سال ۱۳۸۰ صورت گرفت، مدیریت مشارکتی در ۶ ماهه اول سال مذکور منجر به افزایش گردش تخت بیمارستان به میزان ۴۸/۸٪ و کاهش اقامت بیمار در بیمارستان و وقفه گردش تخت به میزان ۲۵/۸٪ و ۱۱/۱۱٪ شده بود که از نظر آماری معنی‌دار بود [۱۶]. در مطالعه دیگری که به منظور بررسی رابطه سبک‌های رهبری روسا و مدیران بیمارستان‌ها با شاخص‌های

عملکردی بیمارستان در ۸ بیمارستان استان قم در سال ۸۳ انجام گرفت، شاخص‌های ضریب اشغال تخت، میانگین طول اقامت، فاصله چرخش تخت، تعداد کل تخت روزاشغالی و نسبت تخت فعال به تخت ثابت، با امتیاز سبک رهبری مدیران نسبت عکس داشت؛ یعنی هرچه رهبری مدیران به سمت مشارکتی نزدیک‌تر می‌شد، فراوانی شاخص‌های فوق کمتر می‌شد و سایر شاخص‌ها (نسبت پذیرش بیمار برای هر تخت، نسبت چرخش تخت، میزان مرگومیر خام و غیره) با امتیاز سبک رهبری نسبت مستقیم داشتند. ولی به طور کلی بین شاخص‌های عملکردی بیمارستان و نمره سبک رهبری مدیران آنها ارتباط آماری معنی‌دار وجود نداشت [۱۷]. نتایج تحقیق دیگری که در ۶۳ واحد پرستاری در ۴ بیمارستان ایالات متحده انجام گرفت، بیانگر این واقعیت بود که در واحدهایی که سبک مدیریت مشارکتی را اجرا می‌نمودند، سطح بالایی از همبستگی و سطح پایینی از استرس شغلی بین کارکنان وجود داشت. این کاهش استرس کاری موجب افزایش کیفیت خدمات پرستاری شده بود و مدیریت مشارکتی نیز رضایت‌مندی کارکنان و بیماران را افزایش داده بود [۱۸].

هدف از این مطالعه، بررسی رابطه سبک رهبری مدیران از منظر کارکنان با شاخص‌های بیمارستانی بود.

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۸۸ به صورت مقطعی انجام پذیرفت. جامعه پژوهش، کارکنان یک بیمارستان نظامی بودند. با استفاده از فرمول [۱۹]، حجم نمونه ۳۹۱ نفر به دست آمد. در مرحله بعد و با توجه به تعداد کارکنان و روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای در قسمت‌های پرستاری، پاراکلینیک، اداری و پشتیبانی، مالی، درمانگاه و آموزش بیمارستان، در نهایت تعداد نمونه‌ها با توجه به روش تقریب ۳۹۴ نفر مشخص شد. در مرحله نهایی برای انتخاب نمونه‌ها در هر قسمت از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد.

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه سبک رهبری لیکرت بود. پرسش‌نامه مذکور شامل دو قسمت مشخصات دموگرافیکی پاسخگویان (شامل ۸ سؤال) و سنجش سبک رهبری از نظر کارکنان (شامل ۲۴ سؤال پنج‌گزینه‌ای در مقیاس لیکرت به صورت خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) بود. سنجش روایی ابزار با استفاده از نظر ۵ نفر از متخصصان فن و پایایی آن با استفاده از مطالعات مشابه ($r=0/85$) تایید شد [۱۷، ۲۰].

برای امتیازدهی و سنجش سبک رهبری با توجه به این که سئوالات به صورت پنج‌گزینه‌ای بود، حداکثر امتیاز مربوطه ۱۲۰ محاسبه شد و سپس با استفاده از منابع علمی [۲۱، ۲۲]، امتیازبندی سبک رهبری به صورت زیر مشخص شد:

۱- سبک رهبری استبدادی-استثمار با امتیاز ۲۴ تا ۵۳

۲- سبک رهبری استبدادی- خیرخواهانه با امتیاز ۵۳ تا ۷۵

۳- سبک رهبری مشاوره‌ای با امتیاز ۷۵ تا ۹۸

۴- سبک رهبری مشارکتی با امتیاز ۹۸ و بالاتر

پرسش‌نامه دوم مربوط به مشخصات دموگرافیکی سازمان بیمارستان مورد مطالعه و محاسبه شاخص‌های درصد اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار، چرخش تخت (تعداد دفعات استفاده از تخت)، فاصله چرخش تخت و اجزای وابسته برای محاسبه شاخص‌های مذکور (تعداد تخت فعال و ثابت، کل سرشماری روزانه بیماران بستری، تعداد مرخص‌شدگان، تعداد فوت‌شدگان قبل و بعد از ۲۴ ساعت و تعداد انتقالی از بخش‌ها) بود.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، وارد نرم‌افزار آماری SPSS 16 شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از توزیع فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، آزمون‌های آماری مجذور کای و آنووا مورد استفاده قرار گرفت. برای استفاده از آزمون آنالیز واریانس، آزمون KS انجام شد و با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون مذکور استفاده شد. به منظور حفظ ملاحظات اخلاقی، کسب اجازه از مسئولان ذی‌ربط در بیمارستان مورد مطالعه و عدم ذکر نام و نام خانوادگی نمونه‌ها در ابزار گردآوری داده‌ها لحاظ شد.

نتایج

۲۵۷ نفر (۶۵/۶٪) از نمونه‌های مورد مطالعه، مرد بودند. ۳۳۹ نفر (۸۶/۳٪) از نمونه‌ها متاهل بودند. از نظر سطح تحصیلات، مقطع لیسانس با تعداد ۱۹۵ نفر (۴۹/۷٪)، بیشترین و مقطع دکتری حرفه‌ای با تعداد ۲ نفر (۰/۵٪) کمترین توزیع فراوانی را داشتند. بیشترین توزیع فراوانی نمونه‌ها برحسب رشته تحصیلی مربوط به رشته‌های علوم پزشکی با تعداد ۲۵۸ نفر (۶۷/۴٪) و کمترین توزیع فراوانی مربوط به رشته‌های هنر با تعداد ۶ نفر (۰/۸٪) بود. از نظر وضعیت استخدامی، بیشتر نمونه‌ها با تعداد ۱۷۹ نفر (۴۶/۱٪) از نوع قراردادی بودند و کمترین توزیع فراوانی مربوط به استخدام از نوع

طرحی با تعداد یک نفر (۰/۳٪) بود.

سن نمونه‌های مورد مطالعه از ۲۱ تا ۶۵ سال متغیر بود و میانگین سن آنها $34/76 \pm 7/183$ سال بود. بیشترین توزیع فراوانی نمونه‌ها از نظر سن مربوط به گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال با تعداد ۱۸۴ نفر (۴۷/۹٪) و کمترین توزیع فراوانی مربوط به گروه سنی بالای ۶۰ سال با تعداد یک نفر (۰/۳٪) بود. سابقه خدمت نمونه‌های مورد مطالعه از یک تا ۳۰ سال متغیر بود و میانگین سابقه خدمت آنان $10/52 \pm 6/475$ سال بود. بیشترین توزیع فراوانی نمونه‌ها برحسب سابقه خدمت مربوط به سابقه یک تا ۱۰ سال با تعداد ۲۲۲ نفر (۵۸/۹٪) و کمترین توزیع فراوانی مربوط به سابقه ۲۱ تا ۳۰ سال با تعداد ۳۱ نفر (۸/۲٪) بود.

متوسط اشغال تخت بیمارستان مورد مطالعه در بازه زمانی ۱۲ ماه در سال ۱۳۸۸، بین ۵۸/۳۶٪ (ماه فروردین) تا ۸۶/۹۸٪ (ماه اردیبهشت) متغیر بود و میانگین متوسط درصد اشغال تخت این بیمارستان $79/18 \pm 7/03$ بود. متوسط اقامت بیمار در بیمارستان مورد مطالعه در بازه زمانی مذکور، بین ۳/۳۰ روز (ماه تیر) تا ۳/۶۸ روز (ماه بهمن) متغیر بود و میانگین آن $3/47 \pm 0/11$ روز بود. گردش تخت، بین ۱۶/۴۳ بار (ماه فروردین) تا ۲۵/۹۶ بار (ماه اردیبهشت) متغیر بود و میانگین گردش تخت در این بیمارستان $22/83 \pm 2/30$ بار بود. همچنین فاصله گردش تخت در بیمارستان مورد مطالعه در بازه زمانی مورد نظر، بین ۰/۵۰ روز (ماه اردیبهشت) تا ۲/۵۳ روز (ماه فروردین) متغیر بود و میانگین آن $0/96 \pm 0/51$ روز بود. ۲۲۱ نفر (۵۶/۱٪) از کارکنان در بیمارستان مورد مطالعه، سبک رهبری مدیران را استبدادی- خیرخواهانه، ۱۱۱ نفر (۲۸/۲٪) مشورتی، ۵۴ نفر (۱۳/۷٪) استبدادی- استثمار و ۸ نفر (۲٪) مشارکتی بیان کردند.

مقایسه توزیع فراوانی سبک‌های رهبری مدیران از نظر کارکنان برحسب جنسیت در میان نمونه‌های مورد مطالعه در جدول ۱ آورده شده است که بین سبک‌های رهبری و جنسیت، از نظر آماری ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/05$).

جدول ۱) مقایسه توزیع فراوانی سبک‌های رهبری مدیران از نظر کارکنان برحسب جنسیت در میان نمونه‌های مورد مطالعه با استفاده از آزمون مجذور کای

سبک رهبری ←	استبدادی- استثماری		خیرخواهانه		مشورتی		مشارکتی		کل	سطح معنی‌داری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
مرد	۳۵	۱۳/۶	۱۴۱	۵۴/۹	۷۶	۲۹/۶	۵	۱/۹	۲۵۷	۰/۰۳۵
زن	۳۱	۲۳	۷۶	۵۶/۳	۲۷	۲۰	۱	۷	۱۳۵	

جدول ۲) مقایسه میانگین سبک رهبری مدیران از نظر کارکنان برحسب شاخص‌های درصد اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار، چرخش تخت و فاصله چرخش تخت در بیمارستان مورد مطالعه در سال ۱۳۸۸ با استفاده از آزمون آنووا و آزمون LSD

شاخص ↓ سبک رهبری ←	استبدادی- استثماری	خیرخواهانه	مشورتی	مشارکتی	سطح معنی‌داری
درصد اشغال تخت	۸۰/۷۲	۷۹/۳۷	۷۸/۳۳	۷۴/۹۵	۰/۰۰۳
متوسط اقامت بیمار	۳/۴۹	۳/۴۷	۳/۴۶	۳/۴۱	۰/۰۰۶
چرخش تخت	۲۳/۱۶	۲۲/۸۶	۲۲/۶۶	۲۲	۰/۰۰۳
فاصله چرخش تخت	۰/۸۵	۰/۹۴	۱	۱/۱۹	۰/۰۰۲

بیشتر افراد با وضعیت قراردادی طبیعی به نظر می‌رسد. بیشترین فراوانی سن پاسخگویان مربوط به گروه سنی بین ۳۱ تا ۴۰ سال بود که این نتیجه با نتایج تحقیق تاجور [۲۰] همخوانی ندارد، ولی با مطالعه مصدق‌راد [۱۶] مشابه است. در این مطالعه بیشترین فراوانی برحسب سابقه خدمت مربوط به سابقه خدمت یک تا ۱۰ سال بود که با نتایج تحقیق سیدجوادی [۲۱] و مصدق‌راد [۱۶] مطابقت دارد.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در این تحقیق مشخص شد که در بیمارستان مورد مطالعه در بازه زمانی ۱۲ ماه در سال ۱۳۸۸، میانگین ضریب اشغال تخت ۷۹/۱۸٪، میانگین متوسط اقامت بیمار ۳/۴۷ روز، میانگین گردش تخت ۲۲/۸۳ بار و میانگین فاصله گردش تخت ۰/۹۶ روز است که منطقی و مطلوب به نظر می‌رسد. اگر بخواهیم عملکرد مدیران بیمارستان را از بُعد کارایی ارزیابی کنیم، می‌توانیم شاخص‌های درصد اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار در بیمارستان، گردش تخت و فاصله گردش تخت را مورد بررسی قرار دهیم. در ارزیابی شاخص‌های کارایی بیمارستان، هر قدر شاخص‌های درصد اشغال تخت و گردش تخت، بالاتر و شاخص‌های متوسط اقامت بیمار در بیمارستان و فاصله گردش تخت کمتر باشد، آن بیمارستان وضعیت مطلوب‌تری دارد. در بیمارستان مورد مطالعه ما، بالا بودن درصد اشغال تخت و گردش تخت و پایین بودن متوسط اقامت بیمار و وقفه در گردش تخت، موید این نکته است که به‌طور کلی شاخص‌های عملکردی، مناسب بوده است و سبک رهبری به‌کار گرفته‌شده می‌تواند روی این شاخص‌ها موثر باشد.

در این تحقیق، سبک رهبری مدیران، ۵۶/۱٪ استبدادی-خیرخواهانه، ۲۸/۲٪ مشورتی، ۱۳/۷٪ استبدادی-استثمار و ۲٪ مشارکتی بیان شده است. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، اکثر مدیران دارای سبک رهبری استبدادی-خیرخواهانه بودند؛ یعنی آنها سعی داشتند بیشتر به محیط کار توجه کرده و وظایف خود را تعیین کنند و کمتر روابط بین افراد را مورد ملاحظه قرار دهند. این افراد بیشتر پای‌بند قوانین و اصول کار هستند، خط مشی‌ها و اهداف سازمان را تعیین می‌نمایند و اصولاً خود تمام کارها را سرپرستی کرده و تمایل کمتری به تفویض اختیار کار به کارمندان دارند. تحقیق مشابهی توسط عرب [۲۳]، تحت عنوان بررسی تاثیر ساختار سازمانی و شیوه‌های مدیریت روی شاخص‌های بیمارستانی انجام شده است. نتایج تحقیق نشان داد سبک رهبری استبدادی-خیرخواهانه با ۴۷/۴۵٪ بیشترین و شیوه مشارکتی با ۵/۸۶٪ کمترین نوع سبک رهبری است که با نتیجه تحقیق ما کاملاً مطابقت دارد. در مطالعه‌ای که تاجور [۲۴] تحت عنوان بررسی سبک رهبری روسا و مدیران بیمارستان و تاثیر آن روی شاخص‌های بیمارستانی انجام داد، به این نتیجه رسید که بیشترین نوع سبک رهبری، شیوه استبدادی-خیرخواهانه و کمترین شیوه،

بین سایر متغیرهای دموگرافیکی مورد مطالعه (سن، وضعیت تاهل، رشته تحصیلی، سطح تحصیلات، نوع استخدام و سابقه خدمت) و سبک رهبری مدیران، ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد ($p > 0.05$).

بین میانگین شاخص‌های درصد اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار، چرخش تخت و فاصله چرخش تخت با میانگین سبک رهبری مدیران از نظر کارکنان ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت ($p < 0.05$). سبک رهبری استبدادی-استثمار در مقایسه با سایر سبک‌ها با بالاترین میانگین درصد اشغال تخت، بالاترین میانگین چرخش تخت و کمترین میانگین فاصله چرخش تخت همراه بود. میانگین متوسط اقامت بیمار در سبک رهبری مشارکتی نسبت به بقیه سبک‌های رهبری، اندکی پایین‌تر بود (جدول ۲).

بحث

در مطالعه حاضر، بیشتر پاسخگویان مرد بودند که با تحقیق ترابی [۱۹] و سیدجوادی [۲۱] مطابق نیست، چرا که در تحقیقات آنها بیشتر پاسخگویان (به ترتیب ۵۳/۱٪ و ۵۸٪) زن بوده‌اند. از آنجایی که کارکنان بخش‌های اداری، مالی و پشتیبانی نیز در مطالعه حاضر شرکت داشتند، بیشتر بودن جنس مذکر، منطقی به نظر می‌رسد. همچنین در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی پاسخگویان مربوط به افراد متاهل بود که این نتیجه با نتایج تحقیقات ترابی [۱۹]، تاجور [۲۰] و سیدجوادی [۲۱] مطابقت دارد. در تحقیقات مذکور به ترتیب ۸۰/۸٪، ۸۱٪ و ۷۳٪ افراد مورد مطالعه متاهل بودند. با عنایت به توزیع فراوانی بیشتر افراد مورد مطالعه در دهه چهارم سنی و با توجه به این‌که به‌طور معمول افراد در دهه سوم و چهارم سنی ازدواج می‌نمایند، این نتیجه منطقی است. در مطالعه ما بیشترین فراوانی سطح تحصیلات مربوط به تحصیلات لیسانس بود که با نتایج تحقیقات ترابی [۱۹] و سیدجوادی [۲۱] مطابقت دارد. در آن تحقیقات نیز ۵۷/۱٪ و ۴۵٪ پاسخگویان دارای مدرک لیسانس بوده‌اند، اما با نتیجه تحقیق تاجور [۲۰] که در آن بیشتر پاسخگویان دارای مدرک دکتری بوده‌اند، مطابقت ندارد. از آنجا که بیش از ۶۱٪ نمونه‌های مورد مطالعه از بخش‌های بالینی و کادر پرستاری لیسانس در مطالعه شرکت داشتند، نتیجه حاضر نیز منطقی به نظر می‌رسد. بیشترین فراوانی رشته تحصیلی در این تحقیق مربوط به رشته‌های علوم پزشکی بود که با توجه به شرکت بیشتر کادر پرستاری در مطالعه حاضر می‌توان چنین نتیجه‌ای را انتظار داشت. بیشترین فراوانی نوع استخدام در این تحقیق مربوط به استخدام از نوع قراردادی بود که با نتیجه تحقیق مصدق‌راد [۱۶] مطابقت ندارد، چرا که در آن تحقیق ۵۱/۵٪ کارکنان دارای وضعیت استخدام رسمی قطعی بوده‌اند. از آنجا که در حال حاضر در سازمان‌ها استخدام رسمی کارکنان کم‌رنگ شده و در اغلب سازمان‌ها از وجود نیروهای قراردادی استفاده می‌شود، لذا استخدام

اقتضا است [۳۲، ۳۳]. پال هرسی و کنت بلانچارد در تئوری رهبری موقعیتی خود بر این عقیده‌اند که رفتار مناسب یا شیوه مدیریت با میزان بلوغ پیروان (چگونگی برانگیختگی، شایستگی، تجربه و علاقه زیردستان در پذیرش مسئولیت) تغییر می‌کند. فرهنگ حاکم بر سازمان نیز نقش بسزایی در موفقیت سبک رهبری مدیران دارد [۱۶]. مصدق‌راد پیشنهاد می‌نماید که برای تمام شرایط همیشه یک سبک رهبری مناسب وجود ندارد و بهتر است مدیران متناسب با فرهنگ و بلوغ سازمانی کارکنان، سبک رهبری مناسب را انتخاب کنند [۳۴]. از سوی دیگر، فراهم‌نمودن اطلاعات بیشتر برای مدیران در زمینه سبک‌های رهبری، نقاط قوت و ضعف هر کدام و شرایط لازم برای به‌کارگیری آنها می‌تواند منجر به اجرای صحیح سبک رهبری و حصول کارایی بیشتر شود [۱۶]. عرب نیز در مقاله خود با استفاده از مدل پیوستگی سبک رهبری *تاتن‌پام* و اشمیت پیشنهاد می‌نماید که برای انتخاب سبک مناسب رهبری در سازمان بیمارستان بهتر است عوامل مربوط به ویژگی‌های مدیر و زیردستان و وضعیت و شرایط سازمانی لحاظ شود [۳۵]. نکته لازم به ذکر این است که به‌نظر محقق و با توجه به فرهنگ سازمانی حاکم در بیمارستان مورد مطالعه، ممکن است انتخاب سبک رهبری استبدادی - خیرخواهانه منطقی به‌نظر برسد. با این حال با توجه به تاثیر مثبت سبک‌های مشورتی و مشارکتی در مسایلی چون افزایش رضایت شغلی و تعهد سازمانی و کاهش استرس شغلی، غیبت و جابه‌جایی کارکنان در سازمان‌ها و در نهایت افزایش بهره‌وری نیروی انسانی و سازمانی، مطلوب است تا آموزش نحوه به‌کارگیری این سبک‌ها به مدیران و کارکنان بیمارستان در برنامه‌های آموزشی بیمارستان لحاظ شود و بسترسازی لازم در این زمینه از سوی تصمیم‌گیرندگان و متولیان بیمارستان صورت پذیرد.

در تحقیق حاضر، بین سبک رهبری مدیران و جنسیت پاسخگویان رابطه معنی‌داری وجود داشت. به این معنی که از نظر ۵۴/۹٪ مردان و ۵۶/۳٪ زنان، سبک رهبری مدیران استبدادی - خیرخواهانه بود. در مطالعه *ترابی* [۱۹] و مطالعه *مصدق‌راد* [۱۶] ارتباط معنی‌داری بین سبک رهبری با جنسیت وجود نداشت که با نتیجه تحقیق ما مطابقت ندارد. در زمینه رابطه جنسیت و سبک رهبری، *استیفن رابینز* اعتقاد داشت که معمولی‌ترین اختلاف زن و مرد، سبک رهبری آنها است. زنان تمایل دارند که شیوه مردم‌سالارانه را به‌کار ببرند و مردان را به مشارکت تشویق کنند. مردان از این نظر تمایل به صدور فرمان و کنترل امور دارند، اما جای تعجب است که این تفاوت‌ها گاهی مبهم هستند [۳۶]. در مطالعه *پال*، میان سبک رهبری مدیران و مشخصات دموگرافیکی پاسخگویان نظیر سن، جنس، سابقه کار و سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد [۳۷]. در مطالعه *کارن و درال* نیز بین سبک رهبری و متغیرهای سن و جنس ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت [۳۸].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین شاخص‌های درصد

مشارکتی است که این نتیجه نیز با پژوهش حاضر کاملاً مطابقت دارد. در مطالعه *حمیدی* [۱۱] تحت عنوان بررسی سبک رهبری مدیران بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی ایران و رابطه آن با عملکرد بیمارستانی مشخص شد که ۷۵٪ مدیران دارای سبک رهبری وظیفه‌مدار بوده‌اند که با نتیجه تحقیق ما مطابقت دارد. *افقهی* [۲۵] در تحقیق خود تحت عنوان کاربرد مدل اقتضایی *فیدلر* در سنجش سبک رهبری در مدیریت بیمارستان‌های استان اصفهان و ارتباط آن با عملکرد مدیریت، به این نتیجه رسید که ۸۲/۴٪ مدیران دارای سبک رهبری رابطه‌مدار هستند که نتیجه این تحقیق با نتیجه تحقیق حاضر مطابقت ندارد. همچنین *زرنوشه فراهانی* [۲۶] در تحقیقی تحت عنوان بررسی رابطه سبک رهبری و راهبردهای مدیریت تعارض در روسا و مدیران بیمارستان‌های یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران به این نتیجه دست یافت که ۶۲/۵٪ مدیران دارای سبک رهبری رابطه‌گرا هستند که نتیجه این پژوهش نیز با نتیجه پژوهش حاضر مطابقت ندارد. مطالعه *فوت* [۲۷] در دانشگاه می‌سی‌سی‌پی ایالات متحده نشان داد، سبک رهبری ۴۳٪ مدیران مشارکتی است. در پژوهش انجام‌شده توسط *انصاری* [۲۴] نیز مشخص شد سبک رهبری مدیران رابطه‌مدار است که نتیجه این تحقیقات با نتیجه تحقیق ما مطابقت ندارد. در تحقیقی تحت عنوان بررسی سبک رهبری و بلوغ سازمانی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل که توسط *سیدجوادی* [۲۱] انجام شده است، مشخص شد که ۵۹/۴٪ مدیران سبک رهبری آمرانه دارند. در تحقیق *لاجوردی* [۱۴] نیز سبک مدیریت اغلب مدیران هم در بیمارستان‌های دولتی و هم در بیمارستان‌های خصوصی از نوع آمرانه بود. *آندر وود و کِبر* [۲۸] در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که مدیران پرستاری اکثراً وظیفه‌مدار بوده‌اند تا رابطه‌مدار، که با نتیجه تحقیق ما مطابقت دارد. اما *جعفرآبادی* در تحقیق خود [۲۹] به این نتیجه رسید که بیشترین درصد پرستاران مورد پژوهش دارای سبک رهبری مشاوره‌ای بودند که این نتیجه با نتیجه تحقیق ما همخوانی ندارد. همچنین *آوری و ریان* [۳۰] در مقاله خود چنین اظهار داشتند که مدیران استرالیایی ترجیح می‌دهند سبک‌های حمایتی را بیشتر از سبک‌های دستوردهنده به‌کار ببرند. در مطالعه *مصدق‌راد* [۱۶] مشخص شد سبک مدیریت مدیران بیمارستان‌های دانشگاهی شهر اصفهان از نوع مشارکتی است که نتیجه این تحقیقات با نتیجه تحقیق حاضر مطابقت ندارد. در مطالعه *دوکن* [۳۱] نیز بیان شد که اکثریت کارکنان پرستاری اظهار داشتند که برداشت آنان از سبک رهبری مدیران بخش‌های مربوطه از نوع مشورتی بوده است.

اگرچه در کشورهای پیشرفته، مدیریت مشارکتی به‌جهت تاثیر مثبت آن بر رضایت کارکنان و اثربخشی بیمارستان تایید می‌شود، ولی *موزیخ و استیل* و *مریسون* معتقدند آنچه که اعمال یک سبک را برای یک سازمان مناسب یا نامناسب می‌سازد، مساله شرایط و

ارایه خدمات ارتباط دارد [۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵]. بنابراین می‌توان به این شاخص به‌عنوان شاخص کلی مناسب برای سنجش عملکرد نظر داشت. به‌طور کلی مک‌دورموت و استوک به این شاخص به‌عنوان ابزاری برای سنجش عملکرد سازمانی بیمارستان خصوصاً از منظر راهبردی نظر دوخته‌اند [۳۹] و برای تایید نظر خود اشاره کرده‌اند که بسیاری از محققان امور بیمارستانی به‌طور گسترده‌ای در تحقیقات خود از آن به‌عنوان ابزار مهمی برای انعکاس ابعاد چندگانه و مختلف سنجش عملکرد که شامل؛ هزینه [۴۳، ۴۴، ۴۶]، کیفیت [۴۲]، کارایی [۴۵] و سوددهی [۴۷، ۴۸] است، استفاده نموده‌اند [۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴]. در اکثر مطالعات، سطوح پایین‌تر متوسط اقامت بیمار در بیمارستان به‌عنوان سطح عملکرد بهینه مورد اشاره قرار گرفته است [۴۲، ۴۷، ۵۴]، چرا که این حالت، نشان‌دهنده درمان سریع‌تر بیمار و کارایی بهتر منابع و صرف هزینه کمتر است [۴۲، ۵۵]. در خصوص ارتباط شاخص متوسط اقامت با مساله کیفیت نیز نظرات متفاوتی ابراز شده است [۳۹]. نتایج یک تحقیق تجربی گسترده روی ۱۳ نوع بیماری مختلف نشان داد که سطوح کمتر این شاخص با کیفیت بهتر مرتبط است [۴۲]. با توجه به توضیحات فوق، مک‌دورموت و استوک این‌گونه اظهار می‌نمایند که از آن‌جا که شاخص متوسط اقامت با ابعاد متفاوت عملکرد ارتباط مداوم دارد، بنابراین می‌تواند به‌عنوان شاخصی جامع و معتبر برای سنجش عملکرد بیمارستان مورد استفاده قرار گیرد [۳۹].

در تحقیق حاضر، متوسط اقامت بیمار حدود ۳/۵ روز بود. هرچند از نظر استاندارد تا حداکثر ۴ روز می‌توان شاخص مذکور را توجیه کرد [۵۶]، اما می‌توان با انجام تحقیقات تکمیلی راه‌هایی را به‌منظور کم‌نمودن متوسط اقامت بیماران در بیمارستان از طریق بررسی مجدد فرآیند پذیرش تا ترخیص بیمار، مقایسه نحوه درمان و انجام اقدامات بالینی برای بیمار در مقایسه با استانداردهای ملی و بین‌المللی، مطالعه روی علل مراجعات مجدد، تحمیل درمان‌های غیرضروری به بیمار، کاهش خطاهای پزشکی و غیره پیشنهاد نمود و نکته آخر این‌که، در مطالعه حاضر علاوه بر شاخص مذکور از سه شاخص کارایی دیگر نیز بهره گرفته شد که میزان آنها منطقی و قابل توجیه است و با توجه به سبک وظیفه‌مدار بودن مدیران بیمارستان، منطقی است که بتوان انتظار کارایی بالاتری را داشت، کما این‌که این ارتباط نیز در مطالعه حاضر از نظر آماری معنی‌دار بود. کاندیرز در مطالعه خود بیان می‌دارد که هزینه‌های بیمارستان را می‌توان با افزایش کیفیت و بهره‌وری کاهش داد و همچنین استفاده از شاخص‌های بیمارستانی نظیر متوسط اقامت بیمار، چرخش تخت و درصد اشغال تخت می‌تواند در بهره‌وری و کیفیت خدمات موثر باشد [۵۷].

با توجه به تحولات عظیمی که در علم مدیریت به‌وجود آمده است، مدیران سازمان‌ها گرایش قابل توجهی از سبک مدیریت سنتی به سمت مدیریت مشارکتی پیدا کرده‌اند. به‌دلیل ماهیت تخصصی

اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار، چرخش تخت و فاصله چرخش تخت با سبک رهبری مدیران از نظر کارکنان، ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد که می‌تواند به‌دلیل توجه بیشتر به کار و انجام وظیفه محوله به کارکنان و نظارت و کنترل نزدیک آنان از سوی مدیران مربوطه باشد و می‌توان آن را در تاثیر وظیفه‌مدار بودن مدیران خلاصه نمود. می‌توان چنین استدلال کرد که نوع رفتار مدیران می‌تواند بر انگیزه و توانایی کارکنان تاثیر گذاشته و به بهبود شاخص‌های بیمارستانی از طریق تعامل با آنان منجر شود. از آن‌جا که سبک موثر در شاخص‌های کارایی بیمارستان به‌جز متوسط اقامت بیمار، سبک استبدادی است، می‌توان چنین ادعا کرد که ممکن است عوامل دیگری در افزایش یا کاهش شاخص‌های مذکور و در نهایت عملکرد بهینه بیمارستان دخیل باشند که این نکته مستلزم انجام تحقیقات تکمیلی است. این نتایج با نتایج تحقیق حمیدی [۱۱] در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران مطابقت دارد. در مطالعه عرب [۲۳]، شاخص‌های ضریب اشغال تخت، میانگین طول اقامت بیمار و فاصله چرخش یا عملکرد تخت با امتیاز سبک رهبری مدیران نسبت عکس داشت؛ یعنی هرچه رهبری مدیران به سمت مشارکتی نزدیک‌تر می‌شد، فراوانی شاخص‌های فوق کمتر می‌شد که از این جهت به‌جز متوسط اقامت بیمار، سایر شاخص‌ها با سبک رهبری غالب در آن تحقیق (که همان استبدادی- خیرخواهانه است) مطابقت دارد. اما در کل، در تحقیق عرب [۲۳] بین شاخص‌های عملکردی بیمارستان و نمره سبک رهبری مدیران ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در مطالعه مصدق‌راد [۱۶] تحت عنوان بررسی رابطه بین سبک‌های رهبری مدیران و کارایی بیمارستان‌های دانشگاهی شهر اصفهان، میانگین درصد اشغال تخت ۵۷/۳۰٪، میانگین اقامت بیمار ۴/۰۷ روز، میانگین گردش تخت ۵۱/۴۰ بار و میانگین فاصله گردش تخت ۳/۰۳ روز بوده است. با توجه به این‌که در تحقیق مذکور سبک غالب مدیران بیمارستان‌ها سبک مدیریت مشارکتی بوده است، رابطه‌ای بین سبک مدیریت آنها و میزان کارایی بیمارستان‌ها وجود نداشت که با نتایج تحقیق ما مطابقت ندارد.

مک‌دورموت و استوک در مقاله خود برای سنجش عملکرد بیمارستان‌های نیویورک در ایالات متحده با استفاده از شاخص‌های مدیریت عملیات و تولید در بیمارستان، شاخص متوسط اقامت بیمار در بیمارستان را انتخاب کرده [۳۹] و اظهار داشتند که یک هدف عملکردی که بسیاری از ابعاد عملکردی عملیاتی سنتی را در خود لحاظ می‌کند، شاخص متوسط اقامت بیمار است [۴۰، ۴۱] که اشاره به میانگین مدت‌زمانی دارد که بیمار در بیمارستان سپری می‌نماید [۴۲]. اغلب بیمارستان‌ها متوسط اقامت بیمار را به‌عنوان شاخص عملکردی حیاتی تلقی می‌کنند [۳۹] و مطالعات قبلی نشان می‌دهند که این شاخص با هزینه، کارایی، کیفیت مراقبت و سرعت

with hospital performance based on the Fidler contingency model. Tehran: Iran University of Medical Sciences Publication; 1994. [Persian]

12- Mowday RT, Porter LW, Steers RM. Employee organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism and turnover. New York: Academic Press; 1982.

13- Dunham-Taylor J. Nurse executive transformational leadership found in participative organizations. *J Nurs Adm.* 2000;30(5):241-50.

14- Lajevardi F. Management methods of private and public hospitals in Tehran and its effect on patient satisfaction [dissertation]. Tehran: Azad University; 1996. [Persian]

15- Saghaiyan N. Process of producing statistical data on teaching hospitals. *Hospital J.* 2003;3:16-7. [Persian]

16- Mossadegh Rad AM. Participatory management role in hospital efficiency and effectiveness. *J Res Med Sci.* 2003;3:85. [Persian]

17- Arab M, Tajvar M, Akbari F. Relationship between the leadership styles of hospital managers and directors with hospital performance indicators. *Qazvin Univ Med Sci J.* 2007;4:72. [Persian]

18- Leveck ML, Jones CB. The nursing practice environment staff retention and quality of care. *Res Nurs Health.* 1996;19(4):331-43.

19- Torabi Poor A. Relationship between leadership style and conflict management strategies among directors, managers and officials of the hospital wards and units affiliated Lorestan university of medical sciences in 2004 [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2004. [Persian]

20- Tajvar M. Leadership styles of managers and directors in Qom province hospitals and its impact on hospital performance indicators in 2004 [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2004. [Persian]

21- Sayyed Javadi M. Leadership styles and organizational maturity in the Ardabil teaching hospitals of medical sciences university. *J Health Manag.* 2004;8(20):36-9. [Persian]

22- Nasiri-Poor AA, Helali Bonab MA, Raeisi P. Leadership styles of health networks managers and performance indicators (East Azarbaijan Province, 2007). *J Health Manag.* 2009;12(36):54-6. [Persian]

23- Arab M. Effect of organizational structure and management methods on hospital indicators and determine a suitable model for the promotion of Iran public hospitals [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2000. [Persian]

24- Ansari AM. Comparison of manager's leadership styles in Jihad organization of Yazd province from administrators and employees viewpoint [dissertation]. Tehran: Tarbiat Moallem University; 2000. [Persian]

25- Afqahi Frymani AR. Application of Fidler contingency model measurement Isfahan province hospitals managers leadership style and its relation to performance management in 1997 [dissertation]. Tehran: Azad University; 1997. [Persian]

26- Zarnosheh Farahani MT. Relationship between leadership style and conflict management strategies in hospital affiliated and Baqiyatallah university of medical sciences in 2001 [dissertation]. Tehran: Baqiyatallah University of Medical Sciences; 2001. [Persian]

27- Foote DG. Relationship of leadership administration in long-term care facilities in five southern states [dissertation]. McArthur Hall: Mississippi State University; 2003.

28- Underwood MJ, Kenner CA. Leadership behaviors of pediatric nurse managers. *Pediatr Nurs.* 1991;17(6):587-9.

بیمارستان و وجود کارکنان متنوع در رده‌های مختلف شغلی، بدون بهره‌مندی از نظام مدیریت مشارکتی، بقای سازمان در بازار رقابت محکوم به فنا خواهد بود. آنچه مهم است این است که مدیران ابتدا در زمینه رهبری مشارکتی آموزش‌های کافی را دریافت دارند و هدف از به‌کارگیری این سبک را درک کنند و سپس این سبک را در بیمارستان به‌کار گیرند تا بهره‌وری سازمان خود را افزایش دهند [۶]. از سویی، مطالعه حاضر نشان داد میان شاخص‌های مطرح مورد مطالعه و سبک رهبری ارتباط وجود دارد. لذا برای سنجش بهره‌وری در بیمارستان، توجه به سبک رهبری مناسب و سنجش شاخص‌های مذکور خصوصاً متوسط اقامت بیمار ضروری است.

نتیجه‌گیری

از نظر کارکنان بیمارستان مورد مطالعه، سبک رهبری استبدادی-خیرخواهانه، بیشترین و سبک رهبری مشارکتی کمترین سبک رهبری به‌کارگرفته‌شده توسط مدیران است و میان سبک رهبری مدیران و شاخص‌های درصد اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار، گردش تخت و فاصله گردش تخت ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. اگر چه انتخاب سبک رهبری استبدادی از نظر کارکنان با توجه به محیط سازمانی موجود، دور از ذهن نیست، اما استفاده از سبک‌های رهبری مشورتی و مشارکتی و آموزش به‌کارگیری شیوه‌های مذکور به‌منظور ارتقای بهره‌وری سازمانی پیشنهاد می‌شود.

منابع

- 1- Lambert VA, Nugent KE. Leadership style for facilitating the integration of culturally appropriate health care. *Semin Nurse Manag.* 1999;7(4):172-8.
- 2- Thief M. Leadership styles in information technology projects. *Int J Project Manag.* 2000;18(4):235-41.
- 3- Perra BM. Leadership: The key to quality outcomes. *Nurs Adm Q.* 2000;24(2):56-61.
- 4- Bowles N, Bowles A. Transformational leadership. *Nurs Times Learn Curve.* 1999;3(8):3-5.
- 5- Howkins E, Thornton C. Managing and leading innovation in health care. Philadelphia: Bailliere Tindall; 2002.
- 6- Mossadegh AM. Hand book of hospital organization and professional management. Tehran: Dibagaran Publication; 2004. [Persian]
- 7- Sorrentino EA, Nalli B. The effect of head nurse behaviors on nurse job satisfaction and performance. *Hosp Health Serv Adm.* 1992;37(1):103-13.
- 8- Chiok Foong Loke J. Leadership behaviours: Effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *J Nurs Manag.* 2001;9(4):191-204.
- 9- Frank B, Eckrich H, Rohr J. Quality nursing care, leadership makes the difference. *J Nurs Adm.* 1997;27(5):13-4.
- 10- Niewerhou SS. Reflections on leadership style. *Home Health Care Manag Pract.* 2003;15(5):436-8.
- 11- Hamidi Y. Leadership styles of the Iran university of medical science managers hospitals and their relationship

and analysis of unit cost estimation studies: How many hospital diagnoses? How many countries? *Health Econ.* 2003;12(7):517-27.

45- Burns LR, Chilingirian JA, Wholey DR. The effect of physician practice organization on efficient utilization of hospital resources. *Health Serv Res.* 1994;29(5):583-603.

46- Polverejan E, Gardiner JC, Bradley CJ, Holmes-Rovner M. Estimating mean hospital cost as a function of length of stay and patient characteristics. *Health Econ.* 2003;12(11):935-47.

47- Langland-Orban B, Gapenski LC, Vogel WB. Differences in characteristics of hospitals with sustained high and sustained low profitability. *Hosp Health Serv Adm.* 1996;41(3):385-99.

48- Sear AM. Operating characteristics and comparative performance of investor-owned multihospital systems. *Hosp Health Serv Adm.* 1992;37(3):403-15.

49- Butler TW, Leong GK. The impact of operations competitive priorities on hospital performance. *Health Care Manag Sci.* 2000;3(3):227-35.

50- Lagoe RJ, Westert GP, Kendrick K, Morreale G, Mnich S. Managing hospital length of stay reduction: A multihospital approach. *Health Care Manag Rev.* 2005;30(2):82-92.

51- Caron A, Jones P, Neuhauser D, Aron DC. Measuring performance improvement: Total organizational commitment or clinical specialization. *Qual Manag Health Care.* 2004;13(4):210-5.

52- Anderson JG, Harshbarger W, Weng HC, Jay SJ, Anderson MM. Modeling the costs and outcomes of cardiovascular surgery. *Health Care Manag Sci.* 2002;5(2):103-11.

53- Raffiee K, Wendel J. Interactions between hospital admissions, cost per day and average length of stay. *Appl Econ.* 1991;23(1):237-46.

54- Shi L. Patient and hospital characteristics associated with average length of stay. *Health Care Manag Rev.* 1996;21(2):46-61.

55- Brown MP, Sturman MC, Simmering MJ. Compensation policy and organizational performance: The efficiency, operational and financial implications of pay levels and pay structure. *Acad Manag J.* 2003;46(6):752-62.

56- Sadaghiyani I. Evaluation of health care and hospital standards. Tehran: Jafari Publication; 2005. [Persian]

57- Kunders GD, Gopinath S, Katakam A. Hospitals: Planning, design and management. New Delhi: McGraw-Hill Publication; 2001.

29- Jafarabadi Ashtiani M. Satisfaction of nurses from the headnurses leadership styles of hospitals medical sciences university affiliated to the ministry of health and medical education in Tehran [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 1988. [Persian]

30- Avery GC, Ryn J. Applying situational leadership in Australia. *Manag Dev.* 2002;21(4):242-62.

31- Dolan L. Management style and staff nurse satisfaction [dissertation]. Louisville KY: Bellarmine University; 2001.

32- Al-Askar A. The relationship between principal leadership style as perceived by teachers and school climate in high school in Riyadh city Saudi Arabia [dissertation]. Pennsylvania: The Pennsylvania State University; 2003.

33- Morrison RSJ. The relation between leadership styles and empowerment on job satisfaction of nurses [dissertation]. USA: University of Albena; 1997.

34- Mosadegh Rad AM, Yarmohammadian MH. A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction. *Leadersh Health Serv.* 2006;19(2):11-28.

35- Arab M, Tajvar M, Akbari F. Selection an appropriate leadership style to direct hospital manpower. *Iran J Public Health.* 2006;35(3):64-9.

36- Moshabbaki A. Organizational behavior management. Tehran: Termeh Publication; 1998. [Persian]

37- Bull DA. Situational leadership style and employee turnover intent: A critical examination of health care organizations [dissertation]. Minneapolis: Capella University; 2010.

38- Wetheral Karen M. Principle leadership style and teacher job satisfaction [dissertation]. Stone Hall: Atlanta University; 2003.

39- McDermott CH, Stock GN. Hospital operations and length of stay performance. *Int J Oper Prod Manag.* 2007;27(9):1020-42.

40- Skinner W. Manufacturing-missing link in corporate strategy. *Harv Bus Rev.* 1969;47(3):136-45.

41- Hayes RH, Wheelwright SC. Restoring our competitive edge: Competing through manufacturing. New York: John Wiley and Sons; 1984.

42- Thomas JW, Guire KE, Horvat G. Is patient length of stay related to quality of care? *Hosp Health Serv Adm.* 1997;42(4):489-507.

43- Ashby J, Guterman S, Greene T. An analysis of hospital productivity and product change. *Health Aff.* 2000;19(5):197-205.

44- Glick HA, Orzol SM, Tooley JF, Mauskopf JO. Design