



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۳: مدیریت تغییر در بیمارستان با رویکرد
بهبود بهره‌وری

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
اسفند سال ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۳: مدیریت تغییر در بیمارستان با رویکرد بهبود بهره‌وری

مجری طرح:

دکتر مهدی یوسفی

عضو هیئت علمی گروه آموزشی علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

همکاران اصلی:

دکتر زهرا ابراهیمی، دکتر علی خورسند وکیل زاده

فهرست مطالب

بخش اول: پیرامون تغییر.....	۱
فصل ۱: ماهیت و اهمیت تغییر.....	۱
فصل ۲: بهبود بهره وری بیمارستان و تغییر.....	۳
محدودیت های منابع در نظام سلامت و سهم بالای هزینه های بیمارستان ها.....	۳
استفاده از ابزار بهره وری برای بهبود وضعیت مدیریت منابع در بیمارستان ها.....	۴
بهره وری و تغییر در سازمان.....	۴
فصل ۳: روش های سنتی و روزمره یا استقرار فرآیند تغییر.....	۵
فصل ۴: مدل های ایجاد تغییر و تحول.....	۷
مدل کرت لوین (مدل تغییر برنامه ریزی شده).....	۷
مدل آدکار.....	۹
مدل تغییر پרוسی.....	۹
روش مهندسی مجدد هاریسون و پرات.....	۱۰
روش مهندسی مجدد پتروزو و استپر.....	۱۰
روش مهندسی مجدد کوپرز و لیبرند.....	۱۱
روش مهندسی مجدد کلین.....	۱۱
فصل ۵: فرهنگ تغییر و پذیرش تغییر.....	۱۲
کارکردهای فرهنگ سازمانی بر اساس نظر رابرت کریتنر و همکاران.....	۱۳
ابعاد فرهنگ سازمانی بر اساس مدل دنیسون.....	۱۵
مقاومت فرهنگ سازمانی در برابر تغییر.....	۱۸
ابزارهای قدرت برای تغییر بر اساس فرهنگ سازمان.....	۱۹
تأثیر فرهنگ سازمانی بر استراتژی، ساختار و عملیات.....	۲۱
رابطه بین رفتار سازمانی/ عملکرد و ساختار سازمانی.....	۲۵
نوآوری سازمانی.....	۲۸
استراتژی های غلبه بر مقاومت در برابر تغییر.....	۲۹
لزام ایجاد تغییر در راستای بهبود بهره وری بیمارستان.....	۳۰

بخش دوم: روش شناسی تغییر در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد..... ۳۵

فصل ۱: تحلیل بیمارستان در حوزه فرهنگ تغییر ۳۶

شناسایی ویژگی های دموگرافیک و ماهیتی بیمارستان ۳۷

تاریخچه بیمارستان ۳۷

ویژگی های مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) ۴۲

شناسایی و تحلیل فرهنگ تغییر بیمارستان بر اساس مدل دنیسون ۴۷

تحلیل و شناسایی کانون های تصمیم سازی و تصمیم گیری در حوزه کمیت و کیفیت خدمات در بیمارستان ۴۹

اینرسی سکون در نهادهای بالادستی بیمارستان ۶۰

افتخارات و اقدامات مهم بیمارستان و سوابق بیمارستان در حوزه تغییر ۶۳

فصل ۲: حمایت طلبی اولیه ۷۳

مقدمه و کلیات ۷۳

حمایت طلبی؛ تعریف و کاربرد ۷۳

تحلیل ذینفعان ۷۸

مرحله اول: شناسایی ذینفعان ۷۸

مرحله دوم: تعیین منشاء منافع و قدرت هر یک از ذینفعان ۷۸

مرحله سوم : تعیین میزان علاقه مندی (منفعت) و قدرت ذینفع ۸۱

مرحله چهارم: ترسیم ماتریس علاقه _ قدرت ۸۱

مرحله پنجم: انتخاب ذینفعان کلیدی برای حمایت طلبی اولیه ۸۳

بررسی سطح پذیرش در بین ذینفعان کلیدی ۸۳

روش های حمایت طلبی اولیه برای ذینفعان کلیدی ۸۵

فصل ۳: مطالعه برای تهیه چارچوب تغییر ۸۶

رویکردهای پژوهش ۸۶

ابزارهای چارچوب های پژوهشی ۸۷

مصاحبه ۸۷

پرسشنامه ۸۹

مشاهده ۹۴

نشست متخصصان	۹۶
تکنیک دلفی	۱۰۰
بحث گروهی متمرکز	۱۰۱
اقدام پژوهی	۱۰۲
شش سیگما	۱۰۵
اصول شش گانه شش سیگما	۱۰۵
تاکتیکهای شش سیگما	۱۰۷
کاربرد شش سیگما در خدمات بهداشتی و درمانی	۱۱۰
تحلیل دادهها	۱۱۱
تحلیل محتوا	۱۱۱
تحلیل آماری	۱۱۴
فصل ۴: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان	۱۱۶
فصل ۵: اجرا، بازخورد و پایدارسازی	۱۱۸
ابزارهای همراه سازی ذینفعان در مرحله اجرای تغییر	۱۱۹
نکات مهم در فرآیند اجرای تغییر در بیمارستان	۱۲۱
منابع	۱۲۲

پیشگفتار

بیمارستان‌ها سهم قابل‌توجهی از هزینه‌های نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند و به دلیل پیچیدگی‌های ساختاری در حوزه منابع انسانی، تجهیزات و فرآیندهای ارائه خدمات، نیازمند سازوکارها و راهبردهای کارآمد برای بهبود بهره‌وری هستند. این ضرورت به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی که با محدودیت منابع مواجه‌اند، بیش از پیش احساس می‌شود. در ایران، با وجود انجام برخی مطالعات در زمینه بهره‌وری بیمارستان‌ها، همچنان چالش‌هایی نظیر نبود رویکردهای جامع و یکپارچه و عدم انطباق این مطالعات با شرایط واقعی بیمارستان‌های دولتی مشاهده می‌شود.

بهره‌وری در بیمارستان‌ها مفهومی چندبعدی است که نه تنها به کارایی در استفاده از منابع (نیروی انسانی، تجهیزات، فضا و زمان) مرتبط می‌شود، بلکه اثربخشی خدمات درمانی و بهداشتی را نیز در برمی‌گیرد. بهره‌وری بیمارستان صرفاً به کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد محدود نمی‌شود، بلکه باید بهبود کیفیت خدمات، ارتقای ایمنی بیماران و افزایش رضایت بیماران و کارکنان را نیز شامل شود. به عنوان نمونه، در بیمارستان‌های دولتی، بهینه‌سازی فرآیندها، کاهش زمان انتظار بیماران، پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی و کاهش خطاهای پزشکی از جمله راهکارهای کلیدی برای افزایش بهره‌وری محسوب می‌شوند.

با توجه به اهمیت این موضوع، در سال‌های گذشته بسیاری از بیمارستان‌های کشور از جمله مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد با رویکردی علمی و مبتنی بر مدیریت تغییر، اقدام به طراحی و اجرای مدل‌هایی برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها نموده‌اند. در این راستا، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت به عنوان یک نهاد پیشرو در تولید و ترویج شواهد علمی در حوزه سلامت، مطالعه حاضر را با هدف مستندسازی و انتشار تجربیات موفق بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در زمینه بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها به آقای دکتر مهدی یوسفی (مدیر وقت توسعه و پشتیبانی نیروی انسانی مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد) سفارش داد. این پژوهش با هدف تکمیل و مستندسازی یک مدل جامع برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها در قالب ۲۶ طرح مرتبط به هم انجام شده است که به علت حجم بالای مطالب، گزارش هر طرح به صورت جداگانه تدوین گردیده است و این مجلد، گزارش یکی از طرح‌های یادشده می‌باشد. امید است مستندسازی این تجربیات ارزشمند بتواند الگویی علمی و مبتنی بر شواهد در اختیار بیمارستان‌های دولتی کشور قرار دهد و به مدیران مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت کمک کند تا عملکرد مراکز درمانی را بهبود بخشند و گامی مؤثر در راستای ارتقای رضایت گیرندگان خدمات سلامت و بهبود سلامت جامعه بردارند.

دکتر علی اکبری ساری، رئیس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

بخش اول: پیرامون تغییر

فصل ۱: ماهیت و اهمیت تغییر

قرن حاضر سرشار از تحول و دگرگونی است. تغییرات سریع در دنیای امروز، سازمان‌ها و بنگاه‌های کسب و کار اقتصادی و غیره را با چالش‌های بی‌شماری درگیر کرده است. عوامل ایجاد تغییر در جوامع رو به فزونی است. افزایش جمعیت، اختراعات، اکتشافات، راه‌های ارتباطی و افزایش افراد دانش‌آموخته که تحرک و تغییرپذیری بیشتری نسبت به اهداف خود دارند موجب تغییر و تحول محیط شده است (۱). بدیهی است هر سازمان برای نیل به اهدافی طراحی شده و با توجه به ساختارش نیازمند پایش و بازنگری مستمر فعالیت‌های خود است. در موارد متعددی سازمان جهت انطباق با نیازهای گیرندگان خدمات خود و تحقق اهداف اساسی که برای آن‌ها تشکیل شده است، نیازمند تغییر و تحول است (۲). بنابراین هیچ وقت نباید متوقف شد، مرتب باید به جلو رفت و هیچ گاه نباید از شرایط فعلی راضی بود، رقیبان همواره در حال سبقت هستند، پس باید حرکت کرد و به طور مستمر در اندیشه بهبود و نوآوری بود. به این ترتیب و با توجه به عوامل گوناگون مکانی و زمانی و ویژگی‌ها و نیازهای خاص هر جامعه هر روز بر تکامل و توسعه این سازمان‌ها افزوده می‌شود. بسیاری از صاحب‌نظران علم مدیریت اعتقاد دارند سرعت تغییر در سازمان‌ها طی سال‌های اخیر به گونه‌ای چشم‌گیر افزایش داشته است. به زعم پیتر دراکر^۱، تغییر، تنها اصل ثابت و اجتناب‌ناپذیر در جهان است. در مواجهه با تغییرات اگر سازمان آمادگی لازم را نداشته باشد به اضمحلال می‌رود. اما باید توجه داشت که تغییر آن اندازه مشکل است که اگر به طور موفقیت‌آمیز اجرا شود، چیزی شبیه یک معجزه اتفاق افتاده است (۳).

به طور کلی تغییر، انتقال چیزی از سطحی به سطح دیگر است. تغییر و تحول در سازمان‌ها به این معناست که فعالیت‌های سازمان از جایگاه (وضعیت) موجود به یک وضعیت متفاوت در می‌آید. تغییر در سازمان عبارت است از فرآیند تحول و دگرگونی که در رفتارها، ساختارها، خط‌مشی‌ها، منظورها و یا برون‌دادهای پاره‌ای از واحدهای سازمانی رخ می‌دهد. سازمان‌های کنونی در محیط‌های متحول و پویایی قرار گرفته‌اند که مدیران و رهبران آنها باید با نیروها و موانعی که در مقابل کوشش‌هایشان جهت زنده نگه داشتن سازمان وجود دارد، مقابله کنند. این مقابله به وسیله تغییر صورت می‌گیرد. مدیران با کسب دانش مانند آگاهی از نظریه‌های حوزه کسب و کار خود، یادگیری استفاده از فناوری‌های نو، توانمندسازی خود در تطبیق، اقتباس مهارت‌ها و

¹ Peter Drucker

استراتژی ها و پذیرا بودن تفکر خلاق می توانند به رهبران تغییر تبدیل شوند. رهبران تغییر از توانایی های خود و افراد پیرامون خود به خوبی استفاده می کنند. تغییر یک واقعیت سازمانی است و رسیدگی به تغییر یکی از کارهای هر مدیری است (۴).

بنابراین ضروری به نظر می رسد که سازمان ها جهت حفظ بقا در چنین محیط های پرتلاطمی تغییراتی را در خود ایجاد کنند. امروزه تغییر در بیشتر سازمان ها پدیده ای اجتناب ناپذیر است و سازمان ها برای ماندن در عرصه رقابت و کسب موفقیت و حفظ مشتریان، بایستی خود را با نیازمندی های جدید همسو سازند (۵) مدیران در چنین موقعیتی، در جهت استخراج و آفرینش نظم، باید با آگاهی از موقعیت محیط و تشخیص مطلوب، سازمان های خود را توسط سازگاری پویا، دستخوش تغییر و توسعه در زمینه های خط مشی، ساختار تکنولوژی و رفتار قرار دهند. بنابراین ضرورت تغییر و تحول، سازمان ها را به مدیریت تغییر نیازمند ساخته است؛ به عبارتی باید تغییر و تحول، مدیریت و اداره گردد. مدیریت تغییر، فرآیندی راهبردی و برنامه ریزی شده است که به عنوان فرآیندی نوین و بهینه در راستای ارتقای بهره وری و تحقق اهداف سازمانی مورد استفاده قرار می گیرد (۶).

استقرار فرآیند تغییر در بیمارستان ها از اهمیت بیشتری برخوردار است. بیمارستان محیطی است که دارای مشخصات منحصر به فردی نسبت به سایر سازمانها و نهادها در سطح جامعه می باشد. مهمترین تفاوت بیمارستان ها با سایر سازمان ها انسانی بودن و حیاتی بودن محصول یا خدمات تولیدی توسط بیمارستان است. هرگونه تغییر در فرآیندها می تواند تاثیرات قابل توجهی بر میزان کمیت و کیفیت ورودی و خروجی بیمارستان که همان تعداد بیمار پذیرش شده و میزان بهبودی در سلامت افراد هست داشته باشد. از طرف دیگر نهادهای فعال در بیمارستان ها دارای ویژگی هایی هستند که تغییر در فرآیندها را بسیار پیچیده می کنند. در این خصوص می توان به طیف نیروی انسانی فعال در بیمارستان اشاره کرد. در یک بیمارستان به لحاظ تخصص و مهارت از پایین ترین تخصص ها مانند نیروهایی که فعالیتهای مهمانداری و تمیزکاری بخش ها را انجام می دهند تا بالاترین تخصص ها که جراحی های بسیار مدرن را انجام می دهند را می توان مشاهده کرد. وجه دیگری که اهمیت توجه به فرآیند های تغییر را در بیمارستان ها نشان می دهد موضوع سطح تکنولوژی مورد استفاده است. عموماً بر اساس گزارش های معتبر رشد تکنولوژی در کل نظام سلامت و به ویژه در بیمارستان ها بسیار جلوتر از بسیاری از زمینه های اقتصادی دیگر است. رشد و استفاده زیاد از تجهیزات پیشرفته و مدرن و البته گران قیمت در بیمارستان ها باعث می شود که فرآیند تغییر مخصوصاً زمانی که تغییر مربوطه منجر به تغییراتی در شیوه استفاده از تکنولوژی های مربوطه گردد بسیار اهمیت پیدا کند. با این توضیحات اهمیت ایجاد تغییر علیرغم ضرورت آن برای یک سازمان از جمله بیمارستان به عنوان یک نهاد بسیار پویا از پیچیدگی بسیار بالایی برخوردار است که می بایست در فرآیند مدیریت تغییر مورد توجه قرار گیرد.

فصل ۲: بهبود بهره وری بیمارستان و تغییر

بیمارستان‌ها سهم عمده‌ای از هزینه های نظام سلامت را در همه کشورها به خود اختصاص می‌دهند. بیمارستان‌ها با داشتن ساختارهای پیچیده و متنوع در حوزه کارکنان و تجهیزات مورد استفاده، نیازمند روش‌ها و مدل‌های ویژه ای برای بهبود بهره‌وری خود هستند. هر نوع برنامه بهبود بهره وری خود یک نوع تغییر است. برنامه های تغییر برای بهبود بهره وری بیمارستان می بایست بر اساس شرایط و ویژگی های بیمارستان ها طراحی شوند. به عنوان مثال روش‌های بهبود بهره وری در حوزه نیروی انسانی در یک بیمارستان خصوصی الزاماً قابلیت پیاده سازی در یک بیمارستان دولتی را ندارد و یا اینکه روش های برون سپاری خدمات در بیمارستان های غیر دولتی عمدتاً در بیمارستان های دولتی قابلیت اجرا ندارند یا حداقل با روش های متفاوتی می بایست به مرحله اجرا برسند. عمده ترین دلایل لزوم بهبود بهره وری در بیمارستان‌ها و نکات مورد نظر در مدیریت تغییر در بهبود بهره وری به شرح ذیل است:

محدودیت های منابع در نظام سلامت و سهم بالای هزینه های بیمارستان ها

سلامت، محور توسعه پایدار اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلی جوامع بشری است و اهمیت ویژه ای در زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه دارد. مراکز بهداشتی و درمانی از یکسو، پاسخگوی سیر صعودی و فزاینده بیماران برای دریافت خدمات مطلوب هستند و از سوی دیگر، همواره با محدودیت منابع مواجه بوده اند به طوری که در طول سه دهه گذشته، هزینه های بخش سلامت در کشورهای مختلف به طور چشمگیری افزایش یافته است و در سراسر دنیا به یکی از دغدغه های اصلی مدیران و تصمیم گیران نظام های سلامت تبدیل شده است (۷). نظام سلامت ایران نیز همچون سایر نظام های سلامت، با چالش افزایش شدید هزینه ها روبه رو است. درحالیکه شاخص کلی هزینه ها در کشور در ۲۰ سال گذشته، ۳۰ برابر شده است؛ این رشد در هزینه های بخش سلامت ۷۱ برابر شده است. گسترش فن آوری های جدید و گران قیمت در حیطه سلامت، افزایش انتظارات جوامع از نظام های سلامت و رشد بیماریهای مزمن و صعب العلاج در میان مردم نیز از دلایل مهم این رشد شدید بوده است. سهم زیادی از این هزینه های نظام سلامت به بیمارستان‌ها اختصاص دارد و در این میان کشورهای جهان سوم نسبت به کشورهای پیشرفته سهم بیشتری از هزینه های نظام سلامت را به اداره بیمارستان ها اختصاص می دهند (بین ۶۰ تا ۸۰ درصد) که این میزان در کشورهای توسعه یافته حدود ۴۰ درصد است. بنابراین آنچه امروزه بیش از هر چیز دیگر در سازمانهای بهداشتی درمانی در کشور ارزشمند شده است، توجه به مدیریت منابع به ویژه در بیمارستان ها است (۸-۱۱). به این دلیل مدیران به موضوع اجرای برنامه های اصلاحی برای افزایش کارایی و بهره وری بیمارستان ها توجه ویژه ای دارند (۱۲).

استفاده از ابزار بهره‌وری برای بهبود وضعیت مدیریت منابع در بیمارستان‌ها

بهبود بهره‌وری در بیمارستان‌ها به عنوان یک استراتژی اساسی برای بهبود مدیریت منابع در کنار بهبود اثربخشی ارائه خدمات مورد توجه قرار گرفته است. هدف نهایی اعمال مدیریت صحیح در بخش بهداشت و درمان و به ویژه بیمارستان‌ها، افزایش بهره‌وری خدمات بهداشتی و درمانی از قبیل کوتاه نمودن طول مدت اقامت بیماران، پیشگیری از بروز عفونت‌های بیمارستانی، پیشگیری از بروز بیماری‌ها، افزایش پوشش خدمات بهداشتی، ارتقاء آگاهی بهداشتی مردم، کاهش بروز خطاهای پزشکی، حفظ و حراست از امکانات و تاسیسات بیمارستان و مراکز بهداشتی و درمانی و در نهایت ایجاد یک نظم قابل قبول بهداشتی، درمانی و اقتصادی می‌باشد (۱۳).

بهره‌وری و تغییر در سازمان

به دلیل حساسیت‌های خدمات سلامت و از طرف دیگر اهمیت روز افزون موضوعات اثربخشی و کارایی خدمات، تغییرات مداوم در محیط پیچیده مراقبت‌های سلامت چالش مهمی برای مدیران بیمارستان به حساب می‌آید (۱۴). زیرا، بدنبال یک تغییر سازمانی، رفتارهای فردی و گروهی در سازمان می‌تواند به شکل‌های گوناگونی نمایان شود که حدود این رفتار از موافقت تا مقاومت در مقابل یک تغییر دیده می‌شود (۱۵). بسیاری از اندیشمندان مدیریت در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده‌اند، اجرای تغییر در سازمان‌ها نزدیک به هفتاد درصد با شکست مواجهه شده و تغییرات بنیادی فقط در سی درصد موارد با موفقیت اجرا شده است (۱۶). در بسیاری از سازمان‌ها، تغییر ناامید کننده، ویرانگر و فاجعه آمیز بوده و منجر به اتلاف منابع، تبدیل کارکنان به افرادی خسته، نگران و ناامید گردیده است (۱۷). اجرای تغییر، انرژی زیادی را از تیم تغییر در سازمان صرف می‌کند. حفظ سطح انرژی لازم در فرایند تغییر و راه‌های افزایش آن یکی از چالش‌های مهم برای مدیریت تغییر است، به ویژه هنگامی که تغییر شامل تجدید ساختار و اخراج کارکنان باشد، زیرا ارتباطات خدشه دار شده و شغل‌ها از بین می‌روند (۱۸). ایجاد ارتباط برای تمام اقدام‌های تغییر امری مهم بوده که با فشارهای کسب و کار، اهمیت بیشتری یافته است (۱۹). اگر ۲۰ درصد کارکنان در سازمان برای عملکرد آماده باشند تغییر با شکست روبرو می‌شود زیرا افرادی که آماده تغییر نیستند ممکن است تغییر را تحمیلی تصور کرده و در مقابل تغییر مقاومت کنند (۲۰). هنگامی که مدیران ارشد در خصوص آگاه‌سازی کارمندان از فرایند تغییر، ضعیف عمل کنند تغییر سازمانی از موفقیت کمتری برخوردار خواهد بود. (۱۴). لذا ضروری است مدیران در مرحله اول تغییر روش‌هایی را جهت آمادگی کارکنان به کار گیرند و کارکنان را با دلایل تغییر آشنا سازند (۲۱). از

الگوهایی که به عنوان الگوی های تغییر بیان شده اند می توان به الگوی لوین^۱، اقدام پژوهی^۲، کاتر^۳، اندرسون و اکرم اندرسون^۴، پروسی^۵، کیلمن^۶، پیوستار^۷، بیر^۸ و گلیچر^۹ اشاره کرد (۲۲).

فصل ۳: روش های سنتی و روزمره یا استقرار فرآیند تغییر

مدیریت همه سازمان ها به ویژه در بیمارستان ها به دلیل پیچیدگی و گستردگی خدمات و همچنین تنوع نهاده های تولیدی بسیار سخت می باشد. عموم مدیران بیمارستان ها وظایف برنامه ریزی، سازماندهی، رهبری و کنترل را با کیفیت های مختلف به انجام می رسانند. این وظایف عموماً به صورت روزمره و مبتنی بر روش های موجود انجام می شود. به عبارت دیگر یک بیمارستان به صورت سنتی کنترل تخصیص منابع خود را از طریق نظام توزیع معمول در انبار خود دنبال می کند. یا به عنوان یک مثال دیگر در فرآیندهای ارزیابی عملکرد بخش ها عموماً از ارزیابی های میدانی و تصادفی با چک لیست های محدود و مبتنی بر کاغذ بهره می گیرد.

سوالی که در اینجا مطرح میشود گذار از یک روش در انجام وظایف مدیریت به یک روش دیگر است. این گذار همان مفهوم تغییر است. ممکن است یک مدیر تصمیم بگیرد روش های نظارتی و کنترلی خود را از حالت های سنتی و روزمره به حالت های فراگیرتر و مبتنی بر سامانه تغییر دهد و یا در حوزه برنامه ریزی ممکن است یک مدیر به دنبال گذار از برنامه ریزی منفعل و نمایشی به سمت یک نظام برنامه ریزی پروژه محور حرکت کند. این مثال ها نشان می دهد که الزاماً حرکت در مسیر فعلی و روزمره به معنای استقرار مدیریت تغییر در بیمارستان نیست. استقرار مدیریت تغییر نیازمند گذار از روش های سنتی و روزمره در تحقق وظایف مدیریت به سمت روش های نو و با اثربخشی بالاتر است و تغییر، نقش کاتالیزور را در این فرآیند ایفا می کند. به عبارت دیگر فرآیند تغییر ابزاری را برای مدیران ایجاد می کند که با این ابزار مدیر قادر خواهد بود با یک نگاه دیگر به روش های فعلی و روزمره خود در حوزه وظایف مدیریتی نگاه کند و چالش ها و موارد قابل بهبود را شناسایی کند و با ابزار تغییر از وضعیت فعلی به وضعیت موجود کوچ نماید. نکته مهم در این خصوص این است که وظایف مدیریت تغییر نمی کند و همچنان مدیر وظایف پیشگفت را بر عهده دارد. آنچه که در شرایط جدید ایجاد شده است انجام موثرتر وظایف مدیریتی است. شاید بتوان از این

¹ Lewin

² Action research

³ Kotter

⁴ Ackerman-Anderson & Anderson

⁵ Prosci

⁶ Kilman

⁷ Contnium

⁸ Beer

⁹ Gleicher

منظر تغییر را هم به عنوان یکی از وظایف مدیریت نام برد که هر مدیر می بایست نسبت به آن دانش کافی داشته باشد. در واقع بدون مسلط بودن روی فرآیند تغییر و استفاده از این ابزار برای تحقق وظایف مدیریتی نمی توان شاهد بهبود در سازمان داشته باشیم.

حال اگر بپذیریم تغییر به عنوان یک ابزار اصلی برای بهبود بهره وری در بیمارستان ها می تواند مورد استفاده قرار گیرد، باید به این سوال مهم پاسخ دهیم که آیا فرآیند تغییر یا ابزار تغییر در همه بیمارستان ها می تواند به صورت مشابه مورد استفاده قرار گیرد؟

پاسخ به این سوال از دو جنبه قابل بررسی است. جنبه اول ماهیت مشکلات و مسائلی است که به عنوان مثال بیمارستان های دولتی با آن روبرو هستند و از طرف دیگر مدل های مختلف تغییر در بسیاری از منابع مختلف ذکر شده است. لذا در صورت مشابه بودن مشکلات و مسائلی که بیمارستان با آن روبرو است با الگویی گیری از تجربیات داخل و خارج از کشور و همچنین مدل های مختلف تغییر می توان یک فرمول مناسب را برای گذار از وضعیت فعلی به وضعیت هدف ترسیم کرد. پاسخ به این سوال از یک جنبه مهم دیگر هم قابلیت بررسی دارد و آن هم این هست که هر بیمارستان دارای یک هویت مشخص و مستقل است. این هویت حتی در یک شهر با بیمارستان های دیگر آن شهر نیز تفاوت دارد. هویت بیمارستان با مواردی مانند قدمت، بزرگی، نوع خدمات و فرهنگ سازمانی حاکم بر آن تعریف می گردد. بنابراین می توان گفت در سطح جهان ما یک بیمارستان به عنوان مثال به نام مجتمع بیمارستانی امام رضا علیه السلام مشهد داریم و مشکلات این بیمارستان در عین حال که در کلیت خود ممکن است مشابه بسیاری از بیمارستان های دولتی باشد اما در بطن خود و در ترکیب با فرهنگ سازمانی و سایر شرایط و ویژگی های حاکم بر آن یک بیمارستان منحصر به فرد است. لذا به عنوان جمع بندی این قسمت می توان عنوان کرد که برای عبور از شرایط فعلی به شرایط هدف در راستای بهبود بهره وری می بایست علاوه بر بهره گیری از تجربیات و مدل های مختلف در در جاهای دیگر در نهایت با یک مدل منحصر به فرد برای هر بیمارستان محل فعالیت فرآیند تغییر را طراحی و آغاز کرد.

فصل ۴: مدل های ایجاد تغییر و تحول

سازمان‌ها برای دستیابی به اهداف خود، بر پایه تغییر و بهبود مستمر ادامه فعالیت می‌دهند و ایجاد تغییر و تحول در سازمان از مهارت‌ها و وظائف اساسی مدیران است. در این فرآیند می‌توان کوشش‌های بهسازی سازمان را به سه دسته کلی تقسیم نمود:

- ایجاد بهبود در اجرای کارها و وظایف سازمانی یا در واقع در عملکرد سازمان.
- ایجاد بهبود در فرآیندهای جاری سازمان، همسو شدن با محیط و ایجاد آمادگی در کارکنان جهت رویارویی با مشکلات سازمانی و یافتن راه‌حل‌های خلاق در ارتباط با مسائل مربوطه.
- ایجاد بهبود در الگوهای رفتار کارکنان از قبیل بهسازی در روابط بین افراد و گروه‌ها در همکاری و تعاون سازمانی، افزایش سطح اعتماد و آزادی عمل در ارتباطات و مشارکت وسیع در اجرای استراتژی‌ها و برنامه‌های سازمان (۲۳). در زمینه تغییر و تحول سازمانی روش‌ها و مدل‌های مختلفی وجود دارد که در اینجا به برخی از این مدل‌ها اشاره می‌کنیم:

مدل کرت لوین (مدل تغییر برنامه ریزی شده)

مدل کرت لوین دارای مفروضاتی به شرح زیر است:

- ۱- فرآیند تغییر صورت نمی‌گیرد مگر آنکه انگیزه‌ای برای تغییر وجود داشته باشد.
- ۲- فرآیند تغییر شامل یادگیری چیز جدید است.
- ۳- افراد، کانون تغییرات سازمانی هستند.
- ۴- مقاومت در برابر تغییر وجود خواهد داشت.
- ۵- تغییر اثربخش نیازمند تقویت است.

کرت لوین مطرح می‌کند که هر تغییر برنامه ریزی شده‌ای به عنوان یک فرآیند سه مرحله‌ای در نظر گرفته می‌شود. مراحل تغییر در این مدل عبارت است از:

۱- خروج از انجماد^۱

خروج از انجماد، مسئولیتی است مدیریتی که برای آماده کردن سازمان جهت ایجاد تغییر انجام می شود. این مرحله شامل تایید نکردن روش و رفتارهای موجود جهت ایجاد احساس نیاز به یک وضعیت جدید و تازه می باشد. یکی از نکاتی که کِرت لوین به عنوان عامل اصلی شکست در ایجاد تغییر بیان می کند، این است که مدیران و کارکنان سازمان برای ایجاد تغییر به خوبی از انجماد در نیامده باشند. به نظر می رسد که سازمانهای بزرگ گاهی دچار "پدیده قورباغه در آب جوشان" می شوند. یک آزمایش فیزیولوژیکی نشان می دهد زمانی که یک قورباغه در ظرف آب داغ قرار داده شود فوراً بیرون می پرد. اما وقتی در ظرف آب سردی قرار داده شود که به آرامی به جوش می آید در آنجا می ماند تا بمیرد. سازمان ها نیز می توانند قربانی شرایط مشابه شوند. زمانی که مدیران در بررسی محیط سازمان، در تشخیص روندهای مهم و نیازمند تغییر باز بمانند، سازمان مربوطه به آرامی قدرت رقابتی خود را از دست می دهد.

۲- تغییر دادن^۲

این مرحله شامل یک مسئولیت مدیریتی در تعدیل و بهبود اوضاع و شرایط و به عبارت دیگر تغییر در افراد، وظایف، ساختار و فن آوری است. لوین هشدار داد که بسیاری از کارگزاران تغییر، قبل از موقع مناسب، وارد این مرحله می شوند و یا بسیار سریع تغییر را شروع می کنند و در نتیجه باعث ایجاد مقاومت می شوند و پیشرفت تغییر را کند می کنند، زیرا که موقعیت برای ایجاد تغییر به حد کافی از انجماد در نیامده است. تغییر موفقیت آمیز همچنین نیازمند تلاش مستمر و اهداف صحیح و واضح می باشد به گونه ای که فرایند را تا رسیدن به وضعیت تثبیت شده و پایدار، پیش ببرد.

۳- انجماد مجدد^۳

انجماد مجدد آخرین مرحله مسئولیت مدیریتی در تغییر برنامه ریزی شده است. هدف این مرحله حفظ نتایج مطلوب ناشی از تغییر می باشد. ارزیابی قسمت اصلی این مرحله می باشد، که اطلاعاتی راجع به هزینه و منافع تغییر ارائه می دهد. زمانی که انجماد مجدد با شکست مواجه شود و یا به فراموشی سپرده شود احتمال دارد بهترین تغییرات مورد نظر به فراموشی سپرده شوند و یا ناقص به اجرا در آیند (۲۴).

¹ Unfreezing

² Changing

³ Refreezing

مدل آدکار^۱

مدل آدکار به وسیله پروسی در سال ۲۰۰۰ بعد از تحقیق روی ۷۰۰ شرکت که اقدام به اجرای پروژه های تغییر کرده بودند طراحی شده است. این مدل قصد دارد به عنوان یک ابزار هدایت کننده عمل کند.

- ۱- آگاهی از نیاز برای تغییر^۲: درک احساس نیاز به تغییر.
- ۲- تمایل به مشارکت و پشتیبانی از تغییر^۳: چه کسی باید در تغییر شرکت کند؟
- ۳- دانش و شناخت در مورد چگونگی تغییر^۴: چه کسی دانش لازم برای هدایت تغییر را دارا است؟
- ۴- توانایی اجرای مهارتها و رفتارهای مورد نیاز^۵: چه کسی مهارتها و رفتارهای تغییر را اجرا می کند؟
- ۵- تقویت برای دوام یافتن تغییر^۶: چه کسی پایه تغییر اولیه و تغییرات آتی را بنا می نهد؟ (۲۵).

مدل تغییر پروسی

این مدل شامل ۳ فاز و چندین گام می باشد که به صورت خلاصه در ادامه ارائه می گردد:

- ۱- آمادگی برای تغییر: تعریف استراتژی های مدیریت تغییر، گردآوری تیم مدیریت تغییر و توسعه مدل پشتیبان
- ۲- مدیریت تغییر: توسعه طرح های مدیریت تغییر و انجام اقدامات لازم و بکارگیری طرح ها
- ۳- تقویت تغییر: جمع آوری و تحلیل بازخوردها، تشخیص شکاف ها و مدیریت مقاومت در برابر تغییر، انجام اقدامات اصلاحی و جشن گرفتن موفقیت ها.

این مدل قابلیت بومی سازی برای هر سازمان و پروژه تغییر را دارا است (۲۶).

حرکت به سمت فرآیند محوری با مدل های مهندسی مجدد

مهندسی مجدد روندی است که در آن وظیفه های فعلی سازمان جای خود را با فرایندهای اصلی کسب و کار عوض کرده و بنابراین سازمان از حالت وظیفه گرایی به سوی فرآیند محوری حرکت می کند. همین امر موجب سرعت بخشیدن به روند کسب

¹ ADKAR

² Awareness

³ Desire

⁴ Knowledge

⁵ Ability

⁶ Reinforcement

و کار و کاهش هزینه ها و در نتیجه رقابتی تر شدن سازمان می شود. رویکردها و روشهای متفاوتی توسط محققان برای مهندسی مجدد ارائه شده است (۲۷).

روش مهندسی مجدد هاریسون و پرات^۱

- ۱- انتخاب مسیر: انتخاب مسیر و تنظیم جهت برای تلاش های مهندسی مجدد.
- ۲- الگوبرداری: تجزیه و تحلیل فرآیندهای موجود و ارزیابی فرآیندها در برابر مشتریان و الگوبرداری.
- ۳- چشم انداز فرآیندها: خلق چشم انداز برای فرآیندهای آینده.
- ۴- حل مسئله: تشخیص بهبودهای انفجاری و شناخت راه حل برای حالات مختلف تغییر.
- ۵- برنامه ریزی: برنامه ریزی جامع برای بهبود فرآیندها.
- ۶- اجرا: اجرای برنامه ریزی مهندسی مجدد.
- ۷- بهبود مستمر: بهبود مستمر فرآیندها و انعکاس اندازه گیری عملکرد (۲۸).

روش مهندسی مجدد پتروزو و استپر^۲

- ۱- کشف: تشخیص مسئله، تنظیم اهداف، تشخیص فرآیندها برای طراحی مجدد و شکل دادن تیم مهندسی مجدد.
- ۲- جستجو و جمع آوری: تجزیه و تحلیل فرآیند، مستندسازی، الگوبرداری و تشخیص نیازهای فناوری اطلاعات.
- ۳- نوآوری و ساخت: تفکر مجدد در خصوص فرآیندها.
- ۴- سازماندهی مجدد، آموزش مجدد و ابزارسازی مجدد: اجرای فرآیندهای جدید و آموزش فناوری نوین (۲۹).

¹ Harrison & Pratt, 1993

² Stepper & Petrozzo, 1994

روش مهندسی مجدد کوپرز و لیبرند^۱

- ۱- تشخیص: فرآیندهای فعلی مشخص می‌شوند.
- ۲- مدل کردن فرآیندهای جاری: با مدل کردن فرآیندهای جاری، نقاط قوت و ضعف آنها مشخص می‌شود.
- ۳- انتخاب: راهکارهای جایگزین موجود جهت طراحی، آزمایش و بهترین آنها انتخاب می‌شود.
- ۴- اجرا: فرآیندهای طراحی شده به اجرا گذاشته می‌شوند (۳۰).

روش مهندسی مجدد کلین^۲

- ۱- آماده‌سازی: در این گام اعضای پروژه مهندسی مجدد سازماندهی و فعال می‌شوند.
- ۲- تشخیص: توسعه الگوهای مشتری‌مدار برای فرآیندهای کسب‌وکار.
- ۳- انتخاب: انتخاب فرآیندها برای مهندسی مجدد و تنظیمات لازم جهت طراحی مجدد.
- ۴- راه حل: تعریف نیازهای فنی برای فرآیندهای جدید و توسعه جزئیات برنامه اجرایی.
- ۵- انتقال: اجرای مهندسی مجدد (۳۱).

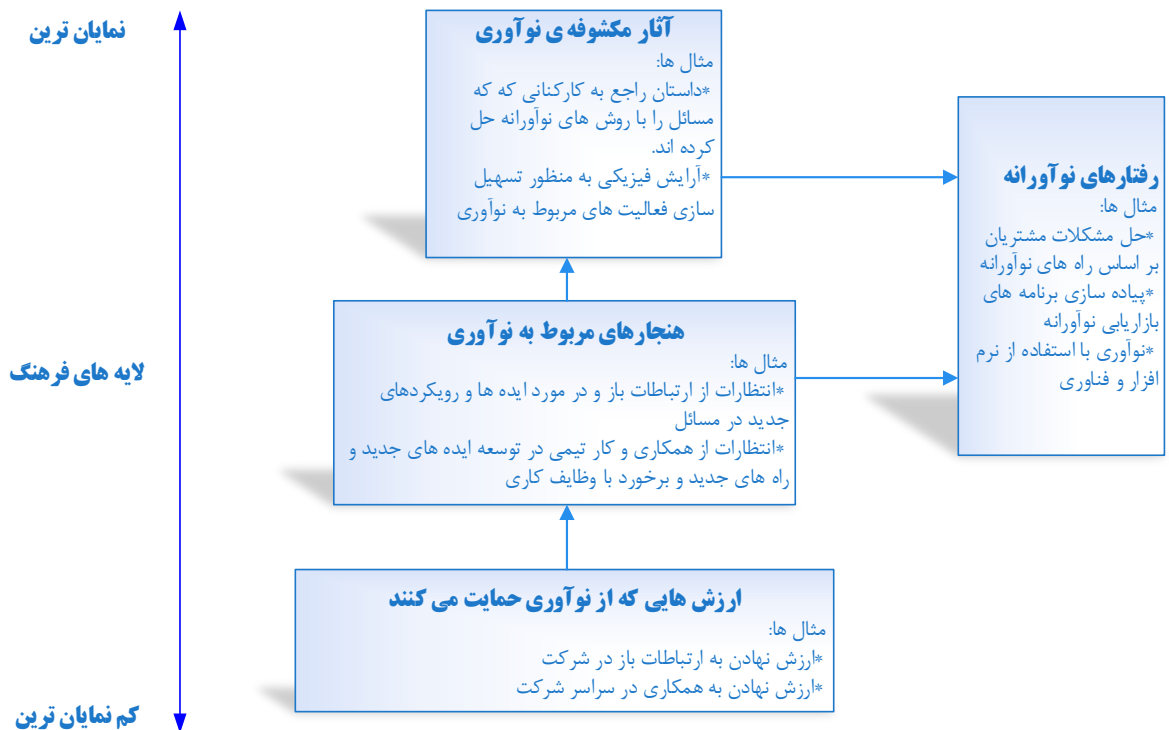
¹ Coopers & Lybrand, 1994

² Kelien, 1994

فصل ۵: فرهنگ تغییر و پذیرش تغییر

یکی از زیربنایی‌ترین عناصر سازمانی که بر کل سرنوشت سازمان سایه افکنده است فرهنگ سازمانی می‌باشد. هنگامی که محیط دستخوش تغییر می‌شود فرهنگ ریشه دار و مستحکم سازمان، ممکن است دیگر مناسب نباشد. گرچه هماهنگی و یکدستی مجموعه در شرایط عادی یک دارایی تلقی می‌شود، اما همین فرهنگ سازمانی ممکن است در برابر تغییرات لازم و ضروری که پیشرفت سازمان را تضمین می‌نماید، ایستایی نموده و حفظ بقای سازمان را مخدوش کند (۳۲). تعاریف زیادی از فرهنگ سازمانی وجود دارد، با این حال، فرهنگ سازمانی به طور کلی به ارزش‌های سازمانی گفته می‌شود که از طریق هنجارها و مصنوعات منتقل می‌شوند و در الگوهای رفتاری مشاهده می‌شوند (۳۳، ۳۴). ارزش‌های ذاتی سازمان در عمل به عنوان اصول اجتماعی رفتارها را هدایت می‌کنند و یک چارچوب گسترده برای روال‌های کاری و روال‌های سازمانی تنظیم می‌نمایند (۳۵). به عنوان مثال، ارزش‌های منتقل شده توسط مدیریت ارشد با تعبیه رفتارهای مورد انتظار در فرهنگ سازمان، به فرآیند نوآوری کمک می‌کنند. بنابراین، ارزش‌ها یک مکانیسم فرعی را فراهم می‌کنند که از طریق آن مدیریت ارشد می‌تواند تاثیر داشته باشد. با تأکید بر ارزشهای خاص و با ایجاد هنجارهای مطابق با رفتارهای مورد انتظار، مدیران می‌توانند فرهنگ سازمانی را شروع کنند که تأثیر قدرتمند و قانع کننده ای بر رفتار کارکنان داشته باشد (۳۶، ۳۷). ارزش‌ها و هنجارها می‌توانند به نوبه خود در مصنوعات آشکار شوند (به عنوان مثال رسوم، زبان، داستان و پیکر بندی‌های فیزیکی) و منجر به رفتارهای مطلوبی همچون نوآوری می‌شوند. درحالی‌که بیشتر تحقیقات قبلی فرهنگ سازمانی را به عنوان یک ساختار واحد در نظر می‌گیرند، شاین^۱ (۱۹۹۲) اهمیت آنالیز و تمایز بین چندین لایه فرهنگ را در نظر می‌گیرد (شکل ۱). بعلاوه، شاین (۱۹۹۲) سردرگمی در تعاریف فرهنگ را ناشی از عدم تمایز در سطوحی می‌داند که فرهنگ سازمانی به درستی آشکار می‌شود. همانطور که شکل ۱ نشان می‌دهد، ارزش‌های اساسی، هنجارها و مصنوعات هستند و الگوهای رفتاری مشاهده شده را تعیین می‌کنند. هنجارها، انتظارات از رفتارهای قابل قبولی است که توسط اعضای یک سازمان انجام می‌شود و دارای نیروی تعهد یا فشار اجتماعی است (۳۸، ۳۹). به عنوان مثال، رفتارهای نوآورانه می‌توانند ناشی از هنجارهایی باشند که از تبادل اطلاعات در مورد روش‌های جدید انجام کارها در داخل سازمان پشتیبانی می‌کنند (۴۰، ۴۱). هنجارهای سازمانی از ارزش‌ها نشأت می‌گیرند و در مصنوعات آشکار می‌شوند. در حالی که ارزش‌ها به صورت حداقل دیده می‌شوند. مصنوعات نمایان ترین لایه فرهنگ سازمانی است و به طور آشکار در نمادهای سازمانی، آیین‌ها، زبان و تنظیمات فضای کاری فیزیکی مشهود است (۳۸).

¹ Schein



شکل (۱): فرهنگ سازمانی و حمایت از نوآوری

کارکردهای فرهنگ سازمانی بر اساس نظر رابرت کریتنر^۱

فرهنگ سازمانی بر اساس نظر رابرت کریتنر و همکاران دارای چهار کارکرد اصلی می باشد که در ادامه به صورت خلاصه

توضیح داده شده است.

¹ Robert kreitner

۱- اعطای هویت و شخصیت به اعضای سازمان

در این کارکرد سازمان به عنوان یک سازمان نوآور شناخته شده است که به طور مداوم در حال بهبود و گسترش محصولات و خدمات جدید می‌باشد. در این حالت سازمان به طور منظم و برنامه‌ریزی شده، اهداف تولید و ارائه خدمات آینده خود را به تفکیک نوع و سهم هر خدمت یا کالا تعیین کرده است. در این هویت بخشی، کیفیت محصولات نیز تعیین شده است. هویت سازمانی با تخصیص پاداش‌ها تقویت می‌گردد که در نتیجه این خود منجر به تقویت خلاقیت می‌شود. به عنوان مثال سازمان برای کارکنانی که خلاق و نوآور هستند جایزه و پاداش در نظر می‌گیرد.

۲- ایجاد تعهد گروهی

این کارکرد نشان می‌دهد که کارکنان سازمان به عضویت در سازمان مذکور افتخار می‌کنند و این موضوع به عنوان یکی از ارزش‌های موجود در سازمان نهادینه شده است. افرادی که فرهنگ سازمان را می‌پذیرند، تمایل دارند تا مدت زمان بیشتری در سازمان مربوطه حضور داشته و فعالیت نمایند. وقتی این کارکرد به خوبی در سازمان نهادینه می‌شود پرسنل (حتی افرادی که دارای سابقه بیشتر هستند) اعلام می‌کنند که هیچ دلیلی برای ترک سازمان نداشته و حتی اگر فرصت‌های دیگری برای کار در شغل‌های دیگر داشته باشد اما هنوز سازمان فعلی را برای فعالیت ترجیح می‌دهد.

۳- افزایش ثبات سیستم اجتماعی

ثبات سیستم اجتماعی، نشان‌گر یک محیط کاری مثبت و تقویت‌کننده است که در چنین محیطی پدیده تغییر و تعارض به طور اثربخشی اداره و کنترل می‌شوند. این استراتژی باعث ایجاد یک محیط کاری مثبت در برابر تنوع می‌شود. همچنین، سازمان درصدد افزایش ثبات خود از طریق پیشرفت فرهنگی است. بدین صورت که سازمان یک سیاست استخدامی استراتژیک را اتخاذ می‌کند تا به واسطه آن مطمئن شود افرادی وارد سازمان می‌شوند که به لحاظ ویژگی‌های مورد انتظار و تناسب با فرهنگ سازمان بیشترین انطباق را داشته باشند.

۴- کمک به تثبیت رفتار کارکنان از طریق درک محیط در سازمان

این کارکرد به کارکنان کمک می‌کند تا علت فعالیت‌های سازمانی و نیز نحوه ایجاد و دستیابی سازمان به اهداف بلند مدت را دریابند. در این کارکرد سازمان به شیوه‌های متنوعی، انتظارات خود را در خصوص نوآوری کارکنان بیان می‌کند، به عنوان مثال از برگزاری دوره‌های مستمر آموزشی مشارکتی بهره می‌گیرد. همچنین، انتظارات و عملکردها را از طریق ارائه بازخورد شغلی تفصیلی به کارکنان، سامان می‌بخشد. استخدام‌های جدید را در مقابل استاندارد رشد شغلی اندازه‌گیری و ارزیابی می‌کند که این ارزیابی در طول ۶ ماهه نخست تا سه سال پس از استخدام صورت می‌گیرد (۴۲).

ابعاد فرهنگ سازمانی بر اساس مدل دنیسون

دانیل دنیسون^۱ در سال ۲۰۰۰ تحقیقاتی را در زمینه فرهنگ سازمان و تغییر در سازمان انجام داده است. وی در مدل خود ابعاد فرهنگ را برای سازمان‌ها در چهار محور اصلی شامل درگیر شدن در کار، سازگاری، انطباق‌پذیری و رسالت در نظر می‌گیرد که هر یک از این ابعاد شامل سه شاخص یا اقدام است (۴۳).

۱- **درگیر شدن در کار (تعهد در مشارکت):** سازمان‌های اثربخش افرادشان را توانمند می‌سازند، سازمان را بر محور گروه‌های کاری تشکیل می‌دهند و قابلیت‌های منابع انسانی را در همه سطوح توسعه می‌دهند. اعضای سازمان به کارشان متعهد شده و خود را به عنوان پاره‌ای از پیکره سازمان احساس می‌کنند، افراد در همه سطوح احساس می‌کنند در تصمیم‌گیری نقش دارند و این تصمیمات است که بر کارشان موثر است و کار آن‌ها مستقیماً با اهداف سازمان پیوند دارد. این بُعد شامل اقدامات زیر است:

- **توانمندسازی:** افراد اختیار، ابتکار و توانایی برای اداره کردن کارشان دارند. این امر نوعی حس مالکیت و مسئولیت در سازمان ایجاد می‌کند.
- **تیم‌سازی:** در سازمان به کار گروهی در جهت اهداف مشترک، ارزش داده می‌شود؛ به طوری که کارکنان همانند مدیران احساس می‌کنند در محل کار خود پاسخ‌گو هستند. این سازمان‌ها برای انجام کار به گروه‌ها تکیه می‌کنند.
- **توسعه قابلیت‌ها:** سازمان به منظور تامین نیازها و باقی ماندن در صحنه رقابت به طور مستمر به توسعه مهارت‌های کارکنان می‌پردازد.

¹ Daniel Denison

۲- **سازگاری:** تحقیقات نشان داده است که سازمان‌هایی که اغلب اثربخش هستند، با ثبات و یکپارچه بوده و رفتار کارکنانشان از ارزش‌های بنیادین نشأت گرفته است. رهبران و پیروان در رسیدن به توافق مهارت یافته‌اند و فعالیت‌های سازمانی به خوبی هماهنگ و پیوسته شده است. سازمان‌هایی با چنین ویژگی‌هایی، دارای فرهنگ قوی و متمایزند و به طور کافی بر رفتار کارکنان نفوذ دارند. این ویژگی با ۳ شاخص بررسی می‌شود:

- **ارزش‌های بنیادین:** اعضای سازمان در یک دسته ارزش‌ها که هویت و انتظارات آن‌ها را تشکیل می‌دهد، شریک‌اند.

- **توافق:** اعضای سازمان قادرند در اختلافات مهم به توافق برسند. این توافق هم شامل توافق در سطح زیرین و هم توانایی در ایجاد توافق در سطوح دیگر می‌باشد.

- **هماهنگی و پیوستگی:** واحدهای سازمانی با کارکردهای متفاوت می‌توانند برای رسیدن به اهداف مشترک خیلی خوب با هم کار کنند. مرزهای سازمانی با این گونه کارکردن به هم ریخته نیز نمی‌گردد.

۳- **انطباق پذیری:** سازمان‌هایی که به خوبی یکپارچه هستند به سختی تغییر می‌یابند. لذا یکپارچگی درونی و انطباق بیرونی را می‌توان مزیت و برتری سازمان به حساب آورد. سازمان‌های سازگار به وسیله مشتریان هدایت می‌شوند، ریسک می‌کنند، از اشتباهات خود پند می‌گیرند و ظرفیت و تجربه ایجاد تغییر را دارند. آن‌ها به طور مستمر در حال بهبود توانایی سازمان به جهت ارزش قائل شدن برای مشتریان هستند. این ویژگی با ۳ شاخص بررسی می‌شود:

- **ایجاد تغییر:** سازمان قادر است راه‌هایی را برای تامین نیازهای تغییر ایجاد کند، می‌تواند محیط موسسه را بشناسد، به محرک‌های جاری پاسخ دهد و از تغییرات آینده پیشی جوید.

- **مشتری‌گرایی (تمرکز بر مشتری):** سازمان مشتریان را درک می‌کند و به آن‌ها پاسخ می‌دهد و پیشاپیش درصدد تامین نیازهای آینده بر می‌آید. در واقع مشتری‌گرایی، درجه‌ای که سازمان‌ها در جهت رضایتمندی مشتریان هدایت می‌شوند را نشان می‌دهد.

- **یادگیری سازمانی:** میزان علائم محیطی که سازمان‌ها دریافت، ترجمه و تفسیر می‌کنند و فرصت‌هایی را برای تشویق خلاقیت، سبک دانش و توسعه توانایی‌ها ایجاد می‌کنند، را اندازه می‌گیرد.

۴- **ماموریت (رسالت):** شاید بتوان گفت مهمترین ویژگی فرهنگ سازمانی، ماموریت یا رسالت آن است. سازمان‌هایی که

نمی‌دانند کجا هستند و وضعیت موجودشان چیست، معمولاً به بیراهه می‌روند. سازمان‌های موفق درک روشنی از اهداف و جهت خود دارند، به طوری که اهداف استراتژیک را تعریف کرده و چشم انداز سازمان را ترسیم می‌کنند. پردردسرتترین سازمان‌ها، آنهایی هستند که مجبورند ماموریت‌شان را تغییر دهند. وقتی یک سازمان مجبور است رسالت خود را تغییر دهد، تغییرات در استراتژی، ساختار، فرهنگ و رفتار الزامی است. در این وضعیت رهبر قوی چشم انداز سازمان را مشخص می‌کند و فرهنگی را خلق می‌کند که این چشم انداز را پشتیبانی کند.

- **گرایش و جهت استراتژیک:** گرایش‌های استراتژیک روشن، جهت اهداف سازمانی را نشان می‌دهد و هر

شخص می‌تواند خودش را در آن بخش مشارکت دهد.

- **اهداف و مقاصد:** اهداف با استراتژی ماموریت و افق دید سازمان پیوند می‌یابد و سمت و سوی کار افراد را

مشخص می‌کند.

- **چشم‌انداز:** سازمان یک دیدگاه مشترک از وضعیت آینده دارد. آن ارزش بنیادی را ابراز می‌کند، اندیشه و دل

نیروی انسانی را با خود همراه ساخته و در همین زمان جهت را نیز مشخص می‌کند.

با توجه به مطالب مطرح شده، مدل فرهنگ سازمانی دنیسون، بیانگر نقشی است که فرهنگ سازمانی می‌تواند در اثربخشی و

عملکرد مطلوب سازمان، داشته باشد. در همین رابطه، انتظار می‌رود بیمارستان‌ها به عنوان سازمان‌های تامین کننده سلامت

جامعه، و بدلیل جایگاه ویژه و حساسی که در سیستم بهداشت و درمان دارا می باشند با بررسی فرهنگ سازمانی خود و فراهم

نمودن بازخوردهای مناسب، عملکرد مطلوب‌تری را ارائه دهند(۴۴).

مقاومت فرهنگی سازمانی در برابر تغییر

تغییر فرهنگ سازمانی کار آسانی نیست. زیرا فرهنگ، از بطن رفتارهای مشترک اعضای سازمان و روابط کاری که در طول زمان توسعه یافته اند، پدید می‌آید. در نتیجه برای اثر بخشیدن استحاله‌ی فرهنگی، گذشت زمان لازم است. همچنین فرهنگ یک سازمان، ممکن است از ادامه‌ی حضور رقابتی یا انطباق آن با تحولات محیط جلوگیری نماید. دو عامل عمده در ایجاد تغییر در سازمان، مهم است:

۱- درجه‌ی تغییر

۲- تاثیر تغییر بر فرهنگ سازمان

شواهد موجود بیانگر این موضوع است که انجام یافتن تغییر، دشوار است و مقاومت در برابر آن را می‌توان انتظار داشت. درجه-ی تغییر و تاثیر آن بر فرهنگ موجود در سازمان باعث به وجود آمدن چهار موقعیت تغییر احتمالی می‌شود. (شکل ۲)



شکل (۲): مقاومت در برابر تغییر با توجه به درجه تغییر و تاثیر بر فرهنگ سازمان

همانطور که در نمودار فوق مشاهده می‌شود در منطقه‌ی یک، اجرای تغییر، نسبتاً کم اهمیت است و تاثیر آن بر فرهنگ نیز اندک است. در این منطقه می‌توان پایین‌ترین سطح مقاومت را پیش‌بینی کرد و احتمالاً در انتظار تغییر موفقیت آمیز بود. در منطقه‌ی دو، تغییر، کم اهمیت است اما تاثیر آن بر فرهنگ زیاد است. مقاومتی اندک را نیز می‌توان انتظار داشت که البته این مقاومت بستگی به اندازه‌ی ترس از تغییر و سرعت آن دارد. لذا موفقیت مناسبی در سازمان عاید خواهد شد. در منطقه سه، تاثیر بر فرهنگ کم اهمیت است، بدین ترتیب هنگامی که مقاومت کمی وجود دارد مدیریت خوب و باکفایت می‌تواند بر مقاومت در برابر تغییر، غالب شود و به موفقیت زیادی نائل گردد. در منطقه چهار، هنگامی که درجه‌ی تغییر و تاثیر

بر فرهنگ سازمانی زیاد است بیشترین مقاومت می‌تواند پیش بینی شود. در این شرایط احتمال موفقیت تغییر کم است و اجرای تغییر احتمالاً کمتر موفقیت آمیز خواهد بود. بنابراین، پیشنهاد تجربی کارکنان که در کاهش سطح مقاومت و مدت زمان اجرای تغییر مناسب است باید مورد توجه قرار گیرد.

ابزارهای قدرت برای تغییر بر اساس فرهنگ سازمان

مدیری که برای بهبود راهبرد سازمان تغییراتی می‌دهد، اگر بتواند عامل‌هایی را که شکل دهنده‌ی فرهنگ هستند بشناسد و اداره کند، به احتمال زیاد در رسیدن به هدفش موفق می‌شود. سه «ابزار قدرت» که برای یک سازمان انطباق‌پذیر مورد نیاز می‌باشند عبارتند از: اطلاعات، حمایت و منابع.

- **اطلاعات:** اولین وسیله برای این منظور، فراهم کردن اطلاعات برای افراد یا ایجاد توانایی‌های لازم جهت جمع‌آوری اطلاعات است. افراد برای جمع‌آوری اطلاعات آزادند که از سازمان بیرون بروند و الگوهای ارتباطی باز در سرتاسر سازمان به وجود آورند.
- **حمایت:** دومین وسیله‌ی حمایت از افراد کارآفرین، سازمان و تاییدات ضروری از جانب مدیریت عالی و همکاری همگنان و زیردستان است. اگر پروژه، صفوف سازمانی را نیز دربرگیرد، در این صورت همیاری و حمایت دیگر دوایر نیز مورد احتیاج است. مثلاً همایش‌های بین دوایر و جلسات آموزشی که معمولاً افراد را دور هم جمع می‌کند، می‌تواند امکانات پشتیبانی از پروژه‌ها را فراهم آورد. سازمان‌ها می‌توانند ترس از شکست را از بین ببرند و جوی را به وجود آورند که افراد را در پذیرش ریسک حمایت کند.
- **منابع:** سومین وسیله، تامین منابع مالی و انسانی، تجهیزات و مواد برای اجرای پروژه است. فرآیند معمول سرمایه‌گذاری در پروژه‌های جدید از طریق کانال‌های بودجه‌ای است، اما به طور سنتی در این فرآیند، زمان زیادی صرف می‌شود و بودجه به موقع تامین نمی‌شود. برای رفع این اشکال بعضی سازمان‌ها بودجه‌های پروژه‌هایشان را از طریق باقی مانده‌ی سرمایه‌های بودجه‌ای (بودجه‌های مصرف نشده) و پروژه‌هایی که قبلاً به آن‌ها بودجه تخصیص یافته است، به دست می‌آورند.

«دان هاروی و ریچارد والد^۱» طی پژوهشی، یک برنامه‌ی بالندگی سازمان را که هدفش تغییر فرهنگ یک شرکت با خط تولید قدیمی بود، مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها دریافتند که ایجاد تغییر در شرکت‌های سنتی دارای خط تولید قدیمی از همان درجه‌ی اهمیت ایجاد تغییر مستمر در شرکت‌های دارای فن‌آوری پیشرفته برخوردار است، هرچند این موسسات در محیطی پویاتر عمل می‌کنند آن‌ها در این زمینه گزارش دادند که انجام چنین تغییراتی، وقت‌گیر و دشوار است. تغییرات در فرهنگ‌هایی که از بنیاد مستحکمی برخوردارند به سرعت انجام نمی‌گیرد. برخی از عوامل کلیدی در تغییر فرهنگ ریشه‌دار و جاافتاده در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. هرگونه تغییری در فرهنگ سازمان باید روی آنچه که مردم انجام می‌دهند و برای آن ارزش قائلند، متمرکز شود. اگر مشاور بالندگی سازمان بتواند در اعضا حالتی را ایجاد کند که بر طبق شیوه‌های جدید رفتار کنند، در آن صورت تغییر فرهنگی امکان پذیر خواهد بود (۴۵).

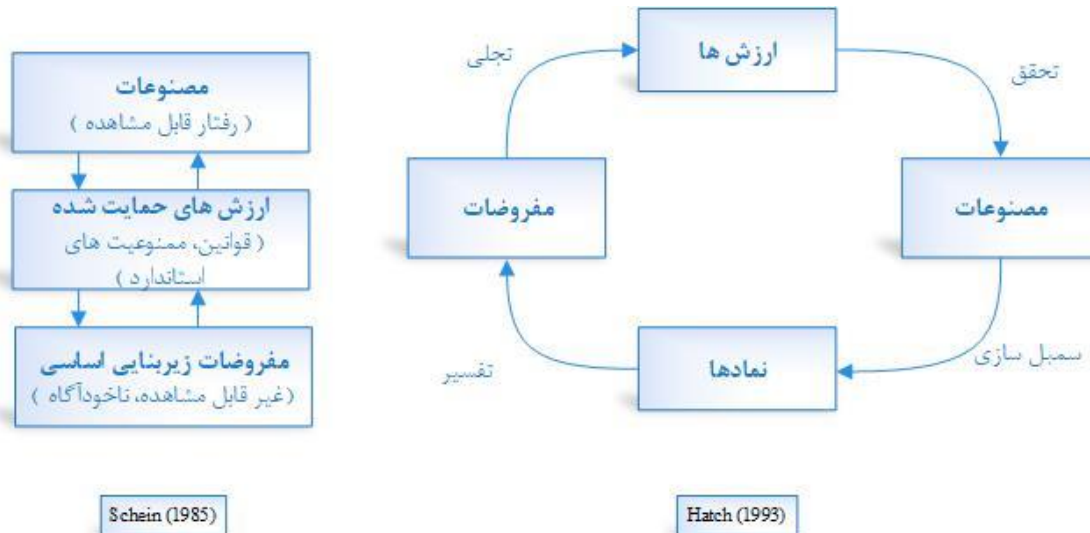
جدول (۱): عوامل کلیدی در تغییر فرهنگ

عامل کلیدی	توضیحات
درک فرهنگ قدیم	مدیران تا وقتی که نمی‌دانند کجا هستند، نمی‌توانند مسیرشان را تغییر بدهند.
تشویق کارمندان به تغییر	افراد را با تغییر فرهنگ با ارائه‌ی ایده‌های جدید کمک کنید.
پیروی از واحدهای برجسته	واحدهای برجسته سازمان را شناسایی کنید و آن‌ها را به عنوان یک مدل مورد استفاده قرار دهید.
تحمل نکردن تغییر فرهنگ	به کارکنان فرصت دهید تا خود به نگرش نوینی در مورد تحول دست یابند. در این صورت بهبود فرهنگی پدیدار خواهد شد.
هدایت از طریق دیدگاه یا دورنما	یک دورنما، اصول راهنمای تغییر را فراهم می‌آورد، اما باید کارکنان جانبدار و پذیرنده‌ی آن باشند.
تغییر در مقیاس بزرگ، زمان‌بر است	تغییرات فرهنگی سترگ در گستره‌ی سازمان ممکن است سه تا پنج سال به طول بیانجامد تا موثر واقع شود.
فرهنگ جدید را وارد زندگی کنید	رفتار و اعمال مدیریت بالای سازمان، رساتر از کلمات سخن می‌گوید

¹ Dan Harvey and Richard Vald

تأثیر فرهنگ سازمانی بر استراتژی، ساختار و عملیات

مدل فرهنگ سازمانی شاین^۱ (۱۹۸۵) یکی از پر استنادترین مدل‌های فرهنگ سازمانی است که دارای درجه بالایی از انتزاع و کاهش پیچیدگی است. این مدل از سه حوزه شامل مفروضات زیربنایی اساسی، ارزش‌ها و مصنوعات تشکیل شده است. مدل فرهنگ سازمانی شاین بین عناصر قابل مشاهده و غیرقابل مشاهده فرهنگ تمایز قایل می‌شود و بین این دامنه‌ها یک سلسله مراتب را نشان می‌دهد.



شکل (۳): مدل فرهنگ سازمانی شاین (۱۹۸۵) و هتچ (۱۹۹۳)

رفتار قابل مشاهده تحت تأثیر مفروضات غیرقابل رویت از طریق قوانین، استانداردها و ممنوعیت‌ها قرار می‌گیرد. هتچ^۲ (۱۹۹۳) به طور قابل توجهی مدل شاین (۱۹۸۵) را گسترش می‌دهد. هتچ (۱۹۹۳) علاوه بر تعریف یک دامنه چهارم به نام "نمادها"، فرآیندهایی را تعریف می‌کند که هریک از عناصر سازه فرهنگ سازمانی را به یکدیگر پیوند می‌دهد. هتچ (۱۹۹۳) فرض می‌کند که رفتار قابل مشاهده از طریق مفروضات اساسی شامل "تجلی" به ارزش‌ها و "تحقق" به مصنوعات یا از طریق "تفسیر" به نمادها و از طریق "نمادسازی" به مصنوعات ظهور می‌کند. هر دو مدل به نظر می‌رسد که پویایی‌های فرهنگی را توضیح می‌دهند. در حالی که شاین (۱۹۸۵) به شدت بر حوزه فرهنگ سازمانی تمرکز دارد، هتچ (۱۹۹۳) چهار فرآیند را مشخص می‌کند که این دامنه‌ها را به یکدیگر مرتبط می‌کنند. برای توسعه یک مدل پیکربندی، هر دو رویکرد در مورد فرهنگ

¹ Schein

² Hatch

سازمان چشم اندازی ساده، اما محدود را ارائه می‌دهند. ایده فشار خارجی بر فرهنگ سازمانی که اثرات محیط خارجی است، همانطور که توسط ساگیو^۱ و شوارتز^۲ (۲۰۰۷) پیشنهاد شد، توسط شاین (۱۹۸۵) و یا هتچ (۱۹۹۳) مورد استفاده قرار نگرفته است. زیرا تاثیرات بیرونی صراحتاً در مدل‌های آن‌ها در نظر گرفته نشده است. با این حال، آن‌ها مبنایی معنی‌دار برای توسعه " محیط داخلی " یک سازمان فراهم می‌کنند. با این وجود، یک مدل پیکربندی جامع از فرهنگ سازمانی نباید نه تنها فرآیندهای داخلی هدایت‌شده توسط فرهنگ سازمانی را ترسیم کند بلکه باید پیامدهای آن را به عنوان مثال تجلی، تحقق، تفسیر و نمادسازی برای محیط خارجی و بالعکس به تصویر بکشد.

مدل توسعه‌یافته توسط آلایر^۳ و فیرسیروتو^۴ (۱۹۸۴) یک رویکرد نسبتاً پیچیده را برای درک فرهنگ سازمانی ارائه می‌دهد. این مدل به وضوح بین (جامعه، تاریخچه و اقتضاعات) و محیط داخلی (سیستم فرهنگی، نظام ساختاری اجتماعی) تمایز قایل می‌شود. ویژگی دیگر این مدل این است که نشان می‌دهد ارزش‌های سازمانی تحت‌تاثیر محیط خارجی قرار دارند، اما در عین حال می‌توانند به عنوان یک سیستم فرهنگی جداگانه شناسایی شوند. همانطور که می‌توان از شکل ۴ مشاهده کرد، نظام ساختاری اجتماعی، از جمله ساختار، استراتژی‌ها، سیاست‌ها و فرآیندها در راستای نظام فرهنگی بنا شده‌است؛ یعنی باید با افسانه‌ها، ارزش‌ها و ایدئولوژی‌ها توجیه شود.

آلایر^۵ و فیرسیروتو^۶ (۱۹۸۴) " بازیگران فردی " را می‌شناسند که به عنوان واسطه‌ای برای خروجی و نفوذ سازمانی و نیز تحت‌تاثیر سیستم ساختاری اجتماعی قرار می‌گیرند. علاوه بر این، می‌توان از این مدل نتیجه‌گیری کرد که فرهنگ سازمانی مستقیماً تحت‌تاثیر محیط خارجی و کارکنان قرار می‌گیرد که شخصیت و ادراکات از ارزش‌های اجتماعی، قوانین و هنجارها را به ارمان می‌آورند.

¹ Sagiv

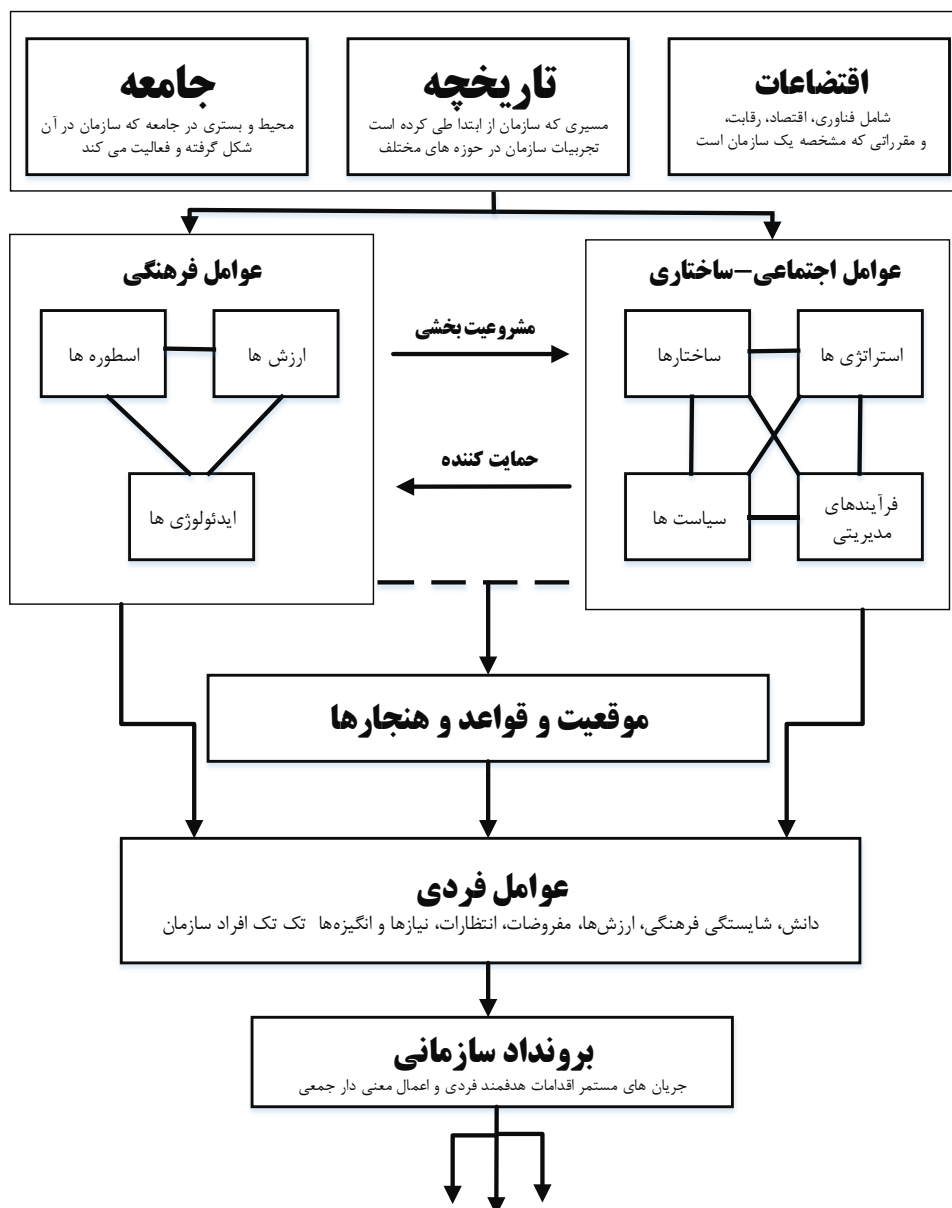
² Schwartz

³ Allaire

⁴ Firsirotu

⁵ Allaire

⁶ Firsirotu



شکل (۴) : مدل های فرهنگ سازمانی آلایر و فیروسیروتو (۱۹۸۴)

شاین (۱۹۸۵) ادعا می کند که فرهنگ سازمانی (یعنی مفروضات زیربنایی اساسی) مستقیماً با ارزش های حمایتی مرتبط است. همان طور که فرهنگ اغلب به عنوان یک مجموعه از اصول راهنما تعریف می شود، ما می توانیم این را با بحث در مورد این که فرهنگ بر فرآیند عملیاتی سازی تاثیر می گذارد، توضیح دهیم. به عبارت دیگر استراتژی ها از طریق ساختارها و عملیات با در نظر گرفتن ارزش های فرهنگی، یعنی مفروضات اساسی موجود در یک سازمان، به اجرا در می آیند. این نتیجه گیری در نتایج آمده است:

الف) عملیاتی سازی باید مطابق با ارزش‌های شرکت باشد.

ب) همه حوزه‌ها، استراتژی‌ها، ساختار و عملیات سازمان به طور غیر مستقیم تحت‌تأثیر فرهنگ قرار می‌گیرند.

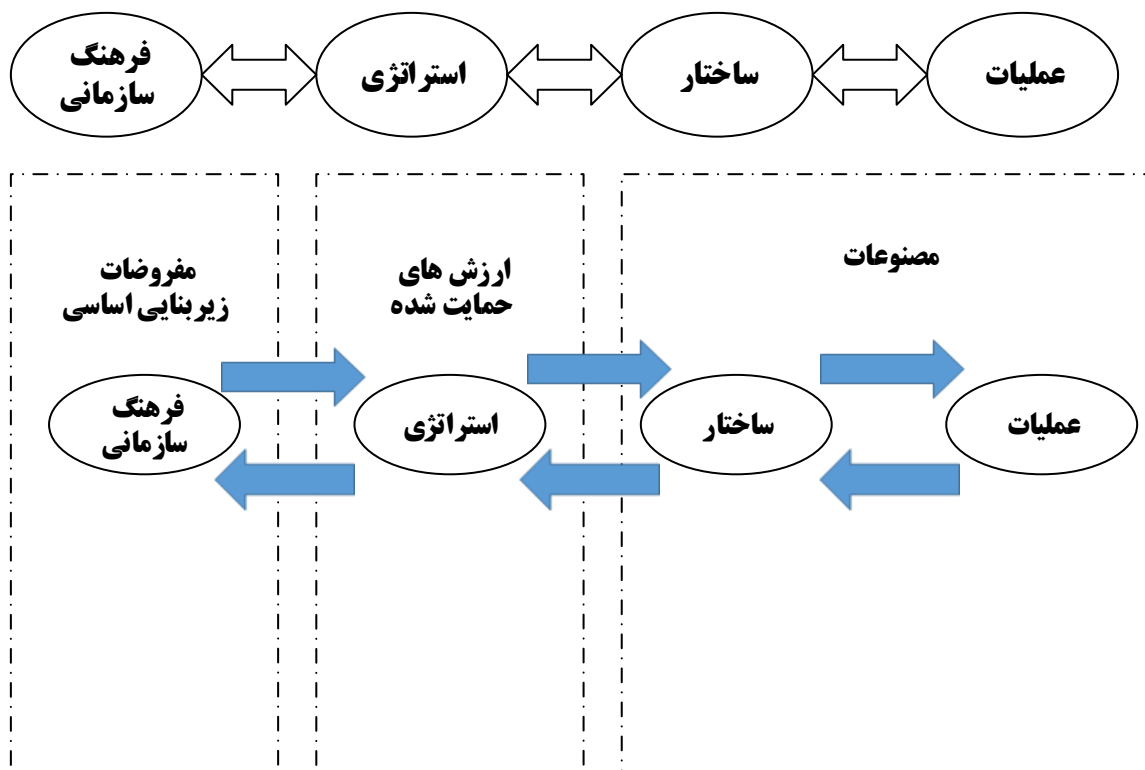
ج) ارزش‌های سازمانی، اصول اخلاقی مشترک برای انجام کسب‌وکار را تشکیل می‌دهند.

در نتیجه، ما می‌توانیم یک مدل پیکربندی از فرهنگ سازمانی تعریف کنیم که منعکس کننده فرآیندهای داخلی یک سازمان باشد. فرهنگ سازمانی، استراتژی، ساختار و عملیات را به طور سیستماتیک با یکدیگر پیوند دهد. علاوه بر این، می‌توان فرآیندهای پویای یک سازمان را ترسیم کرد، که امکان می‌دهد فرآیندهای تغییر بین همه دامنه‌ها را تعیین کنیم. فرآیندهای کاملاً مشخص (شکل ۵ را ببینید) حاصل سهم اساسی در تئوری سازمان و نظریه فرهنگ سازمانی است. این فرآیندها به گونه‌ای با یکدیگر در ارتباط هستند که می‌توان به طور سیستماتیک شرایط تغییر دامنه‌ها را ردیابی و تحلیل کرد. به عنوان مثال، فقط از طریق یادگیری تک حلقه‌ای می‌توان تغییراتی در فرمول بندی و عملیاتی سازی استراتژی ایجاد کرد. لازم به ذکر است که تغییرات در استراتژی نیز ممکن است بدون یادگیری تک حلقه‌ای ایجاد شود. با این حال، باید فرض شود که استراتژی‌های موفقیت‌آمیز و کارآمد باید منعکس کننده فرصت‌های بازار باشند (۴۶) یا منابع داخلی منحصر به فرد یک سازمان که اجازه مزایای رقابتی را می‌دهد (۴۷). در نتیجه، تنظیمات در استراتژی به احتمال زیاد با تغییرات نامطلوب در عملکرد سازمان از تمایل صرف به تغییر آغاز می‌شود.

در مرحله بعدی، باید در نظر بگیریم که سازمان‌ها در زمینه‌های مختلفی گنجانده شده‌اند، که به طور کلی می‌توان آنها را "محیط خارجی" نامید. با یادآوری مدل‌هایی که در ابتدای این مبحث ذکر شده‌اند، به خصوص مدل توسط هتچ و کافلین^۱ (۲۰۰۶)، ما می‌دانیم که تمایز بین محیط داخلی و خارجی برای تعیین فرآیندهای مربوط به خود سازمان و افراد مرتبط با دنیای بیرون، برای مثال، جامعه یا بازار، منطقی است. بنابراین، ما باید مدل را بیشتر گسترش دهیم و محیط خارجی را به عنوان بخشی از مدل پیکربندی فرهنگ سازمانی، همانطور که توسط تسوی^۲ و همکاران پیشنهاد شده است، در نظر بگیریم (۴۸).

¹ Cunliffe

² Tsui



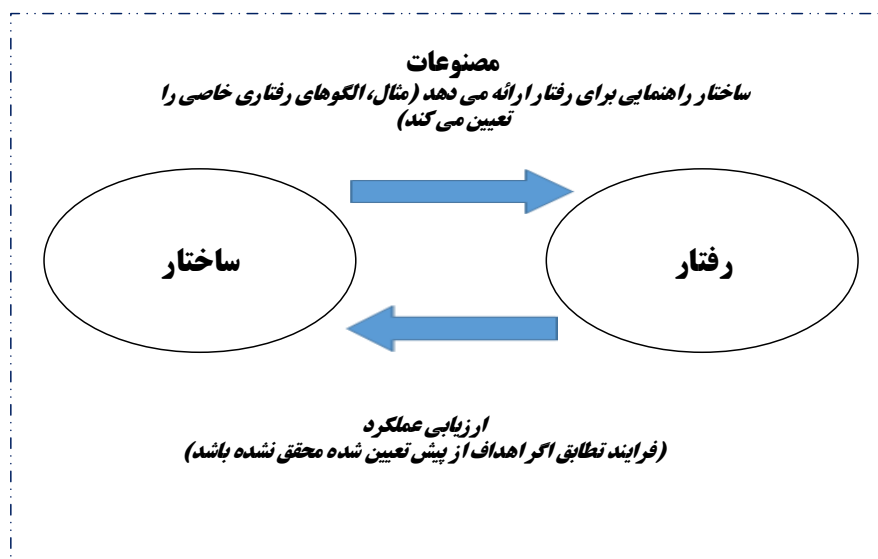
شکل (۵) : مدل فرهنگ سازمانی محیط داخلی

رابطه بین رفتار سازمانی / عملکرد و ساختار سازمانی

رفتار / عملکرد به عنوان تظاهرات (پدیده های) قابل مشاهده از استراتژی های از پیش تعریف شده که توسط ساختارهای سازمانی تنظیم می شوند، آشکار می شوند. این دامنه الگوهای رفتاری را در بر می گیرد که از استراتژی ها و ساختارها مشتق شده است. این باعث می شود که وجود سازمان به عنوان یک بازیگر بازار قابل رویت باشد. عملیات های موفق منجر به سود می شود، در نتیجه ابقا اقتصادی یک سازمان را تشکیل می دهند.

ساختارها، تجلی جهت گیری های استراتژیک و تنظیم جریان اطلاعات، تصمیم گیری و الگوهای رفتاری هستند که عبارتند از "تخصیص درونی وظایف، تصمیمات، قوانین و رویه های ارزیابی و پاداش و انتخاب برای بهترین پی گیری." (۴۹). سطح سلسله مراتب و کنترل در یک سازمان می تواند، در میان موضوعات دیگر در این حوزه شناسایی شود. ساختارها به دلیل نیاز به سازمان دهی رفتار به شیوه ای معنی دار رشد می کنند و جهت گیری اعضای سازمان را برای تعیین اقدامات متناسب با استراتژی سازمانی، فرهنگ سازمانی و در نتیجه الگوهای رفتاری پذیرفته شده فراهم می کند.

مطابق با نظریه شاین (۱۹۸۵)، ساختارها و رفتارهای سازمانی، نمود قابل مشاهده استراتژی های سازمانی را تشکیل می دهند (ارزش های حمایت شده). از شکل ۶ می توان نتیجه گرفت که ساختار سازمانی و رفتار سازمانی مستقیماً با یکدیگر مرتبط هستند چرا که هر دو به مصنوعات اشاره می کنند.

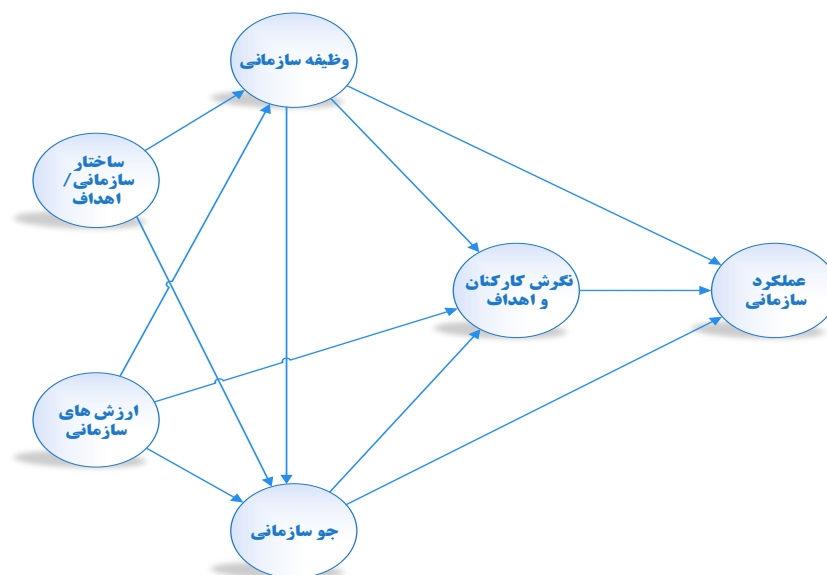


شکل (۶): رابطه بین ساختار و رفتار

بنابراین، ساختارها چارچوب مرجعی را برای اداره عملیات های سازمانی و هدایت رفتار اعضای یک سازمان ایجاد می کنند که به "الگوهای رفتاری" که توسط ساختارهای سازمانی پشتیبانی می شود، تعبیر می شوند. در عین حال، رفتار نیز با ساختارها ارتباط معکوس دارد. در اینجا، ما فرآیندهای تطبیق را در سطح مصنوعات گزارش می کنیم. با توجه به اینکه ممکن است سازمان ها در طول زمان نیاز به تغییر داشته باشند، به عنوان مثال، به دلیل بین المللی سازی گسترده از طریق ادغام و مالکیت، ممکن است لازم باشد که ساختار خاصی یا حتی تمام قسمت های سازمان را بازسازی کنیم. به خصوص در ادغام و مالکیت، به نظر می رسد این امر برای همسویی رفتار سازمانی کارمندان جدید از اهمیت ویژه ای برخوردار است به گونه ای که اهداف استراتژیک از طریق وظایف سازمانی به طور کارآمد و اقتصادی محقق شود. بنابراین، اگر رفتار سازمانی منجر به عملکرد مورد انتظار نشود، برای مثال، در بازار (۵۰)، که از طریق "ارزیابی عملکرد" مشخص شده است، ساختارها باید تغییر کنند. این امر ممکن است با تغییرات خاص در استراتژی نیز همراه باشد. عدم توانایی برای تغییر ساختار یا عملیات منجر به تهدید پایداری اقتصادی یک

سازمان خواهد شد. اگر الگوهای موجود در رفتار نمی‌تواند به اندازه کافی الزامات و وظایف سازمانی را برآورده کند و بنابراین نمی‌تواند عملکرد مورد نظر را ارائه دهد.

برخی از پژوهش‌ها بیان می‌کنند که فرهنگ سازمانی شامل سه بعد به هم پیوسته است: یک سیستم فرهنگی اجتماعی از عملکرد قابل درک استراتژی‌ها و عملکردهای سازمان، یک سیستم ارزش سازمانی و اعتقادات جمعی افراد شاغل در سازمان. فرهنگ سازمانی توسط چندین متغیر پنهان عملیاتی می‌شود: ساختار و هدف سازمانی، ارزش‌های سازمانی، وظایف سازمان، جو و ارزش‌ها و باورهای فردی. این متغیرها، به نوبه خود، فرضیه‌هایی برای تأثیرگذاری بر عملکرد سازمان است. به نظر می‌رسد که مقایسه جنبه‌های قابل مشاهده فرهنگ در داخل و درون سازمان‌ها می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای راهنمایی سازمان‌ها فراهم کند. با بررسی بیشتر متغیرهای تعریف شده، در نهایت ممکن است توضیح داده شود که چرا برخی از سازمان‌ها در سطوح مطلوب بهره‌وری عمل نمی‌کنند. مدل اکتشافی که در این مبحث مورد آزمایش قرار گرفت به عنوان استقرایی برای رسیدگی به این سوال مطرح شد که آیا جنبه‌های قابل مشاهده فرهنگ سازمانی بر سطح عملکرد سازمانی تأثیر می‌گذارد یا خیر (۵۱). شکل ۷ مدل پیش بینی نظری پیشنهادی برای بهره‌وری سازمانی را ارائه می‌دهد.



شکل (۷) : عوامل تأثیر گذار بر عملکرد سازمان

مدل پیشنهادی وجود چندین متغیر پنهان یا فرضی را نشان می دهد که در کنار هم جنبه های قابل مشاهده ای از فرهنگ یک سازمان را تشکیل می دهند و در هماهنگی، بر عملکرد سازمانی تأثیر می گذارند. این فرضیه مطرح شده است که فرهنگ از پنج متغیر نهفته بهم پیوسته تشکیل شده است. این متغیرهای پنهان شامل ساختار/ هدف سازمانی (¹OS) و ارزش های سازمانی (²OV) هستند که در مدل به عنوان عامل بیرونی در نظر گرفته می شوند که تغییرپذیری آن ها به وسیله عوامل خارج از مدل علی و سه متغیر درونی (که تغییرپذیری آن توسط متغیرهای دیگر در مدل تعیین می شود) مشخص می شود. متغیرهای بیرونی به عنوان غیر مستقیم تأثیرگذار بر عملکرد سازمانی از طریق متغیرهای درونی در مدل در نظر گرفته می شوند. متغیرهای نهان تعریف شده در مدل فرض می شود که به راحتی شامل سه زیر سیستم فرهنگ سازمانی (فرهنگی اجتماعی، اعتقاد سازمانی و باور فردی) توسط آلر و فیرسیروتو (۱۹۸۴) باشند (۵۲). برای برآورد و آزمایش انواع مدل های پیشنهادی می توان از مدل معادلات ساختاری (که بعضاً به عنوان مدل سازی علی یا مدل سازه کوواریانس یاد می شود) استفاده کرد.

نوآوری سازمانی

تئوری نوآوری در صنایع تولیدی و فناوری پیشرفته در سال های اخیر بسیار توسعه یافته است. ساختار نوآوری به طور کلی به عنوان یک فرآیند گسسته یا متغیر دو بخشی تصور می شود. به این معنی که نوآوری غالباً ریشه ای یا افزایشی و فنی یا اداری، یا محصول یا فرآیند تلقی می شود. در صنایع تولیدی، نوآوری های ابتکاری ملموس هستند، مانند محصولات جدید که با استفاده از نوآوری های فرآیند نوآوری ها تولید می شوند و برای استفاده بعدی ذخیره می شوند. توسعه ماشین آلات و تجهیزات جدید در فعالیتهای نوآورانه به عنوان یک هدف اساسی در نوآوری سامانی شناسایی می شود. با این حال، این مفهوم سازی همیشه در متن خدمات مناسب نیست زیرا خدمات فناپذیر و نامحسوس هستند و تعامل نزدیک بین تولید کننده و مشتری در فرآیند ارائه خدمات، تمایز بین نوآوری محصول و فرآیند را دشوار می کند. در چارچوب یک خدمات حرفه ای، دانش و اطلاعاتی که ماهیت آنها ملموس نیست، خروجی اصلی هستند و این خروجی ها لزوماً شامل جنبه های فیزیکی یا تکنولوژیکی نیستند. به عنوان مثال، ارائه یک راه حل ابتکاری برای مشکل مشتری در یک زمینه خدمات حرفه ای شامل ارائه خدمات و محصول و همچنین فرآیند تهیه نوآوری است که غیرقابل لمس است و نمی تواند برای استفاده های بعدی ذخیره شود. یک دیدگاه در حال ظهور در ادبیات این است که مفهوم سازی نوآوری باید شامل ابعاد چندگانه باشد. مدل سه نقطه ای یک مفهوم سازی از این مدل است. اجزای این سازه، رفتارهای

¹ Organizational structure/ Purpose

² Organizational Values

نوآورانه ای را به سمت توسعه فعالیت های نوآوری مشتری مداری، بازاریابی و فناوری محور سوق می دهد. از این رو، این دیدگاه چند بعدی مبنایی برای مفهوم سازی و ارزیابی رفتارهای نوآورانه را ارائه می دهد.

استراتژی های غلبه بر مقاومت در برابر تغییر

پیشنهادهای و روش های مختلفی برای غلبه بر مقاومت در برابر تغییر ارائه شده است. در این قسمت به صورت خلاصه به بخشی از این استراتژی ها اشاره می گردد. چهار دستاورد کلی برای غلبه بر مقاومت در برابر تغییر به شرح ذیل است:

۱. سازمان باید برای تغییر آماده شود. سازمان باید پیش از موثر واقع شدن، برای تغییر آماده گردد. درست همانند میز غذایی که باید قبل از شروع به خوردن چیده شود.

۲. هنگامی که مدیریت ارشد در خصوص آگاه ساختن کارمندان از فرآیند تغییر، ضعیف عمل می کند، تغییر سازمانی از موفقیت کمتری برخوردار خواهد بود.

۳. تصور نکنید که افراد فقط به طور آگاهانه در برابر تغییر مقاومت می کنند، در این راستا مدیران را به استفاده از الگوی سیستم های تغییر تشویق می کنیم تا از این طریق بتواند موانعی را که بر فرآیند اجرا اثر می گذارند، تعیین کنند.

۴. تعبیر و تفسیر و نحوه ادراک کارمندان از پدیده تغییر تاثیر به سزایی بر مقاومت آنها خواهد گذاشت. زمانی که کارمندان احساس کنند منافع یک تغییر، ارزش های شخصی شان را مورد تهدید قرار می دهد، تمایل کمتری به مقاومت دارند. از این رو به مدیران توصیه می شود که حداقل به اجرای موارد ذیل اهتمام ورزند:

۴-۱- تا حد امکان، اطلاعات بیش تری را پیرامون تغییر در اختیار کارکنان قرار دهند.

۴-۲- کارکنان را با دلایل / منطق تغییر آشنا سازند.

۴-۳- جلساتی را جهت مطرح کردن سئوالات کارکنان در خصوص تغییر برپا کنند.

۴-۴- فرصتی را برای کارکنان بوجود آورند تا در مورد نحوه تاثیر احتمالی تغییر مورد نظر به بحث بپردازند. این توصیه ها بر اهمیت برقراری ارتباط با کارکنان در طول فرآیند تغییر تاکید دارد. علاوه بر ارتباطات، مشارکت کارکنان در فرآیند تغییر نیز یکی دیگر از رویکردهای کلی جهت کاهش مقاومت به شمار می آید. با این وجود، گفته می شود که کارشناسان تغییر سازمانی از تمایل به مشارکت به عنوان راه حلی همه جانبه برای تمامی مشکلات مرتبط با مقاومت در برابر تغییر انتقاد می کنند. آنها رویکردی

اقتضایی را ترجیح می دهند زیرا مقاومت می تواند به شکل های مختلفی نمایان شود و علاوه براین، عوامل موقعیتی نیز متنوع هستند (۴۲)(جدول ۲).

جدول (۲): شن استراتژی غلبه بر مقاومت در برابر تغییر

رویکرد	شرایط استفاده از رویکرد	مزایا	معایب
تحصیلات+ ارتباطات	جایی که یا اطلاعات وجود ندارد یا تحلیل نادرستی از اطلاعات می شود.	زمانی که تشویق و قدردانی صورت می گیرد، افراد اغلب به اجرای تغییر کمک می کنند.	چنانچه افراد زیادی درگیر باشند، بسیار وقت گیر خواهد بود.
مشارکت+ درگیری	در جایی که افراد آغازگر به تمامی اطلاعات موردنیاز برای طراحی تغییر دسترسی نداشته باشند و در جایی که دیگران از قدرت قابل توجهی جهت مقاومت برخوردار باشند.	افرادی که مشارکت دارند، نسبت به اجرای تغییر متعهد هستند و هرگونه اطلاعات مفیدی را با برنامه تغییر تطبیق می دهند.	چنانچه شرکت کنندگان، برنامه تغییر نامناسبی را طراحی کنند، بسیار وقت گیر خواهد بود.
تسهیل+ حمایت	در جایی که افراد به علت مسائلی همچون انطباق و سازگاری مقاومت می ورزند.	هیچ رویکرد دیگری در مورد مشکلات انطباقی به خوبی عمل نمی کند.	می تواند وقت گیر، هزینه بر و ناموفق باشد.
مذاکره+ توافق	در جایی که برخی افراد و یا برخی گروه ها به طور آشکار در یک تغییر زیان می بینند و هم چنین در شرایطی که گروه از قدرت فراوانی برای مقاومت برخوردار باشد.	گاهی اوقات روش نسبتا ساده ای برای اجتناب از مقاومت است.	اگر به دیگران جهت مذاکره در خصوص پذیرش و توافق هشدار دهد، می تواند در بسیاری موارد هزینه زیادی را به بار آورد.
تدبیر+ همکاری	در جایی که سایر مهارت ها عمل نکنند و یا بسیار هزینه بر باشند.	می تواند یک راه حل نسبتا سریع و ارزان برای مسائل مربوط به مقاومت باشد.	چنانچه افراد احساس کنند که به درستی عمل می کنند، می تواند منجر به مشکلات آتی شود.
صراحت+ اجبار مطلق	در جایی که سرعت امری ضروری است آغازگران تغییر از قدرت قابل توجهی برخوردارند.	بسیار سریع عمل کرده و می تواند بر هرگونه مقاومتی غلبه نماید.	اگر باعث خشم افراد از آغازگران تغییر شود می تواند خطرناک باشد.

لزوم ایجاد تغییر در راستای بهبود بهره وری بیمارستان

در سرتاسر جهان نظام های ارائه خدمات بهداشتی درمانی تحت فشار فزاینده جهت بهبود عملکرد هستند، به عبارتی لزوم کنترل هزینه ها و در عین حال حفظ و ارتقاء کیفیت بالای خدمات و بهبود دسترسی به آنها و بهبود عملکرد نظام سلامت می تواند باعث افزایش سطح رفاه، استاندارد زندگی و رشد اقتصادی در هر کشوری شود (۵۳).

اهمیت بهره‌وری و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی به منظور برطرف کردن نیازهای بهداشتی درمانی آحاد جامعه و برآورده کردن توقعات آن‌ها روز به روز بیشتر شده و به عنوان یک اولویت اساسی در راس تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت مدیران بهداشتی و درمانی قرار گرفته است (۵۴). بحث کارایی و اثربخشی خدمات در بیمارستان یا به بیانی بهره‌وری بیش از پیش اهمیت یافته است چرا که تقریباً ۵۰ تا ۸۰ درصد از کل هزینه‌های بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت مدیریتی بهره‌ور است که در آن تولید خدمات بهداشتی درمانی به صورت هزینه اثربخش، برنامه‌ریزی، هدایت و کنترل شده باشد و با حفظ کیفیت به تمامی اهداف سازمانی دست یابد (۵۵).

۱- مسائل مربوط به حوزه نیروی انسانی

- ا. آیا تعداد پرسنل بیمارستان برای فعالیت بهینه کافی است؟
- ب. آیا پرسنل با کارایی قابل قبول فعالیت می‌کنند؟
- ج. آیا حوزه مدیریت منابع انسانی بیمارستان منطبق بر نیازهای مدیریتی بیمارستان در این حوزه است؟
- د. آیا اهرم‌های کنترلی مناسبی برای انگیزش پرسنل استفاده می‌شود؟
- ه. آیا مسیر رشد پرسنل در سازمان تبیین و توسط پرسنل پذیرفته شده است؟
- و. پرسنل تا چه اندازه نسبت به سازمان تعهد دارند؟
- ز.

۲- مسائل مربوط به حوزه مدیریت هزینه

- ا. آیا مقدار هزینه کل بیمارستان در یک سال مشخص است؟
- ب. آیا مقدار هزینه به تفکیک هر یک از بخش‌ها وجود دارد؟
- ج. آیا مقدار هزینه بیمارستان به تفکیک محل جبران (از درآمد اختصاصی یا عمومی) مشخص است؟
- د. آیا مراکز هزینه بیمارستان به درستی تعریف شده‌اند؟
- ه. آیا فرآیند تعریف مراکز هزینه تعریف شده است؟
- و. آیا استانداردهای مناسب برای کنترل مصرف به ویژه در حوزه تجهیزات مصرفی پزشکی تعریف شده است؟
- ز. آیا مدیران بخش‌ها انگیزه کافی برای مدیریت هزینه در بخش‌ها را دارند؟
- ح. آیا مدیران آموزش کافی را در خصوص مدیریت هزینه در بخش دیده‌اند؟
- ط.

۳- مسائل مربوط به حوزه مدیریت درآمد

- ا. آیا بیمارستان به صورت واقعی درآمد خود را مدیریت می کند؟
- ب. آیا مقدار درآمد کل بیمارستان در یک سال مشخص است؟
- ج. آیا مقدار درآمد به تفکیک هر یک از بخش های درآمدی مشخص است؟
- د. آیا مقدار درآمد بیمارستان به تفکیک هر یک از انواع خدماتی که بیمارستان ارائه می دهد مشخص است؟
- ه. آیا مراکز درآمد بیمارستان به درستی تعریف شده اند؟
- و. آیا زمینه های مناسب برای جذب اعتبارات عمومی در بیمارستان فراهم است؟
- ز. آیا درآمدهای بیمارستان (اختصاصی و عمومی) برای جبران هزینه های آن کافی است؟
- ح.

۴- مسائل مربوط به ساختار بیمارستان

- ا. آیا ساختار بیمارستان بهینه است؟
- ب. آیا ساختار بیمارستان ارائه کارای خدمات سلامت را تضمین می کند؟
- ج. آیا باید بخش های بیمارستانی را به گروه های همگن تقسیم کرد؟
- د.

۵- مسائل مربوط به واگذاری بخش ها

- ا. آیا واگذاری بخش ها به نفع بیمارستان بوده است؟
- ب. واگذاری باید در چه سطحی صورت گیرد؟
- ج. آیا قراردادهای واگذاری بر اساس تحلیل هزینه منفعت منعقد شده اند؟
- د. آیا ابزارهای کنترلی مناسب برای ارائه خدمات مناسب در هر واگذاری فراهم شده است؟
- ه. آیا فرآیند واگذاری در بیمارستان مستند شده است؟
- و.

۶- مسائل مربوط به نقش تکنولوژی اطلاعات

- ا. سیستم اطلاعات بیمارستانی و سایر سامانه های بیمارستان چگونه می تواند انجام وظایف مدیریتی را تسهیل کند؟
- ب. سیستم اطلاعات بیمارستانی و سایر سامانه های بیمارستان چگونه می تواند به تنظیم امور مالی بیمارستان کمک کند؟
- ج. سیستم اطلاعات بیمارستانی و سایر سامانه های بیمارستان چگونه می تواند به مدیریت بهتر ارائه خدمات سلامت به بیماران کمک کند؟
- د.

۷- مسائل مربوط به نقش پزشکان و دیگر گروه های درگیر در ارائه خدمات

- ا. آیا در حوزه فعالیت پزشکان شاهد رقابت مثبت برای افزایش کمیت و کیفیت خدمات سلامت هستیم؟
- ب. آیا در تصمیم گیری های بالینی نیازهای بیمار در اولویت قرار دارد؟
- ج. آیا در پرداخت های کارانه به پزشکان عدالت لازم وجود دارد؟
- د. آیا منافع پزشکان با منافع بیمارستان در یک مسیر قرار دارد؟
- ه. آیا ادامه فعالیت پزشکان به صورت کلینیک ویژه موثر است؟
- و.

۸- مسائل مربوط به کیفیت خدمات

- ا. آیا تجویزهای صورت گرفته در بیمارستان برای بیماران متناسب با نیازهای آنان بوده است؟
- ب. آیا مسائل مربوط به ایمنی بیمار در اولویت قرار دارد؟
- ج. وضعیت شاخص های مرتبط با کیفیت خدمات در بیمارستان چگونه است؟
- د.

۹- مسائل مربوط به پاسخگویی بیمارستان به نیازهای غیر طبی

- ا. آیا در ارائه خدمات بیمارستانی شان و منزلت بیماران و همراهان آنها شامل درمان همراه با احترام به شان و منزلت رعایت می شود؟
- ب. آیا در ارائه خدمات بیمارستانی استقلال شامل مشارکت در تصمیم گیری های مرتبط با درمان و کسب اجازه از فرد قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی یا آزمایش رعایت می شود؟
- ج. آیا در ارائه خدمات بیمارستانی محرمانگی شامل حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار و حریم شخصی وی رعایت می شود؟
- د. آیا در ارائه خدمات بیمارستانی برقراری ارتباط مناسب شامل گوش دادن به بیمار، ارائه وقت کافی به وی برای پرسیدن سوال و ارائه پاسخ های شفاف به وی رعایت می شود؟
- ه. آیا در ارائه خدمات بیمارستانی توجه و رسیدگی فوری شامل دسترسی آسان و و در زمان منطقی به مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت و دریافت خدمات اورژانس در اسرع وقت و سایر خدمات شامل معاینه، مشاوره، آزمایش و غیره در زمان انتظار کوتاه و معقول رعایت می شود؟
- و. آیا در ارائه خدمات بیمارستانی دسترسی بیمار به پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع شامل امکان ملاقات با دیگران و انجام اعمال مذهبی و دریافت غذای مورد علاقه یا هدایا از آنها رعایت می شود؟
- ز. آیا در ارائه خدمات بیمارستانی امکانات رفاهی بیمارستان شامل نظافت و پاکیزگی، فضای کافی، تهویه هوای مطلوب و غذای سالم مناسب است؟
- ح. آیا در ارائه خدمات بیمارستانی حق انتخاب شامل حق انتخاب و تغییر مکان و همچنین فرد ارائه دهنده خدمات سلامت رعایت می شود؟
- ط. . .

بخش دوم: روش شناسی تغییر در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد

در این بخش به صورت کاربردی روش شناسی تغییر دنبال شده در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) شهر مشهد آورده شده است. موضوعاتی که در این بخش در قالب پنج فصل ارائه می گردد، بیانگر روشی است که به صورت یک چارچوب در کلیه اصلاح فرآیندهای صورت گرفته در حوزه های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. به عبارت دیگر مدل ارائه شده چارچوب کلی فرآیند تغییر را در پروژه های مختلف نشان می دهد و در مورد هر پروژه در قسمت مربوط به خود بحث مفصل و با ذکر جزئیات در خصوص روش کار در هر کدام از مراحل مدل تغییر ارائه شده است.

عناوین فصل های این بخش که همان مراحل چارچوب مدیریت تغییر مورد استفاده بوده است به شرح ذیل است:

فصل ۱: تحلیل بیمارستان در حوزه فرهنگ تغییر

فصل ۲: حمایت طلبی اولیه

فصل ۳: مطالعه برای تهیه چارچوب تغییر

فصل ۴: حمایت طلبی برای اجرا

فصل ۵: اجرا، بازخورد و پایدارسازی

فصل ۱: تحلیل بیمارستان در حوزه فرهنگ تغییر

در بخش قبلی توضیحات مفصلی در خصوص فرهنگ تغییر ارائه شد. فرهنگ تغییر یک عامل کلیدی در پیش آگهی موفقیت یا شکست فرآیند طراحی شده برای اجرای تغییر است. هر فرآیندی که منطبق بر فرهنگ سازمانی بیمارستان در خصوص تغییر در فرآیندها نباشد به احتمال زیاد محکوم به شکست است. در بحث فرهنگ تغییر به صورت کاربردی چند موضوع کلیدی وجود دارد که می بایست قبل از انجام هرگونه اقدام در حوزه اصلاح فرآیندها ابتدا مورد بررسی قرار گیرند.

موضوع کلیدی اول مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک بیمارستان است. این موضوع در عین سادگی نشان دهنده زیر ساخت بیمارستان و ویژگی‌های ذاتی آن در حوزه تغییر است. ویژگی‌های دموگرافیک بیمارستان نشان می دهد که شما برای تغییر در فرآیندهای بیمارستان چه فرصت ها و تهدیدهایی خواهید داشت. ویژگی های دموگرافیک بیمارستان به شما نشان می دهد که وزن شما در بین سایر واحدهای زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی به چه صورت است و به صورت کلی به شما نشان می دهد که با چه سازمانی و با چه ظرفیت‌های روبرو هستید.

موضوع کلیدی دوم در خصوص فرهنگ تغییر مربوط به تحلیل فرهنگ تغییر بیمارستان بر اساس یک مدل علمی است. این تحلیل به شما نشان می دهد که در حوزه های مختلف به چه میزان دارای انعطاف می باشید.

موضوع کلیدی سوم مربوط به کانونهای تصمیم سازی و تصمیم گیری در حوزه کمیت و کیفیت خدمات در بیمارستان است. در این موضوع کلیدی شما باید این موضوع را بررسی کنید که در واقعیت چه کسی برای تعیین سطح کیفیت خدمات و همچنین کمیت خدمات تصمیم می گیرد یا در واقعیت برای تصمیم های مذکور تصمیم سازی می کند. بررسی این موضوع نشان می دهد که چه گروه های پر نفوذی در بیمارستان روی تصمیم گیری مدیران تاثیر می گذارند.

موضوع کلیدی چهارم بحث مهم اینرسی سکون در نهادهای بالادستی بیمارستان است. این موضوع از آن جهت دارای اهمیت است که بسیاری از تغییرات در سطح بیمارستان نیازمند همراهی نهادهای بالادستی با مدیران تغییر در بیمارستان است. در بسیاری موارد نیز پایدارسازی و افزایش بازدهی فرآیندهای اصلاح شده نیازمند همراهی و تایید نهادهای بالادستی بیمارستان است.

موضوع کلیدی پنجم مربوط به افتخارات بیمارستان و سوابق بیمارستان در حوزه تغییر به ویژه در خصوص موضوعی است که قصد داریم تغییر را در خصوص آن به انجام برسانیم. پی بردن به سوابق بیمارستان در حوزه اصلاح فرآیندها ایجاد تغییرات در بیمارستان و همچنین موفقیت هایی که بیمارستان در حوزه بهبود کیفیت، توسعه ارائه خدمات و توسعه بیمارستان داشته است می تواند به عنوان یک چراغ راهنما نشان دهد که رفتار بیمارستان در خصوص تغییرات مرتبط در آینده و آمادگی آن در چه حد است.

در ادامه این پنج موضوع کلیدی در بررسی شناسایی و تحلیل فرهنگ تغییر در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مورد بررسی قرار گرفته است.

شناسایی ویژگی های دموگرافیک و ماهیتی بیمارستان

در موضوع شناسایی ویژگی های دموگرافیک بیمارستان می بایست چند دسته داده مورد شناسایی و بررسی قرار گیرد:

دسته اول مربوط به اطلاعات کلی بیمارستان مانند نوع فعالیت بیمارستان، قدمت بیمارستان، مساحت بیمارستان، زیربنای ساختمان های بیمارستان و برخی اطلاعات کلی دیگر است که در ادامه به عنوان نمونه برای مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) تکمیل شده است.

تاریخچه بیمارستان

بیمارستان امام رضا(ع) تحت نظارت تولیت آستان قدس رضوی آقای محمودلی خان اسدی و به مهندسی طاهرزاده بهزاد در ظرف مدت شش سال ساخته شد و از سال ۱۳۰۷ تا سال ۱۳۱۳ در زمینی به مساحت حدود ۲۸ هکتار با زیربنای ۲۸۵۰۰ متر مربع به بهره برداری رسید.

معماری بیمارستان ترکیب خاصی از سبک معماری دوره های برجسته و مختلف هخامنشیان، سلجوقیان و صفویان و سبک معماری جدید عصر آن زمان بوده است. سرستون های تخت جمشید، طاق های ساسانی و گنبد سبز فیروزه ای اسلامی ایرانی، که در مرکز ساختمان قرار دارد و به صورت ماهرانه به هم دیگر پیوند خورده است، که دارای هشت پله برای ورود به ساختمان، هشت قطعه برای ورود نور به ساختمان، دیوارهایی به ارتفاع هشت متر و هشت ستون تزئینی در میان پنجره ها و محوطه ای با مساحت ۸۸۸ مترمربع در قسمت ورودی اصلی ساختمان همه نشان از توجه معمار به امام هشتم دارد.



ساختمان های قدیمی منفرد شامل سردرب ورودی، ساختمان اداری، حسابداری، ساختمان ریاست و ساختمان آزمایشگاه، در سال ۱۳۸۱ به شماره ۵۹۵۸ در فهرست آثار ملی کشور به ثبت رسیده است.



پس از ساختمان بخش جراحی و ارتوپدی، در سال ۱۳۱۴ اقدامات ساختمانی برای احداث بخش رادیولوژی آغاز شد. اولین رادیولوژیست های این بخش دکتر کستن اشتن آلمانی بود که به کار دعوت شد و خانم کروسکی از سال ۱۳۱۸ تا ۱۳۲۱ عهده دار گزارش های تشخیصی بیمارستان بود.



مرحوم میرزا علی اکبر خان دبیر سهرابی در سال ۱۳۱۳ چند رشته قنات مرغوب از املاک خود در شهرستان قوچان را وقف آستان قدس کرد تا به مصارف زایشگاه بیمارستان برسد، آستان قدس رضوی در اجرای نیت واقف به نوسازی ساختمان و مجهز کردن آن

به تجهیزات مدرن پزشکی اقدام نمود. از آنجا که ساختمان قبلی برای زنان و زایمان کافی نبود در سال ۱۳۴۵ ساختمان دوطبقه زایشگاه بنا گردید.



بخش قلب و مراقبت‌های ویژه قلبی در سال ۱۳۵۵ ساخته و با هشت تخت شروع به کار نمود و با توسعه مرکز، این بخش به ساختمان جدید انتقال یافت.



دپارتمان نفرولوژی در سال ۱۳۷۱ به وسیله یکی از نیکوکاران به نام آقای محمدرضا توکلی زاده بنا گردید. این دپارتمان در ابتدای شروع به کار شامل بخش های ارولوژی، اتاق عمل ارولوژی، نفرولوژی و پیوند کلیه بود.



بخش داخلی، ابتدا در انتهای غربی بخش جراحی تاسیس شد و پس از انتقال بخش زنان به ساختمان جدید، بخش داخلی به زایشگاه سابق منتقل گردید. سپس در سال ۱۳۸۷ با افتتاح دپارتمان فعلی در ۴ طبقه، به این ساختمان منتقل شد.



در سال ۱۳۷۸ دپارتمان سوختگی افتتاح و به بهره برداری رسید و پس از آن تمامی پزشکان و پرسنل بخش سوختگی بیمارستان قائم(عج) به این مرکز منتقل شدند، در حال حاضر این مرکز، مرکز ارجاعی سوختگی شرق و شمال شرق کشور است که با مدرن ترین تجهیزات به بیماران خدمات ارائه می دهد.



با همت خیرین به ویژه آقای حاج حبیب اله عدالتیان و خیرین شورای مشارکت های مردمی، اورژانس عدالتیان با زیربنا ۱۲ هزار مترمربع، در ۴ طبقه در ضلع جنوبی بیمارستان جنب اورژانس مرکزی احداث و در سال ۱۳۹۲ افتتاح و به بهره برداری رسید.



بیمارستان امام رضا(ع) شماره ۲ به عنوان بزرگترین پروژه ملی شرق کشور در سال ۱۳۹۵ به بهره‌برداری رسید. این مرکز در ۹ طبقه و با فضای ۵۲ هزار مترمربع طراحی و ساخته شده و دارای بخش‌های متعدد شامل واحد بیماران بین‌الملل، ارولوژی، جراحی زنان، جراحی عمومی، ارتوپدی، پوست، جراحی قلب باز، قلب و سی‌سی‌یو، آنژیوگرافی، داخلی، بیماریهای مادرزادی قلب، تصویربرداری و آزمایشگاه می‌باشد.



مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) به عنوان یکی از بزرگترین مراکز آموزشی، پژوهشی و درمانی در کشور می‌باشد. این مرکز در حال حاضر با زیر بنای ۱۸۷۲۰۰ متر مربع، ۱۸۳۸ تخت مصوب، حدود ۳۱۰۰ نفر پرسنل و ۲۰۰ نفر پزشک هیات علمی به عنوان بزرگترین مرکز آموزشی و درمانی فعالیت می‌نماید و سالانه به صورت متوسط تعداد ۶۲ دستیار فوق تخصصی، ۴۱۷ دستیار تخصصی و ۱۴۷ دانشجوی پزشکی و ۳۷۰ دانشجوی پیراپزشکی در این مجتمع حضور دارند. مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) ماهانه حدود ۵۰۰۰ بیمار بستری، حدود ۱۹۰۰۰ بیمار مراجعه کننده به اورژانس را پذیرش می‌کند. این مجتمع مفتخر است تحت لوای بارگاه ملکوتی حضرت رضا(ع) با تعهد به حفظ و ارتقا و سلامت مردم و با بهره‌گیری از اساتید و کارکنان مجرب و به کمک روزآمدترین دانش، مهارت و فناوری پزشکی، خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی منطبق بر نیازهای استان، منطقه و کشور ارائه می‌نماید.

ویژگی های مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع)

ویژگی های بیمارستان در دو سطح کلی و با جزئیات به صورت ذیل است:

دسته اول: ویژگی های کلی

۱. قدمت: تاسیس در ۱۳۱۳ هجری شمسی (۸۰ سال)
۲. بزرگ بودن: مساحت ۲۸۵۰۰ متر مربع و برخورداری از ۸۵۶ تخت
۳. جامعیت ارائه خدمات و مرجع بودن در ارائه بسیاری از خدمات: پوشش درمانی این بیمارستان بسیار وسیع است. درمانگاه و بخشهای اورژانس در مجتمع درمانگاهی این بیمارستان قرار دارند که بصورت شبانه روزی با حضور پزشکان داخلی و جراحی در ارائه خدمات درمانی به مراجعین فعال هستند. در این بیمارستان علاوه بر وجود مجتمع درمانگاهی، بخشهایی از قبیل: ارتوپدی، ارولوژی، جراحی، قلب و سی سی یو، داخلی تخصصی، آی سی یو داخلی، آی سی یو جراحی، جراحی قلب باز، آی سی یو قلب باز، چشم پزشکی، گوش و حلق و بینی، پوست، روماتولوژی و هماتولوژی، اطفال، نوزادان، آی سی یو نوزادان، زنان و زایمان، عفونی، سوختگی (تنها اورژانس سوختگی موجود در شهر مشهد)، دیالیز، سنگ شکن و نیز بخش های پاراکلینیکی مشتمل بر رادیولوژی، سی تی اسکن، آزمایشگاه های تخصصی مرکزی، فیزیوتراپی، بازتوانی قلب و ادیومتری خدمت رسانی می نمایند.
۴. تخصصی و فوق تخصصی بودن: بیمارستان دارای درمانگاه های تخصصی و فوق تخصصی زیر است: ارتوپدی، ارولوژی، جراحی عمومی، پوست، چشم پزشکی، داخلی تخصصی، گوش و حلق و بینی، زنان و زایمان، درمانگاه مصدومین و مسمومین، پانسمان و تزریقات و بهداشت و تنظیم خانواده.
۵. حضور افراد با تجربه و دارای نفوذ در بیمارستان
۶. دارای تجربه فعالیت به صورت هیئت امنایی: پیرو نامه شماره ۸۲۱۷۹/ص مورخه ۱۳۸۸/۸/۱۳ معاون محترم سلامت وزارت بهداشت بیمارستان امام رضا(ع) مشهد مقدس در فهرست قطعی بیمارستانهای هیئت امنایی کشور قرار گرفت.

دسته دوم: ویژگی های با جزئیات

این دسته مشخصات مربوط به ویژگی های بخش های بیمارستان در خصوص شاخص های مانند تعداد تخت فعال، تعداد پرسنل غیر پزشک، تعداد پزشک و سایر اطلاعات مربوط به هر بخش است که در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول (۳): ویژگی های کلیدی مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع)

ردیف	ویژگی	اندازه	ردیف	ویژگی	اندازه
۱	مساحت بیمارستان	۲۸۵۰۰ مترمربع	۷	تعداد اتاق های عمل	۳۸ اتاق
۲	زیر بنا	۱۹۲۰۰۰ مترمربع	۸	تعداد تخت CCU	۴۷ تخت
۳	تخت های مصوب	۱۸۳۸ تخت	۹	تعداد تخت ICU	۱۳۰ تخت
۴	تخت های ستاره دار	۱۱۶ تخت	۱۰	تعداد ترخیص شدگان	۵۵۷۶۲ نفر در سال
۵	تخت های اورژانس	۱۰۹ تخت	۱۱	تعداد پذیرش اورژانس	۲۱۷۰۰۰ نفر در سال
۶	تعداد بخش ها	۴۲ بخش	۱۲	متوسط ضریب اشغال تخت	۸۰ درصد

جدول (۴): مشخصه های سایت یک مجتمع آموزشی، پژوهشی درمانی امام رضا (ع) مشهد

نام دیار تمان	زیر بنا (مترمربع)	سال ساخت	نام بخش	تعداد تخت	پذیرش سالانه	اشغال تخت	پرسنل غیر پزشک	پزشک	رزیدنت	فلوشیپ
گوش و حلق	۱۵۱۹	۱۳۳۰	گوش و حلق	۲۹	۲۸۴۵	۶۲/۶	۲۶	۶	۱۲	۱
			اتاق عمل	۳	۲۴۶۵	-	۲۶			
مسمومین	۱۲۷۱	۱۳۴۴	مسمومین	۳۷	۵۳۵۷	۹۱/۵	۴۴	۵	-	۵
زنان	۴۶۴۱	۱۳۴۵	زنان و مامایی	۱۹	۲۴۹۴	۹۳/۳	۲۶	۹	۲۱	۵
			جراحی زنان	۴۵	۵۷۴۴	۸۰/۳	۴۶			
			زایشگاه	۱۵	۱۴۳۵	۱۳۴	۵۱			
			اتاق عمل زنان	۴	۵۲۹۴	-	۴۴			
اطفال NICU سایکوسوماتیک	۲۵۸۷	۱۳۴۵	اطفال	۲۵	۲۱۷۱	۵۳/۹	۲۵	۱۱	۴۱	۶
			NICU	۳۵	۸۹۳	۹۵/۵	۳۵			
			سایکوسوماتیک	۱۲	۳۳۳	۷۲	۱۲	۲	۴۰	-

نام دپارتمان	زیر بنا (مترمربع)	سال ساخت	نام بخش	تعداد تخت	پذیرش سالیانه	اشغال تخت	پرسنل غیر پزشک	پزشک	رزیدنت	فلوشیپ
همودیالیز	۱۴۵۵	۱۳۴۵	همودیالیز	۲۱	۳۲۳۸	-	۴۱	۱	-	-
ناباروری میلاد	۲۳۸۰	۱۳۵۰	میلاد	۲۵	۲۶۴۰۰	-	-	۱۰	۱	۱
داخلی ۲	۳۶۸۷	۱۳۵۵	داخلی ۲	۲۷	۱۱۷۶	۹۶/۸	۴۲	۳۳	۳۵	۳۰
			گوارش	۲۱	۱۰۰۶	۹۶/۶				
			روماتولوژی	۱۸	۶۸۸	۹۲/۶	۱۹			
			هماتولوژی	۲۰	۸۵۹	۹۷/۶	۳۳			
			غدد ریه	۱۸	۸۹۷	۹۶/۵	۱۹			
داخلی	۷۰۰۴	۱۳۶۷	کلینیک داخلی	۲۳	۲۰۲۰۰	-	-	۱۱	۱۶	-
			عفونی	۳۰	۱۰۰۴	۸۹/۸	۳۹			
سوختگی	۱۴۰۹۱	۱۳۷۷	ICU و زنان	۳۳	۹۲۸	۷۳/۵	۴۲	۴	-	-
			ICU و مردان	۲۷	۸۲۳	۵۶/۶	۴۱			
			اتاق عمل	۳	۱۸۰۸	-	۱۷			
			اورژانس	۱۴		-	۳۳			
کلیه	۴۳۷	۱۳۷۷	نفروولوژی	۲۰	۹۹۶	۹۴/۶	۲۴	-	-	-
جنرال داخلی جراحی و سوانح	۶۵۰۰	۱۳۴۵	جنرال داخلی	۳۱	۱۵۱۸	۹۵/۹	۵۳	-	-	-
			جنرال سوانح	۴۲	۷۸۷۳	۷۲/۶	۴۸	-	-	-
			عمل اورژانس	۴	۹۰۶۷	-	۷۱	-	-	-
			کلینیک تخصصی	-	۳۹۸۰۰۰	-	۶۶	۱۲۰	۴۱	۱۲
ساختمان عدالتیان	۱۲۰۰۰	۱۳۹۲	اورژانس	۹۵	۲۱۷۰۰۰	-	۲۹۳	۱۰	۵۳	-
			ICU داخلی جنرال	۳۸	۱۴۴۹	۵۹/۹	۱۲۰	۲۰	۳۲	۲
			ICU پشتیبان	۱۵	۴۲۹	۹۶/۴	۴۹			
کلینیک شماره ۲	۴۵۰۰	۱۳۹۵	کلینیک ۲	-	۲۲۵۰۰	-	۱۳	۱۳	-	-

جدول (۵): مشخصه‌های سایت دو مجتمع آموزشی، پژوهشی درمانی امام رضا(ع) مشهد

نام بخش	زیر بنا(مترمربع)	سال ساخت	تعداد تخت	پذیرش سالیانه	اشغال تخت	پرسنل غیر پزشک	پزشک	رزیدنت	فلوشیپ
ارولوژی	۲۰۰۰	۱۳۹۵	۴۳	۴۸۵۷	۷۱/۵	۳۵	۷	۱۱	-
جراحی زنان	۷۱۴	۱۳۹۵	۱۵	۱۳۸۳	۶۶/۵	۱۴	-	-	-
جراحی عمومی	۳۴۲۷	۱۳۹۵	۶۴	۴۷۹۸	۸۵/۱	۵۴	۷	۲۲	۴
ارتوپدی	۲۷۱۲	۱۳۹۵	۷۴	۳۷۵۹	۶۵/۵	۵۳	۸	۱۲	-
پوست	۷۱۴	۱۳۹۵	۲۴	۵۹۵	۵۳/۲	۱۴	۱۱	۲۵	-
جراحی قلب باز	۱۴۳۰	۱۳۹۵	۳۹	۲۷۲۱	۵۹/۴	۴۴	۶	-	۲
قلب باز ICU	۱۲۲۳	۱۳۹۵	۲۱	۱۴۰۸	۶۴/۷	۷۳			
عمل قلب باز	۹۳۸	۱۳۹۵	۴	۱۵۶۶	-	۴۸			
عمل مرکزی	۳۲۴۸	۱۳۹۵	۱۸	۱۰۱۰۹	-	۱۱۰	-	-	-
جراحی ICU	۱۴۰۲	۱۳۹۵	۱۲	۱۴۵۶	۹۰	۴۲	-	-	-
قلب	۷۱۹	۱۳۹۵	۲۴	۱۹۸۱	۶۶/۴	۲۳	۱۴	۲۵	۷
و 1.2 CCU پست سی سی یو	۱۶۰۰	۱۳۹۵	۳۴	۳۰۴۷	۸۵/۷	۶۰			
عمل آنژیوگرافی	۱۲۶۲	۱۳۹۵	۲	۸۶۰۶		۲۹			
پست آنژیوگرافی	۸۶۳	۱۳۹۵	۲۲	۳۲۲۸	۵۲/۹	۱۸			
CCU3	۳۸۰	۱۳۹۵	۱۳	۱۱۷۲	۸۷/۵	۳۰			
داخلی	۴۳۱	۱۳۹۵	۲۰	۱۰۱۶	۹۳/۴	۱۹	-	-	-
قلب اطفال	۷۴۱	۱۳۹۵	۱۵	۱۰۰۱	۵۵/۶	۱۸	-	-	-
اطفال ICU	۵۲۸	۱۳۹۵	۹	۳۸۹	۷۷/۳	۲۴	-	-	-
داخلی اعصاب	۵۴۲۵	۱۳۹۵	۷	۷۷	۷۱/۹	۱۷	۴	۱	-

حوزه نیروی انسانی مربوطه به جزئیات دیگری از مشخصات بیمارستان است که می بایست بررسی گردد. ویژگی‌های پرسنلی

بیمارستان به تفکیک پرسنل پزشک و غیر پزشک که به عنوان نمونه برای مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) تکمیل شده است در

جدول ذیل ارائه شده است.

جدول (۶): عناوین شغلی پرسنل پزشک و غیر پزشک مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد

ردیف	عنوان شغل	تعداد	ردیف	عنوان شغل	تعداد
۱	پرستار / بهیار	۱۲۸۷	۱۸	کتابدار	۴
۲	پزشک عمومی / متخصص	۳۶	۱۹	کارگزين/ کارشناس امور اداری	۱۴
۳	حسابدار/ صندوقدار/ کارشناس امور مالی	۶۳	۲۰	شنوایی سنج/ کارشناس شنوایی سنجی/ کارشناس کاردرمانی	۴
۴	منشی / منشی بخش	۸۵	۲۱	کارشناس بودجه/ کارشناس امور قراردادها	۴
۵	کاردان مدارک پزشکی/ کارشناس مدارک پزشکی/ کارشناس HIM/ کارشناس پذیرش و ترخیص	۱۰۷	۲۲	مدیر خدمات پرستاری/ سرپرستار/ سوپروایزر/ مسئول واحد	۱۰۱
۶	کاردان آزمایشگاه/ کارشناس آزمایشگاه	۱۴۴	۲۳	کارشناس روابط عمومی	۶
۷	کاردان اتاق عمل/ کارشناس اتاق عمل	۱۶۸	۲۴	کارشناس فیزیوتراپی	۱۸
۸	کمک بهیار/ گچ گیر	۲۵۸	۲۵	کارشناس بهداشت حرفه ای/ کارشناس بهداشت محیط	۸
۹	کاردان هوشبری/ کارشناس هوشبری	۱۲۵	۲۶	تکنسین تاسیسات/ کارشناس فنی	۶
۱۰	انباردار	۷	۲۷	راننده	۵
۱۱	فیزیست/ کارشناس پرتو درمانی/ کارشناس رادیوتراپی	۲۵	۲۸	روانشناس بالینی	۸
۱۲	کاردان رادیولوژی/ کارشناس رادیولوژی	۷۱	۲۹	کارشناس رایانه	۲
۱۳	کارپرداز	۸	۳۰	کارشناس بهبود کیفیت	۵
۱۴	داروساز/ مسئول فنی دارو	۶	۳۱	تکنیسین دارویی/ کارشناس مددکاری	۱۹
۱۵	ماما	۷۰	۳۲	کارشناس تغذیه	۶
۱۶	متصدی امور دفتری	۴۵	۳۳	کارشناس تجهیزات پزشکی	۱۵
۱۷	نظافتچی	۲۱۴	۳۴	نگهبان	۶۶

جدول (۷): نوع استخدام پرسنل پزشک و غیر پزشک مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد

ردیف	نوع استخدام	تعداد
۱	رسمی	۸۶۴
۲	رسمی آزمایشی	۲۱۷
۳	پیمانی	۵۰۰
۴	تبصره ۴ ماده ۲	۴۶۳
۵	ضریب K	۷
۶	قرارداد انجام کار معین	۴۲۸
۷	مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان	۵۱۵
۸	مشمولین قانون کار	۱۶

جدول (۸): تعداد پرسنل غیر پزشک بیمارستان به تفکیک نام حوزه های مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد

ردیف	نام حوزه	تعداد
۱	اداری- پشتیبانی	۴۳۴
۲	پاراکلینیک	۴۰۶
۳	پرستاری	۲۰۸۳
۴	خدمات	۴۳
۵	سایر	۴۴
۶	کل	۳۰۱۰

شناسایی و تحلیل فرهنگ تغییر بیمارستان بر اساس مدل دنیسون

مدل دنیسون فرهنگ بیمارستان را در ارتباط با تغییر در ابعاد مختلف بررسی می کند. در این مدل ابعاد فرهنگ در چهار محور اصلی شامل درگیر شدن در کار، سازگاری، انطباق پذیری و رسالت مورد بررسی قرار می گیرد. توضیحات کامل تئوریک مدل دنیسون در بخش قبل ارائه شده است. در این قسمت استفاده از مدل برای تحلیل فرهنگ تغییر در مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) ارائه شده است.

امتیاز کل سازمان از ابعاد اصلی فرهنگ سازمانی بر اساس مدل دنیسون: میانگین نظرات کل پرسش شوندگان به لحاظ ابعاد فرهنگ سازمانی در جدول زیر خلاصه شده است.

جدول (۹): امتیاز ابعاد فرهنگ سازمانی مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) بر اساس مدل دنیسون

ردیف	ابعاد فرهنگ سازمانی	میانگین	انحراف معیار
۱	مشارکت (درگیر شدن)	۲/۹۶	۰/۹۳
۲	سازگاری (ثبات و یکپارچگی)	۳/۱۷	۰/۷۵
۳	انطباق پذیری (انعطاف پذیری)	۳/۰۰	۰/۴۹
۴	ماموریت (رسالت)	۳/۱۳	۰/۸۵

مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع)، بیشترین امتیاز را در بعد سازگاری و ماموریت کسب نموده است که نسبت به سایر ابعاد از حد مطلوب تری برخوردار است. همچنین کمترین امتیاز را در بعد مشارکت به دست آورده است که نسبت به سایر ابعاد مطلوبیت کمتری دارد.

امتیاز کل سازمان از شاخص‌های فرهنگ سازمانی بر اساس مدل دنیسون: فرهنگ سازمانی در شاخص‌های دوازده گانه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج تجزیه و تحلیل در جدول شماره ۱۰ تشریح شده است.

جدول (۱۰): میانگین و انحراف معیار شاخص‌های فرهنگ سازمانی مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) بر اساس مدل دنیسون

ردیف	شاخص	میانگین	انحراف معیار
۱	توانمندسازی	۳/۲۴	۰/۸۸
۲	تیم سازی	۳/۰۴	۱/۰۳
۳	توسعه قابلیت‌ها	۲/۵۹	۰/۸۹
۴	ارزش‌های بنیادین	۳/۱۵	۰/۸۰
۵	توافق	۳/۱۳	۰/۷۱
۶	هماهنگی و پیوستگی	۳/۲۴	۰/۷۳
۷	ایجاد تغییر	۳/۰۷	۰/۰۹
۸	مشتری مداری	۲/۷۱	۰/۶۳
۹	یادگیری سازمانی	۳/۲۴	۰/۷۳
۱۰	گرایش و جهت گیری استراتژیک	۳/۲۴	۰/۷۸
۱۱	اهداف و مقاصد	۳/۰۳	۰/۹۸
۱۲	چشم انداز	۳/۱۴	۰/۷۸

مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع)، بیشترین امتیاز را در شاخص‌های تیم سازی، هماهنگی و پیوستگی، یادگیری سازمانی و گرایش و جهت گیری استراتژیک کسب نموده است. همچنین کمترین امتیاز را در شاخص توسعه قابلیت‌ها به دست آورده است که نسبت به سایر شاخص‌ها مطلوبیت کمتری را نشان می‌دهد.

تحلیل و شناسایی کانون‌های تصمیم سازی و تصمیم گیری در حوزه کمیت و کیفیت خدمات در بیمارستان

تصمیم گیری یکی از بخش های مهم و اساسی مدیریت است. در کلیه عملکردهای مدیریتی، از شروع برنامه ریزی گرفته تا فرآیند کنترل، از تصمیم گیری مطمئناً استفاده می شود (۵۶، ۵۷). هرمان^۱ (۲۰۱۵) تصمیم گیری را فرآیند تبدیل ورودی ها به خروجی ها تعریف می کند که ورودی اطلاعات و خروجی اطلاعات جدید است (۵۸). دفت^۲ (۲۰۰۹) تصمیم گیری سازمانی را فرآیند شناسایی و حل مشکلات تعریف می کند. در مرحله شناسایی، اطلاعاتی در مورد محیط و شرایط سازمانی

¹ Hermann

² Daft

برای تشخیص نواقص جمع آوری می شود. در مرحله حل مسئله، گزینه های دیگری در نظر گرفته شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد و بهترین گزینه برای موضوع، انتخاب و پیاده سازی می شود (۵۷). اسمیت^۱ عوامل مؤثر بر تصمیمات را در سه حیطه مهم توصیف می کند: ویژگی ها و ماهیت کار، خصوصیات تصمیم گیرنده و زمینه ای که در آن تصمیم گیری می شود (۵۹). بنابراین چرخه تصمیم گیری دارای اجزای اصلی، شناخت و جمع آوری داده ها، تحلیل داده ها و قضاوت است که عوامل داخلی همچون شایستگی های مدیریتی (دقت نظر، خلاقیت و قدرت پیش بینی)، ظرفیت سیستم (نظام اطلاعاتی، شفافیت و مکانیزم های تصمیم گیری) و عوامل خارجی مانند فشار گروه های مختلف تصمیم گیرنده بیرونی، بر این چرخه تاثیر دارند (۶۰). با توجه به تعریف مساله و تصمیم گیری، وضعیت مطلوب، مبتنی بر نظام ارزشی و دیدگاه سیاست گذاران و تصمیم گیرندگان شکل گرفته و توسط معیارهایی (ویژگی های کلیدی) همچون کیفیت، عدالت، اثربخشی و کارایی تبیین می شود. سپس برای آنکه معیارها بتوانند وضعیت را نشان دهند نشانگر و شاخص ها شکل می گیرند (۶۱). لذا می توان گفت که سازمان ها، سیستم های تصمیم گیری هستند که می توان آنها را از نظر شرایط تصمیم گیری درک کرد. از آنجا که تصمیم گیری هسته اصلی سازمان ها است، درک شرایط اساسی فرآیندهای سازمان از نظر تصمیمات مهم است (۶۲).

بیمارستان ها بخصوص بیمارستان های آموزشی، سازمان های مشترک و دارای اصلی ترین نقش در نظام سلامت تمام کشورها و به طور خاص در کشورهای در حال توسعه می باشند (۶۳-۶۵). از جمله اقدامات مهم نظام سلامت تصمیم گیری برای اولویت گذاری و تخصیص منابع، خرید فناوری های سلامت، توزیع منابع و خدمات است که غالباً از رویکردهای فنی و قضاوتی برای اخذ تصمیمات در این خصوص استفاده می شود (۶۶). همچنین، تصمیم گیری در سازمان های بهداشت و درمان از نظر برآورده کردن مطالبات و انتظارات بیماران به منظور افزایش کیفیت سلامت جامعه بسیار مهم است. بنابراین فرآیند تصمیم گیری می تواند با در نظر گرفتن دو جنبه اصلی بیماران و همچنین مدیران بیان شود. به عبارت دیگر، تصمیم گیری در سازمان های بهداشت و درمان به دلیل تأثیر بر زندگی بیماران و همچنین فراهم آوردن فرآیند مدیریتی مؤثر، حائز اهمیت است (۶۷، ۶۸، ۶۹).

¹ Smith

تصمیم گیران نهادهای ارائه دهنده خدمات درمانی و مراقبتی

الف) تصمیم گیران بالینی

فرآیندهای تصمیم گیری بالینی، بر تشخیص (تجزیه و تحلیل وضعیت بیمار) و پیش بینی تأثیر گزینه های درمانی بر بیمار تأکید می کند (۵۹). تصمیم گیران بالینی دو گروه هستند:

۱- **پزشکان:** پزشکان پزشکی را تمرین می کنند و نگران ارتقاء یا ترمیم سلامتی و معلولیت هستند (۶۹). اما این واقعیت نیز شناخته شده است که ممکن است پزشکان تا حدودی در سیاست های بیمارستان اثر بگذارند (۷۰). درگیری پزشکان در تصمیم گیری دو شکل اصلی دارد: رسمی و غیر رسمی. حالت های اصلی درگیری رسمی پزشک در تصمیم گیری در بیمارستان شامل: شرکت در جلسات هیئت امنا و در ساختار هیئت مدیره، مدیریت و کادر پزشکی است. روش های اصلی درگیری غیررسمی شامل: تعامل با هیئت مدیره، مدیران، کارمندان پزشکی و پرستاران است (۷۱).

۳- **پرستاران:** وظایف آنها شامل برنامه ریزی و مدیریت مراقبت از بیماران، نظارت بر کارکنان مراقبت های بهداشتی و کار با پزشکان و دیگران در استفاده عملی از اقدامات پیشگیرانه و درمانی در محیط های بالینی و جامعه است (۶۹).

-۴

ب) تصمیم گیران غیر بالینی

تصمیمات غیر بالینی ماهیت اداری دارند. آنها شامل هیچ نوع درمان پزشکی یا آزمایش نمی شوند. به عنوان مثال، تصمیمات غیر کلینیکی توسط مدیران بیمارستان و پرسنل اداری اخذ می شوند. اگرچه برخی از تصمیم گیرندگان غیر بالینی با بیماران تعامل دارند، اما آنها خدمات پزشکی ارائه نمی دهند که شامل موارد زیر هستند:

۱- **هیئت مدیره (هیئت امنا):** یک بیمارستان توسط یک هیئت مدیره تحت نظارت است (۷۲). آرنوین^۱ (۲۰۰۲) نقش هیئت مدیره را به عنوان ایجاد کننده سیاست ها، برنامه استراتژیک و نظارت توصیف کرد (۷۳). میلار^۲ و همکاران (۲۰۱۳) نقشی را که هیئت مدیره در کیفیت و امنیت بیمار ایفا کرده است، شرح دادند (۷۴). کولیکا^۳ و پریزو^۴ (۲۰۰۹) بر نقشی که هیئت مدیره در رابطه با عملکرد مالی ایفا کردند، متمرکز شدند (۷۵). بیگز^۵ (۲۰۱۱) به عبارت ساده اذعان داشت،

¹ Arnwine

² Millar

³ Culica

⁴ Prezio

⁵ Biggs

مدیریت پیشنهاد می کند و هیئت مدیره تصویب می کند. بنابراین مطالعات قبلی بر اهمیت تمایز بین حاکمیت و مدیریت تأکید کرده اند (۷۶).

۲- تیم مدیریت اجرایی بیمارستان: تیم مدیریت اجرایی بیمارستان که شامل مدیر ارشد اجرایی (مدیرعامل یا رئیس بیمارستان)، مدیر ارشد عملیات اداری مالی (معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان)، رئیس ارشد پزشکی (معاون درمان و معاون آموزشی بیمارستان)، مدیر ارشد مالی و رئیس ارشد پرستاری (مترون) است. آنها در تصویب بودجه، تخصیص منابع، دستیابی به فناوری و برنامه ریزی استراتژیک، بهبود و تلاش برای کیفیت بالینی و کنترل اختلافات، تصمیم گیری و نقش ایفا می کنند (۷۷-۸۲).

۳- مدیران میانی: یک مدیر میانی شکاف بین پزشکان و مدیران ارشد و کارمندان حرفه ای (تخصصی) را پر می کند. امبرتسون^۱ (۲۰۰۶) در مورد نقش هایی که مدیران میانی در کاهش بودجه، اهداف سازمان و اهداف اختصاصی بازی می کنند، بحث کرد و اینکه آنها همچنین ارزش ها را در کارکنان با توسعه روابط، حمایت و تشویق تقویت می نمایند (۸۳). بیرکن^۲ و همکاران (۲۰۱۲) نظریه ای درباره چگونگی تأثیرگذاری مدیران میانی بر اجرای نوآوری مراقبت های بهداشتی درمانی ارائه دادند. آنها غالباً از پیشینه های حرفه ای متنوعی برخوردار هستند، عملکردهای متنوعی دارند و تمایل دارند موقعیت های متنوعی را به خود اختصاص دهند. لی-مین (۲۰۰۷) دریافت که مدیران پرستاری سطح میانی بیشتر به مسائل مربوط به کنترل مدیریت توجه داشته اند (۸۴). مطالعات مربوط به مدیران میانی پراکنده است و مطالعات قبلی بیشتر بر مسئولیت های آنها متمرکز بوده است، اما تصمیمی را که می گیرند توصیف نکرده اند.

۴- مدیران سطح اول (سطح عملیات): یک مدیر سطح اول، که بعضاً به عنوان مسئول واحد یا سرپرستار یا ناظم فنی توصیف می شود، مسئولیت رسیدگی به مسائل مربوط به پرسنل در یک بخش خاص و انجام کارهای روزانه در یک سازمان بهداشتی و درمانی را بر عهده دارد. اگرچه اندازه بیمارستان بر نقش مدیران سطح اول تأثیر می گذارد، بیگان^۳ (۲۰۱۱) پیشنهاد کرد که آنها می توانند ساختار، استراتژی ها و فرهنگ سازمان را برای بهینه سازی مراقبت های مشترک بین حرفه های مختلف در بیمارستان شکل دهند (۸۵). مدیر پرستاری سطح اول (سرپرستار) مسئولیت استانداردهای مراقبت از بیمار، نظارت و توسعه کارکنان، برنامه ریزی و کنترل مالی و مدیریت محیط را بر عهده دارد (۸۶). آکرون و کرافورد^۴ (۱۹۹۶) دریافتند که مدیران پرستاری غالباً مسئولیت بیش از یک واحد پرستاری و تا حدود ۱۷۵ پرسنل را بر عهده داشتند و بودجه های چند

¹ Embertson

² Birken

³ Begun

⁴ Acorn & Crawford

میلیون دلاری را مدیریت می کردند. آنها همچنین در ادغام فرهنگی و حفظ و نگرش مستقیم کارکنان نقش دارند (۸۷، ۸۸). هیرکاس^۱ (۲۰۰۵) اذعان کرد که، گرچه مدیران پرستاری سطح اول در فنلاند وظیفه انجام فعالیت های اداری بیشتری را بر عهده داشتند، اما از آنها انتظار می رود که به طور مستقیم برنامه های متناسب با افزایش تقاضای مراقبت از بیمار در بالین را اجرایی کنند (۸۹). لی-مین (۲۰۰۷) دریافت که مدیران پرستاری سطح اول به مسائل مربوط به مدیریت عملیاتی از قبیل: استخدام و آموزش پرستاران، انجام ارزیابی عملکرد، ارتقا و تنزل رتبه، طراحی و سازماندهی حجم کار، استانداردهای سازمان، دستورالعمل ها، فرهنگ سازمانی و تعامل با همکاران داخلی و خارجی توجه می کنند (۸۱). میری و همکاران (۲۰۱۴) یک مطالعه اکتشافی برای توصیف نقش های مدیر سطح اول از طریق تجزیه و تحلیل محتوا در نتایج مطالعات اخیر انجام دادند (۹۰). علاوه بر میری (۲۰۰۴)، اسکیت^۲ (۲۰۰۸) نیز تصدیق کرد که انتظار می رود مدیران سطوح اول ضمن انجام وظایف مراقبت از بیماران، بخش ها را نیز مدیریت کنند (۹۱). در رابطه با نقش های تصمیم گیری، میری (۲۰۱۴) دریافت که مدیران سطح اول موارد زیر را انجام می دهند:

- ۱- سیاست هایی را برای کل سازمان تدوین کرده و برای اجرای استانداردهای بهداشتی درمانی برنامه ریزی می کنند.
- ۲- در کنفرانس هایی برای ارتقاء دانش و همچنین تحقیقات پرستاری و تحقیقات کاربردی شرکت و همکاری داشته اند. ۳-
- شیفت های سازمانی و وظایف محوله برنامه ریزی می کنند. ۴- برای تحویل و توسعه تجهیزات و ابزارها برنامه ریزی می کنند.
- ۵- با مقامات ارشد و بازدیدهای گروه بازرسی همراهی و مشارکت می نمایند (۹۰).

علاوه بر گروه های تصمیم گیری که در بالا اشاره شد زیربنی و همکاران در خصوص سازمان ها و نهادهای که با بیمارستان ها ارتباط دارند و بر فعالیت های آنها تاثیرگذار هستند علاوه بر وزارت بهداشت به سازمان های بیمه و سازمان نظام پزشکی نیز اشاره می کند که از مهمترین موارد مرتبط با وزارت بهداشت؛ عدم مشارکت در تصمیم گیری ها، با سازمان های بیمه؛ پرداخت با تاخیر یا کسری هزینه درمان بیماران، با سازمان نظام پزشکی؛ بی توجهی به لزوم سوددهی بیمارستان ها و مشارکت ندادن مدیران آنها در تعیین تعرفه ها را بیان کردند (۹۲) که تمامی این عوامل می توانند به نوعی بر تصمیمات بیمارستان اثرگذار باشند.

مهمترین نکته برای درک تصمیم گیری در بیمارستان ها این است که هیچ تصمیم گیرنده واحدی وجود ندارد. بلکه، تصمیم گیری روشی پیچیده و غالباً پراکنده است که شامل ائتلاف های متعدد افراد کلیدی، از جمله پزشکان، مدیران، هیئت مدیره و به طور فزاینده، پرستاران است. این ائتلاف ها بسته به موضوع، درجات مختلفی از نفوذ را اعمال می کنند. به طور

¹ Hyrkas

² Skytt

معمول، پزشکان بیشترین تأثیر را در مورد مسائل بالینی دارند از جمله تعیین امتیازات کارکنان، تعیین پروتکل های عملی، بررسی کیفیت مراقبت و تعیین میزان پذیرش و ترخیص بیمار. مدیران سطح اجرایی بیشترین تأثیر را روی سیاست های بیمارستان و فعالیت های برنامه ریزی اعمال می کنند، به ویژه که مربوط به محیط بیرونی سازمان است. مدیران سطح میانی و سرپرستان بخش ها معمولاً بیشترین تأثیر را در امور روزانه مربوط به کارکنان، بودجه و تهیه تدارکات دارند. تأثیر هیئت مدیره در درجه اول در حوزه هایی از برنامه ریزی استراتژیک بلند مدت و بیان مأموریت کلی و جهت بیمارستان است. پرستاران در تلاشند که در همه این حوزه و زمینه ها بیشتر درگیر شوند (۷۱).

در هر حال بیمارستان دارای دینفعانی است که هدف نهایی آن ها ارائه خدمات درمانی مؤثر است، اما چون بیمارستان ها باید در چارچوبی از منابع کمیاب، دسترسی محدود و تقاضای زیاد برای کیفیت فعالیت کنند آنها گاهی اوقات تضاد منافع دارند و درگیری ها و تضادهایی بصورت فراگیر بین گروه های تصمیم گیر بدلیل ماهیت روابط قدرت بوجود می آید. بنابراین می توان گفت مشکلات حاصل شده در هر فرآیند تصمیم گیری در بیمارستان ذاتی است (۶۵، ۹۳). مصدق راد (۱۳۹۵) میزان تعارض فردی و سازمانی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران را در حد متوسط و در سطح مدیران ارشد بیشتر از مدیران میانی و عملیاتی گزارش کرد. بطوریکه مدیران بطور متوسط ۳۰ درصد وقت خود را صرف حل تعارض در محیط کاری می کنند و با افزایش تعارض میزان تمایل مدیران به ترک سازمان بیشتر می شود (۹۴). جابجایی زیاد مدیران اجرایی بیمارستان باعث از دست رفتن مدیران موفق خواهد شد که می توانند کارآیی بیمارستان را افزایش دهند (۹۵).

هر چند تضاد منافع را نمی توان به عنوان معیاری برای تصمیم گیری در نظر گرفت اما بنابر اظهارات مدیران، این عامل تأثیر بسیاری بر تصمیمات مربوط به اجرا یا عدم اجرای برنامه های مربوط به ارتقاء نظام سلامت دارد. در برخی از موارد برنامه های اصلاحی نظام سلامت به دلیل به خطر افتادن منافع اصناف مختلف پزشکی و پیراپزشکی با مخالفت شدید آنها مواجه می شود. از جمله می توان به عدم اجرای قانون منع اشتغال هم زمان پزشکان، عدم کسب مجوز و تاییدیه از وزارت بهداشت جهت خرید فناوری های سلامت، عدم تمایل بعضی از روسای بیمارستان ها برای توسعه برخی از بخش های درمانی در بیمارستان های دولتی ناشی از اشتغال آنها در بخش خصوصی و هدایت بیماران به این بیمارستان ها (بدین معنی که آنان توسعه خدمات خاص در بیمارستان دولتی تحت ریاست خود را به عنوان تهدیدی برای منافع خود در بیمارستان خصوصی دانسته و تا حد امکان مانع تحقق آن می شوند) اشاره کرد. حتی بعضی از افراد قدرتمند در بخش سلامت، مجوز انحصاری تهیه برخی از فناوری های سلامت را بدست آورده اند و از خرید آنها توسط سایر افراد جلوگیری می کنند. بعد دیگری از تأثیر تضاد منافع بر تصمیم گیری و اجرای برنامه ها مربوط به ارتباط کارکنان شاغل در بیمارستان ها با صنایع داروسازی و تولیدکنندگان تجهیزات

پزشکی است. بدین شکل که صاحبان صنایع داروسازی از طریق اهدای هدایای مالی و غیرمالی به افرادی که دارای نقش تصمیم گیرنده در بیمارستان ها می باشند، از آنها برای خرید داروهای تولیدی کارخانه خود بهره می برند یا حتی در مواردی از کارکنان درمانی می خواهند داروهای خاصی را برای بیماران تجویز نمایند(۶۷، ۶۸، ۹۶، ۹۷).

لذا تصمیم گیری در بیمارستان در خصوص عوامل متعددی از جمله؛ محدودیت در هزینه های سرمایه ای، محدودیت در گسترش تخت، افزایش هزینه های عملیاتی، مسئولیت حرفه ای، تغییر روش بازپرداخت، کشف منابع جدید و نوآورانه درآمد، اجرای قوانین متعدد(۹۸)، رقابت برای ارائه خدمات تخصصی، عدم تمایل پزشکان به بخش اورژانس و توسعه سایر برنامه های بیمارستان موجب می شود که تنش بین پزشکان و مدیران بیمارستان در تمام سطوح زیاد باشد و نارضایتی و درگیری را در کار متخصصان تیم سلامت ایجاد کند که به طور مستقیم سبب کاهش کیفیت مراقبت از بیماران شده و در نهایت حتی باعث فرسایش روابط بین مدیر و پزشکان شود(۹۹). این عدم هماهنگی ها می تواند منجر به انجام روندهای غیرضروری و تکرار آزمایش ها، پذیرش مجدد در بیمارستان، اتلاف وقت و منابع در بخش های مختلف و تثبیت مشکلات قابل اجتناب گردد بطوریکه در یک مطالعه هزینه پروسیجرهای درمانی غیر مفید و غیرضروری حدود یک بلیون دلار در هر سال برآورد شده است(۱۰۰، ۱۰۱). لذا اگرچه می توان مسئولیت کیفیت مراقبت ها را به کادر پزشکی واگذار کرد، اما از نظر حقوقی، مسئولیت قانونی با بیمارستان ها بوده و پاسخگویی نهایی نیز با بیمارستان و هیئت مدیره آن است(۷۱)، بنابراین عدم کارایی های مدیریتی بیش از همه عوامل در افزایش هزینه های بیمارستان نقش دارد(۱۰۲) چرا که مدیریت ضعیف بیمارستان ها منجر به اتلاف منابع از جمله پول، نیروی انسانی، ساختمان و تجهیزات می شود(۹۹، ۱۰۳، ۱۰۴). شاید مجموعه این چالش ها و یا چالش های دیگر سیاست گذاری در حوزه بهداشت و درمان ضرورت ایجاد ساختارهایی را که نقش آنها فراهم کردن "شواهد مناسب در زمان مناسب و به زبان مناسب" برای تصمیم گیری است، بیش از پیش نشان دهد(۱۰۵).

با توجه به مطالب فوق می توان گفت که بیمارستان یک سیستم پیچیده است که شامل بخش ها، واحدها، افراد و بازیگرانی است که دارای ترکیبی از ابهام، عدم اطمینان در مورد اطلاعات و ترجیحات متنوع است که پیچیدگی در هر فرآیند تصمیم گیری آن با درک وظایف و اهداف حرفه های مختلف به عنوان ذینفع افزایش می یابد(۶۲). این ذینفعان از یک طرف به دنبال ارتقا، حفظ و بازگرداندن سلامت جسمی هستند(۱۰۶)، اما از طرف دیگر تحت فشار برای پاسخگویی در جهت افزایش تقاضا، ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه ها و افزایش درآمدها می باشند(۱۰۷-۱۱۰). برای همین با وجود پیشرفت در تکنولوژی پزشکی که منجر به تشخیص و درمان بیماری ها شده است، کارآیی، ایمنی و هزینه اثربخشی ارائه خدمات بهداشتی درمانی نسبتا بهبودی نداشته است، این عدم بهبود می تواند به علت تصمیم گیری ها در بیمارستان ها باشد چرا که ممکن

است اقداماتی انتخاب شوند که با استراتژی کلی سازمان مطابقت نداشته باشد (۱۱۰، ۱۱۱). بنابراین این سوالات وجود دارد که کانون های تصمیم گیری در بیمارستان چگونه است. آیا قدرت تصمیم گیری در داخل واحد (مدیران خط اول و کارکنان حرفه ای) وجود دارد یا در سطح بالاتری در سازمان (پزشک سرپرست و سرپرستار) و یا در خارج از سازمان (اتحادیه ها، سیاستمداران) است (۶۲، ۱۱۲، ۱۱۳).

برای درک ضرورت تصمیم گیری، ابتدا باید بیمارستان ها، به عنوان یک نوع سازمان مدنظر قرار بگیرند و باید از تئوری تصمیم گیری سازمانی استفاده شود. تمایل به درک تصمیم گیری در سازمان ها، یک جریان تحقیقاتی کامل را شکل داده است بطوریکه می توان تصمیم گیری را به عنوان جنبه اصلی رفتار یک سازمان مورد بررسی قرار داد (۶۵). برای بررسی و شناخت کانون های تصمیم گیری در بیمارستان ها می توان از تئوری های رفتاری بیمارستان ها استفاده کرد (۱۱۴). مدل های رفتاری برای اجرا، اغلب مختصر و دشوار هستند اما آنها یک دید برای رفتار انسان ها ارائه می دهند. هر سازمانی ممکن است با یک موقعیت منحصر به فرد مواجه باشد که به یک مدل ویژه برای نشان دادن آن نیاز خواهد داشت (۱۱۵). این نظریه ها تصمیم گیران را در گروه های متفاوتی طبقه بندی می کنند و نشان می دهد که بیمارستان چگونه بر اساس تعادل بین این کانون ها مسیر خود را طی می کند (۱۱۴). در ادامه به مهمترین آنها می پردازیم:

الف) مدل نیوهاوس^۱ یا کمیت-کیفیت خدمات^۲ (۱۹۷۷)

بیمارستان مدل نیوهاوس به بررسی تمایل به ارائه خدمات به جامعه که کیفیت مراقبت ها اغلب به اندازه کمیت آن دارای اهمیت است می پردازد. در این مدل بیمارستان محدودیت بودجه دارد و برای ارائه خدماتی که سودآور نیستند سوبسید دریافت می کند. در این مدل تصمیم گیران ارشد در بیمارستان شامل هیئت مدیره، مدیر بیمارستان و پزشکان می باشند که بهترین ترکیب دلخواه از کمیت و کیفیت ارائه مراقبت ها را با توجه به نقطه سر به سری (که درآمد باقیمانده بیمارستان صفر است) انتخاب می کنند تا هدف به حداکثر رساندن نفع خارجی به جامعه تحقق یابد. این کمیت و کیفیت از طریق معیارهایی قابل اندازه گیری است مثلاً برای کمیت؛ تعداد روزهای بستری، تعداد بیماران درمان شده. برای کیفیت؛ نسبت پرسنل به بیمار یا نسبت پرسنل متخصص به بیمار یا دسترسی به آزمایش های مشخص را پیشنهاد می کند (۱۱۶). مدل نیوهاوس یک تئوری رفتاری است که رفتار بیمارستان را در دو حوزه کمیت و کیفیت تعریف می کند سپس برای هر یک از این حوزه ها موضوعاتی

¹ Newhouse

² The Quality-Quantity

(شاخص های کمی و کیفی) را که برای بیمارستان مهم هستند مد نظر می گیرد. بعد براساس اینکه چه کسانی برای اجرای این شاخص ها در بیمارستان تصمیم گیری می کنند کانون های تصمیم گیری در بیمارستان را مشخص می کند. در این مدل سه گروه تصمیم گیر (پزشکان، مدیران و هیئت مدیره) شناسایی شده اند که با در نظر گرفتن سطحی از کمیت و کیفیت خدمات تصمیم گیری انجام می دهند. اما در مورد شاخص های تصمیم گیری بطور ضمنی بحث نموده است و بطور آشکار آنها را بررسی و مشخص نکرده که یک خلاء دانشی در این خصوص وجود دارد.

(ب) مدل فیلیپسون و لاکداوالا^۱ یا سود-انحراف^۲ (۲۰۰۶)

فیلیپسون و لاکداوالا بیمارستان را به گونه ای متفاوت و به عنوان ترکیبی از نوع دوستی (نسخه ای که در آن تصمیم گیرنده هیچ توجهی به سود شخصی خود ندارد) و انگیزه های مرتبط با سود (که در آن تصمیم گیرندگان بر سود حاصل از خدمات سلامت نیز توجه دارند) در نظر گرفته اند که در آن بیمارستان هم برای سود و هم برای خدمات نوع دوستانه به جامعه ارزش قائل است و رفتار ورود و خروج بیمارستان به بازار را در پاسخ به تغییر شرایط بازار و مقررات دولتی مشخص می کند (۱۱۷). مدل فیلیپسون و لاکداوالا، مدل نیوهاوس را با سودآوری در هدف و عملکرد شرکت تعمیم می دهد و به بررسی رفتار بیمارستان در تعادل می پردازد اما در مورد تصمیم گیرندگان بحث نمی کند (۱۱۸). در این مدل هدف هم می تواند حداکثرسازی سود و هم حداکثر سازی آرایه خدمات باشد. اما با توجه اینکه کدام هدف غالب می شود، حاشیه سود بالا یا پایین منتج خواهد شد. در این مدل علاوه بر اینکه صحبتی در خصوص تصمیم گیرندگان نمی کند درباره معیارهایی که بوسیله آنها بتوان تصمیم گیری را مشخص کرد هم نمی شود.

¹ Lakdawalla and Philipson

² Profit-Deviating

ج) مدل پائولی - ردیش^۱ یا تعاونی پزشکان^۲ (۱۹۷۳)

مدل تعاونی پزشکان، بیمارستانی را به تصویر می کشد که تحت کنترل پزشک برای به حداکثر رساندن درآمد متوسط پزشکان تلاش می نماید. در این مدل مبنای انتخاب درون دادهای بیمارستان به حداکثر رساندن درآمد باقی مانده پزشکان است. این مدل در واقع کنترل غیر رسمی توسط پزشکان را ثابت می کند که بطور موثری گزینه هایی را انتخاب می کنند که در راستای به حداکثر رساندن بهره مالی پزشکان به عنوان مجموعه ای قاطع از تصمیم گیرندگان است (۱۱۹). مدل پائولی و ردیش^۳ آنچنان نیست که بتواند واقعیت های تلطیف شده از بازار بیمارستان را توضیح دهد و دارای این محدودیت است که نویسندگان در صورت رقابت با تولید مختلط، پیامدهای تعادلی را از مدل خود به دست نمی آورند (۱۱۸). زیرا در این مطالعه فرض این است که هدف بیمارستان فقط حداکثرسازی سود است و بیمارستان فقط توسط عده ای از پزشکان کنترل می شود.

د) مدل هریس^۴ (۱۹۷۷)

مدل هریس در اینکه واقع گرایی بیشتری را به تصویر بیمارستان می افزاید متمایز است. هریس بیمارستان را به عنوان برون داد دو شرکت غیرتعاونی در تعامل با هم که در یک طرف مدیران و در طرف دیگر پزشکان قرار دارند به تصویر می کشد. هریس عنوان می کند که ساختار داخلی بیمارستان در واقع دو بنگاه مجزا است که به روش پیچیده ای با یکدیگر در تعامل هستند. دو گروه قدرت اصلی در بیمارستان ها؛ گروه پزشکان و گروه هیئت مدیره هستند. گروه هیئت مدیره به عنوان تامین کننده درون دادهای عمل می کنند و گروه پزشکان به عنوان متقاضی (دروندادها) عمل می کنند و در نهایت منافع متضادی دارند (۱۲۰). در این مطالعه فقط دو گروه تصمیم گیر در بیمارستان معرفی می شوند و نقش سایر گروه ها نادیده گرفته می شود و در مورد نحوه تصمیم گیری آنها و شاخص ها مطلبی بیان نمی شود.

در زمینه رفتار بیمارستان، پژوهش های دیگری انجام شده است که یا مطالعات آنها (فلدستین^۵ ۱۹۷۱ و هانسمن^۶ ۱۹۸۱) منجر به ارائه مدل نشده است (۱۱۸) و یا در آن به تصمیم گیران در بیمارستان اشاره ای نشده است (۱۲۱-۱۲۳).

¹ Mark Pauly and Michael Radisch

² Phisicion Cooperative

³ Pauly and Redisch

⁴ Harris

⁵ Feldestein

⁶ Hansman

جمع بندی کانون های تصمیم گیری

با توجه به مطالب فوق، می توان گفت که بیمارستان ها، سیستم های تصمیم گیری هستند و باید فرآیندهای تصمیم گیری اساسی آنها مورد تجزیه و تحلیل قرار بگیرد. از آنجائیکه تصمیمات در بیمارستان، بر کمیت، کیفیت خدمات و تخصیص منابع اثر دارد و گروه های مختلف تصمیم گیرنده، برای تخصیص منابع دارای انگیزه های متفاوتی می باشند (۱۶)، لذا اقدام جهت تصحیح عملکرد مدیریتی از طریق بررسی و شناخت تصمیم گیران ضرورت دارد. برای این منظور باید روند تصمیم سازی در بیمارستان را بررسی و بدانیم که تصمیم گیران در بیمارستان چه کسانی هستند و بر چه اساسی با یکدیگر تعامل و تصمیمات را اخذ و باعث شکل گیری رفتار بیمارستان می شوند. اگر شناسایی بیمارستان ها براساس تصمیم گیران و نوع رفتار آن ها با موفقیت انجام شود می توان به عنوان یک جز مهم سیاست گذاری بین آنها تمایز قائل شد. همچنین این بررسی به مدیران تغییر کمک می کند تا تحلیل صحیحی از داده ها و ستاده ها داشته و با بکارگیری الگوی علمی و روش صحیح در جهت عملکرد بهتر، افزایش سطح کارآیی موثر و نتایج مطلوب سازمانی گام بردارند.

به صورت کاربردی برای بررسی و شناسایی کانون های تصمیم گیری در بیمارستان ها می توان از مدل کمیت - کیفیت نیوهاوس برای شروع بررسی استفاده کرد. این مدل نسبت به سایر مدل ها از جامعیت بیشتری از نظر شمول کانون های تصمیم گیری و انطباق بیشتر با شرایط بیمارستان های آموزشی دانشگاهی برخوردار است. دلایل جامعیت مدل نیوهاوس به شرح ذیل است:

✓ به لحاظ جامعیت عناصر موجود در سایر مدل ها که تقریباً در آن پوشش داده می شوند (تصمیم گیران در این مدل کامل تر از بقیه مدل ها است)

✓ به لحاظ انطباق بیشتر با شرایط بیمارستان های آموزشی دانشگاهی، مدل نیوهاوس با مفروضات تصمیم گیری و تصمیم گیرندگان در بیمارستان های آموزشی دانشگاهی تناسب بیشتری دارد بطوریکه همزمان تصمیم گیران و مبنای تصمیم گیری آنان (شاخص های کمی و کیفی) را در نظر می گیرد.

مدل نیوهاوس همانطور که توضیح داده شد تصمیم گیران بیمارستان به سه گروه تقسیم می شوند: گروه اول شامل هیئت رئیسه بیمارستان و ستاد مرتبط در سطح دانشگاه مانند حوزه معاونت درمان و معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه است، گروه دوم فرد یا افرادی در بیمارستان هستند که به عنوان مقام مجاز اجرایی بر اساس آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه فعالیت دارند و عمدتاً رئیس بیمارستان و مدیر بیمارستان دارای این اختیار و تفویض هستند و گروه سوم پزشکان هستند که در مدل نیوهاوس

به عنوان یک گروه موثر در تصمیم سازی و فرآیندهای تصمیم گیری بیمارستان نقش بازی می کنند. بنابراین مدیر تغییر می‌بایست موضوعات و فرآیندهایی را که قصد تغییر در آن را دارد از نقطه نظر فرآیند تصمیم گیری و با نظر به این سه کانون ذکر شده مورد بررسی قرار دهد و به این سوال پاسخ دهد که به عنوان مثال در توسعه تخت های بیمارستان کدام یک از این گروه‌ها و به چه میزان در تصمیم سازی و تصمیم گیری برای موضوع مذکور نقش دارند.

اینرسی سکون در نهادهای بالادستی بیمارستان

اینرسی سازمانی قدرت و مقاومتی است که سازمان در برابر تغییر و تحولات محیطی از خود بروز می‌دهد (۱۲۴). تعاریف متعددی از اینرسی سازمانی در مطالعات وجود دارد اما اصل اساسی و مشترک در تعاریف متعدد عامل عدم تغییر در سازمان و قدرت و مقاومت در برابر ایجاد تغییر است (۱۲۵).

اگرچه هدف از تغییر سازمانی انعطاف پذیری با محیط و عملکرد بهتر است اما سازمان‌ها اغلب برای تغییر و تحول از خود بی‌علاقه‌ای نشان می‌دهند و نوعی رخوت و بی‌حالی در سازمان دیده می‌شود. شاید علت آن این باشد که تغییر از نظر نهادهای بالادستی بیمارستان به عنوان یک بی‌ثباتی و حرکت به سمت یک بی‌نظمی تعبیر می‌شود و در نتیجه مقاومت در برابر آن امری طبیعی و بخشی از روند تغییرات در سازمان است (۱۲۶-۱۲۸).

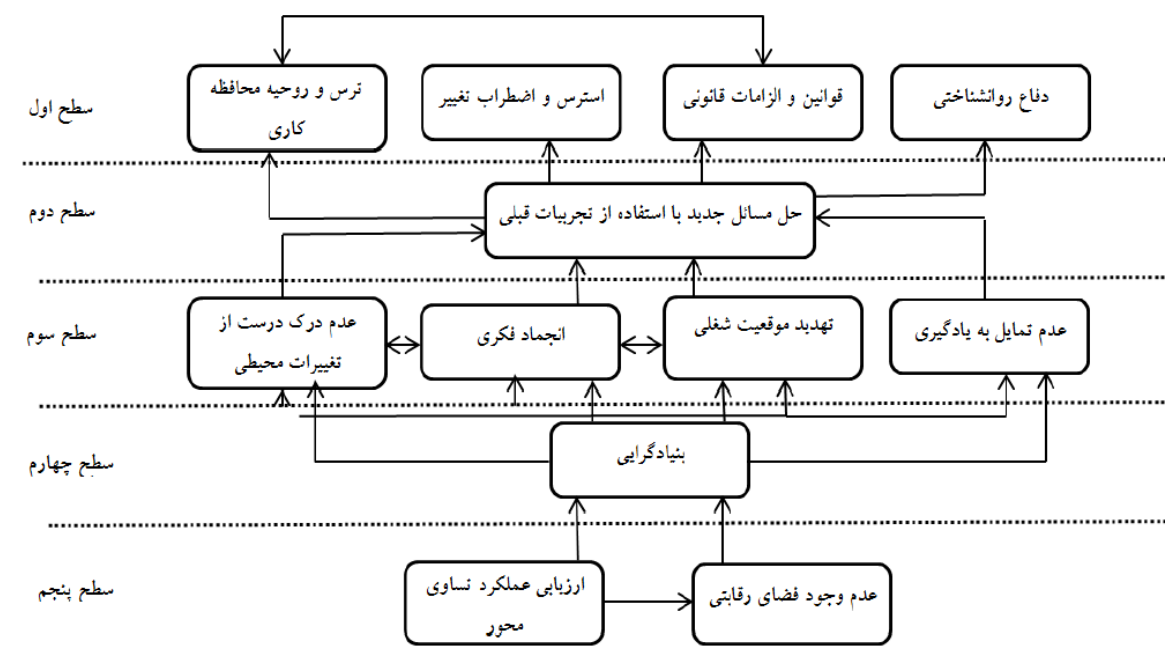
استفاده از راه حل‌های تکراری حل مسئله و رویکردهای قدیمی در بیشتر سازمانها برای مقابله با ریسک و خطر پذیری یکی از مهمترین دلایل ایجاد اینرسی در سازمان‌ها است که این بی‌علاقگی برای همگامی با تغییرات در سازمان‌ها سبب گرفتار شدن آنها در باتلاق اینرسی سازمانی می‌شود (۱۲۹). سوال اساسی که در خصوص اینرسی سازمانی به ویژه در نهادهای بالادستی بیمارستان مطرح می‌شود این است که عوامل موثر بر شکل گیری اینرسی و مقاومت در برابر تغییرات و همچنین عدم حمایت از تغییرات در سطح بیمارستان توسط نهادهای مذکور چرا و به چه دلایلی ایجاد می‌گردد.

برای بررسی این موضوع به یک مطالعه که با عنوان ارزیابی عوامل موثر بر شکل گیری اینرسی دانشگاهی با استفاده از رویکرد ترکیبی مدلسازی ساختاری تفسیری و فازی در دانشگاه لرستان انجام شده اشاره می‌گردد (۱۳۰). در مرحله اول این پژوهش که به بررسی و مطالعه ادبیات نظری و مقاله‌های مرتبط پرداخته است عوامل موثر بر ایجاد و شکل گیری اینرسی سازمانی در قالب ۱۲ عامل دسته بندی شده اند که در جدول ۱۱ ارائه شده است:

جدول (۱۱): عوامل مؤثر در ایجاد اینرسی سازمانی

ردیف	عامل	تعریف مفهومی	منبع
۱	ترس و روحیه محافظه کاری	ایدئولوژی است که هدف آن حفظ اساس و ارزشهای موجود در سازمان است	گودکین و آلکون (۲۰۰۸)(۱۳۱)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)
۲	حل مسائل جدید با استفاده از تجربیات قبلی	تهدیدهای دائمی از سوی منابع مختلف درون سازمانی و برون سازمانی	گودکین و آلکون (۲۰۰۸)(۱۳۱)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۶)(۱۳۲)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)
۳	استرس و اضطراب تغییر	پیامد رفتاری منفی در خصوص تغییرات سازمانی	هاف و هاف (۲۰۰۰)(۱۳۳)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)
۴	نداشتن درک درست از تغییرات محیطی	عدم کسب اطلاعات مناسب از علت و پیامدهای تغییر در کارکنان	هاف و هاف (۲۰۰۰)(۱۳۳)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)
۵	انجماد فکری	محدود کردن تحرکات سیال ذهنی و اندیشیدن بسته	گودکین و آلکون (۲۰۰۸)(۱۳۱)، لارسن و لومی (۲۰۰۲)(۱۳۴)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)
۶	تهدید موقعیت شغلی	تهدیدهای دائمی از سوی منابع مختلف درون و برون سازمانی	هاف و هاف (۲۰۰۰)(۱۳۳)، ابراهیمی (۱۳۹۴)(۱۳۵)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)
۷	تمایل نداشتن به یادگیری	نبود محرکهای انگیزشی برای یادگیریهای نو	لارسن و لومی (۲۰۰۲)(۱۳۴)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)
۸	نبود فضای رقابتی	رخوت و سکون به خاطر شرایط ثابت سازمانی	آهرن و پاکوستاس (۲۰۰۱)(۱۳۶)، اسانو اتوئو (۲۰۰۵)(۱۳۷)، اوکیف و رایت (۲۰۰۹)(۱۳۸)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)
۹	بنیادگرایی	محور قرار دادن مفاهیم مجزوم در ایدئولوژی و اندیشه	آهرن و پاکوستاس (۲۰۰۱)(۱۳۶)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)
۱۰	قوانین و الزامات قانونی	مجموعه هنجارها و چارچوب های سازمانی که آزادی عمل کارکنان را تحت تأثیر قرار میدهد.	لارسن و لومی (۲۰۰۲)(۱۳۴)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۶)(۱۳۲)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)
۱۱	دفاع روانشناختی	میل به تفسیر مباحث و مسائل نو بر اساس اطلاعات کنونی	گودکین و آلکون (۲۰۰۸)(۱۳۱)، لارسن و لومی (۲۰۰۲)(۱۳۴)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۶)(۱۳۲)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)
۱۲	ارزیابی عملکرد تساوی محور	تمرکز بر استانداردها به جای مقایسه نتایج در برنامه های پاداش و ترفیع	سپهوند و همکاران (۱۳۹۸)(۱۳۰)

در مطالعه مذکور پس از طی مراحل مختلف و تعیین روابط و سطح متغیرها عوامل مؤثر بر اینرسی سازمانی در قالب یک مدل ترسیم شد.



شکل (۸): مدل یکپارچه عوامل مؤثر بر شکل گیری اینرسی سازمانی

بر اساس نتایج پژوهش مربوطه و مدل استخراج شده از بین عوامل شناسایی شده نبود فضای رقابتی و نحوه ارزیابی عملکرد به صورت تساوی محور، پایه های بنیادین مدل اینرسی در دانشگاه مذکور را تشکیل داده است (۱۳۹).

با بررسی این موضوعات در سایر دانشگاه ها نیز می توان به راحتی به این مسئله پی برد که عموماً شاخص های مناسب و معتبری برای ارزیابی عملکرد واحدها و به ویژه بیمارستان های دانشگاهی وجود ندارد و عموماً برای جلوگیری از بروز سوال و همچنین چالش های مرتبط با پاسخگویی به سوالات مطرح شده از سمت ستاد دانشگاه رویکرد تساوی محور و نگاه یکسان به همه در بین حوزه های مختلف ستادی مرتبط با بیمارستان ها شیوع پیدا کرده است. در حوزه فضای رقابتی نیز به دلیل این موضوع که وجود هرگونه جو رقابتی پتانسیل ایجاد چالش را به همراه دارد، این موضوع در سطح ستاد دانشگاه به عنوان یک تهدید تلقی می گردد. به عنوان مثال اگر بین دو بیمارستان بزرگ در یک دانشگاه علوم پزشکی رقابت برای جذب منابع یا جذب پرسنل دارای مهارت بیشتر شکل گیرد با توجه به اینکه هر نوع رقابت ممکن است چالش هایی را نیز به دنبال داشته باشد این نوع تلقی باعث تقویت اینرسی سکون در ستاد مرتبط با بیمارستان می گردد. در نتیجه اگر آن تلاشی رقابتی در بیمارستان از طریق ایجاد یک تغییر در یک فرآیند خاص بخواهد اجرایی گردد عموماً از سمت ستاد دانشگاه بایکوت شده و حمایتی از تغییر مذکور ایجاد نمی شود.

عامل تأثیرگذار سوم در مدل ارائه شده که در سطح چهارم قرار می‌گیرد موضوع بنیادگرایی در نظام دانشگاهی است که به محور قرار گرفتن مفاهیم مجزوم در ایدئولوژی و اندیشه اشاره دارد. نداشتن درک درست از تغییرات محیطی، انجماد فکری، تهدید موقعیت شغلی و تمایل نداشتن به یادگیری به عنوان چهار عامل تأثیرگذار در سطح بعدی یعنی سطح سوم مدل پژوهش شناسایی شده است. حل مسائل جدید با استفاده از تجربیات جدید نیز در سطح دوم جای گرفت و در نهایت چهار عامل ترس و روحیه محافظه کاری، استرس و اضطراب، تغییر قوانین و الزامات قانونی و دفاع روانشناختی در بالاترین سطح مدل به عنوان عواملی با بیشترین تأثیر پذیری و کمترین تأثیرگذاری بر شکل گیری اینرسی سازمانی جای گرفتند.

افتخارات و اقدامات مهم بیمارستان و سوابق بیمارستان در حوزه تغییر

همان‌طور که قبلاً به تفصیل بیان شد وقتی که ما قصد داریم در یک بیمارستانی که تازه تاسیس نیست تغییرات ایجاد کنیم حتماً باید این پیش فرض را در نظر بگیریم که بیمارستان مربوطه در طول سال های فعالیت خود تجربیاتی را گذرانده است. بررسی و مرور این تجربیات می تواند نکات بسیار مهم و ارزشمندی را در خصوص روش کار و مدیریت فرآیند تغییرات در آینده ارائه دهد. در کنار سوابق مربوط به تغییرات بیمارستان، افتخارات و اقدامات ویژه بیمارستان نیز حائز اهمیت است. افتخارات و اقدامات ویژه بیمارستان نشان دهنده برخی جهت گیری های بیمارستان در دوره های مشخص است. این افتخارات و اقدامات ویژه نشان می دهد که حافظه سازمانی بیمارستان و حافظه ناخودآگاه بیمارستان در چه زمینه هایی می تواند راحت تر فعال گردد و در مسیر تغییرات در آینده مورد استفاده قرار گیرد. افتخارات و اقدامات ویژه بیمارستان می بایست حداقل در یک بازه ده ساله توسط مدیر تغییر مورد بررسی قرار گرفته شود. این افتخارات و اقدامات ویژه می تواند در حوزه های مختلف از مباحث بهبود کیفیت و رتبه اعتباربخشی گرفته تا مسائل مالی و بالینی و همچنین توسعه بیمارستان به لحاظ فیزیکی یا تاسیس بخش های جدید و افزایش حجم خدمات مد نظر قرار گیرد. موارد زیر به عنوان نمونه برای بررسی افتخارات در مجتمع بیمارستانی امام رضا علیه السلام لیست شده است.

✓ کسب رتبه یک برتر در اعتبار بخشی ملی بیمارستان های ایران ۹۷-۹۸

✓ کسب رتبه درجه یک در اعتبار بخش ملی بیمارستان ها ایران ۹۶

✓ کسب رتبه درجه یک در اعتبار بخش ملی بیمارستان ها ایران ۹۳-۹۴

✓ بیمارستان نمونه در نخستین جشنواره ملی تجارب موفق بیمارستانی در مدیریت منابع و مصارف ۱۳۹۷

✓ لوح استانی اولین بیمارستان نمونه در نخستین جشنواره ملی تجارب موفق بیمارستانی در مدیریت

منابع و مصارف ۱۳۹۷

✓ لوح کشوری بیمارستان نمونه در نخستین جشنواره ملی تجارب موفق بیمارستانی در مدیریت منابع و

مصارف ۱۳۹۷

✓ بیمارستان نمونه در مدیریت بیماری کرونا (رئیس بیمارستان نمونه) ۱۳۹۹

✓ جایزه تعالی سازمانی ۱۳۹۱

✓ بیمارستان برتر در اولین و دومین جشنواره حاکمیت بالینی ۱۳۹۱-۱۳۹۲

✓ تقدیر در حوزه ارتباطات رسانه ای ۱۳۹۸

✓ تقدیر در مشارکت بسیج ملی کنترل فشار خون ۱۳۹۸

جدول (۱۲) مهمترین سوابق مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) را در حوزه اصلاح فرآیندها نشان می دهد:

جدول (۱۲): سوابق مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) در پروژه اصلاح فرآیندها

ردیف	عنوان پروژه/طرح	محل انجام	هدف/رویکرد	سال
۱	راه اندازی بخش تخصصی اینترونشنال رادیولوژی	اتاق عمل عروق و اینترونشن	جامعیت پوشش خدمات بیمارستان در حوزه بیماران مبتلا به بیماری های عروقی	۹۹
۲	تضمین خودکار سطح خلوص و فشار اکسیژن در بخش های بالینی بیمارستان از طریق طراحی، ساخت و نصب دستگاه تنظیم خودکار فشار و خلوص اکسیژن با ترکیب منابع مختلف اکسیژن (اکسیژن سازها، کپسول ها و منابع اکسیژن مایع) توسط کارشناسان تجهیزات پزشکی	تجهیزات پزشکی	بهبود وضعیت ایمنی بیمار از طریق کاهش عوارض ناشی از تغییرات فشار و خلوص اکسیژن	۹۹
۳	ایجاد امکان دیالیز در محل برای بیماران با شرایط ناپایدار	ای سی یو قلب باز	بهبود وضعیت ایمنی بیمار از طریق کاهش عوارض ناشی از جابجایی بیماران با شرایط ناپایدار	۹۸
۴	کنترل کیفی و کالیبراسیون کلیه تجهیزات پزشکی (به صورت دوره ای)	تجهیزات پزشکی	بهبود وضعیت ایمنی بیمار از طریق کاهش عوارض ناشی از خرابی یا کالیبره نبودن تجهیزات پزشکی	۹۷
۵	پوشش تخصصی شبانه روزی خدمات آتش نشانی از طریق تامین تجهیزات و تعریف فرآیندهای مربوطه	مجتمع	بهبود وضعیت ایمنی بیمارستان از طریق بهبود برنامه پاسخ به بحران	۹۶

ردیف	عنوان پروژه/ طرح	محل انجام	هدف/ رویکرد	سال
			آتش سوزی	
۶	جانمایی بخش های بیمارستان در ساختمان ۶۱۰ تختخوابی بر اساس نظام داده - ستاده	ساختمان امام رضا ۲	بهبود ایمنی بیمار از طریق به حداقل رساندن جابجایی بیمار بین بخش ها	۹۸
۷	ایجاد حافظه بیمارستانی در حوزه تغییر و تحول منابع فیزیکی از طریق تهیه نقشه از فضای فیزیکی و تاسیسات در کل بیمارستان به صورت فایل کد و تهیه آرشیو	مجتمع	جلوگیری از دوباره کاری در فعالیت های عمرانی و بهینه سازی تصمیمات مرتبط با فضای فیزیکی و تاسیسات	۹۸
۸	طراحی، نصب و راه اندازی سیستم های احضار پرستار در بخش ها	مجتمع	بهبود ایمنی بیمار از طریق رسیدگی به موقع به بیمار	۹۴
۹	جانمایی و راه اندازی فروشگاههای عرضه مواد غذایی و مایحتاج مراجعین در محل های پرتردد بیمارستان	مجتمع	بهبود وضعیت پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت در حوزه امکانات رفاهی	۹۰
۱۰	ایجاد امکان انجام مشاوره های پزشکی از راه دور به/ از بیمارستان از طریق طراحی فرآیند، تجهیز و راه اندازی سیستم TELEMEDICINE	مجتمع	ارتقا خدمات تشخیصی و درمانی بیماران از طریق مشاوره های تخصصی و فوق تخصصی در سطح کشور	۹۹
۱۱	طراحی، ایجاد زیر ساخت ها و بهره برداری از سیستم توزیع تک نسخه ای دارو و لوازم مصرفی پزشکی در بخش های بالینی بیمارستان	داروخانه	بهبود ایمنی بیمار از طریق کاهش خطاهای دارویی و بهبود مدیریت منابع در حوزه مصرف دارو و لوازم مصرفی پزشکی	۹۶
۱۲	راه اندازی سیستم مدیریت نگهداری منابع و تجهیزات فیزیکی و ارائه خدمات فنی به روش اتوماسیون (CMMS)	تاسیسات و ساختمان	تسریع در پاسخدهی به درخواست های تاسیساتی بخش ها/واحدها با امکان کنترل سیستمی	۹۶
۱۳	طراحی، ایجاد زیر ساخت و بهره برداری از شبکه تامین و توزیع اکسیژن برای ۹۰ درصد تخت های بیمارستان	مجتمع	بهبود ایمنی بیمار از طریق تضمین دسترسی بخش های بالینی به اکسیژن	۹۵
۱۴	ارتقاء فرآیندهای ارائه خدمت از طریق تدوین و استقرار سند ارتقاء در اورژانس عدالتیان	اورژانس عدالتیان	بهبود ارائه خدمت ایمن به بیماران مراجعه کننده به اورژانس	۹۸
۱۵	مدیریت راندمان اتاق های عمل تدوین از طریق ابلاغ ۲۰ الزام در اتاق های عمل	اتاق عمل مرکزی	افزایش ظرفیت ارائه خدمات به بیماران و کاهش تعداد عمل های کنسل شده	۹۹
۱۶	ارتقاء فرآیندهای ارائه خدمت در بیمارستان ۶۱۰ تخت خوابی امام رضا(ع) از طریق تدوین و استقرار نظام نامه فعالیت کارکنان	ساختمان امام رضا ۲	اصلاح و توسعه فرآیندها، فضاها و منابع با تاکید بر ارتقا کیفیت خدمات	۹۵
۱۷	استقرار نظام جدید پیشنهادات با موضوع کایزن در سطح بیمارستان	مجتمع	بهبود مستمر با رویکرد افزایش سطح مشارکت کارکنان	۹۸
۱۸	توسعه هماهنگی های افقی با ابلاغ کد ۲۰	مجتمع	تسریع و تسهیل نظام تصمیم سازی و تصمیم گیری در سطح بیمارستان	۹۸
۱۹	طراحی و استقرار نظام مدیریت اطلاعات سنجش پاسخگویی به انتظارات	اداره برنامه ریزی	افزایش سطح پاسخگویی به انتظارات	۹۴

ردیف	عنوان پروژه/طرح	محل انجام	هدف/رویکرد	سال
	غیر طبّی گیرندگان خدمت (با تغییر ابزار از رضایت سنجی به سمت پاسخگویی به انتظارات غیر طبّی و با پوشش کامل چرخه سنجش تا بازخورد)	و بهبود کیفیت	غیر طبّی گیرندگان خدمت	
۲۰	استقرار حاکمیت بالینی	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	توسعه کیفی ارائه خدمات و ترویج نوآوری و کار تیمی	۹۰
۲۱	استاندارسازی توزیع نیروی انسانی پرستاری به همراه کنترل سیستمی مراقبت ها از طریق استقرار سامانه NCM	مدیریت پرستاری	بهبود وضعیت عدالت در توزیع نیروها و بهبود کیفیت مراقبت ها	۹۹
۲۲	سازماندهی مجدد فعالیت های واحد تجهیزات پزشکی بیمارستان	تجهیزات پزشکی	افزایش شاخص هزینه اثربخشی استفاده از تجهیزات پزشکی سرمایه ای	۹۵
۲۳	استقرار واحد ارتقا و کنترل تجویز منطقی دارو (DUE)	معاونت آموزش و سلامت	بهبود وضعیت تجویز منطقی داروها با رویکرد بهبود ایمنی بیماران	۹۷
۲۴	سازماندهی مجدد فعالیت های مرتبط با مدیریت و فن آوری اطلاعات سلامت در سطح بیمارستان	اداره مدیریت و فن آوری اطلاعات سلامت	توسعه حرکت به سمت الکترونیک شدن فرآیندهای بیمارستانی به ویژه فرآیندهای مرتبط با بیماران	۹۵
۲۵	سازماندهی مجدد فعالیت های دفتر بهبود کیفیت بیمارستان	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	افزایش اثر بخشی فعالیت ها با رویکرد بهبود کیفیت خدمات مراقبتی، درمانی و پاراکلینیکی در سطح بیمارستان	۹۵
۲۶	سازماندهی مجدد بیمارستان با تایید ستاد دانشگاه و هیئت امنای دانشگاه	مجتمع	افزایش کارآمدی سازمانی برای بهبود خدمت رسانی به مشتریان داخلی و خارجی	۹۹
۲۷	اصلاح ساختار کمیته های بیمارستانی	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	توسعه تصمیم گیری مبتنی بر خرد جمعی	۹۸
۲۸	بهینه سازی کارایی مقیاس بیمارستان از طریق سایت بندی در حوزه کادر پرستاری به عنوان بزرگترین گروه عملیات بیمارستان	مدیریت پرستاری	بهبود کنترل و مدیریت منابع در سطح بخش ها	۹۷
۲۹	اصلاح ساختار مرکز توسعه تحقیقات بالینی	مرکز توسعه تحقیقات بالینی	توسعه پژوهش های کاربردی	۹۹
۳۰	اصلاح فرآیند و سامانه ای شدن تشویق و کنترل انضباطی	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	نظارت مستمر بر عملکرد کارکنان و ایجاد حافظه سازمانی	۹۸
۳۱	تدوین و استقرار نظام مدیریت وقایع تهدید کننده حیات	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	ارتقا ایمنی و مدیریت بهینه موارد NEVER EVENTS	۹۶
۳۲	اصلاح فرآیند و سامانه ای شدن گزارش وقایع و حوادث	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	تسریع در شناسایی، اطلاع رسانی و پاسخدهی در زمان وقوع حوادث با قابلیت کنترل	۹۸
۳۳	تدوین و استقرار برنامه مدیریت تجویزهای پزشکی	معاونت آموزش و سلامت	افزایش شاخص هزینه اثربخشی در تجویزهای پزشکی	۹۸
۳۴	ارتقاء نظام برنامه ریزی در بیمارستان از طریق طراحی و استقرار نظام	اداره برنامه ریزی	بیمار محوری همراه با حداکثر بهره	۹۵

ردیف	عنوان پروژه/طرح	محل انجام	هدف/رویکرد	سال
	برنامه ریزی استراتژیک چند محصوله و مبتنی بر پروژه (حرکت مبتنی بر برنامه در سطح بیمارستان)	و بهبود کیفیت	وری و استفاده از منابع	
۳۵	تدوین و اجرای دستورالعمل مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری	ایجاد مسیر مشخص و روشن و سازوکار تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و خرد جمعی در حوزه	۹۸
۳۶	تشکیل شورای منابع انسانی	اداره منابع انسانی	ایجاد مسیر مشخص و روشن و سازوکار تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و خرد جمعی در حوزه	۹۵
۳۷	بهینه سازی استفاده از لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی با استفاده از روشهای سهمیه بندی و انعطاف پذیری در تغییر سهمیه ها با الگوگیری از روشهای بهینه سازی ریاضی در مرکز	اداره بودجه و تخصیص منابع	مدیریت بهینه منابع	۹۸
۳۸	راه اندازی مرکز نظارت بر درمان	معاونت آموزش و سلامت	ترویج رفتار های تعیین کننده ایمنی و ارائه خدمات درمانی ایمن	۹۵
۳۹	کاهش مدت زمان ترخیص، کسورات بیمه ای و افزایش رضایت مندی گیرندگان خدمت با اجرای طرح ترخیص الکترونیکی (متاثر از مداخلات ساختار و آموزشی با بکارگیری مدل شش سیگما)	اداره مدیریت درآمد	ارتقا پاسخگویی به نیاز های غیر طبی گیرندگان خدمت و مدیریت فرآیند های کنترل هزینه و افزایش کیفیت داده ها	۹۷
۴۰	ارزیابی مستمر عملکرد واحدها/بخش ها در بیمارستان	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	ارزیابی مستمر استانداردها در تمامی حوزه ها با رویکرد ارتقا	۹۸
۴۱	طراحی و استقرار سامانه تامین کالا با هدف مدیریت سیستمی کلیه درخواست های بخش ها و واحدهای بیمارستان شامل درخواست کالا از انبار و درخواست خرید و با امکان مدیریت پروژه های عمرانی و غیر عمرانی	اداره بودجه و تخصیص منابع	مدیریت فرآیندهای کنترل هزینه با رویکرد تشخیص هدفمند منابع	۹۷
۴۲	طراحی و استقرار سامانه ارزیابی عملکرد بخش ها با امکان وزن دهی، تعریف شاخص جدید، دارای امکان گزارشگیری تفکیکی (به تفکیک بخش و شاخص) و با پوشش کامل سنجه های اعتباربخشی ملی ایران (سامانه سابع)	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	ایجاد نظام ارزیابی عملکرد کاربردی و جامع	۹۶
۴۳	راه اندازی کلینیک خود مراقبتی به صورت مستقل در درمانگاه	مدیریت پرستاری	ارائه خدمات مراقبتی ایمن و ترویج رفتار های تعیین کننده ایمنی	۹۵
۴۴	راه اندازی واحد پیگیری امور بیماران	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	ارتقا پاسخگویی به نیاز های غیر طبی گیرندگان خدمت	۹۸
۴۵	راه اندازی واحد گردشگری سلامت	واحد گردشگری سلامت	خلق منابع از طریق توسعه ارائه خدمات گردشگری سلامت	۹۱
۴۶	طراحی و استقرار نظام مدیریت اطلاعات سنجش رضایت کارکنان (با پوشش کامل چرخه سنجش تا بازخورد)	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	ارتقاء پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت	۹۰
۴۷	طراحی داشبورد های اطلاعاتی برای سطوح مختلف مدیریتی در سطح بیمارستان	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و مدیریت بهینه اطلاعات بیمارستانی	۹۷
۴۸	اجرا و استقرار تیم آزمایشگاه کلینیک ویژه در قالب نرم افزار HIS	آزمایشگاه	توسعه مدیریت و منابع بیمارستانی	۹۰

ردیف	عنوان پروژه/طرح	محل انجام	هدف/رویکرد	سال
۴۹	راه اندازی سیستم نوبت دهی اینترنتی و تلفنی	کلینیک های تخصصی و فوق تخصصی	افزایش دسترسی به خدمات سلامت	۹۹
۵۰	استقرار سرویس داخلی رایگان جهت مراجعین و همکاران	مجتمع	افزایش رضایت مشتریان داخلی و خارجی	۹۳
۵۱	استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان بر اساس قواعد 5S	اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	ایجاد وحدت رویه و زیباسازی فضاها	۹۵
۵۲	جایابی و تجمیع واحدهای اداری در مرکز بیمارستان	ساختمان اداری	افزایش رضایت مشتریان داخلی و خارجی	۹۷
۵۳	راه اندازی واحد صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی در محل بیمارستان	پذیرش	افزایش رضایت مشتریان داخلی و خارجی	۹۰
۵۴	تاسیس اولین مرکز دانشگاهی طب سوزنی کشور	طب سوزنی	توسعه خدمات آموزشی و پژوهشی	۹۰
۵۵	تدوین و استقرار برنامه مدیریت پروژه های عمرانی بیمارستان	مجتمع	استقرار مدیریت پروژه های عمرانی در بیمارستان با هدف کنترل هزینه ها و تسريع در انجام پروژه ها	۹۸
۵۶	تدوین و اجرای دستورالعمل استقرار کامل مراحل خرج در بیمارستان	مجتمع	تسريع در فرآیند خرج و افزایش نظام کنترل مالی	۹۷
۵۷	مدیریت ازدحام و فرآیندها در اورژانس بیمارستان	مجتمع	بهبود خدمات مراقبتی و درمانی به بیماران مراجعه کننده به اورژانس	۹۷
۵۸	سازماندهی مجدد فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان	مجتمع	بهبود اثربخشی فعالیت های کنترل عفونت	۹۹
۵۹	تدوین و استقرار نحوه تعامل بیمارستان با دانشکده پزشکی و دانشکده پرستاری	مجتمع	شفاف سازی اختیارات و مسئولیت ها در ارتباط با دانشکده ها	۹۷
۶۰	تدوین برنامه پاسخ بیمارستان در مواقع بحران با منشا خارجی	مجتمع	بهبود مدیریت بحران در بیمارستان	۹۷
۶۱	الکترونیکی شدن آمار روزانه و حذف آمار دستی بخش های بستری	مجتمع	توسعه الکترونیکی شدن فرآیندها	۹۶
۶۲	استقرار فرآیند استانداردسازی مراقبتهای پرستاری	مجتمع	بهبود حرفه ای گری در کادر پرستاری	۹۹
۶۳	ساماندهی پیاده سازی آموزش کارکنان (اجرای روش منتورینگ)	مجتمع	بهبود اثربخشی آموزش های ضمن خدمت	۱۴۰۰

در حوزه بررسی سوابق تغییرات نیز درس های بسیار زیادی از روند اجرایی تغییرات مذکور چه تغییراتی که در سطح بیمارستان اجرایی شدن یا آن دسته از تغییراتی که از نهادهای بالادستی بیمارستان مانند ستاد دانشگاه یا ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شده اند وجود دارد که به عنوان یک چراغ راه در تعریف تغییرات جدید و مدیریت آنها در آینده می تواند مورد استفاده قرار گیرد. در ادامه به یک نمونه از این تغییرات و بررسی آن در سطح بیمارستان به صورت خلاصه اشاره می گردد.

در راستای اجرای تکالیف مقرر در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به ویژه ماده ۲۰ برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و منوط شدن تخصیص اعتبارات دولتی به دانشگاه‌های علوم پزشکی بر اساس بهای تمام شده خدمات ارائه شده، مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به استناد آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور طرحی به نام نظام نوین مالی ارائه کرد. بر اساس این طرح و با عنایت به ناکارآمدی مبنای نقدی حسابداری و با توجه تغییرات اساسی در قوانین و مقررات اجرایی دانشگاه‌های علوم پزشکی از سال ۱۳۸۴ تغییر رویکرد از مبنای مورد استفاده یعنی مبنای نقدی به مبنای حسابداری تعهدی به عنوان گام اول اجرای نظام نوین مالی آغاز شد. با تغییر رویکرد مبنای حسابداری نقدی به مبنای حسابداری تعهدی به تدریج کنترل‌های داخلی نیز بر اساس آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی در مورد موجودی نقد، موجودی مواد و کالا، اموال، مطالبات و بدهی‌ها بهبود یافت. یکی از مهمترین اهداف اجرای نظام نوین مالی در دانشگاه‌های علوم پزشکی استقرار بهای تمام شده و تخصیص منابع در واحدها به مراکز هزینه یا مراکز فعالیت در بیمارستان‌ها بوده است. بر این اساس می‌بایست تمامی هزینه‌هایی که به صورت مستقیم در یک بخش مانند بخش بستری یا آزمایشگاه یا حتی یک بخش پشتیبانی مانند کارگزینی مصرف می‌شود در همان بخش به عنوان یک مرکز فعالیت ثبت گردد. این رویکرد می‌توانست در تحلیل هزینه‌ها و مدیریت منابع در سطح بیمارستان و به عنوان یک ابزار کاربردی و بسیار کارآمد برای مدیران جهت مدیریت و تخصیص منابع بین واحدهای مختلف مورد استفاده قرار گیرد. در ادامه به صورت خلاصه گزارش اجرای این تغییر در سطح مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد در سال ۱۳۹۳ ارائه می‌گردد.

نظام نوین مالی در بخش بهداشت و درمان با این دیدگاه شروع شد که جهت اجرای صحیح و مطلوب برنامه‌ها و سیاست‌های مورد نظر مدیریت مستلزم آن است که در تمام مراحل اجرایی کنترل‌های لازم به نحو موثری اعمال گردد. یکی از مهمترین ابزار چنین کنترل‌هایی وجود نظام مالی مدونی است که بر اساس آن اطلاعات اساسی و بنیادی از جمله جنبه‌های مالی عملیات انجام شده به نحو دقیق و صحیح جمع‌آوری، طبقه‌بندی، ثبت و تلخیص گردیده و نتایج حاصله به نحو مطلوب در مقاطع زمانی مناسب در اختیار مدیریت و کارشناسان ذیربط قرار گیرد. این نظام دارای دستورالعمل‌های مختلفی است. یکی از دستورالعمل‌های اصلی نظام نوین مالی در بخش بهداشت و درمان، تعریف و تخصیص هزینه به مراکز هزینه یا مراکز فعالیت است. هدف از این دستورالعمل در نظام نوین مالی به صورت زیر ارائه شده است:

به منظور کنترل هزینه ها و سنجش مسئولیت ضروری است بخشهای مختلف دانشگاه/ دانشکده/ مراکز درمانی (بیمارستانها) و واحدهای زیر مجموعه آنها به مراکز هزینه متعدد تفکیک شوند. این تفکیک ضمن ایجاد کنترل هزینه ها در مراکز هزینه، امکان محاسبه قیمت تمام شده خدمات ارائه شده هر مرکز یا فعالیت را نیز فراهم می کند. دامنه کاربرد این دستورالعمل شامل تمام واحدها و قسمت های موسسه (دانشگاه) اعم از واحدهای مستقل و تابعه مشمول این کدگذاری است و مسئولیت اجراء این دستورالعمل با مدیران امور مالی و مراکز عملیاتی است. نحوه تسهیم هزینه ها در این دستورالعمل به صورت زیر ارائه شده است:

به منظور محاسبه قیمت تمام شده ارائه خدمت در مراکز هزینه و یا خدمات و فعالیت های انجام گرفته در هر مرکز، هزینه های گردآوری شده در مراکز هزینه به شرح ذیل تسهیم می شوند:

الف) هزینه های جمع آوری شده در مراکز هزینه خدمات عمومی

باتوجه به تعریف ارائه شده درخصوص مراکز هزینه خدماتی هزینه این گروه مراکز بین دیگر مراکز هزینه به غیر از سایر تسهیم می گردد. مبناء تسهیم دربخش حسابداری قیمت تمام شده ارائه شده خواهد شد .

ب) هزینه های جمع آوری شده در مراکز هزینه پشتیبانی

پس از جذب هزینه های تسهیم شده مراکز هزینه خدمات عمومی و با توجه به تعریف ارائه شده در خصوص مراکز هزینه پشتیبانی، هزینه این گروه مراکز، بین مراکز عملیاتی بر مبنائی معقول تسهیم می گردد.

ج) هزینه جمع آوری شده در مراکز هزینه عملیاتی

پس از جذب هزینه های تسهیم شده مراکز هزینه خدمات عمومی و پشتیبانی و با توجه به تعریف ارائه شده درخصوص مراکز هزینه عملیاتی (حسب مورد گروه درمان، گروه بهداشت، گروه آموزش و گروه دانشجویی)، هزینه این گروه مراکز بین خدمات ارائه شده تسهیم شده و تحت عنوان سربار غیر مستقیم در قیمت تمام شده خدمت تعریف شده، در سیستم قیمت تمام شده منظور می گردد.

د) هزینه های جمع آوری شده مراکز هزینه اداری و تشکیلاتی

پس از جذب هزینه های تسهیم شده مراکز هزینه خدمات عمومی و با توجه به تعریف ارائه شده در خصوص مراکز هزینه اداری و تشکیلاتی، هزینه این گروه در پایان دوره یا سال مالی به حساب "تغییر در خالص داراییهای سال" بسته می شود.

ه) هزینه های جمع آوری شده در مراکز هزینه سایر

هزینه های این گروه در پایان سال مالی به عنوان هزینه های غیر عملیاتی به حساب "تغییر در خالص داراییهای سال" بسته می شود.

بعد از حدود چند سال از اجرای این برنامه نتایج در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) در سال ۱۳۹۳ مشهود به صورت زیر است:

۱. تعداد ۳۷ مورد از مراکز هزینه بیمارستان در منابع اطلاعاتی مختلف (شامل کارگزینی، حسابداری، انبارها و HIS) دارای "ابهام در ماهیت مرکز" هستند. این وضعیت به حالتی گفته می شود که مثلاً در بیمارستان واحدی به اسم اتاق عمل اورژانس عدالتیان وجود دارد که این اتاق عمل فاقد نیروی انسانی در واحد کارگزینی و همچنین فاقد هرگونه پرداخت در واحد حسابداری است. در عین حال این واحد از انبار، وسایل و ملزومات مصرفی دریافت کرده است. لذا ماهیت این مرکز باید مورد بررسی قرار گیرد. این احتمال وجود دارد که اتاق عمل اورژانس عدالتیان همان اتاق عمل اورژانس باشد که به عنوان یک مرکز فعالیت دیگر در واحدهای حسابداری، کارگزینی و حتی انبار شناسایی شده است. موارد دیگری نیز وجود دارد مانند انبار اکسیژن که احتمالاً جزئی از انبار و اموال باشد. جزئیات این مورد در ادامه همین گزارش به تفکیک بخش های مختلف بیمارستان ارائه شده است.

۲. تعداد ۱۶ واحد از مراکز هزینه مورد بررسی دارای ویژگی "بدون نیرو و بدون پرداختی" هستند. این ویژگی به وضعیتی اشاره دارد که در آن مرکز فعالیت از طرف انبارهای بیمارستان به رسمیت شناخته شده ولی از طرف واحد کارگزینی و واحد حسابداری این واحد به رسمیت شناخته نشده است. مواردی مانند واحد سی تی اسکن، اکو، پست آنژیوگرافی، بانک خون، آتش نشانی، لاندری، سلف سرویس، سمعی بصری، تلفنخانه و تربیت بدنی از این دست موارد هستند.

۳. حدود ۱۱ مورد از واحدهای فعالیت شناسایی شده "بدون نیرو ولی دارای انبار" هستند. این بدین معناست که واحدهای مذکور در واحد کارگزینی بیمارستان فاقد رسمیت بوده، نیرویی برای آنها در نظر گرفته نشده است، اما همین

واحد ها دارای انبار هستند، یعنی اقلامی را از واحد انبار بویژه انبار ملزومات مصرفی دریافت کرده اند. البته برخی از این واحدها دارای هزینه ثبت شده از سمت واحد حسابداری هستند و برخی فاقد هزینه ثبت شده از این واحد هستند.

۴. حدود ۱۴ مورد از مراکز هزینه شناسایی شده، فاقد هر گونه مبلغ به عنوان مواد مصرفی از انبار ملزومات هستند. این بدان معناست که برخی از مراکز هزینه شناسایی شده، مانند درمانگاه مرکزی، مرکز طب چینی و سوزنی، واحد شنوایی سنجی، پزشکی هسته ای، بخش ICU، بخش ارتوپدی، هماتولوژی و مواردی از این دست، در طول سال ۱۳۹۲ هیچگونه استفاده ای در خصوص مواد مصرفی و ملزومات نداشتند.

۵. حدود ۶ مورد از بخش های بیمارستان (البته با افزایش حساسیت می توان تعداد بخش های بیشتری را هم شناسایی کرد) دارای این ویژگی هستند که مبالغ هزینه ثبت شده در آن مراکز برای نیروی انسانی با تعداد نیرویی که در واحد کارگزینی ثبت شده ناهمخوان است. در برخی از این موارد سرانه هر نیروی انسانی در سال که به عنوان حقوق و اضافه کاری پرداخت شده است به بالای ۴۰ میلیون تومان می رسد که از این نظر قابل بررسی است.

۶. چندین مورد از واحدهای مورد بررسی نیز دارای ابهام در تعداد نیرو هستند. که از این موارد می توان به واحد سوختگی و بخش های ICU اشاره نمود. البته این ابهام را می توان با توجه به مشکلات دیگری که در داده های واحد کارگزینی و تطبیق آن با واحد حسابداری وجود دارد، در بقیه بخش های بیمارستان نیز نسبت داد که در واقع این تفاوت نشاندهنده لزوم بررسی دقیق و جزئی تعداد نیروی انسانی تک تک بخش ها به صورت حضوری است.

بررسی اجرای برنامه نظام نوین مالی در بیمارستان نشان می دهد که در واقع بیمارستان پذیرفته که برنامه را اجرا کند (به دلیل تعهد مدیران ستادی وزارت بهداشت برای اجرای آن)، اما این برنامه با بازی بازیگران اصلی آن روبرو شده است و نتوانسته اهداف خود را محقق سازد. این مثال در سطح بیمارستان نیز قابل پیاده سازی است. همانطور که بیمارستان ها در برابر برنامه ای که از طرف ستاد وزارت بهداشت برای اجرا ابلاغ می شود واکنش نشان می دهند و با دیدگاه خود در بسیاری از موارد برنامه را اجرا می کنند، در سطح بیمارستان نیز این موضوع می تواند رخ دهد. یعنی طرحی که برای تغییر از طرف مدیر ارشد برای اجرا ابلاغ می شود حتما با واکنش کارکنان و ذینفعان روبرو خواهد شد. بنابراین زمانی که طرحی برای تغییر آماده می شود باید تمام ابعاد آن قبل از اجرا توسط مدیران ارشد مورد بررسی و پژوهش قرار گیرد. به عبارت دیگر باید بازی بازیگران اصلی هر برنامه تغییر، قبل از اجرا بررسی و پیش بینی گردد و راهکارهای مناسب برای روبرو شدن با آن اندیشیده شود.

فصل ۲: حمایت طلبی اولیه

مقدمه و کلیات

حضور ذینفعان مختلف با علایق گوناگون و انتظارات متفاوت در اجرای پروژه ها، از جمله مسائلی است که مدیران پروژه را در مدیریت صحیح ذینفعان با چالش جدی رو به رو می سازد (۱۴۰). فرآیند مدیریت ذینفعان به چند دلیل انجام می شود: اول، به دلیل آشنایی با ذینفعان پروژه؛ دوم، برای حصول اطمینان از برقراری تعادل بین میزان مشارکت و پاداش؛ دلیل سوم اینکه، برای کمک به تصمیم گیری افرادی هستند که باید در تعیین اهداف پروژه و سنجش موفقیت آن درگیر باشند. فرآیند مدیریت ذینفعان باید به طور مداوم در سراسر چرخه حیات پروژه اجرا شود و نباید از تکنیک های مدیریت ذینفعان تنها در طول مراحل اولیه پیاده سازی پروژه استفاده کرد. بنابراین، باید دیدگاه گسترده تر و جامع تری در مورد فرآیند در سرتاسر چرخه حیات پروژه اتخاذ گردد (۱۴۱).

کسب رضایت ذینفعان بدون برخورداری و درک صحیح ماهیت ذینفعان و همچنین انتظارات آنها امکان پذیر نخواهد بود (۱۴۲). از آنجایی که برآورده ساختن کلیه انتظارات ذینفعان عملاً امکان پذیر نیست، بنابراین لازم است اولویت بندی ذینفعان انجام شود که این امر به روش های مختلفی صورت می پذیرد. ماتریس علاقه_قدرت یا منافع_قدرت از جمله ابزارهایی است که ذینفعان را با توجه به قدرت تاثیرگذاری و سطح علاقه (منفعت شان) نسبت به پروژه دسته بندی می نماید (۱۴۰).

حمایت طلبی؛ تعریف و کاربرد

تعاریف متعددی برای حمایت طلبی ارائه شده است که در ادامه به تعدادی از آنها اشاره می شود:

- حمایت طلبی ایجاد حمایت برای یک موضوع است.
- حمایت طلبی عملی است که با هدف تغییر سیاست ها، مواضع یا برنامه های نهادهای مختلف انجام می شود.
- حمایت طلبی عبارت است از مطرح کردن یک ایده، توصیه یا دفاع از آن.
- حمایت طلبی به معنای همکاری با افراد و سازمان های دیگر، به منظور ایجاد تغییر است.
- حمایت طلبی عبارت است از قرار دادن یک مسئله در دستور کار، ارائه راه حلی برای آن مسئله و نیز حمایت از اقدام در جهت حل آن مسئله.

- حمایت طلبی رونمایی یک موضوع، جلب کردن توجهات به سوی آن و در دستورکار قرار دادن موضوع است.
- حمایت طلبی شناسایی یک مسئله، ارائه پیشنهادات و تصمیم‌گیری جمعی برای آن است.
- حمایت طلبی یکی از راهبردهای ارتقای سلامت است و فرآیندی را شامل می‌شود که نتیجه آن، تغییر در جامعه است.
- فرآیند حمایت طلبی سعی می‌کند بر موانع ساختاری دستیابی به اهداف سلامت جامعه غلبه کند، ریشه این موانع ساختاری از مخالفت شخصی و یا رفتاری افراد ویژه‌ای ناشی می‌گردد و فعالیت‌های حمایت طلبی برای تغییر موضع و رفتار این اشخاص طراحی و اجرا می‌شود.
- حمایت طلبی به عنوان یک ابزار و راهبرد در اصلاحات نظام سلامت کاربرد دارد.
- حمایت طلبی فرآیند اثرگذاری بر تصمیم‌گیرندگان است.
- حمایت طلبی مداخله‌ای است که از مجموعه فعالیت‌های فردی یا گروهی حمایت طلبان تشکیل شده و سعی دارد با تغییر آگاهی، نگرش و رفتار ویژه‌ای، از نفوذ و قدرت آن برای تصویب سیاست و برنامه‌ای خاص یا تغییر منابع و موقعیت‌ها به نفع کاربران نهایی استفاده کند.
- حمایت طلبی طی یک فرآیند نظام مند قابل انجام است که مراحل آن شامل تعیین هدف حمایت طلبی، تحقیق در مورد موضوع حمایت طلبی، تحلیل مخاطبان، تدوین سند حمایت طلبی، اجرای حمایت طلبی و ارزشیابی نتایج انجام است (۱۴۳).
- در حرفه پزشکی، فعالیت‌های مربوط به حصول اطمینان از دسترسی به مراقبت، پیمایش سیستم، بسیج منابع، رفع نابرابری‌های بهداشتی، تأثیرگذاری در سیاست‌های بهداشتی و ایجاد تغییر در سیستم به عنوان حمایت از سلامت شناخته می‌شوند (۱۴۴).

هدف میانی حمایت طلبی معمولاً در چهار حیطه متمرکز است:

۱. گرفتن تایید برای سیاست یا قانون جدید یا تغییر سیاست و قانون قبلی
۲. دریافت منابع و تغییر جهت منابع شامل منابع مالی، انسانی، تجهیزاتی و اطلاعاتی
۳. تصویب برنامه جدید
۴. تغییر موقعیت افراد یا موضوعات و اعاده حقوق جمعی

برای اطمینان از دستیابی به هدف میانی لازم است از نفوذ و حمایت افراد خاصی استفاده شود که این افراد دو دسته هستند:

۱. **مخاطبان اولیه:** افراد صاحب نفوذ و قدرتمند هستند که نسبت به موضوع حمایت طلبی در سه موقعیت مخالف، موافق

و یا ممتنع هستند و توانایی و اختیار اثر مستقیم بر اهداف را دارند.

۲. **مخاطبان ثانویه:** افراد و یا گروه‌های مورد اعتماد و یا موثر بر افراد صاحب نفوذ و قدرتمند (مخاطبان اولیه) هستند که

قادرند با زحمت کمتری پیغام و منظور حمایت طلبی را به ایشان منتقل کنند.

گروه یا فرد حمایت طلب: شخص یا گروهی است که برای دستیابی به اهداف خود با انجام فرآیند حمایت طلبی سعی می‌کند در

مخاطبان اولیه و ثانویه نفوذ کنند. گروه یا فرد حمایت طلب، نماینده ائتلاف سازمان‌ها و گروه‌هایی است که موقعیت موافق نسبت به موضوع دارند.

در یک جمع بندی می‌توان گفت که راهبرد حمایت طلبی در موارد زیر کاربرد دارد:

- تغییر یا ایجاد سیاست
- تغییر در برنامه (اهداف، معیارهای اولویت گذاری و شیوه استقرار)
- تغییر در مرحله عمل (مانند استقرار آسان و بدون مقاومت سیاست)
- تغییر در سرمایه گذاری در سلامت توسط ذینفعان
- تغییر در آگاهی و درک عمومی تصمیم‌گیرندگان
- وقتی لازم باشد یک سازمان بزرگ تغییر کند و نخواهد.
- وقتی که تجربه و تحقیق نشان دهد که راه‌های دیگر نتیجه نمی‌دهد.
- وقتی اطمینانی برای ظرفیت و توانایی انجام آن وجود دارد.
- وقتی اشتیاق و انرژی برای این کار مزمین وجود دارد.

و به طور خلاصه: حمایت طلبی برای تغییر در چهار حیطه است: سیاست^۱، برنامه^۲، موقعیت^۳ و تخصیص منابع^۴. با این که در برخی منابع ذکر می‌شود که هدف حمایت طلبی تغییر رفتار مخاطبان است اما به نظر می‌رسد که هدف حمایت طلبی بیشتر بر «تغییر» استوار است تا تغییر رفتار مخاطب، چرا که ممکن است تغییر رفتار مخاطب صورت نگیرد اما سیاست و برنامه حمایت طلبی شده تصویب و تایید شود، ضمن اینکه فرآیند «تغییر رفتار» پیچیده و طولانی است و شاید در طول مدت اجرای برنامه حمایت طلبی ننگند.

برای تعیین مخالفان باید به دو سوال زیر پاسخ گفت:

سوال (۱) چه سازمان‌ها و اشخاصی با اهداف مخالفند؟

سوال (۲) دلیل مخالفت چیست؟ افراد به دلایل زیر مخالفت می‌کنند:

- از دست رفتن سود و منبع مالی
- از دست دادن نفوذ و قدرت سیاسی
- از دست دادن اعتبار و شهرت اجتماعی
- از دست دادن کنترل و پایش‌گری برنامه
- وجود آثار مخرب تصویب و اجرای برنامه بر سازمان‌ها و کاربران نهایی
- وجود قوانین مغایر برای استقرار برنامه
- علل روانشناختی و رفتاری؛ برخی افراد اصولاً با همه چیز مخالفند و یا تضاد شخصی و تجربه ناگوار با طراحان یا سازمان مربوطه دارند.

¹ Policy

² Program

³ Position

⁴ Resource allocation

شناخت این دلایل به تعیین راهبرد مقابله و رویارویی کمک می‌کند. باور غلطی وجود دارد مبنی بر اینکه مخالف نباید در تصمیم‌گیری مشارکت داده شود، اما به چهار دلیل این باور مردود است:

- باید نسبت به عملکرد مخالفان بصیرت پیدا کنید و این از طریق مشارکت وی قابل دستیابی است.
- باید منابع جدید برای حل مشکل پیدا کنید، این منابع برخی اوقات دست مخالف است.
- خیلی از مخالفان، مخالف واقعی نیستند و با اندک تلاشی ممکن است موافق شوند.
- مخالفان خود بخشی از مردم هستند و مشارکت مردم ضرورت دارد.

تعیین راهبردهایی که توسط مخالفان برای مخالفت به کار گرفته می‌شود، در طراحی راهبردهای حمایت طلبی کمک کننده است؛ در بررسی متون ده راهبرد مخالفان برای مخالفت ذکر شده است، که در ده «دی» لاتین جمع بندی شده است:

۱. **منحرف کردن (Deflect):** موضوع را به سطوح دیگری ارجاع می‌دهند و می‌گویند حمایت طلبان قدرت لازم را ندارند.
۲. **تعلل (Delay):** به ظاهر می‌خواهند بگویند که ما در حال بررسی موضوع هستیم و اقداماتی مانند تشکیل گروه مطالعه داده‌ایم اما در واقع هدف «تعلل» است.
۳. **تکذیب (Deny):** مطالب حمایت طلبان را غیر معتبر اعلام می‌کنند.
۴. **تخفیف (Discount):** اهمیت موضوع را کم می‌کنند.
۵. **فریب دادن (Deceive):** طوری عمل می‌کنند که شما مطمئن شوید که کار انجام می‌شود، ولی در واقع اصلاً چنین نیست و شما فریب خورده اید.
۶. **پخش کردن (Divide):** تخم نفاق و چند دستگی بین حمایت طلبان ایجاد می‌کنند و به این ترتیب مخالفان موفق می‌شوند.
۷. **ملایم کردن (Dulcify):** مخالف اعضای حمایت طلب و یا موافقان بالقوه را به وعده‌های خود تطمیع می‌کنند و یا رشوه می‌دهند.
۸. **بی اعتبار کردن (Discredit):** در نگاه سایرین به روش‌ها و انگیزه‌های حمایت طلبان شک ایجاد می‌کنند.
۹. **تخریب کردن (Destroy):** از راه‌های حقوقی و رسانه‌ای سعی در تخریب شما و موضوع مربوطه را دارند.
۱۰. **معامله کردن (Deal):** با شما و اعضای گروه وارد معامله می‌شوند

تحلیل دینفعان

تحلیل دینفعان عبارت است از تکنیک گردآوری اطلاعات کمی و کیفی و تحلیل آن‌ها به منظور تعیین اینکه منافع کدامیک از دینفعان در سراسر پروژه مدنظر قرار گیرد. این تحلیل، منافع، علایق، نفوذ و انتظارات دینفعان را شناسایی نموده و آن‌ها را به هدف پروژه پیوند می‌دهد (۱۴۵). این کار به مدیران پروژه کمک می‌کند تا ضمن تسریع در شناسایی دینفعان اصلی، بدانند هرکدام به چه اطلاعاتی نیاز دارند و باید از چه شیوه‌ای برای اطلاع‌رسانی بهره ببرند (۱۴۶). تحلیل دینفعان در چند مرحله به شرح ذیل انجام می‌شود:

مرحله اول: شناسایی دینفعان

یک دینفع، فرد یا گروه یا سازمانی است که ممکن است اثر بگذارد یا تحت تاثیر قرار بگیرد و یا اینکه احساس کند در معرض یک تصمیم، فعالیت یا نتیجه یک پروژه قرار دارد. بنابراین در ابتدا باید کلیه دینفعان بدون توجه به شدت اثرگذاری آن‌ها بر روی پروژه، در نظر گرفته شوند. در ابتدا می‌بایست با شناسایی ابعاد پروژه از طریق یک جلسه بحث گروهی متمرکز یا نشست متخصصان نسبت به تهیه یک لیست اولیه از افراد بسیار مرتبط با موضوع اقدام نمود. پس از تهیه فهرست اولیه از دینفعان بسیار مرتبط، به منظور شناسایی ویژگی‌های ایشان و سایر دینفعان، بامصاحبه با ایشان لیست دینفعان به همراه ویژگی‌های مربوطه تکمیل گردد. از اعضای تیم مدیریتی بیمارستان می‌توان برای شناسایی و تحلیل دینفعان استفاده کرد.

مرحله دوم: تعیین منشاء منافع و قدرت هر یک از دینفعان

منشا قدرت دینفعان در این موضوع منبعت از اختیار در خصوص تصویب، کیفیت، هزینه و زمان پروژه است. سرچشمه منافع دینفعان نشأت گرفته از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، حق قانونی، توسعه فرصت‌ها، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود می‌باشد (جدول ۱۳).

جدول (۱۳): ریشه های قدرت و منافع در فرآیند تحلیل ذینفعان

حوزه اصلی	منشاء	توضیح مختصر
قدرت	تصویب	این مورد به اختیار ذینفع برای تصویب یا عدم تصویب پروژه مربوط می شود.
	زمان	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل زمان (تسریع یا تاخیر) پروژه اشاره دارد.
	هزینه	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل مقدار هزینه (مالی، منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات) پروژه اشاره دارد.
	کیفیت	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل سطح کیفیت نحوه اجرای فرآیند و خروجی /خروجی های پروژه اشاره دارد.
منافع	اهداف و رسالت	این مورد به مواردی مرتبط می گردد که مستقیماً با اهداف و رسالت یک گروه ذینفع مرتبط است. در این حالت ذینفع علی رغم اینکه ممکن است تمایل چندانی به درگیر شدن در پروژه را نداشته باشد اما به واسطه رسالتی که دارد باید در پروژه ها یک نقش مانند تامین زیرساخت را بر عهده بگیرد.
	توسعه فرصت ها	این مورد مربوط به حالتی است که در آن یک گروه ذینفع برای افزایش قدرت سیاسی و افزودن بر فرصت های موجود خود در پروژه بتواند سایرین را با خود متحد نماید.
	سلامت و ایمنی	این مساله به سلامت پرسنل و ایمنی ایشان مرتبط می شود. برای کارکنان محل ساخت یک پروژه یا شرایط کاری در وضعیت جدید امری حیاتی است.
	حفظ شرایط موجود	این مورد با منافع به منظور ماندگاری و بقای ذینفعان و حفظ شرایط موجود در ارتباط است.
	حق قانونی	در این مورد ذینفع حق قانونی در یک موضوع دارد. منظور از حق قانونی دارا بودن صلاحیت قانونی، امکان قانونی مداخله در پروژه بر اساس شخصیت حقوقی ذینفع است.
	منافع اقتصادی	این مورد به منافع ذینفع در حوزه میزان منافع اقتصادی پروژه در ارتباط با خود یا دیگران اشاره دارد.

همانطور که در جدول فوق نشان داده شده است مشخص نمودن بیشترین حوزه علاقه مندی ذینفع در مواردی همچون مسائل مرتبط با اهداف و رسالت ذینفع، منافع اقتصادی، حق قانونی، کسب حمایت سیاسی و اجتماعی، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی، توسعه فرصت ها و حفظ شرایط موجود مورد سوال قرار گرفت. در اینجا در مورد هریک از این موارد، توضیح مختصری ارائه می شود:

الف - مسائل مرتبط با اهداف و رسالت ذینفع: مسائلی که مستقیماً با اهداف و رسالت یک گروه ذینفع مرتبط است. به عنوان نمونه یک ذینفع (نظیر وزارت راه) علی‌رغم اینکه ممکن است تمایل چندانی به درگیر شدن در پروژه‌های وزارت نفت نداشته باشد، ولی به واسطه رسالتی که دارد باید در پروژه‌ها نقش تأمین دسترسی‌ها را برعهده بگیرد.

ب - منافع اقتصادی: ذینفعانی که به منافع اقتصادی در مسائل استراتژیک علاقه‌مندند. به عنوان مثال پیمانکارانی که دارای قرارداد مرتبط با پروژه هستند، شدیداً مسائل مربوط به نرخ پرداختی دستمزد در محل ساخت پروژه را دنبال می‌کنند.

ج - حق قانونی: یک ذینفع حق قانونی در یک موضوع دارد، مانند کمیسیون تنظیم مقررات هسته‌ای که قدرت اعطای مجوز عملیاتی برای پروژه‌های هسته‌ای را داراست. منظور از دارا بودن صلاحیت قانونی، امکان قانونی مداخله در پروژه است. به منظور توضیح بیشتر، مثلاً سازمان حفاظت از محیط زیست دارای حق قانونی دخالت در پروژه هاست، در حالی که نمایندگان مجلس دارای حق قانونی نیستند.

د - کسب حمایت سیاسی و اجتماعی: برخی گروه‌های ذینفع نگران از دست دادن حمایت‌های سیاسی مردم هستند. به طور مثال، نماینده یک حوزه انتخابی در مجلس، ممکن است به شدت مسائل مربوط به حمل ضایعات سمی از یک نیروگاه اتمی را به محل ذخیره‌سازی در داخل حوزه انتخابی اش دنبال کند.

ه - مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی: این مساله به سلامت پرسنل و ایمنی ایشان مرتبط می‌شود. برای کارکنان محل ساخت یک پروژه یا شرایط کاری در وضعیت جدید امری حیاتی است.

و - توسعه فرصت‌ها: این مورد مربوط به حالتی است که در آن یک گروه ذینفع برای افزایش قدرت سیاسی و افزودن بر فرصت‌های موجود خود در پروژه بتواند سایرین را با خود متحد نماید. به منظور توسعه حوزه‌های نفوذ و ایجاد بازارهای جدید به کار برده می‌شود.

ز - حفظ شرایط موجود: این مورد با علاقه به منظور ماندگاری و بقای ذینفعان و حفظ شرایط موجود در ارتباط است.

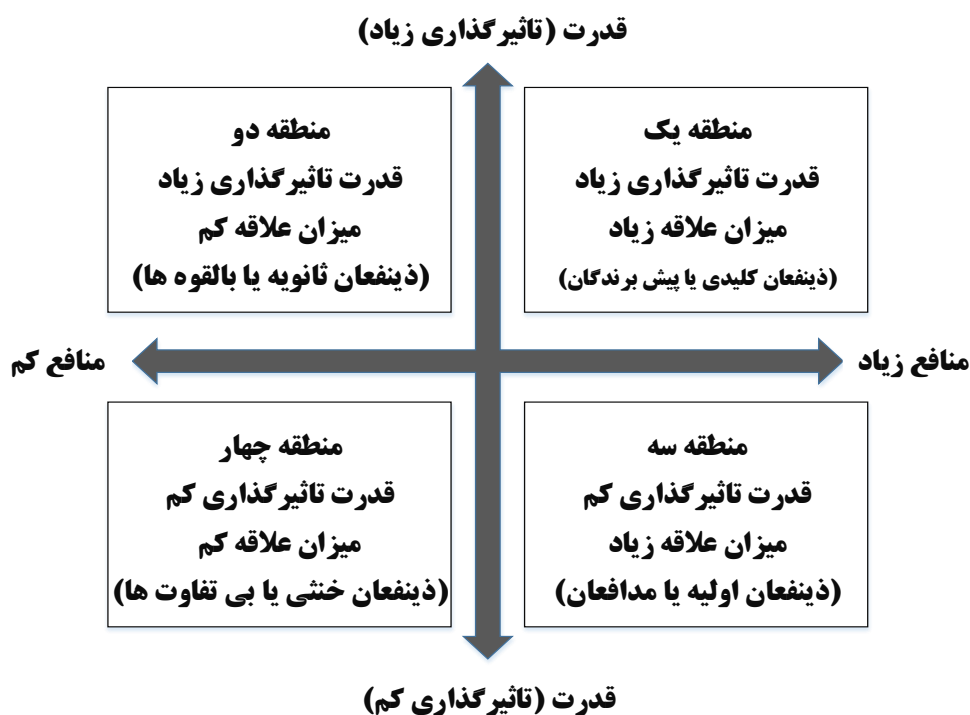
مرحله سوم : تعیین میزان علاقه مندی (منفعت) و قدرت ذینفع

بعد از شناسایی حیطه یا حیطه های قدرت و منافع مرتبط با هر ذینفع، به تفکیک هر حیطه (قدرت و منافع) یک نمره از ۱ تا ۱۰ به هر ذینفع داده می شود. نمره ۱۰ بیانگر بیشترین میزان قدرت/منافع و نمره ۱ بیانگر کمترین میزان قدرت/منافع است. این روش از نوع کمی بر مبنای آزمون میانگین بر پایه اندازه گیری رفتاری با مقیاس لیکرت، ابزار گردآوری داده ها و پرسشنامه ساختار یافته است که به تعیین وضعیت قدرت و منافع ذینفعان از نگاه مطلعین کلیدی^۱ شامل کارشناسان و متخصصان آگاه به موضوع مورد مطالعه هستند، می پردازد.

مرحله چهارم: ترسیم ماتریس علاقه _ قدرت

ذینفعان باید بر اساس اهمیتی که برای سازمان دارند، طبقه بندی شوند. به عبارت دیگر ذینفعان اهمیت یکسانی ندارند، پس سازمان باید آن ها را به شکل متفاوتی دسته بندی کند. به منظور اولویت بندی و دسته بندی ذینفعان، مدل ها و چارچوب های مختلفی ارائه شده است (۱۴۷) که در اینجا از مدل ماتریس علاقه/ قدرت استفاده شد و می بایست ذینفعان شناسایی شده جهت تحقق نتایج مطابق با نوع تلاش های مورد نیازشان مورد حمایت طلبی قرار می گیرند که در یک ماتریس نمایش داده شده است. با توجه به امتیازات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان در ارتباط با موضوع مورد بررسی، نظرات پاسخ دهندگان ذینفعان در ماتریس علاقه-قدرت جانمایی می گردد. شکل زیر الگوی تحلیل ذینفعان را با توجه به مدل علاقه -قدرت نشان می دهد.

¹ key informants



شکل (۹): ماتریس منافع – قدرت

با توجه به شکل فوق می‌توان ذینفعان را در چهارگروه طبقه بندی نمود.

- ذینفعان قرار گرفته در منطقه چهار: برای مشارکت این این گروه از ذینفعان حداقل تلاش لازم است و نیاز به اقدام فوری نیست، زیرا ذینفعانی با قدرت کم و کمترین سطح خواسته هستند.
- ذینفعان قرار گرفته در منطقه سه: این ذینفعان باید مطلع نگه داشته شوند و اقدام فوری نیاز نیست، زیرا این گروه دارای قدرت کم و سطح بالایی از منافع و علاقه هستند.
- ذینفعان قرار گرفته در منطقه دو: این گروه از ذینفعان باید راضی نگه داشته شوند، چون چالش برانگیزترین ذینفعان هستند. این گروه با وجود عدم منافع، ممکن است قدرت خود را در واکنش به یک پروژه خاص بکار برند. ذینفعان این گروه دارای قدرت بالا و سطح منافع و علاقه پایین هستند.
- ذینفعان قرار گرفته در منطقه یک: این گروه از ذینفعان همان ذینفعان کلیدی هستند چون دارای قدرت بالا و سطح بالایی از خواسته و علاقه هستند و واکنش خود را نسبت به پروژه‌ها و طرح‌های سازمان با توجه به اولویت اصلی شکل می‌دهند (۱۴۷).

مرحله پنجم: انتخاب ذینفعان کلیدی برای حمایت طلبی اولیه

قدم بعدی تحلیل تاثیر بالقوه ای می باشد که هر ذینفع می تواند ایجاد نماید. بدین منظور دسته بندی و اولویت بندی آن- ها به منظور نحوه ارتباط با ذینفعان و مدیریت انتظارات آنها و هماهنگ نمودن و جهت دادن خواسته هایشان در جهت تامین هدف پروژه و پیشبرد آن و سپس نحوه واکنش و پاسخ احتمالی ذینفعان در وضعیت های گوناگون مورد سنجش قرار می- گیرد (۱۴۸). در این قسمت هدف این است که به منظور افزایش پشتیبانی ذینفعان در پروژه و تعدیل اثرات منفی بالقوه آنها، چگونگی نفوذ بر آنها برنامه ریزی گردد (۱۴۶). همان طور که در مرحله قبل توضیح داده شد ذینفعانی که هم قدرت و هم منافع بالایی دارند پیش برندگان یا ذینفعان کلیدی نامگذاری شده اند (۱۴۹). ذینفعان کلیدی آن دسته از ذینفعان هستند که از یک سو دارای قدرت تاثیرگذاری بالا و از سوی دیگر دارای علاقه و منافع بالا در تصمیم گیری ها، برنامه ریزی ها و کلیه اقدامات مرتبط با پروژه هستند.

بررسی سطح پذیرش در بین ذینفعان کلیدی

قبل از تماس با ذینفعان کلیدی که در منطقه یک ماتریس منافع- قدرت قرار گرفتند طراح / مدیر تغییر می بایست اطلاعات کاملی را در خصوص روحیات، علائق و ویژگی های ذینفع مربوطه کسب کند و برنامه خود را متناسب با میزان آگاهی و پذیرش ایشان ارائه دهد. پیشنهاد می شود برای شروع فرآیند حمایت طلبی اولیه برای ذینفعان کلیدی از علائق و موضوعات جالب برای ذینفع مربوطه شروع کرد و سپس به سمت اصل پروژه مسیر هدایت کرد. در این خصوص باید قبل از برگزاری جلسه ذینفع مربوطه را بر اساس جدول زیر بررسی و پیش بینی کرد که در خصوص موضوع پیشنهادی در کدام سطح قرار می گیرد. هر چقدر بعد از جلسه ذینفع، در سطح بالاتری قرار گیرد حمایت طلبی وی بیشتر خواهد بود و احتمال موفقیت تغییر نیز، افزایش خواهد یافت.

جدول (۱۴): سطوح پذیرش در بین ذینفعان کلیدی

سطح پذیرش	نام سطح پذیرش	پذیرش ذهنی یا لسانی	پذیرش قلبی (علاقه به موضوع)	پذیرش کامل و آگاهانه	احتمال موفقیت تغییر
سطح اول	عدم اعتقاد/باور	ندارد	ندارد	ندارد	بسیار کم
سطح دوم	اعتقاد یا باور	دارد	ندارد	ندارد	کم
سطح سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد	متوسط به بالا
سطح چهارم	اطمینان (یقین)	دارد	دارد	دارد	بسیار زیاد

همانطور که در جدول فوق ارائه شده است سطح پذیرش ذینفعان کلیدی در مرحله حمایت طلبی اولیه بسیار مهم است. این اهمیت از دو جنبه ناشی می شود: جنبه اول مربوط به وضعیت قبل از شروع فرآیند حمایت طلبی اولیه است. در این حالت هرچقدر ذینفعان کلیدی قرار گرفته در منطقه یک ماتریس منافع - قدرت در سطح پذیرش بالاتری قرار گیرند، طراح یا مدیر تغییر زحمت کمتری برای پیشبرد تغییر خواهد داشت و احتمال موفقیت تغییر نیز بسیار بالا خواهد بود. جنبه مهم دیگر مربوط به کاری است که باید توسط طراح یا مدیر تغییر برای جلب حمایت ذینفعان مربوطه انجام شود. در واقع اگر مدیر تغییر احساس کند یک ذینفع کلیدی به در خصوص موضوع مربوطه به تغییر، باور ندارد باید از قبل بداند که وقت بسیار بیشتری می بایست برای تغییر سطح پذیرش ذینفع مربوطه تخصیص دهد و لذا کار دشوار تر خواهد بود. ذینفع کلیدی که نسبت به یک موضوع تغییر به یقین رسیده است یا به عبارت دیگر در خصوص نیاز به تغییر در یک موضوع خاص به یقین رسیده است، خود او نقش مدیر تغییر را نیز خواهد داشت.

به صورت کلی فردی که در یک موضوع تغییر به یقین می رسد دارای ویژگی هایی است که اهم آنها به شرح زیر است:

- در مرحله یقین چهل راهی ندارد و فرد نسبت به موضوع کاملاً مسلط و به زوایای مختلف آن آگاه است.
- در مرحله یقین فرد دچار شک و تردید نمی شود و در برابر سوالات، موضوعات و شبهاتی که پیرامون مسئله ایجاد می شود با استدلال محکم پاسخ می دهد.
- در مرحله یقین فرد به کار خود و به درستی آن اعتماد کامل دارد، لذا با تمام وجود از آن دفاع می کند.
- در مرحله یقین فرد موضوع مربوطه را به عنوان یک هویت برای خود قلمداد می کند و لذا به شدت پیگیر تحقق آن است و به شدت از آن حراست می کند.

حال به هر میزانی که ذینفعان کلیدی یک موضوع از مرحله یقین فاصله گرفته و به مرحله باور و اعتقاد نزدیک شوند همانند حرکت بر روی یک طیف از میزان حمایت آنها نیز کاسته خواهد شد و طراح یا مدیر تغییر علاوه بر این که باید سعی کند خود به مرحله یقین درخصوص موضوع تغییر رسیده باشد باید سعی کند ذینفعان را تا حد ممکن به مرحله یقین نزدیک کند. این مساله به عنوان یکی از مهمترین شاخص ها در میزان موفقیت تغییرات است.

روش های حمایت طلبی اولیه برای ذینفعان کلیدی

پارتریج^۱ و همکاران (۲۰۰۵)، با دسته بندی انواع رویکردها و تکنیک های درگیرسازی و تعامل با ذینفعان اظهار می کنند که درگیرسازی یک اصطلاح عام است که کل تلاش های سازمان برای درک و شامل کردن ذینفعان در فعالیت ها و تصمیم گیری هایش را پوشش می دهد و می تواند به سازمان ها کمک کند تا نیازهای تاکتیکی و استراتژیک شان را تامین کنند. دامنه این نیازها از جمع - آوری اطلاعات و تشخیص روندهایی که ممکن است بر فعالیت های سازمان ها تاثیر بگذارد تا بهبود شفافیت و اعتمادسازی در افراد یا گروه هایی که پشتیبانی شان برای موفقیت سازمان در بلندمدت ضروری است و ایجاد نوآوری و تغییر سازمانی مورد نیاز با چالش ها و فرصت ها را شامل می شود (۱۵۰).

جدول زیر انواع رویکردها و تکنیک های درگیرسازی ذینفعان را نشان می دهد.

جدول (۱۵): انواع رویکردها و تکنیک های درگیرسازی ذینفعان (۱۵۰)

ارتباط یکسویه	مشاوره بنیادی	دیالوگ، گفتگو عمیق	شراکت های کاری
به اشتراک گذاری اطلاعات	نظرسنجی های پرسشنامه ای	گردهمایی ذینفعان چندگانه	سرمایه گذاری های مشترک
آموزش کارکنان	گروه های کانون	میزگردهای مشورتی	
بولتن های پروژه ای و مکاتبات با مخاطبان هدف	ارزیابی محیط کار	اجلاس رهبری	پروژه های توسعه پایدار محلی
گزارش و بروشورهای شرکت	جلسه ویژه شورای ذینفع (مانند مشاوره های اجتماعی)	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت	ابتکار ذینفعان چندگانه
خبرنامه های داخلی و خارجی	تربیه های دائمی		پیمان ها
وب سایت ها	مشورتهای ذینفع		
سخنرانی ها	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر		
ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها			
جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی			
انتشارات مطبوعاتی، کنفرانس های مطبوعاتی			
تبلیغات رسانه ای			

¹ Partridge

فصل ۳: مطالعه برای تهیه چارچوب تغییر

تئوری، دانش جدید حاصل از پژوهش است و مادامی که در عمل به کار گرفته نشود، ارزشی در بر نخواهد داشت. بیمارستان‌ها در راستای بهبود بهره‌وری همواره با مشکلاتی مواجه هستند که نیاز به یافتن راه حل جهت رفع مشکلات دارند. یافتن راه حل و اجرای آن توسط خود بیمارستان‌ها، مشکلات اجرایی را کاسته و تغییر حاصله را مقبول‌تر می‌سازد. بعد از مرحله حمایت طلبی اولیه و توجیه ذینفعان کلیدی نسبت به کلیت موضوع تغییر می‌بایست با استفاده از یک روش علمی چارچوب اجرای فرآیند تغییر را طراحی کرد. روش‌های پژوهشی مختلفی در این خصوص وجود دارد که می‌تواند در طراحی چارچوب تغییر در موضوعات مختلف در سطح بیمارستان مورد استفاده قرار گیرد. اهم روش‌های پژوهشی که در بخش‌های بعدی با موضوعات مختلف در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) استفاده شده است در ادامه اشاره می‌گردد.

رویکردهای پژوهش

به صورت کلی دو رویکرد پژوهشی در طراحی چارچوب تغییر می‌تواند به صورت مستقل یا ترکیبی مورد استفاده قرار گیرد. رویکرد کمی و رویکرد کیفی

رویکرد کمی: فعالیت‌های پژوهش کمی بر اساس تجزیه و تحلیل یک یا چند پیشنهاد فرضی و ذهنی درباره روابط علت و معلولی میان دو یا چند متغیر بنا می‌گردد و هدف، آزمودن و یا آزمایش کردن این روابط می‌باشد. چنین فعالیت‌هایی در پژوهش کمی دارای خصوصیتی از قبیل افزایشی بودن، تجربی بودن، تعمیم پذیر بودن، تلخیصی بودن، تکرار پذیر بودن، ابطال پذیر بودن، نظم داشتن، عینی بودن و تخصص طلب بودن می‌باشد. پژوهش کمی رویکردی جزء گرا و تحصیلی برای توصیف عینی متغیرها و توضیح روابط بین آن‌هاست. بدین معنا که نگرش و دیدگاه کمی، ریاضی و رقمی بر این‌گونه پژوهش‌ها حاکم است (۱۵۱).

رویکرد کیفی: رویکرد کیفی یا ژرف نگر یا تفهیمی و یا توصیفی روشی است که بر یک دیدگاه فلسفی «تفسیرگرایانه» مبتنی است و توجه آن به چگونگی تفسیر، درک، تجربه و به وجود آمدن مساله مربوطه معطوف است. پژوهش کیفی بر آن‌گونه از روش‌های تحلیل و تبیین استوار است که در آن‌ها به درک عمیق، پیچیدگی، جزئیات و بافت پدیده‌های مورد مطالعه تاکید می‌شود (۱۵۲). هدف پژوهش کیفی این است تا رویدادی را شرح دهد. غالباً پژوهش‌های کیفی بر اساس تجربه و مشاهدات مستقیم پژوهشگر بر اساس نگاه بازیگران اجتماعی و تعبیر و تفسیرهای آنان، آغاز می‌شود. یعنی حتماً پژوهشگر قبلاً با موضوع خود در محیط طبیعی برخورد داشته است. در مواقعی نیز پژوهشگر موردهایی را به صورت هدفمند پیرامون خود یافته و مورد مطالعه

عمیق و دقیق قرار داده است. ابزارهای پژوهش کیفی شامل مشاهده، بررسی اسناد یا تفسیر هرمنوتیک، مصاحبه‌های باز، پژوهش در عمل، زندگینامه یا مصاحبه‌های بالینی، پژوهش موردی و مردم نگاری است (۱۵۳).

ابزارهای چارچوب‌های پژوهشی

مهمترین ابزارهایی که در موضوعات مختلف تغییر در سطح بیمارستان استفاده شده است شامل مصاحبه، پرسشنامه، مشاهده، مستندات، نشست متخصصان، تکنیک دلفی، بحث گروهی متمرکز است. چارچوب‌های پژوهشی اقدام پژوهی و ۶ سیگما نیز از جمله روش‌های پرکاربرد در اصلاح فرآیندهای بیمارستانی بوده‌اند. در ادامه به صورت خلاصه هر یک از این موارد توضیح داده شده است.

مصاحبه

هنگامی که کسب اطلاعات از طریق مشاهده یا مستندات امکانپذیر نباشد، مصاحبه مناسب‌ترین روش جمع‌آوری اطلاعات تلقی می‌شود. «مصاحبه» از فنون یا ابزارهای متداول جمع‌آوری داده‌های پژوهشی است که با گسترش رویکردهای کیفی و رویکردهای تلفیقی (کمی و کیفی) در سال‌های اخیر، به طور فزاینده‌ای بدان توجه شده است. با توجه به انعطاف‌پذیری روش مصاحبه باید گفت که این روش یکی از بنیادی‌ترین و شاید بهترین روش جمع‌آوری اطلاعات باشد.

در فرآیند یک مصاحبه عوامل زیادی از جمله مصاحبه کننده، مصاحبه شونده، محیط مصاحبه، موضوع مصاحبه و بالاخره متن سوالات دخیل می‌باشد. مصاحبه می‌تواند به صورت فردی یا گروهی و برای سه هدف عمده انجام شود:

۱. مصاحبه می‌تواند پیش از شروع فرآیند اصلی پژوهش، به عنوان یک ابزار برای شناسایی متغیرها و روابط آن‌ها و پیشنهاد فرضیه‌ها به کار رود.

۲. مصاحبه می‌تواند ابزار اصلی تحقیق باشد. در این صورت مصاحبه شامل پرسش‌هایی خواهد بود که مرتبط با هدف‌های تحقیق بوده و با فراهم کردن امکان دسترسی به آنچه درون ذهن افراد است، موجبات اندازه‌گیری آنچه را فرد می‌داند (آگاهی یا اطلاعات)، آنچه را فرد دوست دارد یا ندارد (ارزش‌ها و ترجیحات) و آنچه را فرد فکر می‌کند (نگرش‌ها و عقاید) ممکن می‌سازد.

۳. مصاحبه می‌تواند به عنوان مکمل سایر ابزارها در یک پژوهش در حال انجام، مورد استفاده قرار گیرد و امکان دنبال کردن نتایج غیر منتظره، تعیین اعتبار سایر روش‌ها یا بررسی عمیق‌تر انگیزه‌های پاسخ‌دهندگان و دلایلی را که برای پاسخ-هایشان ارائه می‌دهند، ممکن می‌سازد.

فرآیند مصاحبه

۱. **تعیین هدف:** این مرحله با مطالعه اساس نظری پژوهش، تعیین هدف‌های کلی، اهمیت عملی آن‌ها و علت اینکه چرا روش مصاحبه انتخاب شده است، آغاز می‌شود. سپس هدف‌های کلی به هدف‌های جزئی‌تر و ویژه تبدیل می‌گردد.
۲. **طراحی:** در این مرحله، ساختار مصاحبه تعیین شده و راهنمای آن تهیه می‌شود. این کار مستلزم تبدیل اهداف تحقیق به سوال‌هایی است که بتواند آنچه را محقق درصدد یافتن آنهاست، منعکس سازد. معمولاً تهیه سوال‌ها با نوشتن متغیرهایی که در تحقیق باید مطالعه شود، آغاز می‌گردد. سپس درباره نوع سوال‌ها (باز پاسخ یا بسته پاسخ) با توجه به ملاحظاتمانند اینکه مصاحبه‌گر می‌خواهد به بررسی عمیق اظهارات پاسخ دهندگان بپردازد یا نه، تحصیلات پاسخ دهندگان، انتظاراتی که می‌توان از پاسخ دهنده داشت، سطح انگیزش مصاحبه شونده، میزان آگاهی مصاحبه‌گر از موقعیت پاسخ دهنده و نوع روابطی که مصاحبه‌گر می‌تواند انتظار داشته باشد با پاسخ دهنده برقرار کند، تصمیم‌گیری می‌شود. علاوه بر این در تحقیقات کیفی، محقق می‌تواند هنگام انجام مصاحبه، سوال‌ها را تغییر دهد یا برای پیگیری پاسخ، سوال جدیدی مطرح کند.
۳. **انجام مصاحبه:** این مرحله با انتخاب مصاحبه شوندگان آغاز می‌شود. در شروع هر مصاحبه، مصاحبه‌گر باید خود را معرفی کند و تلاش نماید جو دوستانه‌ای ایجاد شود. مصاحبه‌گر باید همواره به خاطر داشته باشد از دخالت دادن پیش‌داوری‌ها، دیدگاه‌ها و آگاهی‌های قبلی خود بر رفتارش جلوگیری کند. همچنین، تا حد ممکن، از خارج شدن پاسخ دهنده از حیطه سوال و به حاشیه رفتن او جلوگیری کند.
۴. **نگارش:** ثبت پاسخ‌های مصاحبه شوندگان ممکن است در طی فرآیند مصاحبه انجام شود و یا پاسخ‌ها با وسایلی مانند ضبط صوت، ضبط شود، سپس به صورت متن نوشتاری درآید. ثبت پاسخ‌ها می‌تواند به صورت خلاصه یا مفصل همراه با شرح جزئیات انجام شود.
۵. **تجزیه و تحلیل:** پس از تهیه متن نوشتاری پاسخ‌های مصاحبه شوندگان، فرآیند بررسی محتوای آشکار و پنهان داده‌های به دست آمده از گفته‌ها و نوشته‌ها آغاز می‌شود. هدف این فرآیند کشف ارتباط درونی اجزا و عناصر تشکیل دهنده داده‌ها، دستیابی به قصد واقعی مصاحبه شونده، یافتن شرایط و محیطی که با داده‌ها مرتبط است و

در نهایت، ارائه نتایجی واقع بینانه است. همان گونه که گیلهام اشاره می کند، فرآیند تحلیل داده ها شامل شناسایی گفته های اساسی و کلیدی و دسته بندی آن ها بر حسب مقوله هاست.

در گفت وگوهای پیاده شده از نوار، معمولاً بسیاری از مطالب اضافی و تکراری است. بنابراین، محقق با شناسایی و پاکسازی نوشته می تواند به راحتی نکات اساسی موجود در هریک از متن های مصاحبه را شناسایی کند. سپس با انتخاب مقوله ها، گفته های اساسی مربوط به هر مقوله در تمام متن های مصاحبه ها را در کنار یکدیگر قرار داده k و دسته بندی کند. مجموعه مقوله ها باید «جامع» و «مانع» باشد. «جامع» بودن به این معناست که مقوله های اصلی و فرعی که برای هر متغیر یا سوال مصاحبه در نظر گرفته می شود، تمام عناوین یا ابعاد گوناگون متغیر مورد نظر در سوال را تحت پوشش قرار دهد، و منظور از «مانع» بودن این است که گفته یا ایده ای که مربوط به یک مقوله است، واقعاً به هیچ مقوله دیگری تعلق نداشته باشد.

۶. **تهیه گزارش:** پژوهشگر پس از تحلیل داده های مصاحبه، باید نتایج آن را در قالب یک گزارش در اختیار دیگران قرار دهد. اگر پژوهش بر اساس دیدگاه کمی انجام شود، سبک نگارش گزارش آن عینی، بی طرفانه و دارای ساختار متعارف و براساس دستورالعمل های مقالات علمی است. هنگامی که پژوهش براساس دیدگاه کیفی انجام شود، یافته های مصاحبه نیز مانند سایر روش های کیفی جمع آوری داده ها، با سبکی خلاقانه و هنری تهیه می شود و در آن از تمهیدات و فنون ادبی برای روح بخشیدن به دیدگاه ها استفاده می شود. در این گزارش، پژوهشگر دیدگاه های خود را نیز دخالت می دهد و در جاهایی که لازم است آنها را یادآوری می کند (۱۵۴).

پرسشنامه

امروزه با گسترش تحقیقات در علوم پزشکی و اجتماعی، پژوهش، آموزش و مدیریت، بسیاری از پدیده ها از طریق ابزارهایی چون پرسشنامه ها، چک لیست ها و تست های آموزشی و یا ارزیابی های داوران و به منظور کمی سازی رفتار افراد یا جامعه، مورد مطالعه قرار می گیرد (۱۵۵). پرسشنامه عبارت است از مجموعه ای از پرسش ها که به صورت باز یا بسته طراحی شده اند تا وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد افراد را نسبت به یک موضوع ارزیابی کنند. تکمیل پرسشنامه می تواند از طریق مراجعه شخصی، تماس تلفنی یا به صورت پستی انجام گیرد. در بسیاری از تحقیقات علمی به خصوص مواقعی که اندازه گیری مستقیم متغیرهای مورد بررسی امکان پذیر نباشد، ناگزیر باید برای بدست آوردن اطلاعات درباره کمیت و کیفیت صفات متغیر مورد تحقیق از پرسشنامه استفاده شود. پرسشنامه ها یا محقق ساخته، بر اساس مطالعات کیفی یا مروری است، و یا ترجمه ای از سازه های تهیه شده در کشورهای دیگر می باشند (۱۵۶).

ویژگی‌های پرسشنامه

۱. پرسشنامه نباید از نظر تعداد سوالات زیاد باشد.
۲. پرسشنامه باید ظرفیت روانی پاسخگویان در زمینه مورد مطالعه را در نظر گرفته باشد.
۳. از نظر موضوعی، سوال‌ها در یک ارتباط منطقی با هم طراحی شوند و خلأیی بین آن‌ها ایجاد نشود. یعنی هر سوال به سوال ما قبل و بعد خود ارتباط و اتصال موضوعی داشته باشد.
۴. هر سوال پرسشنامه به دنبال هدف و منظور خاصی طراحی می‌گردد. جواب هر سوال گامی جهت تحقق اهداف ویژه تحقیق و در مجموع تامین کننده هدف اصلی تحقیق است.

روایی و پایایی پرسشنامه

هر نوع ابزار اندازه‌گیری به هر منظوری که تهیه می‌شود دارای ویژگی‌هایی است که مهم‌ترین آن‌ها روایی^۱ و پایایی^۲ است. روایی و پایایی از شاخص‌های لازم جهت اندازه‌گیری و دستیابی به مقادیر واقعی پیامدها می‌باشد. آگاهی و فهم کافی از روایی و پایایی از اصول متدولوژی در طراحی مطالعات و کاربرد سنجش‌های مختلف است که متأسفانه در بسیاری از موارد نادیده گرفته می‌شود (۱۵۵).

روایی: مقصود از روایی این است که آیا ابزار اندازه‌گیری می‌تواند ویژگی و خصوصیتی که آن ابزار (پرسشنامه) برای آن طراحی شده است را مورد سنجش قرار دهد؟ به عبارت دیگر مفهوم روایی به این سوال پاسخ می‌دهد که ابزار اندازه‌گیری تا چه حد خصیصه مورد نظر را می‌سنجد. بدون آگاهی از روایی ابزار اندازه‌گیری، نمی‌توان به صحت داده‌های حاصل از آن اطمینان داشت.

۱. **روایی محتوا^۳:** با در نظر گرفتن مجموع تعاریف ارائه شده در متون مختلف، روایی محتوا را می‌توان «توانایی سوال‌های انتخاب شده در انعکاس ویژگی‌های سازه مورد اندازه‌گیری» تعریف نمود (۱۵۷). روایی محتوا یکی از معروف‌ترین و متداول‌ترین روش‌های ارزیابی اعتبار ابزارهای محقق ساخته می‌باشد و معمولاً در گام اول طراحی ابزار، مورد توجه پژوهشگران قرار می‌گیرد و شامل دو بخش بسیار مهم و ضروری و با دو رویکرد کیفی و کمی و با تمرکز بر روی دو گروه اصلی مورد مطالعه یعنی گروه هدف و گروه خبرگان بوده و مورد استفاده قرار می‌گیرد. با ارزیابی روایی محتوا محقق تلاش می‌کند تا شواهد معتبر

¹ Validity

² Reliability

³ Content Validity

جهت کسب اطمینان از، لحاظ نمودن تمامی جوانب مهم و اصلی مفهوم مورد سنجش، سنجش صحیح همان مفهومی که قصد سنجش آن را دارد و قابلیت پذیرش اجزا و کلیت ابزار را، توسط متخصصین^۱ فراهم نماید(۱۵۷).

۲. **روایی صوری^۲:** با رویکردی کیفی و به عنوان گام نخست روایی ابزار، یک نوع قضاوت عینی در مورد ساختار ابزار محسوب می‌شود و به میزان یا درجه منطقی بودن یک آزمون، از نظر کسانی که به آن جواب می‌دهند، اشاره می‌کند و محقق تلاش می‌کند تا با انجام آن، نسبت به مرتبط بودن ابزار از نظر ظاهری با هدف مطالعه، مشابهت گروه هدف از گویه‌ها با نظرات محقق، موافقت گروه هدف با جمله‌بندی گویه‌های ابزار و قابل پذیرش بودن اجزا از نظر گروه هدف، اطمینان حاصل نماید(۱۵۸).

پایایی یا ثبات: پایایی با این امر سر و کار دارد که ابزار اندازه‌گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد. به بیان دیگر اگر ابزار اندازه‌گیری را در یک فاصله زمانی کوتاه چندین بار به یک گروه واحدی از افراد بدهیم، نتایج حاصل نزدیک به هم باشد. دو سوال زیر بیانگر وضعیت پایایی پرسشنامه است.

- در صورت تکرار یک اندازه‌گیری تا چه میزان مقادیر سنجیده شده به یکدیگر نزدیک هستند؟
- مقدار سنجیده شده چه میزان به واقعیت نزدیک است؟

ضریب پایایی عددی بین صفر تا یک می‌باشد که صفر نشانگر عدم وجود پایایی است و یک پایایی صد در صد را نشان می‌دهد(۱۵۹). بنابراین پایایی شاخصی برای ارزشیابی آزمون‌ها و پرسشنامه‌ها اعم از آزمون‌های غربالگری و تشخیصی و پرسشنامه‌های تحقیقاتی می‌باشد و به دو دلیل از اهمیت خاصی برخوردار است: اول آنکه پایایی حاکی از وجود خطای تصادفی^۳ در اندازه‌گیری است که این خطا به دلایل فاکتورهای مربوط به آزمون شونده، فاکتورهای مرتبط با آزمون و شرایط برگزاری آن و همچنین فاکتورهای مرتبط با امتیازدهی ایجاد می‌شوند که اثر آن‌ها بر روی امتیاز آزمون غیر قابل پیش‌بینی است. بر این اساس چنانچه حجم نمونه افزایش یابد و یا تعداد سوالات یا آیتم‌های ابزار افزایش یابد، پایایی بالا می‌رود. دوم، پایایی پیشگو کننده روایی است(۱۵۵، ۱۶۰). روش مورد استفاده برای سنجش پایایی یک ابزار (آزمون یا پرسشنامه) به دلیل عملکرد و طبیعت ابزار و چگونگی استفاده از آن در زمینه مورد استفاده متفاوت می‌باشد. گاهی هدف تعیین ضریب پایایی به معنای تعیین توافق درونی است که از روش‌های آلفای کرونباخ، کادر ریچاردسون و دو نیمه‌کردن می‌توان استفاده کرد. اما چنانچه بخواهیم ثبات ابزار را مورد

¹ Expert Panel

² Face Validity

³ Random Error

ارزیابی قرار دهیم می‌توان از روش آزمون باز آزمون و یا از روش فرم‌های موازی استفاده نمود (۱۶۱). همچنین، گاهی هدف از تعیین ضریب پایایی تعیین توافق بین مشاهده‌گران یا مصاحبه‌کنندگان و یا ارزیابان می‌باشد (۱۵۵).

۱. روش آلفای کرونباخ^۱

کرونباخ در سال ۱۹۵۱ در دانشگاه استنفورد روش آماری ضریب آلفا را برای حل مشکل تعیین پایایی آزمون‌های چند سوالی ابداع کرد. این روش معمول‌ترین ضریب پایایی ثبات داخلی است که در بیشتر مطالعات از آن استفاده می‌شود (۱۶۲) و معرف میزان تناسب گروهی از آیتم‌هایی است که یک سازه را می‌سنجند. مقدار آلفا باید حداقل برابر با ۰/۷ و یا بیشتر باشد تا یک سوال بتواند در یک ابزار باقی بماند و بسیاری از محققان نقطه ۰/۸ را برای باقی ماندن یک سوال در ابزار ضروری می‌دانند. پایایی برابر با ۰/۷، ثبات ۷۰ درصدی امتیازات یا نمرات به دست آمده از یک ابزار را نشان می‌دهد (۱۶۳). روش آلفای کرونباخ یکی از روش‌های سنجش پایایی است که فقط به انجام یک بار آزمون نیاز دارد تا برآوردی از پایایی آزمون را فراهم کند (۱۵۹). در کل ضریب آلفای کرونباخ هنگامی مفید است که سوالات یک ابزار به صورت صحیح - غلط امتیاز بندی نشده باشند و جهت سنجش ثبات درونی در مقیاس لیکرت به کار می‌رود (۱۶۴). در سال ۲۰۰۳ مقدار آلفای کرونباخ بیش از ۰/۹ عالی، ۰/۸-۰/۹ را خوب، ۰/۷-۰/۸ را قابل قبول، ۰/۶-۰/۷ را قابل بحث، ۰/۵-۰/۶ را ضعیف و کمتر از ۰/۵ را غیر قابل قبول معرفی کردند (۱۶۵).

۲. پایایی دو نیمه آزمون^۲

در این روش یک آزمون به دو نیمه تقسیم شده و رابطه همبستگی بین دو نیمه آزمون سنجیده می‌شود. این آزمون معمول برای متغیرهای دو حالتی که کد صفر به پاسخ‌های غلط و کد یک به پاسخ‌های صحیح داده می‌شود به کار می‌رود. در این روش دو نیمه آزمون باید در محتوی و سختی سوالات با هم مشابه باشند و از آنجا که تعداد سوالات ابزار به دو قسمت تقسیم شده است می‌بایست روش ضریب همبستگی به کار رود که با استفاده از ضریب اسپیرمن و گاتمن محاسبه می‌شود (۱۶۶).

^۱ Cronbach's Alpha

^۲ Split half reliability

۳. پایایی کادر ریچاردسون^۱

در این روش آزمون‌های همگنی (ثبات بین سوالات) هستند که نسبت پاسخ‌های صحیح به غلط را در هر سوال ابزار یا آزمون مدنظر قرار می‌دهند و برای آزمون‌هایی که پاسخ آن‌ها به شکل صحیح و غلط می‌باشد مفید است و در صورتی که کد صفر به پاسخ‌های غلط و کد یک به پاسخ‌های صحیح داده شود به کار می‌روند (۱۶۷).

۴. پایایی آزمون - بازآزمون

در این روش جهت سنجش پایایی، سوالات آزمون در دو نوبت به یک گروه واحد، تحت شرایط مشابه داده می‌شود و نمرات حاصل با هم مقایسه می‌شوند. در نهایت ضریب همبستگی بین نمرات حاصل از اجرای دو بار آزمون برآورد شده تا چگونگی شباهت امتیازات مشخص گردد و به عنوان ضریب پایایی به کار می‌رود. معمول‌ترین روش برای یافتن همبستگی بین نمرات در این روش، محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن براون می‌باشد.

روش آزمون-بازآزمون فرض می‌کند که متغیرها یا مفاهیم مورد اندازه‌گیری و همچنین خصوصیات آزمون شوندگان در طول دوره تغییر نخواهند کرد و به دلیل برخی معایب آن از قبیل آشنایی آزمون شوندگان با محتوای سوالات، مشکل در تعیین فاصله زمانی مناسب برای اجرای دو نوبت آزمون و عدم علاقه آزمون شوندگان به اجرای نوبت دوم توسط بسیاری از محققان بی‌ارزش دانسته شده است (۱۶۸).

۵. پایایی فرم‌های موازی (یکسان) و دقیقاً یکسان^۲

این دو مدل، روش‌هایی برای آزمون آماری تساوی میانگین‌ها و واریانس‌ها هستند. روش دقیقاً یکسان فرض می‌کند که امتیازات سؤال درست میانگین و واریانس مشابهی دارند در حالی که مدل موازی فرض می‌کند که آنها واریانس مشابهی دارند اما لازم نیست که میانگین مشابهی داشته باشند. برآورد پایایی در روش موازی مساوی با آلفای کرونباخ می‌باشد و در مدل دقیقاً موازی بر اساس آلفای کرونباخ بوده ولی از تفاضل میانگین سوالات به دست می‌آید (۱۵۵).

¹ Kuder Richardson reliability

² Parallel & Strictly parallel forms reliability

مشاهده^۱

تعریف مشاهده: مشاهده به معنای به کار بردن چشم بیشتر از گوش و زبان آمده است (۱۶۹). به عبارت دیگر، مشاهده به صورت نگاه کردن صحیح و یادداشت کردن پدیده‌ها آنگونه که در طبیعت و روابط علت و معلولی یا روابط متقابل اتفاق می‌افتد، تعریف شده است (۱۷۰). مهم‌ترین نکته مشاهده این است که پدیده موردنظر به طور مستقیم مورد مشاهده قرار می‌گیرد و رفتار آن‌طور که واقع می‌شود، بررسی می‌گردد و به دلیل اینکه محقق از افراد مورد مشاهده چیزی نمی‌پرسد، داده‌ها به طور مستقیم دریافت می‌شود و جمع‌آوری داده نسبت به روش‌های دیگر کمتر دچار خدشه می‌گردد (۱۷۱).

مشاهده، یکی از روش‌های جمع‌آوری اطلاعات است که پژوهشگر طی آن به ثبت و ضبط اطلاعات مربوط به موضوع مورد نظر که خود شاهد وقوع حوادث آن است، می‌پردازد. سوالات پژوهش نیازمند تکنیک‌های جمع‌آوری داده‌های خاص برای کاوش و درک مناسب پدیده‌های مورد نظر هستند. مشاهده به عنوان روش جمع‌آوری داده‌ها، نوعی تحقیق برای جمع‌آوری سیستماتیک اطلاعات در ارتباط با موقعیت‌ها و گروه‌های مختلف می‌باشد. هدف مشاهده درک بهتر پدیده‌های مورد علاقه در زمینه خاص است. جمع‌آوری داده‌های مشاهده می‌تواند درک عملکرد، فرآیندها، دانش، باورها و نگرش‌های موجود در بالین و تعاملات اجتماعی را بهبود بخشد (۱۷۲).

هدف پژوهشگر در روش مشاهده ایجاد تغییر در پدیده یا محیط مورد بررسی نیست، بلکه صرفاً بررسی و مشاهده حوادث و وقایع مطابق آنچه رخ می‌دهند، است. محقق در این روش عمدتاً شاهد رفتارها، کنش‌ها و اعمال است تا گفتارها، گویش‌ها و عقاید. اگر پاسخگو قادر به انتقال اطلاعات نباشد یا جواب غیر واقع بدهد، سوال کردن بی‌فایده است و مشاهده مستقیم تنها راه دستیابی به اطلاعات است.

مشاهده در تحقیق کیفی با مشاهده عادی روزانه متفاوت می‌باشد. در مشاهده روزانه، مشاهده فقط به حس بینایی محدود می‌شود، اما مشاهده در تحقیق کیفی، استفاده از تمام حواس برای درک بهتر پدیده می‌باشد. مطالعات کیفی مبتنی بر مشاهده زمانی انجام می‌شود که به دنبال پاسخ برای این دو سوال هستیم که «مردم چه انجام می‌دهند و چرا انجام می‌دهند؟» (۱۷۰).

¹ Observation

انواع واحد مشاهده

مسئله این است که ما چه چیزی را به عنوان واحد مشاهده تعیین می کنیم، با مشخص شدن اینکه ”داده چیست“ و ”واحد مشاهده مورد نظر من کدام است“ معین می شود که ما چه اطلاعاتی را از کجا، در کجا و چگونه گردآوری می کنیم. هدف اصلی از تعیین واحد مشاهده این است که محقق بداند دقیقاً در پی دیدن چه چیزی است، وی در نهایت می خواهد بر مبنای آن اندازه گیری و تجزیه و تحلیل کند. پرسش های پژوهش واحد مشاهده را تعیین می کند اما باید به ”داده ها“ با دید وسیع تری نگرست تا منابع موجود شناسایی شود. در روش کیفی، تعریف داده از سوی محقق اهمیت زیادی دارد و بسیاری از خلاقیت ها در شناخت منابع جدید اطلاعاتی در این مرحله صورت می گیرد. در روش کیفی، واحدهای مشاهده زیر را می توان به عنوان منابع اطلاعاتی به کار گرفت:

۱. اسناد و مدارک

شامل اطلاعات کسب شده از منابع دیگر است مثلاً تبلیغات روزنامه ها، مواد خام تحقیق و هر عکس برای محقق یک واحد مشاهده به شمار می آید. همچنین کلمات یا اسامی که در تحلیل محتوا به کار گرفته می شوند نیز به همین صورت است. برای نمونه در تحقیقی درباره زنان، بخش هایی از متن قانون اساسی به عنوان واحد های مشاهده قرار می گیرد.

۲. داده های موجود

داده های گردآوری شده در تحقیقی دیگر می تواند داده های خام برای تحقیقی جدید باشد. به طور مثال در پژوهش های مربوط به ساختار قدرت در خانواده در اکثر تحقیقات (هم کمی و هم کیفی) تصمیم گیری درباره عناصر مهمی مانند چگونگی خرج کردن پول، به عنوان شاخص قدرت در نظر گرفته شده است. حال محقق دیگری می تواند اطلاعات آنها درباره موارد مصرف پول را به عنوان واحد مشاهده در نظر بگیرد و به تحلیل اهمیت پول در روابط همسران بپردازد.

۳. نتایج تحقیقات قبلی

نتایج پژوهش های پیشین می تواند واحد مشاهده برای تحقیقی جدید باشند. تحقیقات مربوط به زنان در ۳۰ سال گذشته بر روی استثمار زنان متمرکز بوده است. پژوهشگر می تواند با واحد مشاهده قرار دادن این نتایج به تحلیل آنها بپردازد؛ مانند اینکه اکثر تحقیقات در این زمینه، استثمار را تقبیح، تأیید یا توجیه کرده اند.

۴. حوادث و وقایع

حوادث و وقایع می توانند به عنوان داده به کار روند که خود ما آنها را به طور مستقیم مشاهده کنیم (مشاهده اختلافات خانوادگی یا تصادف در خیابان یا یک جلسه مذاکره سازمانی) یا از رسانه ها از وقوع حادثه ای باخبر شویم (بروز تظاهرات).

نشست متخصصان^۱

نشست متخصصان روشی است که معمولاً در آینده‌نگری برای بهره‌گیری از دانش متخصصان استفاده می‌شود. پانل خبرگان از متداول‌ترین روش‌های پیش‌بینی است. هنگامی که برای ارزیابی نیاز به دیدگاه‌ها و نظرات تخصصی باشد، از نشست متخصصان استفاده می‌شود. به طور کلی، متخصصان مختلفی بر اساس زمینه‌های مختلف تخصص برای بحث و گفتگو در مورد اقدامات مختلف و پیشنهادات درگیر می‌شوند.

پانل‌های تخصصی به شرکت‌کنندگان کمک می‌کنند تا در مورد یک موضوع به توافق برسند، یا یک سری توصیه‌ها را در مورد یک پیشنهاد یا موضوع ارائه دهند. سپس چنین توصیه‌ها یا پیشنهادهایی می‌توانند به نهادهای تصمیم‌گیری ارسال شوند. ممکن است یک زمان طولانی برای رزرو کارشناسان مناسب لازم باشد. قالب پانل باید مشارکت و گفتگو بین همه شرکت‌کنندگان در جلسه را تشویق کند و لازمه آن دبیر جلسه بسیار ماهر است (۱۷۳).

پانل‌ها می‌توانند افراد غیر حرفه‌ای را نیز شامل شوند. اعضای پانل‌ها ممکن است به معنای واقعی، تخصص و خبرگی نداشته باشند. چنین پانل‌هایی، از ذینفعان یعنی افرادی که سهم و منفعتی در نتایج فرآیند پانل دارند و در بعضی مواقع نماینده‌ی یک سازمان خاص هستند، تشکیل می‌یابند. معمولاً تجربیات کاری چنین افرادی معیار عضویت آن‌ها در گروه می‌باشد.

مراحل اجرای پانل‌ها

هر پانل در طی چهار مرحله شکل می‌گیرد. مراحل عبارتند از:

- شناسایی اعضای پانل
- شروع جلسات پانل
- رسیدن به اجماع و شناسایی اولویت‌ها
- گزارش دادن فرآیند و یافته‌های پانل

¹ Expert Panel

شناسایی اعضای پانل

اولین گام، تهیه فهرستی از اعضای پانل است. هنگام تهیه‌ی مشخصات اعضای پانل، توجه به دو نکته حائز اهمیت است: گاه به دلیل جامع بودن قلمرو تحت پوشش دیده می‌شود که در حوزه‌ای خاص تعدادی زیر حوزه نیز وجود دارند. این پرسش مطرح می‌شود که «چه ترکیب مناسبی از دانش در پانل نیاز است؟». به این ترتیب برای اینکه ترکیب اعضای پانل بتوانند کل موضوع پانل را پوشش دهند، لازم است تا در میان اعضا، حداقل یک خبره مرتبط با زیر حوزه‌های مربوطه وجود داشته باشد.

برای بالا بردن کیفیت علمی پانل باید طیفی از خبرگان با نظرات متنوع در پانل حاضر باشند. به زبانی ساده‌تر ترکیبی از نظرات، مواضع، رشته‌های علمی باید جهت تضمین تحلیل و نتیجه‌گیری متوازن در پانل استفاده شود تا اعضای پانل به سمت یک دیدگاه خاص سوگیری نداشته باشند. پانل‌ها از نظر ساختاری متشکل از یک سرپرست (رئیس پانل)، یک دبیر، یک نفر تسهیل‌گر و یک نفر مسئول اجرایی هستند.

وجود سرپرست (رئیس پانل) برای هر پانل ضروری است. زیرا سرپرست، فعالیت‌های خاص پانل را مشخص و چگونگی انجام آن‌ها را برای اعضای پانل تبیین می‌کند، تا اعضا بفهمند چه چیزی از آن‌ها انتظار می‌رود.

شروع جلسات پانل

هنگامی که اعضای پانل انتخاب شدند، لازم است تشریح کاملی از وظایف مورد انتظار پانل انجام شود. چنین تشریحی از مطالعه و وظایف، می‌تواند در اولین جلسه پانل صورت گیرد و خلاصه‌ای از روش‌های به کار گرفته شده و چکیده‌ای از سوابق شغلی و تحصیلی (در صورتی که اعضا شناختی از همدیگر ندارند) سایر اعضای پانل نیز ارائه گردد، بدین ترتیب که اعضای پانل در اولین جلسه پانل، شناخت معقولی از فعالیت کسب نمایند. هر جلسه‌ی پانل حدود ۲ تا ۳ ساعت به طول می‌انجامد. این مسئله بسیار حائز اهمیت است که اعضای پانل در مورد مسائل مورد بحث پانل، عمیقاً تفکر کنند.

پس از تعیین سرپرست و سایر اعضای پانل نیاز است تا درباره دستورکار پانل توضیحاتی به اعضای پانل در جلسه‌ای حضوری (مانند جلسه‌ی اول پانل) داده شود. طرح سرفصل‌های اصلی تمامی جلسات پانل و ارائه‌ای خلاصه‌ای از روش‌های مورد استفاده در پروژه شناخت روشن‌تری از انتظارات تیم روش‌شناسی به اعضا می‌دهد. همچنین برای کسب شناخت مناسب‌تری از پانل، می‌توان در جلسه‌ی اول خلاصه‌ی تجربیات تمامی اعضای پانل (در صورتی که اعضا همدیگر را به صورت کامل نمی‌شناسند) را ارائه نمود.

طرح این اطلاعات پیش از اولین جلسه پانل به اعضا کمک می‌کند که در همان جلسه‌ی اول دانشی معقول نسبت به کل پروژه کسب کنند. به طور کلی موضوعاتی که نیازمند مطرح شدن در پانل و بحث و تصمیم‌گیری راجع به آن‌ها است عبارت‌اند از:

فعالیت‌های کاری و ساختار پانل: به عنوان مثال آیا پانل به عنوان یک کل، کار می‌کند و یا از طریق زیر گروه‌هایش؟ آیا تعدادی از اعضا پانل به عنوان زیر گروه‌های کاری، جهت هدایت موضوعاتی خاص انتخاب می‌شوند؟

روش‌های مورد استفاده: نیازمندی‌های اطلاعاتی و تحقیقاتی روش‌های مورد استفاده کدامند؟ اطلاعات چگونه جمع‌آوری و تحلیل می‌شوند؟ چه کسی تحقیقات را هدایت می‌کند؟ چه مشورت‌های گسترده‌تری انجام خواهد شد؟ چه تسهیلاتی برای این متدولوژی خاص نیاز است؟

زمان‌بندی جلسات پانل: چه تعداد جلسه و به چه ترتیبی برگزار شود؟

برنامه‌ی زمانی پانل جهت ارائه‌ی نتایج (مثلاً گزارش نهایی) چه خواهد بود؟

حتی پانل‌ها و یا تیم مدیریت پروژه، ممکن است راجع به موضوع هر جلسه نیز تصمیم‌گیری کنند. پانل‌ها می‌توانند در کنار فعالیت‌های خود، از مشورت گسترده افراد و متخصصان خارج از پانل نیز بهره‌مند شوند.

به طور کلی کسب نظرات افراد خارج از پانل‌ها می‌تواند از طریق ساز و کارهای مختلفی انجام پذیرد. از این رو تبادل نظر با افراد خارج از پانل پیشنهاد می‌شود. ساز و کارهایی از قبیل کارگاه‌ها، پیمایش‌های پرسشنامه‌ای، گزارش‌های متخصصان و دلفی برای این منظور وجود دارد.

دستیابی پانل به اولویت‌ها، مستلزم دستیابی اعضای پانل به سطحی از هم‌فکری و اجماع می‌باشد. این اجماع، معمولاً از طریق قدرت مباحثه و تحلیل پانل حاصل می‌شود. پانل‌ها باید هم در حین کار و هم در پایان فعالیت خود، گزارش یافته‌های خود را ارائه نمایند. علت اصلی گزارش‌دهی پانل‌ها، انتشار تحلیل‌ها و یافته‌های آنها و ارائه‌ی اولویت‌ها و پیشنهادها به منظور اقدامات بعدی است. این گزارش‌ها باید متناسب با خواست و نیاز استفاده‌کنندگان باشد. آماده کردن گزارش باید از ابتدای کار پانل، مورد توجه قرار گیرد و به پایان کار موکول نشود. بهتر است که در ابتدا، ساختار و طرح گزارش را تعیین کرده و در حین کار آن را اصلاح کرد. انتظار می‌رود زمانی که وظیفه‌ی پانل‌ها بسیار مشخص و معین است، تهیه‌ی گزارش آسانتر از زمانی باشد که پانل‌ها آزادی عمل بیشتری دارند و باید قلمروی گسترده‌تری را پوشش دهند.

رسیدن به اجماع و شناسایی اولویت‌ها

یکی از اهداف عمده‌ی استفاده از پانل، تفکر جمعی میان گروهی از خبرگان و/یا ذینفعان، پیرامون مجموعه‌ای از موضوعات به منظور ایجاد بینش‌های عمیق و توصیه‌های سیاستی است. مباحث استدلالی و تحلیلی چه در داخل پانل، چه در یک مجموعه‌ی وسیع‌تر، جهت شکل‌گیری یک ادراک عمیق در خصوص موضوعات کلیدی مفید خواهد بود.

برای دستیابی به توصیه‌ها، باید به سطحی از اجماع در مذاکرات انجام شده در جلسات پانل رسید. چنین اجماعی معمولاً به واسطه‌ی قدرت تحلیل و مذاکره‌ی پانل حاصل می‌شود. اگر عدم توافق جدی میان اعضای پانل وجود داشته باشد، بهتر است آشکارا عنوان شود تا آنکه مبهم باقی بماند.

گزارش دادن فرآیند و یافته‌های پانل

لازم است که پانل‌ها، گزارشی از یافته‌های خود هم در حین و هم در پایان کار ارائه کنند. منطق اصلی تهیه‌ی گزارش، توزیع تحلیل‌ها و یافته‌ها و ارائه اولویت‌ها و نظریه‌ها برای اقدامات بیشتر است. بنابراین گزارش‌ها باید متناسب با مخاطبین مورد نظر آنها باشد.

تهیه‌ی گزارش به توجه دقیق و اولیه نیاز دارد و نباید تنها به پایان کار پانل موقوف شود. بهتر است از همان ابتدا ساختار گزارش حتی به صورت آزمایشی تعیین و پس از آن پالایش شود. اعضای پانل می‌توانند مسئولیت نوشتن گزارش نهایی را خودشان بر عهده گیرند، ولی معمولاً دبیر پانل این کار را انجام می‌دهد و با اعضای پانل در فرآیند مشورت می‌کند.

قبل از انتشار، گزارش‌های پانل باید در موارد زیر، مورد بازبینی قرار گیرند:

- خطاهای تحلیلی یا عملی؛
- خوانا بودن و ظاهر کلی نگارش؛

تکنیک دلفی

هدف از این متد دسترسی به مطمئن ترین توافق گروهی از عقاید خبرگان برای یک موضوع قابل بحث خواهد بود که با استفاده از پرسش نامه و نظر خواهی از خبرگان به دفعات مکرر با توجه به بازخور حاصل از آنها صورت می‌پذیرد. این متد دارای سه ویژگی مخصوص می‌باشد که عبارتند از:

- پاسخ بی‌طرفانه به پرسش نامه‌ها
- تکرار دفعات ارسال پرسش نامه و دریافت بازخور از آن‌ها
- تجزیه و تحلیل آماری از پاسخ به سوالات به صورت گروهی

روش دلفی تعداد زیادی خبره را که بر سر موضوع یا مساله خاصی به توافق می‌رسند به کار می‌گیرد. این روش عموماً برای تصمیم‌گیری تیمی استفاده می‌شود. برای تخمین زدن با استفاده از روش دلفی، افراد خبره زیادی باید برای تخمین یک مورد یکسان به کار گرفته شوند. بر اساس اطلاعات فراهم شده، هر خبره یک تخمین می‌زند و سپس تمامی نتایج با هم مقایسه می‌شوند. اگر تخمین‌ها به طور معقولی به هم نزدیک باشند، می‌تواند میانگین گرفته شود و به عنوان یک تخمین مورد استفاده قرار گیرد. در غیر این صورت، تخمین‌ها بین خبرگان توزیع می‌شوند که آنها تفاوت‌ها را مورد بحث قرار دهند و سپس تخمین دیگری می‌زنند. در کل این دوره‌ها بی نام هستند و ممکن است دوره‌های زیادی صورت گیرد تا زمانی که توافق حاصل شود. در واقع استفاده از روش دلفی ممکن است هزینه برتر و زمان برتر از بیشتر روش‌های تخمین زنی باشد، اما بسیار مؤثرتر است و هنگامی که شرط‌ها زیاد و حاشیه خطاها کم است، اطمینان معقولی را فراهم می‌نماید (۱۷۴).

وقتی محققان به موضوعی خاص علاقه مندند و یا متوجه اختلاف عقیده در موضوعی خاص می‌شوند و می‌خواهند فارغ از رویکرد خاصی، نظر متخصصان را درباره آن موضوع بدانند و در آن به یک اجماع دست یابند ولی در عین حال منابع کافی برای جمع کردن این متخصصان در یک جلسه را ندارند، روش دلفی راهی را پیش روی متخصصان می‌گذارد که بدون نیاز به تعامل رویارویی به اجماع دست یابند.

این روش بر مبنای رویکرد "بررسی دیالکتیکی" استوار است: تز (ارایه نظر یا دیدگاه)، آنتی تز (به چالش کشیدن نظر) و سنتز (توافق یا اجماع جدید). سنتز در نهایت تبدیل به تز جدیدی می‌شود. این کار به حصول اجماع روی یک موضوع پیچیده و خاص کمک می‌کند. روش دلفی بر مبنای این فرض منطقی استوار است: "چند فکر بهتر از یک فکر است". این روش برای نمونه‌گیری گروهی از متخصصان و به منظور رسیدن به اجماع بر سر موضوع خاصی طراحی شده است. روش تحقیق دلفی به ارتباطات ساختار

می‌دهد و با فراهم کردن زمینه بحث و تبادل نظر بین شرکت کنندگانی که نظرات خود را بدون نام ابراز می‌کنند، فرصتی را ایجاد می‌کند تا آن‌ها دیدگاه‌های دیگران را درباره عقیده خود بیابند. سوالات پژوهشی که به بهترین نحو توسط این روش شناسایی و پاسخ داده می‌شوند، آنهایی هستند که محققان از آنها برای دستیابی به اجماع نظر در حوزه خاص علمی خود استفاده می‌کنند. به خصوص در حوزه‌هایی که دستخوش تغییرات مداوم و چالش‌های نظری چند رشته‌ای و بین رشته‌ای زیادی می‌شوند، یکی از بهترین حوزه‌ها برای بهره‌گیری از این روش است. فایده دیگر این روش آن است که در یک حوزه یا تخصص مرتبط با یک پدیده به ارایه خط مشی می‌پردازد. هم چنین شامل ارایه ایده‌های خاص یا مجموعه‌ای از عقاید در ادبیات تحقیق هر حوزه می‌باشد (۱۷۵).

به طور خلاصه تکنیک دلفی مجموعه‌ای از سوالات و یا عبارات اجرا می‌شود که به صورت تدریجی و مرحله به مرحله به افراد (متخصصین، کارشناسان، کارکنان و مسئولین) ارائه می‌شود. پاسخ هر سوال که توسط کارشناسان ارائه می‌شود، توسط محقق یا گروه نیازسنجی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و در طرح عبارت یا سوال بعدی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این کار در صورت امکان در چند مرحله پیاپی صورت می‌گیرد تا اینکه سرانجام کارشناسان به نقطه توافق معینی در مورد شناسایی دست پیدا کنند (۱۷۶).

بحث گروهی متمرکز^۱

یک گروه تمرکز به مجموعه‌ای از افراد اطلاق می‌گردد که مشخصات مشابهی داشته و برای اینکه در یک گروه تعامل داشته و به تبادل نظر و تجربیات خود پیرامون یک موضوع خاص بپردازند، توسط یک محقق گرد هم جمع می‌گردند (۱۷۷). واژگان گروه تمرکز و گروه مصاحبه معمولاً در ادبیات علمی به جای هم به کار رفته و هر دو به عنوان یک روش جمع‌آوری اطلاعات در مطالعات کیفی اطلاق می‌گردند (۱۷۸).

پژوهش گروهی متمرکز، از مصاحبه جداگانه با تک تک افراد گروه ارزش بیشتری دارد. چرا که در مصاحبه گروهی، تعامل بین افراد و چگونگی تاثیرگذاری آنها بر روی یکدیگر نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. از همین رو، در پژوهش گروهی متمرکز می‌توان به دانش، نگرش و دلایل عملکرد خاص اعضا یک گروه پیرامون موضوع دست یافت (۱۷۹).

¹ Focus group

در هریک از جلسات برگزار شده به هریک از اعضا فرصت اظهار نظر و ذکر نکات قابل بهبود داده خواهد شد. در جلسات با رعایت احترام، به بیانات و دیدگاه‌های افراد گروه گوش داده و نظرات تکمیلی خود را بعد از پایان نظر فرد مورد نظر، ارائه می‌نمایند. به منظور جلوگیری از انحراف از اهداف پژوهش، بر حسب ضرورت پاسخ‌ها هدایت می‌شوند.

اقدام پژوهی^۱

هرچند روش‌های گوناگونی برای ایجاد تغییر صورت گرفته ولی هنوز هیچ راه‌حل مناسب و یکسانی وجود ندارد. یکی از روش‌های ایجاد تغییر اقدام پژوهی است که جهت تسهیل در تغییر و ارتقای خدمات صنعت، آموزش و به تازگی در مراقبت‌های بهداشتی به کار می‌رود (۱۸۰). اقدام پژوهی اغلب به عنوان یک اقدام مشارکتی در نظر گرفته می‌شود که با مشارکت دوره ای باعث ایجاد تغییر و تحول در محیط کاری شده و با مشارکت و همکاری افراد تصمیم‌گیری صورت می‌پذیرد و منجر به تبدیل وضع موجود به وضع مطلوب تر می‌شود. اقدام پژوهی روش مفیدی برای تغییرات سازمانی و حرفه ای بوده و به طور فزاینده ای از اوایل دهه ۱۹۶۰ در محیط‌های حرفه ای و سازمانی رواج یافته است (۱۸۱).

اقدام پژوهی شامل مراحل ذیل می‌باشد:

مرحله اول: شناسایی مساله، تحلیل ذینفعان و حمایت طلبی اولیه

این گام مهم‌ترین و اساسی‌ترین گام در اقدام پژوهی است که با مشارکت، موافقت و تمایل افراد شرکت کننده در پژوهش آغاز می‌شود. مشکل با مشارکت کنندگان پژوهش شناسایی می‌شود. مشارکت کنندگان پژوهش، افراد داخل موقعیت و افراد خارج موقعیت هستند. یک ایده کلی در مورد یک مشکل، آغاز می‌گردد. برای یافتن مشکل همواره سؤالاتی از قبیل « چرا این روش مرسوم است؟ چه کسی این روش را مرسوم نموده است؟ چه کسی از این روش سود می‌برد؟ در این روش علائق و سلائق و نیازهای چه افرادی تامین می‌شود؟ چه راه‌کاری برای رفع مشکل مطرح است؟ چه افرادی قدرت و اختیار تغییر در وضع کنونی را دارند؟ » مطرح می‌گردد. در این مرحله همه افراد ذینفع شناسایی می‌شوند. این افراد، به نحوی با مشکل درگیر بوده و یا علاقمند به تغییر هستند.

¹ Action Research

مرحله دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

در این مرحله با استفاده از یک رویکرد علمی مناسب ابتدا شواهد موجود در خصوص موضوع گردآوری می گردد. این شواهد می تواند در داخل بیمارستان یا خارج از آن باشد. سپس بر اساس شواهد جمع آوری شده با یک روش مناسب چارچوب کلی فرآیند تغییر طراحی می گردد. یافته ها در این مرحله باید به تایید مشارکت کنندگان و کل تیم پژوهش برسد. در واقع در این مرحله داده های گردآوری شده و یافته های حاصل از آن مجدداً با مشارکت کنندگان در میان گذاشته شده و اصلاح و تایید مجدد داده ها صورت می گیرد.

مرحله سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

در مرحله سوم به جهت مشارکت طلبی برای اجرا و همچنین بررسی الزامات اجرایی پروژه تغییر باید نظرات ذینفعان مختلف به ویژه ذینفعان کلیدی و ذینفعانی که دارای میزان قدرت تأثیرگذاری زیاد و میزان علاقه کم هستند و آن گروه از ذینفعان که دارای میزان قدرت تأثیرگذاری کم و میزان علاقه زیاد هستند، اخذ گردد. بر این اساس، چارچوب طراحی شده برای اجرای تغییر برای کلیه ذینفعان مذکور به صورت رسمی ارسال و از ایشان درخواست می شود نظرات خود را ارائه دهند. علاوه بر این، با آن دسته از ذینفعانی که دارای میزان قدرت تأثیرگذاری زیاد و میزان علاقه کم هستند جلساتی به صورت حضوری و چهره به چهره برگزار شود و رضایت ایشان برای اجرای کار جلب گردید.

مرحله چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداریسازی

مرحله اجرا دربردارنده اقدام (عمل) و اجرای ایده جدید است. عمل باید در مدت زمان مشخص انجام گیرد. در این مرحله ضمن مداخله، نظارت مداوم بر جمع‌آوری و ثبت اطلاعات، گزارش‌های موقت، اظهارنظر و بازتاب‌ها، گزارش‌های خود ارزشیابی، ارزیابی گروهی، پایش وظایف، بازخورد به تیم پژوهش، طبقه‌بندی و تحلیل داده‌ها انجام می‌گیرد. پس به طور کلی در مرحله اجرا باید اقدامات زیر انجام شود:

- مرور بر عملکرد فعلی
- تعیین جوانب نیازمند تغییر یا بهبود
- تعیین روش تغییر
- انجام تغییر
- بررسی تغییر ایجاد شده و در صورت لزوم با توجه به نتایج حاصله، تعدیل و پایش برنامه و عملکرد تا زمان حصول نتیجه مطلوب.

در این مرحله، بازخورد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بازخورد موجب می‌شود تا تاثیر اقدام در بینش و عمل شرکت کنندگان روشن شده، مشکلات برنامه مشخص شده، برنامه اصلاح گشته و موفقیت برنامه افزایش یابد. در واقع، در مرحله اجرا همه مشارکت کنندگان بدون توجه به توانایی‌شان باید در برخورد با موضوعات راحت بوده و تئوری و عمل را به هم بپیوندند. ارزشیابی برنامه نه تنها در سراسر پژوهش (ارزشیابی تکوینی)، بلکه در مرحله پایانی پژوهش (ارزشیابی پایانی) نیز انجام می‌گیرد. ارزشیابی نباید بدون مشورت یا رضایت کل اعضای تیم پژوهش انجام شود. اثربخشی و تداوم پژوهش، مستلزم ارزشیابی طولانی مدت و پیگیر آن است. در ارزشیابی فرآیند پژوهش مورد بررسی قرار گرفته و به سوالات زیر پاسخ داده می‌شود: «آیا از ابزار درست استفاده شد؟ آیا داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری شد؟ با چه کس دیگری باید مصاحبه صورت گیرد؟ آیا این فرآیند قابل اجرا است؟» (۱۸۲) در واقع در مرحله ارزشیابی مصاحبه‌ها، مشاهدات و بازبینی‌های نوشته شده، برای ارزشیابی پروژه پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرند. پژوهشگران عهده‌دار هدایت فرآیند ارزشیابی هستند.

شش سیگما

شش سیگما یک رویکرد تجاری چندوجهی و همه جانبه است که به منظور حرکت در مسیر تعالی سازمانی، در صورت بهره گیری درست از آن می تواند نقش اساسی ایفا کند. اگرچه به ظاهر، یک فرآیند و تفکر آماری را تداعی می کند ولی به واقع می خواهد در جاده های کیفیت و تعالی از طریق آسیب شناسی متدولوژی، شناسایی نقاط قوت و فرصت های بهبود، مسیر حرکت و استقرار سیستم های کیفیت را به سمت خطای صفر، ترسیم سازد و هدف عملی آنها رسیدن به سطح مشخص کیفیت شش سیگما است (۱۸۳).

اهداف اصلی شش سیگما عبارتند از:

- بهبود رضایت مشتری
- کاهش زمان فرآیندها یا چرخه
- کاهش ضایعات

بهبود در هر یک از موارد فوق باعث صرفه جویی قابل توجهی در هزینه ها و همچنین حفظ مشتریان، تسخیر بازارهای جدید و خوش نامی به علت تولید محصولات و خدمات مناسب می شود. اگرچه شش سیگما شامل اندازه گیری و تجزیه و تحلیل فرآیندهای یک سازمان می باشد، ولی تنها یک اصل کیفیتی نیست بلکه یک اصل کسب و کار است. رسیدن به اهداف شش سیگما نیازمند چیزی بیش از بهبودهای کوچک و جزئی می باشد، یعنی نیازمند پیشرفت های سریع در تمام فضاها و عملیات می باشد. عبارت آماری رسیدن به شش سیگما بدین معنا است که فرآیند یا محصول با تقریباً صفر معیوب کار می کند (۱۸۴، ۱۸۵).

اصول شش گانه شش سیگما

۱- تمرکز حقیقی بر مشتری

شرکت هایی که شش سیگما را استفاده کرده اند، اغلب از اینکه درک اندکی از مشتریان دارند، متعجب و وحشت زده می باشند. در شش سیگما، تمرکز روی مشتری از اولویت بالایی برخوردار است. به عنوان مثال معیارهای کارایی شش سیگما، با مشتری شروع می شوند. بهبود های شش سیگما بوسیله تأثیری که بر رضایت و ارزش مشتری دارند، تعریف می شوند.

۲- مدیریت بر اساس اطلاعات و واقعیات

شش سیگما مفهوم مدیریت بر اساس حقایق را به سطح جدید و نیرومندی رسانده است. با وجود آنکه در سال‌های اخیر به بهبود سیستم‌های اطلاعاتی، مدیریت دانش و غیره پرداخت شده است، هنوز بسیاری از تصمیم‌گیری‌های یک سازمان، مبتنی بر عقاید و فرضیات می‌باشد. شش سیگما با شرح معیارهای اصلی که سطح کارایی کسب و کار و تجارت را اندازه‌گیری می‌کنند، آغاز می‌شود. سپس اطلاعات گردآوری شده و متغیرهای کلیدی تجزیه و تحلیل می‌شوند. پس مسائل بسیار موثرتر تعریف شده، تحلیل گردیده و برای همیشه حل می‌شوند. در یک سطح حقیقی و واقعی، شش سیگما به مدیران کمک می‌کند تا به دو سوال مهم زیر به منظور پشتیبانی و حمایت از راه حل‌ها و تصمیمات مبتنی بر اطلاعات، پاسخ دهند.

واقعاً چه اطلاعاتی نیاز داریم؟

چگونه از آن اطلاعات برای کسب سود حداکثر استفاده کنیم؟

۳- تمرکز بر فرآیندها، مدیریت و بهبود آن‌ها

جدا از اینکه یک سازمان متمرکز بر طراحی محصولات یا خدمات، ارزیابی عملکرد، بهبود اثر بخشی، کسب رضایت مشتری و یا حتی اجرای فعالیت‌های تجاری است، شش سیگما فرایندها را به عنوان عامل کلیدی موفقیت محسوب می‌کند. یکی از پیشرفت‌های قابل توجه شش سیگما، متقاعد کردن مدیران و رهبران بخصوص در واحدهای خدماتی، نسبت به اینکه تسلط بر فرایندها راه و روشی برای ایجاد مزیت رقابتی در ارائه ارزش به مشتریان می‌باشد، است.

۴- مدیریت پیشگیرانه

به طور ساده، پیشگیرانه بودن یعنی انجام اقدامات، قبل از وقوع رویدادها به جای واکنش نشان دادن نسبت به وقوع آنها است. در دنیای واقعی، مدیریت پیشگیرانه یعنی عادت کردن به کارهایی که غالباً فراموش شده‌اند، همچون تشریح اهداف بلند پروازانه و مرور مکرر آنها، مشخص کردن اولویت‌ها، تمرکز بر پیشگیری از بروز مشکل به جای برخورد با آن و این پرسش که چرا کاری باید انجام شود به جای دفاع کورکورانه از رویه‌های جاری. مدیریت پیشگیرانه نقطه شروعی برای خلاقیت و موثر بودن است، همانطور که خواهیم دید، شش سیگما شامل ابزارها و شیوه‌هایی است که مدیریت پویا و پاسخگو را جایگزین عادات واکنشی در مواجهه با مشکلات می‌کند.

۵- همکاری نامتناهی

بی انتها بودن همکاری، یکی از شعارهای جک ولش^۱ برای موفقیت سازمان است. سال‌ها قبل از اجرای شش سیگما، مدیر عامل جنرال الکتریک کوشش می‌کرد در سراسر سازمان موانع را حذف کند و کار تیمی را گسترش بدهد. بواسطه گسترش مشارکت و همکاری داخل سازمانی با فروشندگان و مشتریان، فرصت‌های در دسترس، عظیم و سترگ می‌باشند. هر روز میلیاردها دلار به خاطر عدم ارتباط و رقابت آشکار بین گروه‌هایی که برای یک هدف مشترک - ارائه ارزش به مشتریان - کوشش می‌کنند، هدر می‌رود.

۶- حرکت به سوی کمال (صفر خطا)؛ قدرت تحمل شکست (خطا)

چطور می‌توان به سوی کمال و تعالی گام برداشت و باز هم تحمل شکست را داشت؟ اساساً این دو طرز فکر مکمل هم هستند. هیچ شرکتی نمی‌تواند بدون ارائه ایده‌ها و رویکردهای جدید که همیشه خطراتی را به دنبال دارند، به شش سیگما نزدیک شود. اگر افرادی که نزدیک شدن به تعالی و کمال را ممکن می‌بینند، از عواقب ناشی از اشتباهات خود بترسند، هرگز تلاش نخواهند کرد. خوشبختانه شیوه‌های بازبینی بهبود کارایی، تا حد زیادی مشتمل بر مدیریت ریسک نیز می‌باشد، به گونه‌ای که زیان بازگشت یا شکست را محدود می‌سازند. سازمانی که شش سیگما را هدف خود قرار می‌دهد باید برای رسیدن به تعالی کوشش کند و بازگشت‌های اتفاقی به عقب و مدیریت آن را نیز قبول کند (۱۸۳، ۱۸۶، ۱۸۷).

تاکتیک‌های شش سیگما

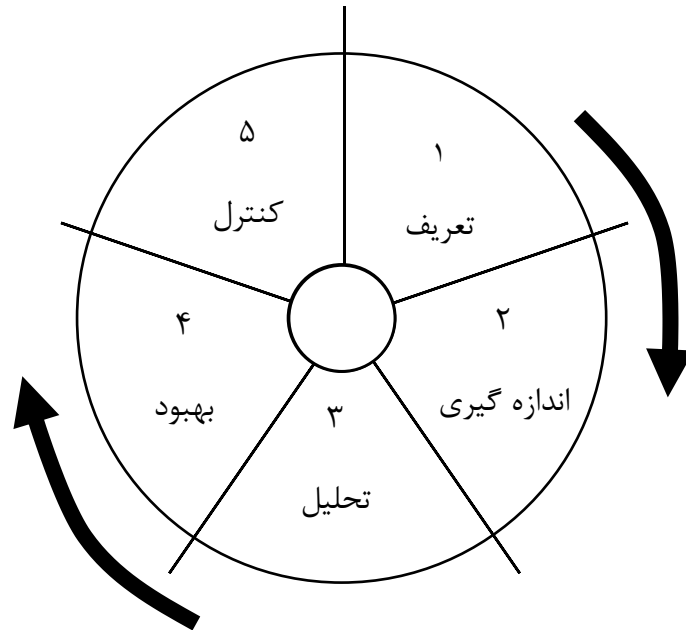
هدف بنیادی روش شش سیگما اجرای راهبردی مبتنی بر اندازه‌گیری عملکرد است و از طریق اجرای پروژه‌های بهبود دهنده شش سیگما سعی در کاهش نوسانات فرایند و بهبود آن دارد. این کار به کمک دو روش فرعی در شش سیگما انجام می‌شود:

DMAIC و DMADV

چرخه DMAIC یکی از ابزارهای اجرای شش سیگما و متدولوژی نتیجه‌گرایی می‌باشد که پروژه‌های شش سیگما بر مبنای آن انجام می‌گیرد بعبارتی ساده تر چرخه DMAIC روش سیستماتیک و منظمی است برای حل مسائل و پیشبرد این دست از پروژه‌ها. DMAIC مخفف کلمات DEFINE (تعریف)، MEASURE (اندازه‌گیری)، ANALYZE (تحلیل)، IMPROVE (بهبود)، CONTROL (کنترل) است. چرخه DMAIC یک رویکرد ساختار یافته، منسجم و همه جانبه برای بهبود فرایند است و شامل ۵ فاز ذکر شده در شکل ۱۰ و همچنین در جدول ۱۶ می‌باشد که هر فاز بطور منطقی

¹ Jack Welch

همان‌طور که به فاز بعدی مرتبط است به فاز قبلی نیز مربوط می‌باشد. دلیل دنبال کردن چنین متدولوژی منسجمی رسیدن به هدف متعالی شش سیگما با ۳/۴ واحد فراوانی در میلیون می‌باشد (۱۸۷).



شکل ۱۰: چرخه DMAIC

- **مرحله تعریف:** در این مرحله، اهداف و مرزهای پروژه براساس اهداف سازمان، نیازهای مشتری و فرآیندهایی که برای رسیدن به سطح سیگما لازم است بهبود داده شود، تعیین می‌شود. مرحله تعریف با استفاده از ابزارهایی مانند صدای مشتری برای توضیح نیاز مشتری، نمودار وابستگی و مدل کانو صورت می‌گیرد.
- **مرحله اندازه گیری:** در این مرحله هدف این است که با ایجاد درک واقعی از مشکلات و شرایط فرآیند موجود، مشکلات اصلی و قابلیت فعلی فرآیند با استفاده از ابزارهایی مانند نمودارهای کنترل، فراوانی و پارتو تعیین شود.
- **مرحله تحلیل:** در این مرحله علل بالقوه و ریشه‌ای ایجاد مشکل شناسایی و پایه ای را برای ارائه راه حل در مرحله بعدی شکل می‌دهد. نمودارهای وابستگی، علت و معلول، نمودارهای جریان فرآیند و طوفان مغزی برخی از ابزارهای به کاررفته در این مرحله است.

- **مرحله بهبود:** در مرحله بهبود، راه‌حل‌های مشکلات شناسایی شده در مرحله تحلیل، ارائه شده و این راه‌حل‌ها پیاده‌سازی و در نهایت نتایج آن ارزیابی می‌شود. از جمله ابزارهای مورد استفاده در این مرحله طوفان مغزی، تکنیک خلاقیت، اجماع/توافق عمومی است.
- **مرحله کنترل:** در مرحله بهبود راه‌حل‌های ارائه شده به طور آزمایشی اجرا و برنامه‌ریزی‌های لازم برای اجرای راه‌حل به طور کامل انجام می‌شود. هدف اصلی در مرحله کنترل حصول اطمینان از حل مشکل و بهبود تدریجی روش‌های جدید به کار رفته است. از جمله ابزارهای مورد استفاده در این مرحله نمودارهای پارتو، فراوانی، کنترل کیفیت و فرآیند است (۱۸۸).

جدول (۱۶): مراحل پنج گانه تاکتیک‌های شش سیگما

فاز	فعالیت	ابزار کیفیت مورد استفاده	نتیجه
فاز یک (تعریف)	شناسایی پروژه، مالک پروژه - تعیین نیاز مشتری - تعریف مساله، اهداف و منابع پروژه - تعریف ذینفعان - ترسیم نقشه فرایند	منشور پروژه - تحلیل ذینفعان - نقشه کلی فرایند - صدای مشتری - نمودار وابستگی	شناسایی اهمیت پروژه - حامیان، مشاوران و رهبران - نوع فرایند و میزان بازده فرایند
فاز دو (اندازه‌گیری)	تعیین ورودی و خروجی پروژه - انجام تعریف عملیاتی متغیرها - برقراری استانداردهای عملکرد و تدوین طرح نمونه برداری و جمع‌آوری داده‌ها	برنامه و فرم‌های جمع‌آوری داده‌ها - نمودارهای کنترل، فراوانی، پارتو - ماتریس اولویت بندی - قابلیت فرایند	شناسایی مشکلات فرایند، شناسایی الگوی داده‌ها و قابلیت فعلی فرایند
فاز سه (تحلیل)	الگوبرداری فرایند - برقراری روابط علی با استفاده از داده‌ها - تحلیل نقشه فرایند - تعیین علل ریشه‌ای مشکلات	نمودارهای وابستگی، علت و معلول، کنترل، جریان و فراوانی، پارتو و بارش افکار	شناسایی علل بالقوه، سرمایه‌گذاری بر روی علل و چگونگی تغییر داده‌ها
فاز چهار (بهبود)	توسعه راه‌حل‌ها - ارزیابی ریسک و موفقیت راه‌حل‌ها - صحت‌گذاری راه‌حل‌ها - اجرای راه‌حل‌ها و تعیین اثربخشی آنها	طرح آزمایشات - آزمون فرض - تحلیل ذینفعان - جلسات بارش افکار - اجماع	شناسایی راه‌حل‌ها - معیارهای انتخاب و امتیاز دهی راه‌حل‌ها و پیاده‌سازی
فاز پنج (کنترل)	تعیین کنترل‌ها و اندازه‌گیری‌های مورد نیاز - اجرای کنترل‌ها - نمایان ساختن منافع حاصل از اجرا - ختم پروژه و انتقال اطلاعات نتایج آن	کنترل آماری فرایند - نمودارهای کنترل برنامه‌اجرائی خارج از حدود کنترل و تغییرات در طراحی به منظور حذف نقایص	چگونگی استاندارد سازی روشهای جدید - نحوه نظارت بر فرایند‌ها و نحوه بهبود فرایندها

یکی دیگر از ابزارهای اجرایی شش سیگما چرخه DMADV می باشد که در جهت توسعه فرایند یا ساخت محصول جدید به کار برده می شود و همچنین این چرخه در مواقعی که یک فرایند نیاز بیشتری به افزایش بهبود دارد، نیز به کار برده می شود. مراحل چرخه DMADV عبارتند از: تعریف، اندازه گیری، پردازش، طراحی و بازبینی (۱۸۷).

کاربرد شش سیگما در خدمات بهداشتی و درمانی

ظهور مفاهیم کیفیت و افزایش آگاهی بیماران و مراجعین نسبت به خدمات ارائه شده توسط سازمان های ارائه کننده خدمات سلامت را با چالش هایی از قبیل کاهش پیامدهای ناگوار خدمات پزشکی، بهبود کیفیت خدمات و عملکرد سیستم های مراقبتی در کاهش هزینه ها مواجه ساخته است. این سازمان ها به منظور غلبه بر چالش های مذکور و افزایش کیفیت خدمات ناگزیر به استفاده از رویکردها و تکنیک های مختلف می باشند از جمله این تکنیک ها می توان به تضمین کیفیت^۱، تضمین کیفیت مداوم^۲، مدیریت کیفیت جامع^۳ و ... اشاره نمود. در دهه اخیر شش سیگما به عنوان رویکردی سیستماتیک و قدرتمند در دستیابی به بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، کنترل هزینه ها، ارتقاء ایمنی بیماران، افزایش بهره وری منابع و غلبه بر چالش های مطرح شده بسیار مورد توجه بوده است (۱۸۹). عامل موفقیت رویکرد شش سیگما در موسسات مراقبتی تمرکز آن بر کاهش نواقص در فرایندهای بالینی و مدیریتی است و به منظور مشخص کردن ناقص ترین اجزای فرایند از تحلیل آماری استفاده و روش های اجرایی کنترل کیفیت جهت بهبود به کار می رود. همچنین برای تعریف سطح قابل قبول عملکرد با تمرکز بر مفاهیم کیفیت، نحوه ارائه خدمت و قیمت به عنوان معیارهای اصلی رضایت مشتری به نظریات مشتریان توجه می شود (۱۹۰). در زمینه اجرای شش سیگما در بخش بهداشت و درمان مطالعات بسیاری انجام شده است. لیبراتور^۴ در سال ۲۰۰۹، در مطالعه مروری نظامندی به بررسی روند کاربرد متد شش سیگما در بخش بهداشت و درمان پرداخت. او در بررسی های خود ۹۷ مطالعه در زمینه اجرای شش سیگما در بخش بهداشت و درمان را مورد بررسی قرار داده است (۱۹۱).

همچنین لیبراتور برای درک بهتر از روند گسترش شش سیگما در بخش بهداشت و درمان مطالعات انجام شده تا سال ۲۰۰۹ را در قالب یک چارچوب دو بعدی دسته بندی نموده است. این دو بعد عبارتند از: حوزه کاربرد در بخش بهداشت و درمان و معیارهای کلیدی بهبود فرآیند (۱۹۱).

¹ Quality Assurance

² Continual Quality Assurance

³ Total Quality Management

⁴ Liberatore

تحلیل داده‌ها

دو روش عمده تحلیل داده‌ها در طراحی چارچوب تغییر در بیمارستان‌های استفاده شده است. این دو روش عبارتند از تحلیل محتوا و تحلیل آماری. در ادامه به صورت خلاصه این دو روش توضیح داده شده است.

تحلیل محتوا

تحلیل محتوا «روش پژوهش» و «ابزار تحلیلی» است که به صورت کاربردی و سودمند در طیف گسترده‌ای برای تحلیل شکل‌های مختلف ارتباطات به کار می‌رود. اصطلاح «تحلیل متن» یا «تحلیل محتوای متن» به نوع ویژه‌ای از تحلیل محتوا اشاره دارد که بر لغات نوشته شده و متن نوشتاری تمرکز دارد لغات نوشته شده می‌توانند حاصل مطالعه متن‌های نوشتاری به دست آمده از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها و یا ثبت مشاهدات باشند.

تحلیل محتوا در ابتدا به صورت کمی برای تعیین لغات موجود یا مفاهیم معین در درون یک متن یا مجموعه‌ای از متن‌ها بر شمارش صرف کلمات و استخراج محتوای عینی متون تاکید داشت اما با توجه به اینکه متن‌ها قسمتی از واقعیت اجتماعی تلقی می‌شوند، ضرورت بکارگیری پژوهش تحلیل متن کیفی، که هدف آن درک عمیق ویژگی‌ها و معانی متن و شناسایی نحوه ساخت واقعیت و ساخت الگوهای معنا در عمل است مطرح می‌شود. برخی از نظریه پردازان از جمله کویل^۱ (۲۰۰۷) معتقدند که بهتر است پژوهش تحلیل محتوا، یک پژوهش ترکیبی در نظر گرفته شود که در آن در یک روش پژوهش منفرد، جنبه‌هایی از پژوهش کمی و کیفی تلفیق می‌شود (۱۹۲).

استقرا و قیاس در تحلیل محتوای کیفی

گرایش روش‌های کیفی برای فهم موضوع تحقیق از درون و میل به حداقل رساندن اثرات دیدگاه‌های از پیش موجود بر نتایج تحقیق، زمینه ساز رواج رهیافت استقرایی در این دسته تحقیقات هستند؛ تا آن‌جا که بسیاری روش‌های کیفی را صرفاً استقرایی دانسته‌اند. اگرچه چنین فرآیندی می‌تواند توصیف‌گر بخشی از فعالیت‌های انجام گرفته در حیطه تحلیل محتوای کیفی باشد، اما معرف همه ابعاد آن نیست. استقرای صرف در تحلیل محتوا، کارایی کمتری دارد و تحقیقاتی با تمرکز بر این رویکرد نیز در بخش‌هایی با نظریه‌ها و دیدگاه‌های بیرونی پیوند می‌خورند. همچنین در جایی که در جریان استقرا، محقق به درون فهمی و حرکت به لایه‌های عمیق موضوع حرکت می‌کند از استقرای خام، دور شده و به نوعی با استفهام پیوند می‌یابد. با تاکید بر جهت حرکت رد فرآیند تحقیق می‌توان گفت که در همه انواع تحلیل محتوای کیفی، نوعی حرکت از استقرا به قیاس و یا عکس آن

¹ Quail

صورت می‌گیرد که ممکن است در یکی از مراحل تعریف موضوع تحقیق، ساخت چارچوب مقوله بندی، پرورش و گسترش مقوله ها، جمع بندی و تحلیل نتایج و یا در کل تحقیق، شواهد آن مشاهده شود که این خود، نشان از حضور رویکرد قیاس در جریان های تحقیقاتی دارد.

الف) استقرا در تحلیل محتوای کیفی

استفاده از رویکرد استقرایی که از آن با عنوان تحلیل محتوای متعارف هم نام برده شده است، بیشتر زمانی ضرورت می‌یابد که اطلاعات کافی درباره یک پدیده وجود ندارد و محقق می‌خواهد دانش زمینه‌ای لازم را در این خصوص فراهم کند. این شیوه تحلیل محتوا بیشتر به دنبال تقلیل اطلاعات و ارائه توصیفی دقیق پیرامون یک موضوع است. در اینجا هدف تحقیق استقرایی، کمک به پدید آمدن یافته های تحقیق از طریق توجه به مضامین مسلط و متداول در داده‌هاست. این امر بدان معناست که محقق با رجوع به داده‌های مورد مطالعه، به تدریج آنها را خلاصه می‌کند تا در نهایت به اصلی ترین مفاهیم و مضامین مرتبط با موضوع تحقیق دست پیدا کند. در واقع، تحلیل محتوای کیفی با رویکرد استقرایی دستیابی به اهداف پی آیند را دنبال می‌کند:

۱. تبدیل اطلاعات متنی گسترده به مطالب خلاصه و چکیده، و استخراج اصلی ترین مضامین موجود در آن.

۲. ایجاد ارتباط دقیق و روشن میان پرسش های تحقیقی و یافته های بدست آمده.

۳. ایجاد یک مدل یا نظریه پیرامون ساختار متن مورد مطالعه و یا کشف فرآیندهایی که در متن مستتر است.

در فرآیند تحلیل محتوا مبتنی بر استقرا کدگذاری اولیه و جمع کردن کدهای مشابه زیر یک مقوله واحد به ایجاد مقولات اولیه منجر می‌شود. در مراحل بعدی تحقیق این مقولات نیز با یکدیگر مقایسه می‌شوند و تعدادی از آنها که نزدیکی بیشتری دارند زیر مجموعه مقولات عام‌تری قرار می‌گیرند. هر یک از این مقولات میانی معرفی یک بخش یا طبقه خاص از موضوع تحقیق است. این مقولات می‌توانند در ارتباط با هم قرار گیرند و در سطح بالاتری از انتزاع، زیر یک مقوله اصلی جمع شوند. رابطه مقولات میانی می‌تواند در قالب یک شبکه باز، رابطه سلسله مراتبی، ترتیب زمانی و یا شبکه علی تنظیم شود.

تشخیص و مطالعه مقولات به عنوان عناصر مرتبط به هم و نه مجزا، از جمله ویژگی هایی است که می‌تواند میان دو نوع بینش کمی و کیفی تمایز ایجاد کند، تا جایی که نوعی از تحلیل محتوا که بر کیفیت بیشتری تاکید دارد با عنوان تحلیل محتوای ارتباطی شناخته شده است. این روش، بر هدف کشف روابط عناصر متنی در تحقیق کیفی متمرکز است و علاوه بر شناخت مضامین مستتر در متن، به کشف روابط میان آنها توجه نشان می‌دهد. با نگرش به این روش معانی کلمات، گزاره ها و مفاهیم، نه

به صورت مجزا که در ارتباط با هم، روشن خواهد شد و لغات و مفاهیم، به عنوان نماد هایی نگریسته می شوند که تنها در ارتباط با دیگر نمادهای موجود در متن، واجد معنا می شوند.

ب) قیاس در تحلیل محتوای کیفی

تحلیل محتوای مبتنی بر قیاس که برخی آن را «تحلیل محتوای هدایت شده» هم نامیده اند همانند رویکرد قبلی کار خود را با آماده سازی اولیه برای تحقیق آغاز می کند. استفاده از این رویکرد زمانی ضرورت می یابد که پیرامون موضوع تحقیق، دیدگاه های نظریه گوناگونی وجود دارد و هدف از انجام تحقیق، آزمون نظریه های پیشین و یا بسط آنها در یک زمینه متفاوت است. نظریه ها و ادبیات موجود در یک زمینه می تواند به پیش بینی متغیر ها و روابط میان آنها کمک کند. از این رو، می توان فرآیند مطالعه را به شکلی ساخت یافته تر و با بهره گیری از این دیدگاه های پیشینی هدایت کرد. دیدگاه های موجود به ما کمک می کند که به تعریف عملیاتی مفاهیم مورد نظر دست پیدا کنیم. این تعریف عملیاتی، مقولات مورد نیاز پژوهش را فراهم می آورد. تعریف عملیاتی از صفات مستتر در هر متغیر تشکیل شده و این صفت ها باید مانع و جامع باشند.

مقولات اصلی که معرف موضوع مورد مطالعه هستند از تعریف عملیاتی، استخراج شده و در یک جدول قرار می گیرند. استفاده از تعریف عملیاتی و ایجاد فهرستی از مقولات، به معنای پذیرش همه جانبه رهیافت قیاسی نیست. در اینجا می توان با توجه به هدف تحقیق، یک ماتریس مقوله بندی ساخت یافته و یا ساخت نیافته را ترسیم کرد. در حالت اول، ما با فرآیند کاملاً قیاسی مواجه هستیم و در حالی که در صورت دوم، این فرآیند کار خود را با قیاس شروع می کند و سپس به استقرار پیوند می خورد.

از آنجا که رهتاب رهیافت قیاسی بر موضوع ابطال پذیری مبتنی است، فرآیند تحقیقات قیاسی نیز به آزمون فرضیات برآمده از نظریه های اولیه منجر می شود. در مرحله گزارش این دست تحقیقات، اطلاعات گردآوری شده در راه آزمون فرضیه های تحقیق به کار می روند تا روشن شود این فرضیه ها در متون بررسی شده، مورد تایید قرار می گیرند یا رد می شوند. همچنین سایر مقولاتی که در ماتریس مقوله بندی اولیه وجود نداشت و در فرآیند تحقیق شناسایی شدند، پس از سامان یابی به شیوه های استقرایی می توانند برای تکمیل و اصلاح نظریه و فرضیه های اولیه در یک متن خاص به کار آیند.

روش تحلیل محتوای تجمعی

در این روش همانند تحلیل محتوای کمی، محقق به شمارش کلمات جمله ها و مفاهیم دست می زند، اما فرآیند تحقیق در اینجا متوقف نشده و به جای تمرکز بر فراوانی داده ها و ارائه تحلیل آماری از آن، محقق توجه خود را به استفاده از کلمات در هر بافت خاص معطوف می کند. دنبال کردن این هدف موجب می شود که همانند سایر تحقیقات کیفی، داده ها در بستر ظهورشان و در رابطه با سایر عوامل اثرگذار درک شوند.

با تمرکز بر محتوای پنهان در تحلیل محتوای تجمعی، یافته های حاصل از شمارش داده ها با در نظر گرفتن عوامل گوناگونی تعدیل می شوند، از جمله اینکه چه معانی پنهان و آشکاری در استفاده از هر لغت یا مفهوم خاص، مدنظر است؟ هر یک از لغات و مفاهیم در چه شرایطی به کار برده شده و یا نشده اند؟ چه زمانی استفاده مستقیم و یا غیر مستقیم آن ها ترجیح داده شده است؟ در یک بافت خاص از یک مفهوم چه استنباطی وجود دارد؟ و اینکه چه عوامل موثر احتمالی در یک زمان تمرکز بیشتر و یا کمتر بر یک موضوع را رقم زده اند؟ چنین رهیافت تلفیقی که داده ها را شمارش می کند و نتایج حاصل از آن را با توجه به مقتضیات تحقیق، مورد تفسیر قرار می دهد به دنبال بهره بردن همزمان از مزایای تحقیق کمی و کیفی است (۱۹۳).

تحلیل آماری

تحلیل داده ها به معنی طبقه بندی، تنظیم، پردازش و خلاصه نمودن داده ها برای یافتن پاسخ برای پرسش های تحقیق است. هدف از تحلیل، تقلیل داده ها به شکل قابل فهم و قابل تفسیر است (۱۷۶). از آنجایی که تبیین داده های خام، دشوار و یا غیر ممکن است، لذا محقق ابتدا داده ها را تجزیه و تحلیل نموده و سپس به تفسیر آنها خواهد پرداخت. در این راستا استفاده از روش های آماری به دو شکل توصیفی و استنباطی صورت می گیرد، بدین منظور از نرم افزارهای مختلف استفاده می شود که پرکاربردترین آن ها Excel و Spss می باشد.

آمار توصیفی^۱

آمار توصیفی به مجموعه روش هایی اطلاق می شود که برای جمع آوری، خلاصه کردن، طبقه بندی و توصیف حقایق عددی به کار می رود. در واقع این آمار، داده ها و اطلاعات پژوهش را توصیف می کند و طرح یا الگوی کلی از داده ها برای استفاده سریع و بهتر از آنها به دست می دهد. در آمار توصیفی بعد از جمع آوری اطلاعات هدف این است که در زمان کمتر و با دقت بیشتر نتایج داده های جمع آوری شده را مشاهده کنیم .

¹ Descriptive Statistics

به‌طور کلی بررسی آماری دو هدف اصلی و مشخص را پیگیری می‌کند:

الف. توصیف: توصیف، شواهد تجربی و یا نتایجی است که از راه مشاهده و آزمایش درباره موضوع و فرضیه پژوهش گردآوری شده است.

ب. تبیین: تحلیل نتایج توصیفی و بررسی آنها از نظر احتمالات، به منظور ارزشیابی فرضیه‌های تحقیق را تبیین گویند (۱۹۴).

میانگین^۱

میانگین شناخته شده ترین و وسیع ترین مقدار متوسطی است که مورد استفاده قرار می گیرد و توصیف کننده مرکز توزیع فراوانی است. میانگین عموماً بهترین شاخص گرایش به مرکز است. یکی از امتیازات میانگین نسبت به میانه و نما، ثبات بیشتر آن است.

میانه^۲

میانه عددی را بیان می کند که نشان می دهد، ۵۰ درصد داده های یک متغیر اندازه ای کوچکتر یا مساوی از آن و ۵۰ درصد مقداری بزرگتر از آن دارند. برای مثال میانه نمره یک کلاس برابر ۱۵ است که نشان می دهد ۵۰ درصد افراد نمره ای کمتر یا مساوی از ۱۵ و ۵۰ درصد افراد یک کلاس نمره ای بالاتر از آن کسب نموده اند. برای متغیر گسسته سطح تحصیلات، میانه برابر سطح تحصیلات دیپلم است که نشان می دهد ۵۰ درصد افراد مورد بررسی تحصیلاتی کمتر یا برابر دیپلم و ۵۰ درصد افراد تحصیلاتی بالای دیپلم دارند.

مد (نما)^۳

مد نشان دهنده سطح دارای بیشترین فراوانی در یک متغیر (معمولاً گسسته) است. برای مثال مد سطح تحصیلات در جامعه لیسانس است به این معنی که افراد با سطح تحصیلات لیسانس از لحاظ فراوانی در جامعه بیشتر از دیگر سطوح تحصیلی هستند.

^۱ Mean

^۲ Median

^۳ Mode

واریانس^۱

واریانس یک معیار برای اندازه گیری پراکندگی (دوری) داده ها از میانگین آنهاست. برای مثال در دایره علاوه بر مرکز که مرکز ثقل را نشان می دهد، شعاع نیز به عنوان یک پارامتر که نشان دهنده بزرگی دایره است بکار می رود. وظیفه واریانس نیز درست مانند شعاع در دایره است و هرچه مقدار بزرگتری داشته باشد نشاندهنده دوری بیشتر داده ها از مرکز ثقل (میانگین) داده ها است.

انحراف معیار^۲

انحراف معیار مجذور واریانس و یک معیار برای شناسایی پراکندگی داده ها از میانگین آنهاست. اگر انحراف معیار مجموعه ای از داده ها نزدیک به صفر باشد، نشانه آن است که داده ها نزدیک به میانگین هستند و پراکندگی اندکی دارند. انحراف معیار بزرگ بیانگر پراکندگی قابل توجه داده ها می باشد. انحراف معیار برای تعیین ضریب اطمینان در تحلیل های آماری نیز به کار می رود.

فصل ۴: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان

در دهه اخیر ادبیات تجربی و نظری بر تاثیر دو طرفه بین سازمان با محیط متمرکز شده است. تامسون و مک اوین^۳ مدعی این هستند که ذاتا اهداف سازمانی به گونه ای پویا مفروض شده اند که نیاز به تعامل مداوم بین محیط و سازمان دارد. در نتیجه سازمان ها باید استراتژی هایی را برای فائق آمدن با مسائل محیطی و تضمین بقای خود اتخاذ نمایند. سازمان باید نسبت به محیط و ذینفعان خود پاسخگو بوده و رفتارهای سازگاری در قبال آنها انجام دهد تا حمایت های محیطی و حمایت ناشی از ذینفعان را به دست آورد (۱۹۵). پرداخت و توجه به محیط و پاسخگویی به نیازهای ذینفعان، نیاز به قابلیت های سازمانی ویژه ای دارد و این مسئله را می توان تحت عنوان مدیریت ذینفع مدار خواند (۱۹۶).

استراتژی ذینفع مداری، مقدار توجهی است که سازمان به هریک از گروه های ذینفع خود دارد و چهارچوبی را برای سازمان فراهم می آورد که با توجه استراتژیک خود، تقاضا و منافع گوناگون و متضاد ذینفعان خود را مدیریت کند (۱۹۷). در این باره، تئوری ذینفعان بیان می کند که منافع همه ذینفعان برای سازمانی که بخواهد موفق باشد باید مورد توجه قرار گیرد (۱۹۸).

¹ Variance

² Standard Deviation

³ Thompson and McEwen

پارتریج^۱ و همکاران (۲۰۰۵)، با دسته بندی انواع رویکردها و تکنیک‌های درگیرسازی و تعامل با ذینفعان اظهار می‌کنند که درگیرسازی یک اصطلاح عام است که کل تلاش‌های سازمان برای درک و شامل کردن ذینفعان در فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری- هایش را پوشش می‌دهد و می‌تواند به سازمان‌ها کمک کند تا نیازهای تاکتیکی و استراتژیک‌شان را تامین کنند. دامنه این نیازها از جمع‌آوری اطلاعات و تشخیص روندهایی که ممکن است بر فعالیت‌های سازمان‌ها تاثیر بگذارد تا بهبود شفافیت و اعتمادسازی در افراد یا گروه‌هایی که پشتیبانی‌شان برای موفقیت سازمان در بلندمدت ضروری است و ایجاد نوآوری و تغییر سازمانی مورد نیاز با چالش‌ها و فرصت‌ها را شامل می‌شود (۱۵۰).

جدول (۱۷): انواع رویکردها و تکنیک‌های درگیرسازی ذینفعان

ارتباط یکسویه	مشاوره بنیادی	دیالوگ، گفتگو عمیق	شراکت‌های کاری
به اشتراک گذاری اطلاعات	نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای	گردهمایی ذینفعان چندگانه	سرمایه گذاری‌های مشترک
آموزش کارکنان	گروه‌های کانون	میزگردهای مشورتی	پروژه‌های توسعه پایدار محلی
بولتن‌های پروژه ای و مکاتبات با مخاطبان هدف	ارزیابی محیط کار	اجلاس رهبری	ابتکار ذینفعان چندگانه
گزارش و بروشورهای شرکت	جلسه ویژه شورای ذینفع (مانند مشاوره های اجتماعی)	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترانت	پیمان‌ها
خبرنامه های داخلی و خارجی	تربیهون‌های دائمی		
وب سایت ها	مشورتی ذینفع		
سخنرانی ها	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر		
ارائه‌های کنفرانسی، نمایش‌ها، اعلامیه‌ها و ویدئوها			
جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی			
انتشارات مطبوعاتی، کنفرانس‌های مطبوعاتی تبلیغات رسانه‌ای			

¹ Partridge

فصل ۵: اجرا، بازخورد و پایداری سازی

رمز موفقیت تحول و تغییر در بیمارستان شروع تغییر با قدرت و جسارت است. تعهد مدیران و پایداری و هرگز تسلیم نشدن آنها، رمز موفقیت برنامه های تحول به شمار می رود. در واقع در صورتی که مدیر از بررسی همه جانبه برنامه تغییر مطمئن شده است باید برنامه مورد نظر را با تمام توان و جسارت اجراء نماید. تحول و بهبود مدیون مدیرانی است که به طریق متفاوتی بیمارستان را می بینند و بر خلاف عادت ها و جریان رودخانه شنا می کنند. اگر قرار باشد با اولین مانع سست شوند قطعاً برنامه های تحول شکست خواهد خورد. بدانید که هیچکس به قطار ایستاده سنگ نمی اندازد. هر حرکت تحول آفرینی با مقاومت روبرو است. آغاز تحول بسیار مشکل است ولی با ایستادن و حرکت نکردن نیز نمی توان تحول ایجاد کرد.

تجربیات نشان می دهد که در صورت تعهد مدیران به تغییر می توان تغییر را در سازمان آغاز کرد. سوال کلیدی که در مرحله اجرای تغییر اهمیت دارد این موضوع است که آیا کارکنان بیمارستان تغییر را می پذیرند؟ پاسخ این سوال بله و خیر است. معمولاً افراد در مقابل تغییر و تحولات واکنش نشان می دهند، بطور کلی واکنش افراد را میتوان به ۳ دسته کلی زیر تقسیم نمود :

۱- افرادی که از تغییرات و تحولات استقبال می کنند: معمولاً افرادی هستند که از تغییرات سود خواهند برد یا اینکه از

وضع موجود ناراضی هستند و به امید اصلاح، از تغییرات استقبال می کنند.

۲- افرادی که نسبت به تغییرات بی تفاوت هستند: برخی از افراد امیدی به نتیجه تغییرات و تحولات نداشته و از آن

استقبال نمی کنند یا اینکه تغییرات و تحولات برای آنها سود و ضرر نداشته باشد.

۳- افرادی که در مقابل تغییر و تحولات مقاومت می کنند : معمولاً افرادی که در برابر منافع خود احساس خطر کنند،

مقاومت می کنند و برخی دیگر از وضعیت موجود راضی هستند یا برخی دیگر تغییر و تحولات را مناسب تشخیص نمی دهند. ممکن است مقاومت در مقابل تغییرات به صورت آشکار یا پنهان باشد، معمولاً مقاومت و مخالفت آشکار از مقاومت های پنهانی بهتر است زیرا قابل مشاهده و پیگیری است.

بررسی نشان می دهد که اگر در سازمان های دولتی مسیر تغییر از پایین به بالا باشد، یعنی نیروی محرکه تغییر کارکنان باشند معمولاً تغییرات به نتیجه نمی رسد. دلیل این موضوع این است که در سازمان های دولتی مانند بیمارستان ها کارکنان عموماً در دسته دو و سه از موارد فوق قرار دارند و این موضوع باعث می شود که انگیزه لازم برای شروع تغییر را نداشته باشند. یک

بار دیگر به سوال اولیه این بخش بر می گردیم: آیا کارکنان بیمارستان تغییر را می پذیرند؟ پاسخ این سوال همانطور که گفته شد آری و خیر است.

آری چون در صورتی که تغییر خواست اصلی مدیر باشد عموماً کارکنان آن را می پذیرند و گزارش اقدامات در خصوص اجرای تغییر نیز احتمالاً ارائه خواهد شد. اما مساله اینجاست که کارکنان مانند ربات نیستند و دارای فکر و دیدگاه در خصوص سازمان و برنامه های آن هستند. این موضوع باعث می شود در مقابل تغییر واکنش متناسب خود را داشته باشند. یکی از این واکنش ها مقاومت برای عدم اجرا بود که با تعهد بالای مدیران حل می شود. اما واکنش های دیگری وجود دارد که در سازمان های دولتی نمونه های زیادی برای آن وجود دارد.

ابزارهای همراه سازی ذینفعان در مرحله اجرای تغییر

البته بعد از تعهد مدیران ارشد برای تغییر و بررسی همه جانبه فرآیند تغییر می توان از ابزار های زیر برای همراه ساختن ذینفعان استفاده نمود:

استفاده از ابزار آموزش به عنوان مؤثرترین ابزار تغییر

در فرآیند تغییر، باورها، اندیشه ها و عادت های کهنه و فرسوده به دور ریخته می شوند و به جای آنها اندیشه های جدید، باورهای نو، تکنولوژی تازه، ارزش های نوین و نظام های جدید شکل می گیرند. در هر چیز جدید نیاز به یادگیری بیشتر احساس می شود، پس باید رفتارهای جدید آموزش داده شوند. آموزش چیزی جز تغییر نیست ولی اثرات آن متفاوت است. اثربخشی برخی از دوره های آموزشی فقط محدود به تغییر دانش می شود، ولی اگر آموزش مفیدتر باشد سطح آن از دانش فراتر رفته باورها و نگرش هارا نیز تغییر می دهد. آموزش های اثربخش و کارآمد فراتر از دانش و نگرش، رفتارها را نیز می توانند تحت تأثیر قرار دهند. بین یادگیری (آموزش) و مقاومت در مقابل تغییر، رابطه ای کاملاً معکوس وجود دارد. به هر میزان که یادگیری بیشتر شود، مقاومت در مقابل تغییر و تحول نیز کاهش می یابد.

تشکیل تیم های کاری برای تسهیل تغییر و بررسی ابعاد آن

فعالیت های تیمی از مهم ترین مواردی است که در سازمان های امروزی اتفاق می افتد. نتایج عملکرد تیم های اثربخش بیش از عملکرد افرادی است که مجزا فعالیت می نمایند. رفتار فردی افراد، تحت تأثیر هنجارها و ارزش های اجتماعی – فرهنگی تیم کاری قرار می گیرد. تصمیماتی که در تیم های کاری، اتخاذ می شوند تصمیماتی درست و دقیق خواهند بود، زیرا به جای یک

مغز چندین مغز با یکدیگر هم اندیشی کرده و تصمیمات خام تصویب نمی شود. از طرفی دیگر اعضای تیم های کاری در اشاعه تحول، پذیرش تحول و کاهش مقاومت در مقابل تغییر، نقش بالایی را ایفا می نمایند.

داشتن انعطاف لازم در اجرای برنامه های تحول

یکی از ویژگی های خوب برنامه های تحول انعطاف پذیری آنها است. برنامه ای که نتواند انعطاف، پویایی و انطباق پذیری داشته باشد، محکوم به شکست است. در هنگام اجرای برنامه ها نرمش نشان دهید، به راهنمایی ها و بازخوردها توجه داشته باشید. اطمینان داشته باشید پیروزی با شما خواهد بود. اصلاحات نباید در پایان فرآیند تحول انجام گیرد بلکه در هنگام تدوین، اجراء و ارزیابی باید صورت پذیرد.

ایجاد انگیزه لازم برای مشارکت ذینفعان

در برنامه های تغییر و تحول به هر میزان مشارکت مدیران، کارکنان و ذینفعان بیشتر باشد به همان اندازه تحول سریع تر اتفاق می افتد. میزان مشارکت اگر بیشتر باشد مقاومت در مقابل تغییر نیز کاهش می یابد. مشارکت بیشتر، میزان پذیرش برنامه های تغییر و تحول را افزایش می دهد.

عدم تفویض وظیفه تحول

تحول یکی از وظایف اصلی مدیران به شمار می رود. همانطوری که مدیران وظیفه نگهداشت سازمان را به عهده دارند وظیفه بهبود آن را نیز عهده دار هستند. مدیران وظایف متعددی مثل برنامه ریزی، سازماندهی، بودجه ریزی، کنترل و ... انجام می دهند، معمولاً وظایف فوق را به دیگران تفویض می نمایند برخی مدیران وظیفه تحول سازمانی را به زیر دستانشان تفویض می نمایند در حالی که تحول وظیفه ای مثل سایر وظایف نیست که قابل تفویض باشد بلکه وظیفه ای در دل سایر وظایف است. مدیران تنها وظیفه ای که نمی توانند تفویض کنند وظیفه تحول و بهبود است. مدیران باید خودشان در برنامه های بهبود و تحول درگیر شوند. مدیرانی که علاقه مند تحول هستند باید بدانند که خود باید در تحول سازمانشان درگیر شوند و این وظیفه را به دیگران محول نکنند. واقعیت این است که دیگران نمی توانند سیستم را تغییر دهند و یا فراتر از خواست سیستم عمل کنند، فقط مدیریت قادر به این کار است.

نکات مهم در فرآیند اجرای تغییر در بیمارستان

نکات مهمی که در اجرای فرآیند تغییر در بیمارستان باید مورد توجه قرار گیرد:

- برای بسیاری از پرسنل بیمارستان پرداخت های مازاد بر حقوق و مزایای موظفی، از حالت انگیزشی تبدیل به یک عامل بهداشتی (نظریه ی دو عاملی هرزبرگ) شده است.
- بسیاری از پرسنل انگیزه ای برای استفاده کارا از منابع در اختیار ندارند.
- همه ی پرسنل دارای فطرتی پاک و درست بوده و اقلیتی از آنان تنبل هستند و اکثرا در صورت وجود محیط مناسب کارا هستند. عدم مدیریت اقلیت باعث شده است که اکثریت مابقی پرسنل نیز فاقد انگیزه کافی برای کار شوند.
- هر تغییری در بیمارستان نیازمند طی مراحل حمایت طلبی اولیه و حمایت طلبی برای اجرا است.
- عموما فرهنگ حاکم بر بیمارستان، فرهنگی به ظاهر قابل تغییر و دارای قابلیت یادگیری بالا است، اما در باطن این فرهنگ و صاحبان آن در مقابل هر تغییری مقاومت خواهند کرد (به عبارت دیگر بازی خواهند کرد). برای غلبه بر مقاومت کارکنان در برابر تغییر، اقداماتی نظیر مطالعه نیازهای کارکنان و دلایل مقاومت بالقوه آنان در برابر تغییر، رویارویی با موقعیت ها از طریق راهبردها و تکنیک های مناسب به منظور معرفی موفقیت آمیز تغییر می تواند برای مدیریت تغییر مفید باشند.
- نظام سازماندهی بیمارستان ماتریسی بوده و در بسیاری موارد وحدت فرماندهی خدشه دار شده است.
- اغلب داده های موجود در بیمارستان راستی آزمایی نشده و فاقد روایی لازم برای انجام یک تحلیل دقیق است.
- عموما پرسنل و به ویژه مدیران میانی بیمارستان از پذیرش نفوذ دیگران بر خود احساس خوشایندی ندارند. البته در این مورد استثناهایی وجود دارد که یکی از این موارد حس مدیران میانی نسبت به ریاست بیمارستان است.
- اکثر مدیران میانی بیمارستان علاقه مند به استقلال بیشتر هستند.
- در اغلب موارد مسیر رشد پرسنل بیمارستان مشخص و شفاف نیست.
- باید ویژگی های بیمارستان دولتی است را خوب بشناسیم باید بدانیم که اختیارات و مسئولیت ها به چه صورت توزیع شده است.
- نیاز به تغییر توسط مدیران ارشد بیمارستان می بایست ابتدا درک شود و بعد از آن تیم مدیریتی بیمارستان در کنار سایر وظایف خود می بایست وظایف مدیریت تغییر را نیز بپذیرد.

1. Dietz T, Shwom RL, Whitley CT. Climate change and society. *Annual Review of Sociology*. 2020;46:135-58.
2. Pahl C. Managing evolution and change in web-based teaching and learning environments. *Computers & Education*. 2003;40(2):99-114.
3. Drucker PF. People and performance: The best of Peter Drucker on management: Routledge; 1995.
۴. محمدی جیران، نداف مهدی، صفریان سارا. تبیین تأثیر اعتماد و سلامت سازمانی بر مقاومت کارکنان در برابر تغییر در سازمان های دولتی با توجه به نقش میانجی تعهد سازمانی (مطالعه موردی: شهرداری اهواز). مدیریت دولتی. ۱۳۹۶. ۹(۱). ۸۵-۱۰۶.
۵. یارمحمدی مریم، معینی علی، بدیع کامبیز. مدیریت تغییر در فرایندهای کسب و کار. مدیریت فناوری اطلاعات. ۱۳۹۱. ۴(۱۱). ۱۷۵-۱۹۸.
۶. مظفری علی. مدیریت تحول در سازمان. فصلنامه علمی، بصیرت و تربیت اسلامی. ۵(۱۱): ۳۱-۴۸.
7. Reinhardt R, Oliver WJ. The cost problem in health care. *Challenges and Opportunities in Health Care Management*: Springer; 2015. p. 3-13.
8. Rajabi AJA, Review A. Activity based costing (ABC), new outlook for calculating cost price of students' education in different majors of medical group (case study: medical science universities of shiraz, fasa and yazd). 2011;18(64):35-56.
9. Ferdosi M, Daneshvar MA. Identifying and Prioritizing Cost Containment Approaches for Iran Hospitals from Health System Perspective %J Iranian Journal of Health Insurance. 2019;2(2):70-5.
10. Panahi S, Siroosmehr H, editors. Comparative study of efficiency-an indicator of the health sector privatization. *Abstract of First Conference of Resource Management*; 2002.
11. Mirzaei H, Naseri G, Rezaee R, Mohammadi M, Banikazemi Z, Mirzaei HR, et al. Curcumin: A new candidate for melanoma therapy? 2016;139(8):1683-95.
12. Aboutalebi Jazi H. Performance Evaluation and resource allocation to hospital wards using Data Envelopment Analysis (Case study: Goldis Hospital in Shahinshahr): Master Thesis, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Najafabad ...; 2014.
13. Hatam N. The comparison of cost-efficiency of teaching and general hospitals of Shiraz in the second half of 1993: Msc Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1995.
14. Gailmard NBJRoO. How to Make'CHANGE'A Not-so-Dirty Word. 1999;136(10):59-.
15. Delgoshaei B, Asefpour-Vakilian M, Meleki M, Nasiripour AJAUMJ. Change management in Iranian hospitals: social factors model. 2012;1(1):13-22.
16. Gershon RR, Stone PW, Bakken S, Larson EJTTJoNA. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. 2004;34(1):33-40.
17. Najafbagy RJS, Branch R. Change management: A glance at Iran public administration. Islamic Azad University. 2009.
18. Stetler CB, Ritchie J, Rycroft-Malone J, Schultz A, Charns MJIS. Improving quality of care through routine, successful implementation of evidence-based practice at the bedside: an organizational case study protocol using the Pettigrew and Whipp model of strategic change. 2007;2(1):3.
19. Kotter JJHbr. Leading change: Why transformation efforts fail. 2007;86:97-103.
20. Anderson D, Anderson LA. Beyond change management: Advanced strategies for today's transformational leaders: John Wiley & Sons; 2002.

21. LeTourneau BJJohM. Managing physician resistance to change. 2004;49(5):286.
۲۲. دلگشایی بهرام، آصف پور وکیلان مهناز، ملکی محمدرضا، نصیری پور امیر اشکان. مدیریت تغییر در بیمارستان‌های ایران: الگوی عوامل اجتماعی. ۱۳۹۰؛ ۱(۱):۲۲-۱۳.
۲۳. نجف بیگی، رضا. بهسازی سازمان و نقش عامل تغییر آینده پژوهی (مدیریت) 19؛ 1387، شماره ۱ (پیاپی ۷۶): ۳۷-۳۱.
24. Bhayangkara AN, Ahmadi WH, Firdaus DB, Prestiadi D, Sumarsono RB. The Role of Instructional Leadership Through Kurt Lewin Model in Improving the Teacher Capability. 2nd Early Childhood and Primary Childhood Education (ECPE 2020). 2020:307-17.
25. Rodriguez Vazquez S, editor Applying the ADKAR Model to Boost Web Accessibility in Higher Education Institutions. 3rd Swiss Conference on Barrier-Free Communication (BFC 2020); 2020.
26. Karambelkar M, Bhattacharya S. Onboarding is a change: applying change management model ADKAR to onboarding. Human resource management international digest. 2017.
۲۷. سعیدی، فرید، قاسمیه، رحیم. مهندسی مجدد زنجیره تأمین: مروری بر مهم‌ترین روش‌ها و مدل‌های اخیر. نشریه علمی مدیریت زنجیره تأمین. ۱۳۹۲. ۱۴(۳۸). ۵۳-۴۴.
28. Hematinezhad MA, Gholizadeh MH, Shabani S. Studying the services quality of Faculty of Physical Education, University of Guilan from the perspective of postgraduate students. Sport Management and Development. 2018;7(2):113-30.
29. Petrozzo DP, Stepper JC. Successful reengineering: John Wiley & Sons; 1994.
30. Trahan B, Burke WW. Creating a change reaction: How understanding organizational dynamics can ease reengineering. National Productivity Review. 1996;15(4):37-46.
31. Rasoulia M, Bazrafshan M, Shabani M. An Algorithm for Reengineering. WSEAS Transactions on Environment and Development. 2013;9(2):104.
32. Felipe CM, Roldán JL, Leal-Rodríguez AL. Impact of organizational culture values on organizational agility. Sustainability. 2017;9(12):2354.
33. Schein EH. Organizational culture and leadership: John Wiley & Sons; 2010.
34. Homburg C, Pflesser C. A multiple-layer model of market-oriented organizational culture: Measurement issues and performance outcomes. Journal of marketing research. 2000;37(4):449-62.
35. Hatch MJ. Organization theory: Modern, symbolic, and postmodern perspectives: Oxford university press. ۲۰۱۸ ;
36. Mumford MD, Scott GM, Gaddis B, Strange JM. Leading creative people: Orchestrating expertise and relationships. The leadership quarterly. 2002;13(6):705-50.
37. Tellis GJ, Prabhu JC, Chandy RK. Radical innovation across nations: The preeminence of corporate culture. Journal of marketing. 2009;73(1):3-23.
38. Schein EH. Organizational Culture and Leadership Jossey-Bass inc. Publishers San Francisco, CA. 1992.
39. O'Reilly III CA, Chatman J, Caldwell DF. People and organizational culture: A profile comparison approach to assessing person-organization fit. Academy of management journal. 1991;34(3):487-516.
40. Amabile TM. A model of creativity and innovation in organizations. Research in organizational behavior. 1988;10(1):123-67.
41. Moorman C, Miner AS. The impact of organizational memory on new product performance and creativity. Journal of marketing research. 1997;34(1):91-106.
۴۲. کریتنر، رابرت و کینیکی، آنجلو (۱۳۹۵). مدیریت رفتار سازمانی (مفاهیم-نظریه ها و کاربردها)، ترجمه علی اکبر فرهنگی و حسین صفرزاده، تهران: انتشارات برآیند پویش. چاپ دهم.

43. Denison DR, Janovics J, Young J, Cho HJ. Diagnosing organizational cultures: Validating a model and method. Documento de trabajo Denison Consulting Group. 2006.
۴۴. براتی مارنانی احمد، قادری اعظم، گوهری محمودرضا، صادقی احمد. بررسی فرهنگ سازمانی بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران بر اساس مدل دنیسون-۱۳۸۸.
۴۵. دعائی، حبیب اله، کاردانی، میترا و امین فر، طیب (۱۳۹۱). مدیریت تحول، مشهد: انتشارات بیان هدایت نور، چاپ دوم.
46. Porter ME. Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance: simon and schuster; 2008.
47. Barnes JW, Jackson Jr DW, Hutt MD, Kumar A. The role of culture strength in shaping sales force outcomes. Journal of Personal Selling & Sales Management. 2006;26(3):255-70.
48. Tsui AS, Nifadkar SS, Ou AY. Cross-national, cross-cultural organizational behavior research: Advances, gaps, and recommendations. Journal of management. 2007;33(3):426-78.
49. Dauber D, Fink G, Yolles M. A configuration model of organizational culture. Sage Open. 2012;2(1):215. ۸۲۴۴۰۱۲۴۴۱۴۸۲
50. Harris IC, Ruefli TW. The strategy/structure debate: An examination of the performance implications. Journal of Management studies. 2000;37(4):587-604.
51. Marcoulides GA, Heck RH. Organizational culture and performance: Proposing and testing a model. Organization science. 1993;4(2):209-25.
52. Allaire Y, Firsirotu ME. Theories of organizational culture. Organization studies. 1984;5(3):193-226.
53. Cooper WW, Seiford LM, Zhu J. Data envelopment analysis: History, models, and interpretations. Handbook on data envelopment analysis: Springer; 2011. p. 1-39.
۵۴. علی زاده فرشته، طبیبی سیدجمال الدین، نصیری پور امیراشکان، گوهری محمودرضا. رابطه کیفیت زندگی کاری با میزان بهره وری مدیریت بیمارستان های تامین اجتماعی استان تهران؛ ۱۳۸۷.
۵۵. طبیبی سیدجمال الدین، نصیری پور امیراشکان، گوهری محمودرضا، علی زاده فرشته. رابطه کیفیت زندگی کاری با میزان بهره وری مدیریت بیمارستان های تامین اجتماعی استان تهران؛ ۱۳۸۷. مدیریت سلامت. ۱۳۸۷. ۲۶-۲۱. ۱۱(۳۴)
56. Sebnem A, Adnan C, Anil T, Demet A. Decision Making in Healthcare Organizations. In: Papanikos GT, editor. 12th Annual International Conference on Health Economics, Management and Policy; Athens, Greece: Athens Institute for Education and Research; 24-27 June 2013,.
57. Daft RL. Organization Theory and Design. Tenth Edition South-Western College Pub. 451-452; 2009.
58. Herrmann JW. Engineering decision making and risk management: John Wiley & Sons; 2015.
59. Smith M, Higgs J, Ellis E. Factors influencing clinical decision making. Clinical reasoning in the health professions. 2008;3:89-100.
60. Beresford B, Sloper P. Understanding the dynamics of decision-making and choice: A scoping study of key psychological theories to inform the design and analysis of the panel study: Social Policy Research Unit, University of York York; 2008.
61. Mehrolhassani M, Haghdooost A, Emami M. A Common Language for Decision-Making Cycle and Its Tools in the Health System. Iranian Journal of Epidemiology. 2017;12:85-91.
62. Simon HA. Administrative behavior: Simon and Schuster; 2013.
63. Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: a scoping review. Health policy. 2009;91(3):219-28.

64. Moradian T, Faghihi A, Tabibi J. Designing a governance model For Iran's public hospitals. *Iranian journal of management sciences*. 2013;8(32):1-26.
65. Gurtner S. Making the right decisions about new technologies: a perspective on criteria and preferences in hospitals. *Health care management review*. 2014;39(3):245-54.
66. Mirelman A, Mentzakis E, Kinter E, Paolucci F, Fordham R, Ozawa S, et al. Decision-making criteria among national policymakers in five countries: a discrete choice experiment eliciting relative preferences for equity and efficiency. *Value in health*. 2012;15(3):534-9.
67. McGinnis JM, Olsen L, Goolsby WA, Grossmann C. Engineering a learning healthcare system: A look at the future: Workshop summary: National Academies Press; 2011.
68. Kuziemy C, editor Decision-making in healthcare as a complex adaptive system. *Healthcare Management Forum*; 2016: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
69. International Labour Organization. International Standard Classification of Occupations: ISCO-08 (www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm).2008.
70. Feldstein MS. Hospital cost inflation: A study of nonprofit price dynamics. *The American Economic Review*. 1971;61(5):853-72.
71. Gray BH. Physician involvement in hospital decision making. *The new health care for profit: doctors and hospitals in a competitive environment*: National Academies Press (US); 198.۳
72. Jha A, Epstein A. Hospital governance and the quality of care. *Health Affairs*. 2010;29(1):182-7.
73. Arnwine DL, editor Effective governance: the roles and responsibilities of board members. *Baylor University Medical Center Proceedings*; 2002: Taylor & Francis.
74. Millar R, Mannion R, Freeman T, Davies HT. Hospital board oversight of quality and patient safety: a narrative review and synthesis of recent empirical research. *The Milbank Quarterly*. 2013;91(4):738-70.
75. Culica D, Prezio E. Hospital board infrastructure and functions: the role of governance in financial performance. *International journal of environmental research and public health*. 2009;6(3):862-73.
76. Biggs E. Healthcare governance: A guide for effective boards: *Health Administration Press*; 2011.
77. Bradley EH, Holmboe ES, Mattera JA, Roumanis SA. The roles of senior management in quality improvement efforts: What are the key components?/Practitioner application. *Journal of Healthcare Management*. 2003;48(1):15.
78. Lai H-M, Lin I-C ,Tseng L-T. High-level managers' considerations for RFID adoption in hospitals: an empirical study in Taiwan. *Journal of medical systems*. 2014;38(2):1-17.
79. Friedman LH, Goes JB. The timing of medical technology acquisition: strategic decision making in turbulent environments. *Journal of Healthcare management*. 2000;45(5):317-30.
80. Guo KL. An assessment tool for developing healthcare managerial skills and roles. *Journal of Healthcare Management*. 2003;48(6).
81. Li-Min L, Wu J-H, Ing-Chung H, Kuo-Hung T. Management development: a study of nurse managerial activities and skills. *Journal of healthcare management*. 2007;52(3):156.
82. Longest Jr BB. Management challenges at the intersection of public policy environments and strategic decision making in public hospitals. *Journal of health and human services administration*. 2012:207-30.
83. Embertson MK. The importance of middle managers in healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*. 2006;51(4).

84. Birken SA, Lee S-YD, Weiner BJ. Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*. 2012;7(1):1-12.
85. Begun JW, White KR, Mosser G. Interprofessional care teams: the role of the healthcare administrator. *Journal of interprofessional care*. 2011;25(2):۲۳-۱۱۹
86. Acorn S, Crawford M, editors. First-line managers: scope of responsibility in a time of fiscal restraint. *Healthcare management forum*; 1996: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
87. KANG CM, CHIU HT, HU YC, CHEN HL, LEE PH, CHANG WY. Comparisons of self-ratings on managerial competencies, research capability, time management, executive power, workload and work stress among nurse administrators. *Journal of nursing management*. 2012;20(7):938-47.
88. Mathena KA. Nursing manager leadership skills. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2002;32(3):136-42.
89. Hyrkäs K, APPELQVIST-SCHMIDLECHNER K, Kivimäki K. First-line managers' views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care? *Journal of Nursing Management*. 2005;13(3):209-20.
90. Miri SA, Mansor NNA, Alkali A, Chikaji A. The role of first line nurse manager. *Rev Eur Stud*. 2014;6:31.
91. Skytt B, Carlsson M, Ljunggren B, Engström M. Psychometric testing of the Leadership and Management Inventory: a tool to measure the skills and abilities of first-line nurse managers. *Journal of Nursing Management*. 2008;16(7):784-94.
92. Gavkani FZ, Poorreza A, Hosseini M, Akbari FA. Private hospitals' difficulties: Top managers' perspective. *Payesh (Health Monitor)*. 2011;10(1):73-81.
93. Shapira Z. *Organizational decision making*: Cambridge University Press; 2002.
94. Mosadeghrad A, Arab M, Mojbafan A. Conflict and its causes in hospitals of Tehran university of medical sciences. *Journal of hospital*. 2017;15(4):59-69.
95. Groves KS. Examining the impact of succession management practices on organizational performance: A national study of US hospitals. *Health Care Management Review*. 2019;44(4):356-65.
96. Mostafavi H, Rashidian A. The Role of Lobbying and Conflict of Interests on the Iranian Health System Decision-making. *Hakim Research Journal*. 2017;20(1):27-34.
97. Simon H. A. *Administrative behavior*: New York: Macmillan; 1976.
98. Cross DA. Solving physician-hospital administration conflicts: A physician strategy for the 90s. *Physician executive*. 1992;18(6):39-43.
99. Kaissi A. The role of nursing in bridging the gap between managers and physicians in hospitals. *The health care manager*. 2008;27(2):113-7.
100. Robinson CJ, Villers MS, Johnson DD, Simpson KN. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes: a cost analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2010;202(6):632. e1-. e6.
101. Rayburn JM, Rayburn LG. The changing power equation in hospitals. *Journal of hospital marketing*. 1996;11(2):115-32.
102. Organization for Economic Cooperation and Development. *New Directions in Health Care Policy*. 1995;7:50-97.
103. Newbrander W, Barnum H, Kutzin J, Organization WH. *Hospital economics and financing in developing countries*. World Health Organization; 1992.

104. Ilse RG. Physician perceptions of leadership effectiveness of front-line managers in hospitals: Capella University; 2015.
105. Rashidian A. Policy Making Challenges, and the Need for Introducing Formal Structures for Evidence Informed Decision Making in the Health System. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2013;16(3):258-61. eng.
106. Organization WH. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life: World Health Organization; 2002.
107. Keith JM. A Trust Relationship. *Health Progress* (July/August):. 1991:37-9.
108. Shortell SM. Effective hospital-physician relationships: Health Administration Press; 1991.
109. Klint R. The Revolution Revisited. *Physician Executive*. 1990;16(2):6-7.
110. Hamrock E, Paige K, Parks J, Scheulen J, Levin S. Discrete event simulation for healthcare organizations: a tool for decision making. *Journal of Healthcare Management*. 2013;58(2):110-24.
111. Rouse WB. Health care as a complex adaptive system: implications for design and management. *Bridge-Washington-National Academy of Engineering-*. 2008;38(1):17.
112. Isosaari U. Power in health care organizations: Contemplations from the first-line management perspective. *Journal of Health organization and management*. 2011.
113. Vitalis B. Power Relations among District Health Managers and the Delivery of Health Centre Clinical Care in Ghana: University Of Ghana; 2018.
114. Folland SH, Goodman A, Stano M. The Economics of Health and Health Care. 7th ed. ed: Prentice Hall; 2013.
115. Bruce A. Seaman, Dennis R. Young. *Handbook of Research on Nonprofit Economics and Management*. USA: Edward Elgar; 2010.
116. Newhouse JP. Toward a theory of nonprofit institutions: An economic model of a hospital. *The American economic review*. 1970;60(1):64-74.
117. Lakdawalla D, Philipson T. The nonprofit sector and industry performance. *Journal of Public Economics*. 2006;90(8-9):1681-98.
118. Anup Malani, Tomas Philipson, Guy David. *Theories of Firm Behavior in the Nonprofit Sector*. University of Chicago Press2003:186-88.
119. Pauly M, Redisch M. The not-for-profit hospital as a physicians' cooperative. *The American Economic Review*. 1973;63(1):87-99.
120. Harris JE. The internal organization of hospitals: some economic implications. *The Bell Journal of Economics*. 1977:467-82.
121. Dranove D, Ludwick R. Competition and pricing by nonprofit hospitals: a reassessment of Lynk's analysis. *Journal of Health Economics*. 1999;18(1):87-98.
122. Clotfelter CT. *Who benefits from the nonprofit sector?: University of Chicago Press*; 1992.
123. Sloan FA. Not-for-profit ownership and hospital behavior. *Handbook of health economics*. 2000;1:1141-74.
124. Sepahvand R, Aref-Nejad M, Shariat-Nejad A. Identification and Prioritization of Organizational Inertia Developing Factors Using Fuzzy Delphi. *Journal of New research in decision making*, 2 (1). 2017:95-117.
125. Lai D, Mao C. A Study on factors affecting the mobile learning of undergraduate students in China. *Creative Education*. 2014;2014.

126. Del Val MP, Fuentes CM. Resistance to change: a literature review and empirical study. *Management decision*. 2003.
127. Schon DA. Beyond the stable state: Public and private learning in a changing society. 1971.
128. Smith L. Resistance to change -Recognition and responses. *librarymanagement*. 2005;26(819):519-522.
129. Liao S-h. Problem solving and knowledge inertia. *Expert systems with applications*. 2002;22(1):21-31.
۱۳۰. سپهوند، رضا، سلگی، زهرا، اکبری پشم، فاطمه. ارزیابی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری اینرسی دانشگاهی با استفاده از رویکرد ترکیبی مدل‌سازی ساختاری تفسیری- فازی. نامه آموزش عالی، ۱۳۹۸؛ ۱۲(۴۷): ۵۳-۷۷.
131. Godkin L, Allcorn S. Overcoming organizational inertia: A tripartite model for achieving strategic organizational change. *The Journal of Applied Business and Economics*. 2008;8(1):82.
۱۳۲. سپهوند، عارف نژاد، شریعت نژاد. شناسایی و اولویت‌بندی عوامل ایجادکننده اینرسی سازمانی با استفاده از روش دلفی فازی. پژوهش‌های نوین در تصمیم‌گیری، ۲(۱): ۹۵-۱۱۸، ۱۳۵.
133. Huff AS, Huff JO. When firms change direction: Oxford University Press; 2001.
134. Larsen E, Lomi A. Representing change: a system model of organizational inertia and capabilities as dynamic accumulation processes. *Simulation modelling practice and theory*. 2002;10(5-7):271-۹۶.
۱۳۵. ابراهیمی سید عباس. درآمدی بر اینرسی سازمانی و عوامل تأثیر گذار بر آن در سازمان‌های بخش دولتی ایران. فصلنامه علمی مدیریت سازمان‌های دولتی. ۲۰۱۶؛ ۴(شماره ۱ (پیاپی ۱۳)): ۹۱-۱۰۸.
136. Ahrne, Goran & Papakostas, Apostolis (2001). Inertia and innovation, Stockholm Center for Organizational Research Stockholm, 123-141.
137. Asano A, Eto T, editors. Amakudari as a signal: possible malfunctioning of the amakudari practice under the limited deposit insurance system. Japan Forum; 2005: Taylor & Francis.
138. O'keefe M, Wright G. Non-receptive organizational contexts and scenario planning interventions: A demonstration of inertia in the strategic decision-making of a CEO, despite strong pressure for a change. *Futures*. 2010;42(1):26-41.
۱۳۹. ابطی‌فروشان، زینت‌السادات، فرصتکار، خوشنواپور، ابطی‌فروشان، سیدتی. تحلیل ذینفعان کلیدی با استفاده از ماتریس علاقه قدرت (مطالعه موردی: طرح‌های توسعه میادین منطقه پارس جنوبی). ماهنامه علمی اکتشاف و تولید نفت و گاز، ۱۳۹۴(۱۲۷): ۹-۳۲.
140. Ayatah AK. Examining Stakeholder Management Challenges and their impact on Project Management in the case of Advocacy and empowerment NGOs in the upper East region of Ghana 2012.
141. Aaltonen K. Stakeholder management in international projects. 2010.
۱۴۲. بهادرستانی امیر، قلعه‌نوی منصور، مطهری فریمانی ناصر. طراحی مدل انتظارات ذینفعان کلیدی در پروژه‌های احداث خطوط مترو: مورد مطالعه پروژه ساخت خطوط قطار شهری مشهد. مهندسی عمران امیرکبیر (امیرکبیر). ۱۳۹۷. ۲۴۴-۲۱۷.
۱۴۳. دلاوری، علیرضا، دماري، بهزاد و وثوق مقدم، عباس. اصول و فنون حمایت طلبی در نظام سلامت، تهران: انتشارات طب و جامعه، چاپ دوم. ۱۳۹۱.
144. Hubinette M, Dobson S, Scott I, Sherbino J. Health advocacy. *Medical Teacher*. 2017;39(2):128-35.
۱۴۵. بیدختی مرضیه، دروئی سمیه، حجت‌پناه شایان، معهود محمد. بررسی تأثیر مدیریت ذینفعان در اجرای پروژه‌های قطار شهری (مطالعه موردی: خط ۱ متروی تهران-ایستگاه تجریش). ۱۳۹۷.

۱۴۶. شایان حجت پناه، محمد معهود. شناسایی و تحلیل ذینفعان کلیدی، منافع، منابع قدرت و نحوه تعامل آنان در پروژه های ساخت و ساز با بهره گیری از ماتریس تحلیل ذینفعان (مطالعه موردی: ساخت دانشکده مدیریت و اقتصاد). ۱۳۹۷.
۱۴۷. ثقفی فاطمه، عباسی کلثوم، کشتگاری احسان. طراحی چارچوب شناسایی و اولویت بندی ذینفعان مبتنی بر روش فراتلفیق. ۱۳۹۳.
148. Preble JF. Toward a comprehensive model of stakeholder management. Business and society review. 2005;110(4):407-31.
149. Ginige K, Amaratunga D, Haigh R. Mapping stakeholders associated with societal challenges: A Methodological Framework. Procedia engineering. 2018;212:1195-202.
150. Partridge K, Jackson C, Wheeler D, Zohar A. The Stakeholder Engagement Manual. Volume 1: The Guide to Practitioners' Perspectives on Stakeholder Engagement. Stakeholder Research Associates Canada Inc. 2005.
۱۵۱. عابدی احمد و شواخی علیرضا. مقایسه روش شناسی پژوهش کمی و کیفی در علوم رفتاری. ۱۳۸۹.
- ۱۵۳-۱۶۸.
۱۵۲. شریفی حسن پاشا و نسترن شریفی. روش های تحقیق در علوم رفتاری. ۱۳۸۰. تهران، انتشارات سخن.
۱۵۳. منادی مرتضی. روش کیفی و نظریه سازی. راهبرد. ۱۳۸۹. ۱۰۷-۱۳۴.
۱۵۴. کریمی صدیقه و نصر احمد رضا. روش های تجزیه و تحلیل داده های مصاحبه. فصلنامه پژوهش. سال چهارم، شماره اول، ۱۳۹۱.
155. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of MeasurementS in Health Applied Researches. JRUMS. 2015; 13 (12) :1153-1170
۱۵۶. میرزایی مسعود، منتظری حمیده. استفاده بی رویه از پرسشنامه ها در انجام تحقیقات در ایران: بررسی دو مورد. مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد. ۱۳۹۲.
157. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Research in nursing & health. 2006;29(5):489-97.
158. Vakili MM, Jahangiri N. Content Validity and Reliability of the Measurement Tools in Educational, Behavioral, and Health Sciences Research. Journal of Medical Education Development. 2018;10(28):106-18.
159. Gliem JA, Gliem RR, editors. Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales 2003: Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community
160. Drost EA. Validity and reliability in social science research. Education Research and perspectives. 2011;38(1):105-23.
161. Webb NM, Shavelson RJ, Haertel EH. 4 reliability coefficients and generalizability theory. Handbook of statistics. 2006;26:81-124.
162. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N. Prevalence of internet addiction and related risk factors in students. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2011;20(78):41-8.
163. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications: Sage publications; 2016.
164. Helms JE, Henze KT, Sass TL, Mifsud VA. Treating Cronbach's alpha reliability coefficients as data in counseling research. The counseling psychologist. 2006;34(5):630-60.

165. Sijtsma K. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*. 2009;74(1):107.
166. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of MeasurementS in Health Applied Researches. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015;13(12):1153-70.
167. Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI. The McMaster family assessment device: reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1985;11(4):345-56.
168. Trochim WM. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and program planning*. 1989;12(1):1-16.
169. Oxford advanced learner's dictionary. Oxford, UK: Oxford University Press;2014.
170. Mohamadi B. Observation unit in qualitative study. *Iranian Journal Anthropology Research*. 2013;3(2):149-62.
171. Paterson BL, Bottorff JL, Hewat R. Blending observational methods: Possibilities, strategies, and challenges. *International Journal of Qualitative Methods*. 2003;2(1):29-38.
172. Fry M, Curtis K, Considine J, Shaban RZ. Using observation to collect data in emergency research. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2017;20(1):25-30.
173. Department of Sustainability and Environment (2005) ,Book 3: The Engagement Toolkit.Effective Engagement: building relationships with community and other stakeholders, The Community Engagement Network Resource and Regional Services Division Victorian Government Department of Sustainability and Environment. Retrieved from [http://www.dse.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0003/105825/Book_3 - The Engagement Toolkit.pdf](http://www.dse.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0003/105825/Book_3_-_The_Engagement_Toolkit.pdf).
174. McPherson S, Reese C, Wendler MC. Methodology update: Delphi studies. *Nursing research*. 2018;67(5):404-10.
۱۷۵. ادیب مرتضی، نوروزیان ملکی سعید. چارچوب مفهوم پایداری در طراحی محیط از دیدگاه معماران و معماران منظر. فصلنامه علوم و تکنولوژی محیط زیست. ۱۳۹۸؛ ۲۰(۴):۲۸۳-۳۰۵.
۱۷۶. لطیفیان، احمد. شناسایی، الویت بندی و مقایسه عوامل مؤثر بر انگیزش کارکنان شاغل در فرماندهی انتظامی-مورد مطالعه شهرستان مشهد و تایباد. پژوهش در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی. ۱۳۹۹؛ ۳.
۱۷۷. رضائیان، محسن. مقدمه ای بر پژوهش گروهی متمرکز. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۳۹۹؛ ۱۸(۱):۹۷-۱۰۴.
178. Then KL, Rankin JA, Ali E. Focus group research: what is it and how can it be used? *Canadian journal of cardiovascular nursing*. 2014;24(1).
179. Wong LP. Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Med J*. 2008;49(3):256-60.
180. atashzadeh f, hasani p. Action research: A way to improving quality nursing practice. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2011;6(21):48-58.
181. Glasson JB, Chang EM, Bidewell JW. The value of participatory action research in clinical nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*. 2008;14(1):34-9.
182. Tharwat A. Classification assessment methods. *Applied Computing and Informatics*. 2020.
183. Does R, van den Heuvel E, De Mast J, Bisgaard S. Comparing nonmanufacturing with traditional applications of Six Sigma. *Quality Engineering*. 2002;15(1):177-82.
184. Shahin A, Ahmadi H. Principles and Techniques of Lean Six Sigma. Arkan Danesh, Isfahan. 2008.

185. Näslund D. Lean, six sigma and lean sigma: fads or real process improvement methods? *Business process management journal*. 2008;14(3):269-87.
 186. Chiarini A. Risk management and cost reduction of cancer drugs using Lean Six Sigma tools. *Leadership in Health Services*. 2012;25(4):318-30.
 187. Banihashemi.A SA. Quality Management through Lean methodology or Six Sigma. *tadbir journal* 2010. 2010(222):26-32.
 188. Sager R, Ling E. Leveraging six sigma to improve hospital bed availability. 2008.
 189. Bandyopadhyay JK, Coppens K. The use of six sigma in healthcare. *Intl J Prod Qual Manag*. 2005;5(1):v1e12.
 190. Feng Q, Manuel CM. Under the knife: a national survey of six sigma programs in US healthcare organizations. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2008;21(6):535-47.
 191. J. Liberatore M. Six Sigma in healthcare delivery. *International journal of health care quality assurance*. 2013;26(7):601-26.
۱۹۲. ابوالمعالی. تحلیل کیفی متن: استقرا/قیاس. علوم تربیتی از دیدگاه اسلام. ۱۳۹۲؛ ۱(۱):۸۵-۱۰۲.
۱۹۳. تبریزی. تحلیل محتوای کیفی از منظر رویکردهای قیاسی و استقرایی. فصلنامه علوم اجتماعی. ۱۳۹۳؛ ۲۱(۶۴):۳۸-۱۰۵.
۱۹۴. محمد داودی، امیرحسین و نامور، هومن؛ آمار توصیفی در علوم رفتاری، تهران، روان‌شناسی و هنر، ۱۳۸۶، چاپ اول، ص ۱۷، ۱۹.
195. Verhoest K, Verschuere B, Bouckaert G. Pressure, legitimacy, and innovative behavior by public organizations. *Governance*. 2007;20(3):469-97.
 196. De Bakker F, den Hond F, Van der Plas R, editors. Stakeholder influence strategies and stakeholder-oriented management. The 10th Greening of Industry Network Conference Goteburg; 2002.
 197. Duesing RJ. Stakeholder orientation and its impact on performance in Small Businesses: Oklahoma State University; 2009.
 198. De Colle S. A stakeholder management model for ethical decision making. *International Journal of Management and Decision Making*. 2005;6(3-4):299-314.