



بررسی مدل‌های ارتقا کیفیت در بیمارستانها

مولفان

نویسنده مسئول: **مریم موسایی**، کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - کارمند دانشگاه آزاد اسلامی واحد اقلید

mousaeima@gmail.com:

مهدی جمشیدی، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی - بازاریابی - کارمند موسسه مالی و اعتباری ثامن الائمه

jamshidi.h151@gmail.com

چکیده فارسی

مقدمه: در دنیای رقابتی امروز که به سرعت در گذر زمان است، سازمانهایی موفق خواهند بود که با تاکید بر اصول پیشگیری قبل از وقوع و رویکرد مبتنی بر مشتری، آگاهی و بینش مصرف کنندگان خدمات و کالاها را از بعد کیفیت ارتقاء دهند. بدون تردید در چنین وضعیتی که محدودیت منابع انسانی و مادی آن را تشدید می‌کند استقرار یک سیستم ارتقاء کیفیت خدمات که منجر به بهبود مستمر، کاهش هزینه‌ها و اتلاف منابع به همراه یک سود ثابت و پایدار باشد، اجتناب ناپذیر است (باغبانیان، ۱۳۸۲).

این پژوهش با هدف بررسی مدل‌های ارتقا کیفیت در بیمارستانها در فاصله زمانی ۱۳۷۴ تا ۱۳۹۴ انجام شد. مواد و روشها: این مطالعه یک مطالعه مروری بود که با استفاده از روش کتابخانه ای و بانکهای اطلاعاتی Springer, Elsevier, Medline, Proquest, Science Direct, Magiran, Emerald Quality, Hospital و با استفاده از کلید واژه های Model, Quality promotion, و معادل های فارسی آنها انجام گرفت. حاصل این جستجوها بر اساس هدف مطالعه به صورت مرحله به مرحله به ترتیب با مطالعه: عنوان، چکیده و مقاله کامل پالایش شد. نتایج: بهبود عملکرد در بیمارستانها مستلزم داشتن مدلی مناسب برای ارزیابی عملکرد است. زیرا تحقق اهداف سازمانی بدون وجود یک مدل جامع به منظور ارزیابی و بازنگری برنامه ها امکان پذیر نبوده و سازمان ها نمی توانند بدون توجه به نتایج حاصل از فعالیت ها، مدیریت موثر خود را بر اجرای برنامه ها اعمال نمایند. بررسی ها نشان میدهد در حال حاضر مدل‌های شناخته شده ارتقا کیفیت عبارتند از: ایزو، شش سیگما، کارت امتیازی متوازن، مالکوم بالدريج، حاکمیت بالینی، TQM، تعالی سازمانی و اعتبار بخشی. اکثر پژوهشهایی که در مورد کیفیت در بیمارستانها انجام شده است بر اساس مدل مدیریت کیفیت فراگیر (عوامل موثر بر اجرا، موانع استقرار، عوامل بحرانی، نیازهای اساسی و...) است و پژوهشهای کمتری در حیطه اعتبار بخشی (بررسی نگرش مدیران، زیرساختها و موانع، الزامات اجرا و...) انجام شده است و به ندرت پژوهشی در مورد ارزیابی عملکرد بیمارستانها بر اساس سایر الگوها همچون: ایزو، شش سیگما، کارت امتیازی متوازن، مالکوم بالدريج، حاکمیت بالینی و تعالی سازمانی به چشم می خورد. نتیجه گیری: اکثر پژوهشهایی که در مورد کیفیت در بیمارستانها انجام شده است بر اساس مدل مدیریت کیفیت فراگیر و اعتبار بخشی است و جای خالی زیادی در مورد بررسی کیفیت بر اساس سایر مدل‌های شناخته شده ارتقا کیفیت مانند: ایزو، شش سیگما، کارت امتیازی متوازن، مالکوم بالدريج، حاکمیت بالینی و تعالی سازمانی وجود دارد.

کلید واژه ها: مدل، ارتقا، کیفیت و بیمارستان

مقدمه



سازمانها برای اینکه در محیط تجاری کنونی موفق شوند باید به کیفیت محصول توجه نمایند. در واقع یکی از مهمترین رویدادهای سالهای کنونی توجهی است که به مفهوم کیفیت می شود و این یعنی سازمان بدون ارتکاب خطا و اصلاح اشتباهات، در وهله نخست کارهای درستی را انجام دهد و با تاکید بر انجام دادن کارهایی که در نخستین مرتبه به شیوه ای درست یا مناسب انجام شود، می تواند از هزینه های زیاد مربوط به دوباره کاری ها پرهیز کند (استونر، ۱۳۷۹).

در دنیای رقابتی امروز که به سرعت در گذر زمان است، سازمانهایی موفق خواهند بود که با تاکید بر اصول پیشگیری قبل از وقوع و رویکرد مبتنی بر مشتری، آگاهی و بینش مصرف کنندگان خدمات و کالاها را از بعد کیفیت ارتقاء دهند. بدون تردید در چنین وضعیتی که محدودیت منابع انسانی و مادی آن را تشدید می کند استقرار یک سیستم ارتقاء کیفیت خدمات که منجر به بهبود مستمر، کاهش هزینه ها و اتلاف منابع به همراه یک سود ثابت و پایدار اجتناب ناپذیر است (باغبانیان، ۱۳۸۲). هیچ سازمانی نمی تواند به بقای خود ادامه دهد و پیشرفت کند مگر اینکه بر کمبودهای خود چیره شود و آینده خود را با توجه به عملکرد گذشته خود بسازد (انصاری و عبادی فرد آذر، ۱۳۷۸). از طرف دیگر ارزیابی برای مراقبت های بهداشتی درمانی امری اجتناب ناپذیر است. زمانی که با منابع محدود مواجه ایم دانستن اینکه آیا برنامه موثر و مفید بوده است یا خیر یک امر حیاتی است. حتی در صورت دسترسی به منابع کافی نیز باید بدانیم که، از بین برنامه های در دست اجرا کدامیک با صرفه تر، مطمئن تر و کارآمدتر و از نظر وقت در مدت زمان کمتری قابل انجام و عملی تر است (صدقیانی، ۱۳۷۶). با توجه به این مهم پژوهشگر برآن شده است تا الگوهای ارتقا کیفیت در بیمارستانها را بررسی نماید.

بررسی پژوهش های گذشته در ایران حاکی از آن است که پرداختن به مقوله کیفیت در بیمارستانها عمدتاً با موضوعاتی مانند: مدیریت کیفیت فراگیر (تقی پور، ۱۳۷۷)، (مومنی نژاد، ۱۳۷۷)، (رستمی، ۱۳۸۲)، (دهنویه، ۱۳۸۲) (تورانی و همکاران، ۱۳۸۷)، اعتباربخشی و ارزیابی عملکرد (اعظمی و همکاران، ۱۳۹۰)، (راحتی و همکاران، ۱۳۹۳) و (اکبری و عقلمند، ۱۳۸۴)، استانداردهای ایزو (ابراهیمی پور، ۱۳۸۳) و همچنین تاثیر به کارگیری نظام های بهبود کیفیت بر ارتقای رضایتمندی بیماران (طیبی و همکاران، ۱۳۸۹) سنجیده شده است و پژوهش های اندکی در رابطه با مدل های ارتقا کیفیت انجام شده است (ابراهیمی پور و همکاران، ۱۳۹۳)، (مقدم و منطقی، ۱۳۹۲).

با توجه به اینکه شبکه های بهداشت و درمان (بالاخص بیمارستانها) مهمترین نقش را در دستیابی به رسالت و مقاصد بهداشتی و درمانی به عهده دارند توجه دقیق به نقاط قوت و ضعف آنها در اثر بخشی نظام بهداشتی و درمانی بسیار موثر است (باغبانیان، ۱۳۸۲). در این پژوهش بررسی الگوی ارتقا کیفیت در بیمارستانها مد نظر می باشد.

روش بررسی

این تحقیق که از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۹۴ ادامه داشت، یک مروری است که با روش کتابخانه ای و رجوع به سایت های بین المللی و داخلی با بهره گیری از ۱۰ موتور جستجو و سایت های اینترنتی، با کلید واژه های اصلی که عبارت بودند از Model, Quality promotion, Hospital, و کلید واژه های فارسی: مدل، ارتقا، کیفیت و بیمارستان و ترکیب این کلید واژه ها در پایگاه های اینترنتی Emerald, Magiran, Medline, Elsevier, Science Direct, Proquest, جستجو انجام گردید و حاصل جستجو با کلید واژه های فوق در پایگاه های اطلاعاتی منجر به شناسایی ۴۷۲۸ مقاله گردید که پس از مطالعه عناوین و چکیده مقالات توسط نویسندگان مقاله و مرتبط بودن و غیر مرتبط بودن و همچنین معیارهای ورود که شامل ۱- بین سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۹۴ به چاپ رسیده باشد ۲- به زبان انگلیسی یا فارسی باشد ۳- در یک مجله علمی پژوهشی به چاپ رسیده باشد ۴- حاصل یک مطالعه پژوهشی باشد، مورد بررسی قرار گرفت و مقالات مرتبط انتخاب شد که از بین مقالات ۱۱۲



مقاله وارد مطالعه مروری شدند و از میان این تعداد آن دسته از مقالات که به دلیل عدم تمرکز بر کیفیت و از طرفی سوگیری مطالعات بر حوزه های غیر مرتبط بر بهداشت و درمان و تشابه برخی از مطالعات، از این پژوهش حذف شدند و در نهایت ۲۶ مقاله پژوهشی که به بررسی کیفیت خدمات بیمارستانی و خصوصاً الگوهای آن پرداخته بودند، مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته ها

الف-

تاریخچه

در سال ۱۹۱۳ کالج جراحان امریکا به منظور بهبود استاندارد خدمات بیمارستانی بنیاد نهاده شد و به استقرار برنامه استاندارد بیمارستانی در سال ۱۹۱۷ مبادرت نمود. این وضع به تدوین تعدادی از اصول و معیارهایی انجامید که مبنای تعیین اعتبار را تشکیل داد. در سال ۱۹۵۲، کانادا و در سال ۱۹۷۴ استرالیا به اجرای اعتباربخشی پرداختند. از دهه ۱۹۵۰ تا اوایل ۱۹۹۰ برنامه های اعتباربخشی فقط در کشورهای پیشرفته وجود داشت. اما افزایش نیاز به ارتقای کیفی خدمات بهداشتی درمانی و آمارهای رو به تزاید خطاهای پزشکی، به گسترش چشم گیر آن در سال های اخیر منجر شد به طوری که در دهه ۱۹۹۰، در برخی از کشورهای در حال توسعه نیز اجرا شد و تا سال ۲۰۰۴ تقریباً ۶۰ کشور یا اجرا کننده و یا در حال انجام پروسه های برنامه اعتباربخشی ملی مراقبت سلامت بودند. در اواخر دهه ۱۹۸۰، دو نگرش عمده، شیوه ها و نظام های مدیریت کیفیت سازمان ها را به طور محسوس تحت تاثیر قرار دادند:

سری ISO90001

-استانداردهای

فراگیر

کیفیت

-مدیریت

تا زمان معرفی مدل ایزو، یک استاندارد رسمی بین المللی که مشخص کند چگونه می توان استقرار و بکارگیری مدیریت کیفیت فراگیر را اندازه گیری و ارزیابی کرد، موجود نبود. به همین دلیل، تلاش هایی به منظور شناسایی و اندازه گیری معیارهای اصلی مدیریت کیفیت فراگیر، در کشورهای مختلف آغاز شد. یکی از اولین گام ها در سال ۱۹۸۳ و در کانادا با طرح جایزه کیفیت و سرآمدی کانادا برداشته شد. پس از آن در سال ۱۹۸۷ جایزه ملی کیفیت مالکوم بالدريج در آمریکا و در سال ۱۹۹۱ جایزه کیفیت بنیاد اروپایی (EFQM) ارائه گردید (امامی رضوی و محقق، ۱۳۸۷).

معرفی مدل های ارتقا کیفیت

۱- مدل تعالی سازمانی

موفقیت ژاپن در به کارگیری روش های علمی مدیریت کسب و کار، تهدیدی جدی برای شرکتهای آمریکایی ایجاد کرد. به نحوی که در دهه ۸۰ بسیاری از آنها با واگذاری بازار به رقبای ژاپنی درآستانه ورشکستگی قرار گرفتند، ژاپن این موفقیت را مدیون دکتر ادوارد دمینگ بود که در سال ۱۹۵۰ ایده های نوینی در زمینه بهره وری و کیفیت مطرح نمود. در سال ۱۹۵۱، ژاپن جایزه ای به نام وی بنیان نهاد که اهدای آن همچنان ادامه دارد، این مدل، نگرش جدیدی در بحث کیفیت ایجاد کرد که بر اساس آن برای تولید محصولات و خدمات با کیفیت، به هماهنگی همه جانبه در سطح سازمان نیاز است (هاشم زهی و همکاران، ۱۳۸۶). با به کارگیری مدل های تعالی سازمانی یا سرآمدی کسب و کار، ضمن این که یک سازمان می تواند میزان موفقیت خود را در اجرای برنامه های بهبود در مقاطع زمانی مختلف مورد ارزیابی قرار دهد، امکان مقایسه عملکرد خود با سایر سازمان ها و به ویژه با بهترین آنها را خواهد داشت (حری و همکاران، ۱۳۸۸). کار طراحی این مدل در اروپا، به صورت جدی از سال ۱۹۸۹ میلادی آغاز شد و مدل سرآمدی در سال ۱۹۹۱ معرفی گردید. از میان سه مدل دمینگ، مدل EFQM و مدل مالکوم بالدريج که از معروف ترین مدل های تعالی سازمانی هستند و عمومیت و استقبال بیشتری در سطح جهان یافته اند، مراکز بهداشتی و درمانی بسیاری از کشورهای اروپایی به سمت استفاده



از مدل تعالی سازمانی EFQM سوق پیدا کرده اند(هاشم زهی و همکاران، ۱۳۸۶).

۲- مفاهیم بنیادین مدل تعالی سازمانی

مدل تعالی سازمانی هشت مفهوم بنیادین را برای مدل مطرح می کند. هر یک از این مفاهیم برای خود تعریف خاصی دارند و این مفاهیم بر اساس یکسری معیار، جزء معیار و نکات راهنما با استفاده از منطق رادار و روش امتیاز دهی اندازه گیری می شوند. لزوماً خود این مفاهیم به همین شکل قابل اندازه گیری نیستند مگر با استفاده از معیارها و جزء معیارها (حری و همکاران، ۱۳۸۸).

۳- دست یابی به نتایج متوازن

معمولاً در هر سازمانی یک سری شاخص های عملکردی مد نظر می باشد. به عنوان مثال در حوزه معاونت غذا و دارو به شاخص هایی همچون: دسترسی به خدمات دارویی، بهبود تجویز آنتی بیوتیک، حفظ الگوی مصرف دارو و... برخورد می کنیم یعنی اگر دسترسی به خدمات دارویی را فراهم کنیم ولی ایمنی را کنار بگذاریم توازن بین شاخص ها برقرار نشده است، از نظر مدل تعالی باید توجه به نتایج عملکردی بطور متوازن انجام شود. البته این بحث مطرح میشود اگر صرفاً به نتایج عملکردی توجه کنیم و به نتایج جامعه فکر نکنیم، آیا کنترلی روی نتایج جامعه هست یا نه؟ مثلاً شما به مقوله بیماری های خاص خوب توجه کنید و به دیگر نتایج شاخص های عملکردی توجهی نداشته باشید باز هم توازن ایجاد نشده است، یکی دیگر از نتایج مربوط به نتایج کارکنان است. چقدر به ارتقاء شغلی، ایجاد انگیزه، خدمات رفاهی کارکنان توجه نموده ایم، کارکنان چقدر رضایت دارند، چقدر توانمند شده اند، آیا برنامه ریزی منابع انسانی مطلوب بوده است. یعنی باید بتوانیم بین همه این نتایج توازن برقرار کنیم، یعنی هم از یک طرف به نتایج جامعه توجه داشته باشیم هم به نتایج عملکردی و بتوانیم بین همه این نتایج توازن لازم را برقرار کنیم.

در بحث تعالی از بین هشت مفهوم، مهمترین مفهوم بنیادین تعالی؛ دست یابی به نتایج متوازن است که هفت مفهوم دیگر را در خود جای می دهد. در مسیر تعالی، هدف این است که این مفاهیم در درون سازمان شکل بگیرد، رسمیت پیدا کند و قابل اندازه گیری باشد (حری و همکاران، ۱۳۸۸).

۴- حاکمیت بالینی

موضوع حاکمیت بالینی در اواخر دهه ۱۹۹۰ ارائه شد. این نظام چارچوبی برای حمایت از تشکیلات محلی نظام سلامت انگلستان بود، که این تشکیلات مسئولیت قانونی ارتقای کیفیت را برعهده داشت. حاکمیت بالینی فرصت درک و آموختن روشهای ایجاد و گسترش اجزای مورد نیاز برای ارائه مراقبت با کیفیت را به ارمغان می آورد. پیشتر این مقوله و این عناصر، نامحسوس تر از آن تلقی می شدند که جدی انگاشته شوند، یا برای بهبودشان تلاش شود (خلیقی نژاد و همکاران ۱۳۸۷). حاکمیت بالینی به طور رسمی چنین تعریف شده است چارچوبی است که سازمانهای ارائه دهنده خدمات سلامت را موظف به رعایت اصول تعالی خدمات بالینی نموده و از این طریق آنها را در مقابل حفظ و ارتقای کیفیت خدماتی که ارائه می دهند پاسخگو گرداند.

حاکمیت بالینی به عنوان ابزاری مطرح است که دستیابی به کیفیت در مراقبت های بهداشتی درمانی را میسر می سازد و مکانیزمی می باشد که با تضمین استانداردهای متعالی بالینی، پاسخگویی عملکرد و بهبود مستمر از این طریق را در پی دارد. آنچه در مورد حاکمیت بالینی نظام سلامت به نظر می رسد، این است که حاکمیت بالینی چارچوبی متشکل از ارکان و اجزای تعریف شده پدید می آورد تا از طریق آن دستیابی به استانداردها میسر شود. این چارچوب از فرایندی به اسم تضمین



کنترل بهره می جوید.
تضمین کنترل هرچند یک نسخه تجویزی است اما قابل مقایسه با مدلی چون EFQM است که به ارزیابی عملکرد سازمان با چشم انداز کیفیت و تعالی می پردازد منتهی EFQM یک چارچوب جامع است که اقدامات جاری سازمان را در مسیر کیفیت قرار می دهد و با حرکت در فضای سنجش عملکرد و بهبود مستمر ابزاری ایده آل برای رسیدن به کیفیت را فراهم می آورد. از همین روست که استفاده از مدل EFQM به عنوان ابزاری برای ارزیابی اینکه آیا حاکمیت بالینی در سازمان پیاده می شود، پیشنهاد شده است (خلیقی نژاد و همکاران ۱۳۸۷).

۵- اعتبار بخشی

اعتبار بخشی یک فرآیند ارزشیابی معتبر است که ارزشیابان خارجی (خارج از سیستم) توسط آن قادر به اندازه گیری فعالیتها می باشند و به معنای ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت یا استانداردهای مشخص است. استانداردهایی که به بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تأکید دارد. اعتبار بخشی به طور اختصاصی برای ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی طراحی و ارائه شده است. در خصوص مدل مورد استفاده اعتبار بخشی در ایران نیز باید چنین بیان نمود که در سپتامبر ۲۰۰۲ دفتر کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی و دفتر منطقه ای در اجلاس مصر مدلی انعطاف پذیر از اعتباربخشی بیمارستانی را برای منطقه خاورمیانه ارائه دادند که برای منطقه خاورمیانه مناسب به نظر می رسید به نحوی که آن مدل متناسب و قابل اجرا در سطح کشور تشخیص داده شده است (هاشم زهی و همکاران، ۱۳۸۶).

مروری بر پژوهش های صورت گرفته در زمینه ارزیابی استقرار برنامه های ارتقاء کیفیت در بیمارستان های ایران:

تقی پور (۱۳۸۰) در پژوهش «بررسی موانع اجرای مدیریت کیفیت فراگیر از دیدگاه مدیران مراکز بهداشتی و درمانی تبریز» عوامل زیر را به عنوان موانع استقرار مدیریت کیفیت فراگیر بر می شمرد: عدم توجه و آموزش کارکنان در قالب کلاس های آموزشی؛ نارسایی و ناتوانی در نظام اطلاعات مدیریتی که از زیرساخت استراتژیک سازمان تلقی می گردد؛ نبود آگاهی یا دانش کافی از مدیریت کیفیت فراگیر؛ ارزشیابی نامناسب در محیط کار. وی به این نتیجه رسید که مفهوم واقعی مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان نهادینه نشده است.

• رستمی (۱۳۸۲) در بررسی «عوامل بحرانی مدیریت کیفیت فراگیر» به این نتیجه می رسد که میزان شرکت نامنظم رهبران در کمیته های راهبردی بیانگر تعهد پایین آنان نسبت به این عامل می باشد.

• دهنویه (۱۳۸۲) در پژوهش «ارزیابی نیازهای اساسی اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مجتمع حضرت رسول» بیان می نماید که عوامل تعهد رهبری و ارتباطات سازمانی در وضعیت مطلوب قرار دارند و عوامل زیر نیازمند تقویت می باشند: ساختار سازمانی، مشارکت کارکنان، توسعه منابع انسانی، فرهنگ سازی و کار تیمی.

• ابراهیمی پور (۱۳۸۳) در بررسی «تاثیر پیاده سازی استانداردهای ایزو بر یادگیری سازمانی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ایران» بیان نمود که پیاده سازی استانداردهای ایزو در بیمارستان حضرت رسول اکرم، تفاوت معنی داری را در یادگیری فردی، گروهی و سازمانی نسبت به بیمارستان هفت تیر که در آن استانداردهای ایزو اجرا نشده، نشان می دهد.

• توفیقی (۱۳۸۷) در مقاله خود با عنوان «ارتقای کیفیت، موانع و راهکارها» بیان می دارد که یکی از مهمترین موانع استقرار نظام کیفیت، پایین بودن تعهد مدیران می باشد. همچنین از دیگر موانع استقرار نظام کیفیت، عدم تناسب ساختار سازمانی با



نظام کیفیت است.

• تورانی و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی «عوامل موثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران» دریافته اند که از هشت عامل موثر، سه عامل توجه به مشتری (۵۹/۷ درصد) و ارتباطات مناسب سازمانی (۵۵ درصد) و ساختار مناسب (۵۰ درصد) از وضعیت خوب برخوردار بوده و ۵ عامل دیگر در وضعیت متوسط قرار دارند: تعهد رهبری (۴۸ درصد)، کار تیمی (۴۷/۷۵)، توسعه منابع (۴۶/۷)، مشارکت کارکنان (۴۶/۵ درصد) و فرهنگ سازی (۴۵ درصد).

• اعظمی و همکاران (۱۳۹۰) در «بررسی دانش و نگرش مدیران بیمارستان های آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی تبریز و اردبیل در مورد اعتباربخشی» دریافته اند که ۶۳ درصد از شرکت کنندگان در مورد اعتباربخشی آگاهی و دانش پایین داشتند و ۸۵ درصد از شرکت کنندگان معتقد بودند که نیاز بسیار زیادی به گذراندن دوره های آموزشی در زمینه اعتباربخشی دارند.

• یونسی فر و همکاران (۱۳۹۲) در «بررسی ارزیابی عملکرد بیمارستان شهید صدوقی یزد براساس الگوی تعالی سازمانی EFQM» دریافته اند که بیمارستان از وضعیت مطلوب تعریف شده، فاصله زیادی دارد (متوسط رو به پایین). در بین معیارهای توانمندسازیها معیار کارکنان (۳۴/۷۲ درصد) و رهبری (۳۴/۸۶ درصد) (بیشترین فاصله را با وضعیت مطلوب دارد و با توجه به درصد امتیازات کسب شده در معیار رهبری نتیجه گرفتند که چشم انداز و مأموریت ها به خوبی تدوین نشده و اهداف و ارزش ها در بیمارستان به خوبی انتشار داده نشده و تقویت نشده است. همچنین امتیاز معیار کارکنان نشان دهنده این است که دانش و توان بالقوه کارکنان به خوبی توسعه نداده شده و به کارکنان اختیار لازم جهت تصمیم گیری و اقدام تفویض نشده است. معیار فرایند (۳۷/۱۰ درصد) نشان دهنده آن است که بیمارستان نیازهای مشتریان و سایر ذینفعان را به طور مناسب نشناخته و درک نکرده است و فرایندهای کلیدی و پشتیبان به طور مناسب طراحی نشده اند. امتیاز کسب شده در معیار خط مشی و استراتژی (۳۸/۹۱ درصد) نشان دهنده آن است که خط مشی و استراتژی به طور دقیق بر مبنای مفاهیم تعالی سازمان تدوین نشده و چارچوبی مشخص جهت شناسایی و استقرار فرایندهای سازمان برای تحقق خط مشی و استراتژی وجود ندارد. معیار مشارکتها و منابع (۳۹/۸۴ درصد) نشان دهنده وضعیت نامناسب در مدیریت منابع خارجی و منابع داخلی اش برای دستیابی جامع سازمان می باشد.

• اعظمی و همکاران (۱۳۹۲) در «بررسی زیرساخت ها و موانع موجود بیمارستان های استان آذربایجان شرقی جهت اجرای اثربخش اعتباربخشی از دیدگاه مدیران بیمارستان ها»، نشان می دهد که ۷۶ درصد مدیران با اجرای اعتباربخشی موافق هستند و اعتقاد دارند که اجرای آن سبب بهبود خدمات و افزایش رضایت بیماران و کارکنان خواهد گردید. ۵۰ درصد شرکت کنندگان نیز بیان کردند که آشنایی کافی با مفاهیم اعتباربخشی ندارند و بیمارستان های آن ها آمادگی لازم را (منابع، تعهد مدیران، مهارت و دانش کارکنان) برای اجرای اعتباربخشی ندارند. همچنین تفاوت معنی داری در منابع و زیرساخت ها بین بیمارستان های شهرستان تبریز و بیمارستان های سایر شهرستان ها وجود دارد. مهمترین موانع استخراج شده شامل: کمبود نیروی انسانی، عدم مشارکت پزشکان، نبود منابع، سیستم های مستند سازی و اطلاعاتی بود.

• راحتى و همکاران (۱۳۹۳) در «بررسی الزامات اجرای برنامه اعتباربخشی بعد از اولین ارزیابی ملی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی کاشان»، فاکتورهای موثر بر اجرای اعتباربخشی را بررسی نمودند: ساختار سازمان (۶۲ درصد) و توسعه منابع انسانی (۶۰ درصد) در وضعیت خوب؛ مشتری محوری (۵۶)، رهبری و مدیریت (۵۷ درصد) و کار تیمی (۵۸ درصد) در وضعیت متوسط بوده و نیازمند بهبود و توجه ویژه می باشند.



طیبی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی که با عنوان " بررسی ارتقای رضایتمندی بیماران از طریق بکارگیری نظام های بهبود کیفیت در بیمارستانهای آموزشی شهر تهران " با هدف بهبود ساز و کارهای نظام های بهبود کیفیت در بیمارستانهای آموزشی انجام شده است. به روش پرسشنامه ای ۳۲ بیمارستان آموزشی شهر تهران به روش نمونه گیری تصادفی مورد بررسی قرار دادند که نتایج پژوهش لزوم توجه به شاخص های کیفی در هنگام به کارگیری نظام های بهبود کیفیت در بیمارستانها را آشکار ساخت و به علاوه مشخص شد توجه به شاخص های مورد استفاده در نظام های بهبود کیفیت می تواند منجر به افزایش سطح رضایتمندی بیماران در بیمارستانها گردد (طیبی و همکاران، ۱۳۸۹).

ابراهیمی پور و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان " ارزشیابی عملکرد شبکه بهداشت شهرستان بردسکن با استفاده از الگوی بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت " تعداد ۲۵ نفر از مدیران، مسؤولین واحدها و کارشناسان ستادی در شبکه بهداشت شهرستان بردسکن به صورت سرشماری بررسی کردند. شبکه بهداشت و درمان بردسکن در این ارزیابی از ۱۰۰۰ نمره در نظر گرفته شده در الگوی EFQM، ۲۱۱/۸ نمره به خود اختصاص داد که حوزه توانمند سازها ۱۳۸/۵ و حوزه نتایج ۷۳/۳ نمره کسب نمودند. درصد نمره معیارهای نه گانه الگو شامل رهبری ۲۶ درصد، استراتژی ۳۴/۳ درصد کارکنان ۳۸/۱ درصد، منابع و شرکت ها ۳۰ درصد، فرآیندها ۲۱/۴ درصد، نتایج مشتریان درصد نتایج کارکنان ۲۰/۱ درصد، نتایج جامعه ۱۶/۶ درصد، نتایج کلیدی ۲۱/۷ درصد بود. معیار استراتژی بیشترین و معیار مشتریان کمترین نمره را بدست آوردند (ابراهیمی پور و همکاران، ۱۳۹۳).

مقدم و منطقی (۱۳۹۲) پژوهشی با عنوان " ارتقاء کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان با بکارگیری QF-D و کاردینال با هدف بکارگیری تکنیک توسعه عملکرد کیفی جهت ارتقاء کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان " انجام دادند. منظور از QF-D استقرار و به کارگیری گام به گام یک شغل و عملی که کیفیت را با جزئیاتش در راستای سیستم های اهداف و ابزار در بر دارد. اگر چه فرآیند کامل گسترش کیفیت عملکرد دارای چهار فاز است، اما در این مطالعه به فاز خانه کیفیت به عنوان فاز بنیادی فرآیند بسنده شد. در این تحقیق ابتدا، انتظارات و خواسته های بیماران از خدمات بخش اورژانس تعیین شد و بر اساس مدل رتبه بندی گزینه ها استفاده شد که نتایج نشان داد مهمترین خواسته فنی استخدام پرسنل ماهر و ایجاد رشته مربوطه در دانشگاه علوم پزشکی می باشد (مقدم و منطقی، ۱۳۹۲).

بهادری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی که با عنوان " بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در شعبه خدمات درمانی نیروهای مسلح شهر همدان از منظر جانبازان "، با هدف بررسی کیفیت خدمات ارائه شده به جانبازان نیروهای مسلح و شناسایی میزان شکاف کیفیت خدمات در شعبه خدمات درمانی نیروهای مسلح شهر همدان با استفاده از روش سروکوال انجام گرفت، دریافتند: انتظارات از کارکنان در همه ابعاد و شاخص ها بالاتر از وضعیت موجود بود. بیشترین میانگین نمره در بخش انتظارات مربوط به بعد تضمین خدمات و کمترین نمره مربوط به بعد همدلی بود (بهادری و همکاران، ۱۳۹۲).

اکبری و عقلمند (۱۳۸۴) در پژوهشی که با عنوان " روشهای ارزیابی کیفیت خدمات بهداشت درمانی در سال ۱۳۸۴ انجام شد به این نتیجه رسیدند که در متون دو دهه اخیر با استناد به فلسفه مدیریت جامع کیفیت، ارزیابی کیفیت از اندازه گیری استانداردها به سمت اندازه گیری میزان رضایت مشتریان تغییر جهت داده است. و این پژوهش با هدف تصمیم گیری درباره ارتقای فرآیندهای سازمانی در راستای تامین نیازها و انتظارات مشتریان بود. در نتیجه علاوه بر اندازه گیری رضایت مشتریان، می بایستی عملکرد فرآیندها نیز به طور مرتب مورد ارزیابی و پایش قرار گیرد. در این مقاله با اشاره به مهمترین رایج ترین روشهای ارزیابی کیفیت مراقبتهای بهداشتی و درمانی و ذکر نقاط و قوت هر کدام شده است جایگاه و ابزار آماری مورد استفاده در برنامه های ارتقای کیفیت یعنی پرسشنامه رضایت سنجی برای شنیدن صدای مشتری و نمودارهای کنترل برای شنیدن صدای فرآیند و نحوه ارتباط این دو ابزار آماری معنی داد (اکبری و عقلمند، ۱۳۸۴).



محدودیت‌های پژوهش

- ارزیابی کیفیت خدمات دارای ویژگی های خاصی است که باعث می شود ارزیابی کیفیت آن به سهولت امکان پذیر نشود.
- نامحسوس بودن : خدمت یک تولید محسوس مطابق با استاندارد از پیش تعیین شده قبلی نیست و ماهیت آن به گونه ای است که نمی توان آنرا ذخیره کرد.
- تغییر پذیری : ثابت نگه داشتن و ارائه خدمت به ویژه در زمینه های پزشکی و درمانی بسیار مشکل است زیرا همکاری زیاد همه متخصصان را می طلبد.
- تجربه ناپذیری : کنترل کیفیت خدمت بسیار مشکل است زیرا خدمت در همان لحظه تولید مصرف می شود و فرصتی برای اندازه گیری یا بازرسی خدمت قبل از ارائه وجود ندارد.

نتیجه گیری

امروزه با بروز جو رقابتی شدید در بین سازمان ها و تلاش مستمر آن ها در جهت بهبود کیفیت خدمات، محصولات، پاسخ به انتظارات و نیازهای مشتریان، باعث شده است که سازمان ها در جستجوی روشی جامع، قابل اعتماد، استراتژیک و انعطاف پذیر برای ارزیابی عملکرد خود باشند. این اقدام موجب می شود که آنان بتوانند اطلاعات دقیق و جامعی در مورد موقعیت، جایگاه و عملکرد خود در بین جامعه به طور عام و میان رقبا به طور خاص بدست آورند و با توجه به نقاط قوت و ضعف خود در گذشته، جلوی خطاهای بیشتر در آینده را بگیرند و به این وسیله حیات خود را تضمین نمایند (یونسی فر و همکاران، ۱۳۹۲).

یافته ها نشان از اهمیت و ضرورت بکارگیری نظام های سنجش عملکرد در بیمارستان ها و مراکز درمانی دارد ولی انتخاب هر کدام از این نظام ها باید با در نظر گرفتن نقاط قوت و ضعف آنها به همراه شرایط جاری در بیمارستان ها صورت گیرد و لزوم توجه کافی به نقاط ضعف رویکردهای مورد بررسی می تواند مانع از شکست در راه پیاده سازی آنها گردد (هاشم زهی و همکاران، ۱۳۸۶). نقش نظام های ارزیابی در تعالی و بهبود سازمانی، زمانی بیشتر آشکار می گردد که عزم و اراده نیروهای سازمان بر انجام تحول های برنامه ریزی شده استوار باشد (یونسی فر و همکاران، ۱۳۹۲).

روش امتیازی متوازن در پی کنترل عملیات کوتاه مدت سازمان با چشم انداز و استراتژی های بلند مدت آن است. این الگو با تمرکز بر استراتژی های سازمان قادر به اندازه گیری بهره وری در محیط های بسیار پیچیده می باشد. این الگو به دلیل چارچوب ویژه ای که بازخورد سازمانی، جریان اطلاعات پیش نگر و آینده نگر را تسهیل می کند، مورد توجه می باشد. برخی چالش هایی که فراروی پیاده سازی این روش در بیمارستان ها می باشد عبارتند از: مشکل بودن ایجاد تغییر در فرایندهای بخش سلامت، تنوع نیازها، بروز تعارض میان اهداف مدیران و پزشکان، ناکافی بودن نظام های اطلاعاتی، دشوار بودن تدوین شاخص های صحیح، کمبود تعهد، عدم ثبات در شرایط متغیر محیطی، درک نامناسب مفاهیم و شوک فرهنگی. همچنین الگوی امتیازات متوازن بیشتر رویکردی مفهومی می باشد و تنها بر نتایج متمرکز بوده و همچنین نقش جامعه را در نظر نگرفته، سیستم امتیازدهی نداشته و امکان بررسی حوزه ها به طور مستقل وجود ندارد (هاشم زهی و همکاران، ۱۳۸۶).

استانداردهای ایزو در حالت کلی به میزان سازگاری و تطابق با فعالیت های مشخص شده در نظام کیفیت تاکید داشته و در واقع جهت کشف و جلوگیری از عدم انطباق ها مطرح می باشد. کاربرد این استانداردها برای ارزیابی کامل مراقبت های بهداشتی و درمانی در سطح جهانی پذیرفته نشده است. به طوری که در سال ۱۹۹۶ تعدادی از انجمن های پزشکی و شرکت های بیمه آلمانی، بیانیه مشترکی در این باره منتشر کردند. بر طبق این بیانیه، استانداردهای ایزو اثرات نهایی خدمت بر جامعه تحت پوشش، نتایج خدمات بالینی و معیارهای واجد شرایط بودن کارکنان بیمارستان را پوشش نمی دهد. اجرای آن کم هزینه است و به طور تجربی در کشورهای مختلف با تفاوت هایی اجرا شده است. برخی پژوهش های صورت گرفته مدل فوق را به



عنوان جامع ترین مدل از حیث پوشش مفاهیم مورد ارزیابی کیفیت معرفی می نمایند. این رویکرد همچنین به عنوان مدل بهینه مدیریت کیفیت برای یکپارچه سازی جامع و نظام مند مفاهیم ارتقای سلامت شناخته شده است که این امر نه تنها به دلیل ابزار تشخیصی آن برای ارزیابی وضعیت جاری می باشد بلکه به سبب ایجاد تعهد حرکت به سمت کیفیت مستمر نیز می باشد.

مدل بنیاد اروپایی استانداردهای خاصی برای بهداشت و درمان تعیین نمیکند و معیارهای اصلی و فرعی مدل به حیطة اختیارات حرفه ای و برتری درمانی داخل نمی شوند (هاشم زهی و همکاران، ۱۳۸۶).

با توجه به مطالعات انجام شده، مشخص می گردد که حمایت و تعهد مدیریت ارشد در اجرای مدل های مربوط به سیستمهای مدیریت کیفیت از بالاترین درجه اهمیت در بخش سلامت برخوردار است و در صورت عدم چنین توجهی، یعنی عدم اعتقاد مدیریت ارشد می تواند به عنوان بزرگترین محدودیت بر سر راه اجرای این مدل ها قرار گیرد. عدم وجود الزامات قانونی و در نتیجه عدم تعهد و مشارکت نهادهای ناظر بخش سلامت به ویژه در کشور ما از موانع اجرایی بنیادین این مدل ها بوده که متعاقب آن، سبب می شود مبنایی نظامگرا و جامع جهت اجرای مدل تعالی و یا خود ارزیابی دانشگاه ها و موسسات درمانی وجود نداشته باشد. لازم به ذکر است که اجرای این مدل ها هیچ گونه محدودیت مالی و هزینه ای نداشته و می توان بهترین دستاوردها را از اجرای مدل به دست آورد.

از جمله سایر محدودیتهای اجرایی دیگر مدل های تعالی، پذیرش این مدل توسط کارکنان و کارمندان می باشد که این مساله تنها در صورت اجرای فرهنگ درست نظیر ایجاد هم خوانی در زبان کار سازمانی حل خواهد گردید. یکی دیگر از بزرگ ترین محدودیت های پذیرش مدل تعالی، مساله انتظار عملکرد سریع مدل در جهت بهبود می باشد، یعنی مدیران و کارمندان انتظار دارند که بعد از اجرای مدل، در مدت زمان کوتاهی در مسیر تعالی قرار گیرند و چون مسایل مربوط به مدیریت کیفیت و قرار گرفتن در راه بهبود همواره باید با صبر و تحمل همراه باشد، این عجله و شتاب به مرور زمان سازمان ها را در ادامه اجرای مدل و پروژه های بهبود حاصل از آن دلسرد می نماید؛ لذا ایجاد صبر و حوصله برای رسیدن به اهداف مورد نظر از مسایل مهم فرهنگی است که باید مدنظر قرار گیرد.

عدم نهادینه شدن نگرش سیستمی در مقوله مدیریت کیفیت در دانشگاه های کشور از سایر موانع اجرایی این مدل است. طی بررسی به عمل آمده موضوعاتی چون تدوین و استقرار ماموریت، خط مشی و اهداف کیفی در چارچوب نظام های مدیریت کیفیت جز در موارد نادر در دانشگاههای کشور عملیاتی نشده است که این به مفهوم نداشتن زیرساخت ها لازم جهت اجرای مدل های تعالی تلقی می شود (حری و همکاران، ۱۳۸۸).

از آنجایی که سابقه اجرای اعتباربخشی در بیمارستان های ایران چندان نیست، مسلماً با مقاومت ها، موانع و محدودیت هایی در ابتدا روبرو می باشد و لازم است اقدامات مناسب جهت برخورد با آن ها صورت پذیرد. در مطالعات صورت گرفته در ایران اکثر مدیران با اجرای اعتباربخشی موافق بودند و آن را راهکاری جهت بهبود کیفیت خدمات و افزایش رضایت بیماران و کارکنان بیان کرده اند. اما آگاهی و دانش پایینی نسبت به آن داشتند. بنابراین مسئولین ذی صلاح باید توجه ویژه ای به این مسئله داشته باشند. براساس نتایج پژوهش فرانک و چپمن یکی از الزامات اولیه جهت موفقیت در اجرای اعتباربخشی در مراکز بهداشتی و درمانی، آموزش و توانمندسازی مدیران و کارکنان می باشد (اعظمی و همکاران، ۱۳۹۲).

نبود سیستم های اطلاعاتی و مستندسازی نیز یکی از محدودیت های مهمتر در اجرای استانداردهای اعتباربخشی می باشد. با توجه به نقش حیاتی اطلاعات و سیستم های اطلاعاتی مناسب جهت اجرای هر برنامه ای بخصوص برنامه ارتقای کیفیت مانند اعتباربخشی در هر سازمانی باید جهت موفقیت و اثربخشی بیشتر برنامه نسبت به ایجاد بانک اطلاعاتی و سیستم های مناسب جمع آوری، تحلیل و استفاده از اطلاعات در بیمارستان های کشور اقدام گردد. این اعتقاد وجود دارد که میزان منابع مالی موجود در بیمارستان ها، برای اجرای مبانی اعتباربخشی کمتر از حد متوسط است و وجود انگیزه های مالی در



اجرای موفق اعتباربخشی به طور غیر مستقیم تاثیر دارد. این امر همکاری بیشتر دولت و مسئولین را برایتامین منابع کافی از جمله منابع مالی در جهت اجرای موفقیت آمیز برنامه می طلبد. در آمریکا نیز اعتباربخشی در ابتدا به شکل یک فرایند داوطلبانه و مستقل از نظارت دولت آغاز شد، اما به طور فزاینده ای از نظر اقتصادی و گرفتن کمک ها مالی، تنظیم نیروی انسانی و مسائل دیگر به دولت وابسته است (اعظمی و همکاران، ۱۳۹۲).

مطالعات ناچیزی در زمینه اثرات اعتباربخشی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی انجام گرفته است. همچنین مطالعات موجود در این زمینه دارای محدودیت های بسیاری در زمینه بکارگیری ابزار معتبر جهت جمع آوری داده ها و نیز روش ارزیابی اعتباربخشی می باشد. به عقیده صاحب نظران اجرای اعتباربخشی در ایران نیاز به بستر سازی در این زمینه دارد. برای اجرای اعتباربخشی لازم است در سطح وسیع به گروه های اجرایی آموزش داده شود و «شفاف سازی اطلاعات» و تغییر نگرش کلی سازمان صورت گیرد. نگرش مدیران ارشد باید تغییر کند و رسیدن به استانداردها (نه فقط دریافت گواهی) الزامی شده و درک صحیحی از استانداردهای اعتباربخشی ایجاد شود.

اجرای نادرست برنامه های اعتباربخشی موجب از دست رفتن سرمایه و بدتر شدن وضعیت سازمان می گردد. در این راستا مطالعات حکایت از آن دارند که اجرای اعتباربخشی بسیار استرس زا است و به سرمایه گذاری های جدی منابع و صرف وقت فراوانی نیاز دارد ولی اعتباربخشی تاثیر خود را در طول زمان نشان می دهند و نمی توان مقطعی از زمان را برای نشان دادن تاثیر اعتباربخشی مشخص نمود. درک نادرست مسئولین اجرایی از مداوم بودن اعتباربخشی موجب کاهش تاثیر برنامه اعتباربخشی بر نتایج خدمات می شود (کریمی و همکاران، ۱۳۹۲).

پیشنهادات

با توجه به نتایج حاصل از این بررسی، توصیه ها و پیشنهادات زیر جهت افزایش اثربخشی و بهبود کارایی نظام های سنجش عملکرد در بیمارستان ها ارائه می شود.

- با توجه به اهمیت نظام های ارزیابی عملکرد در ارتقاء نظام سلامت و نقش مهم بیمارستان ها در بخش بهداشت و درمان، پیشنهاد میگردد رویکردی حمایتی در بکارگیری نظامهای نوین سنجش عملکرد از سطوح بالای مدیریتی دانشگاه ها بوجود آید .
- با توجه به معنی داری رابطه میان سیستم های اطلاعاتی و استفاده از اطلاعات حاصل از ارزیابی عملکرد پیشنهاد می گردد نظام های اطلاعاتی نظیر سیستم های آرشیو الکترونیکی داده ها و اسناد به طور گسترده تری در بیمارستان ها مورد استفاده قرار گیرند.
- برگزاری دوره های توجیهی آشنایی با مفاهیم کیفیت و الگوهای ارزیابی عملکرد
- فرهنگ سازی مناسب میان کارکنان به منظور تضمین پیاده سازی نظام های فوق
- در دسترس بودن به موقع نتایج و گزارشات حاصل از نظام ارزیابی و در اختیار قرار دادن به موقع آنها به مسئولین ذیربط جهت تصمیم گیری مناسب
- شناسایی و تعیین عوامل نارضایتی کارکنان
- طراحی و اجرای سیستم های مناسب برای اندازه گیری میزان خشنودی کارکنان از عملکرد سازمان
- ادغام فعالیت های بهبود کیفیت نظیر حاکمیت بالینی و اعتباربخشی و... و همسو نمودن آن

سهم نویسندگان

مریم موسایی: نویسنده مسئول
مهدی جمشیدی: نویسنده همکار



تشکر و قدر دانی

بدین وسیله از زحمات کلیه کسانی که پژوهشگران را در انجام مراحل مختلف این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری به عمل می آید.

منابع

ابراهیمی پور، حسین، وفایی نجار، علی، زمردی نیت، هادی، امامیان، حسین (۱۳۹۳). ارزشیابی عملکرد شبکه بهداشت شهرستان بردسکن با استفاده از الگوی بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت، مجله مدیریت ارتقای سلامت، دوره ۳ شماره ۴، صص ۲۷-۳۶

استونر، جیمز ای. اف، فری من، آر، ادوارد، گیلبرت، دانیل ار (۱۳۷۹). مدیریت، ترجمه علی پارسائیان و سید محمد اعرابی، تهران، انتشارات دفتر پژوهشهای فرهنگی، جلد اول

اعظمی، صابر، صادقی، همایون، قاسمی، باب اله، میرزایی، آمنه، آقایی، میرحسین (۱۳۹۲)، "زیرساخت ها و موانع موجود در بیمارستان های استان آذربایجان شرقی جهت اجرای اثربخش اعتباربخشی از دیدگاه مدیران بیمارستان ها: یک مطالعه تلفیقی"، تصویر سلامت، دوره ۴، شماره ۲، صص ۳۵-۴۲.

اعظمی، صابر، صادق تبریزی، جعفر، عبدالهی، لیلا، یاری فرد، خدیجه، کبیری، ندا، سعادت، محمد، ولی زاده، سمانه، دائمی، امین، ابهری، علی اکبر، نندی، بتول (۱۳۹۱)، "دانش و نگرش مدیران بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و اردبیل در مورد اعتباربخشی"، مجله سلامت بهداشت اردبیل، دوره ۳، شماره ۲، صص ۷-۱۵.

اکبری، فیض اله؛ عقلمند، سیامک، (۱۳۸۴)، روشهای ارزیابی کیفیت خدمات بهداشت درمانی، ششمین کنفرانس بین المللی مدیران کیفیت، تهران، مجموعه هایش های بین المللی اجلاس.

امامی رضوی، حسن، محقق، محمود رضا، "نگاهی به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی"، ۱۳۸۷، چاپ اول، مرکز نشر صدا، تهران.

انصاری، حسن، عبادی فرد آذر، فرید (۱۳۷۸). اصول مدیریت و برنامه ریزی بیمارستان، تهران، انتشارات سماط باغبانیان، عبد الوهاب، آقامحمدی، گلنسا، ساعی، علی، رحمانی، حجت، سعیدپور، جلال (۱۳۸۲). مدیریت در عرصه بهداشت و درمان، تهران، انتشارات گپ

بهداری، محمد کریم؛ زابلی، روح اله، قنبری، عباس، (۱۳۹۲)، بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در شعبه خدمات درمانی نیروهای مسلح شهر همدان از منظر جانبازان، مجله علمی پژوهشی طب جانباز، سال ششم، شماره بیست و یکم، صص ۴۵-۵۰.

تورانی، سوگند، طبیبی، جمال الدین، شهبازی، بهرام (۱۳۸۷)، "عوامل موثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران"، مجله پژوهشی حکیم، دوره ۱۱، شماره ۲، صص ۲۲-۳۲.

توفیقی، شهرام (۱۳۸۷). ارتقای کیفیت، موانع و راهکارها



حری، صادق، اکبری، حسن، فرقره چی، مجید، نوری، صابر (۱۳۸۸)، "بررسی مزایا و دستاوردهای بکارگیری مدل EFQM در دانشگاه ها و موسسات آموزشی"، فصلنامه عالی، شماره ۱۶، ص ۸۷-۱۰۸.

خلیقی نژاد، نیما، عطائی، منیژه، هادی زاده، فاطمه "دریچه ای به حاکمیت بالینی و تعالی خدمات بالینی"، (۱۳۸۷)، چاپ اول، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان.

دهنویه ، رضا ، دلگشایی ، بهرام، ملکی محمد رضا (۱۳۸۲). ارزیابی نیازهای اساسی اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مجتمع آموزشی - درمانی حضرت رسول اکرم (ص) ، دانشگاه علوم پزشکی ایران ، مجله پایش، شماره ۱۱، تابستان ۱۳۸۳ صص ۲۱۵-۲۲۱

رستمی بشمینی ، محمود. شریفی زمانی، مهدی (۱۳۸۴). ارزیابی عوامل بحرانی موفقیت مدیریت کیفیت فراگیر فصلنامه صنعت لاستیک ایران، شماره ۳۷، پاییز ، ص ۱۱۹

صدقیانی، ابراهیم، (۱۳۷۶). ارزیابی مراقبت های بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی، تهران، انتشارات معین، انتشارات علم و هنر

طبیعی، سید جمال؛ ایران نژاد پادیزی، مهدی؛ هاشم زهی، علی؛ هاشم زهی، مراد، (۱۳۸۹)، بررسی ارتقای رضایتمندی بیماران از طریق بکارگیری نظام های بهبود کیفیت، مجله توسعه مهندسی بازار، شماره ۴۹، صص

کریمی، سعید، قلیپور، کمال، کردی، آیان، بهمن زیاری، نجمه، شکری، آزاده (۱۳۹۲)، "تاثیر اعتباربخشی بیمارستان بر ارائه خدمات از دیدگاه صاحب نظران: مطالعه کیفی"، مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۷، شماره ۴، صص ۳۳۷-۳۵۳.

مقدم، محسن، منطقی، نیکزاد (۱۳۹۲). ارتقاء کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان با بکارگیری QF-D و کاردینال. مجله مطالعات کمی در مدیریت، سال چهارم، شماره سوم، صص ۱۵۳-۱۶۴

هاشم زهی، علی، ایران نژاد، مهدی، طبیعی، جمال الدین (۱۳۸۶)، "بررسی انواع نظام های سنجش عملکرد و رویکردهای خودارزیابی در بخش بهداشت و درمان"، فصلنامه دانش ارزیابی، سال ۳، شماره ۳، صص ۳۵-۶۴.

یونسی فر. محمد، شاهین، آرش، صنایعی، علی (۱۳۹۲)، "ارزیابی عملکرد بیمارستان شهید صدوقی یزد براساس الگوی تعالی سازمانی EFQM"، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۱، شماره ۱، صص ۳۷-۴۴.

انگلیسی:

منابع

Rahati, Meghdad, Dehghani, Monireh, Nanakar, Reza, Kazemi, Azam (2014) "Survey requirements of the Accreditation program after the first round of the national assessment at hospital compared with the result of it", International Journal of Economic Behaviour and Organization, 2(1):6-12