

## ارزیابی عملکرد رهبری در بیمارستان های خرم آباد بر اساس سیستم خودسنجی؛ ۱۳۸۶

نادر خالصی<sup>۱</sup> / محمدحسن ایمانی نسب<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** شواهد حاکی از عدم استفاده مدیران بیمارستان های کشور از ابزاری استاندارد برای سنجش عملکرد رهبری و شناسایی نقاط قوت و ضعف جهت طراحی پروژه های بهبود است. هدف این پژوهش آن است سنجش عملکرد رهبری در بیمارستان های خرم آباد است؛ تا به ترویج استفاده از سیستم خودسنجی جهت افزایش بهره گیری از پتانسیل رهبری به عنوان مهمترین عامل بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی کمک کند.

**روش بررسی:** پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی ست. جامعه پژوهش بیمارستان های خرم آباد و دوره مدیران ارشد و میانی آنها بود. برای جمع آوری داده ها از روش کارگاهی استفاده شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه استاندارد Simply Better بوده و از اعتبار و روایی لازم برخوردار است. از هر یک از بیمارستان های دانشگاهی، خصوصی و تأمین اجتماعی، یک بیمارستان با استفاده از روش نمونه گیری ساده در نمونه پژوهش گنجانده شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی ارائه شد.

**یافته ها:** میانگین امتیازات بیمارستان های دانشگاهی، تأمین اجتماعی، و خصوصی در بعد «رهبری سازمانی» به ترتیب ۲۶ درصد، ۲۲ درصد و ۲۱ درصد؛ در بعد «مسئولیت عمومی و شهروندی» به ترتیب ۲۹ درصد، ۳۹ درصد و ۱۸ درصد؛ و در بعد «خلاقیت، مخاطره و نوآوری» به ترتیب ۲۶ درصد، ۳۲ درصد و ۲۲ درصد بود.

**نتیجه گیری:** بیمارستان های دانشگاهی و خصوصی پیشرفت و بهبود مداوم را در تعداد کمی از فرایندهای رهبری خود آغاز کرده اند. در حالی که بیمارستان تأمین اجتماعی پیشرفت و بهبود مداوم را در طیف گسترده ای از فرایندهای رهبری اجرا کرده است. با توجه به این که رهبری نیروی محرکه و پیشبرنده سایر عوامل دستیابی به کیفیت می باشد، پیشنهاد می شود بیمارستان ها نسبت به مستندسازی فرایندهای رهبری، تدوین شاخص هایی برای اندازه گیری میزان پیشرفت آنها، پایش شاخص ها به طور مستمر، شناسایی نقاط قوت و ضعف و زمینه های بهبود و اجرای پروژه های بهبود اقدام نمایند.

**کلید واژه ها:** ارزیابی عملکرد، رهبری، خودسنجی

◇ و وصول مقاله: ۸۷/۴/۲۲، اصلاح نهایی: ۸۷/۱۱/۱۴، پذیرش نهایی: ۸۷/۱۱/۲۷

## مقدمه

تا اواسط قرن بیستم، شیوه متداول در مطالعه رهبری برصفت‌ها یا ویژگی‌های ذاتی رهبری تأکید داشت، اما اخیراً بر چگونگی رفتار رهبری تأکید می‌شود. [۱] فرصت‌های بروز رفتارهای رهبری می‌تواند در موقعیت‌های متعددی پدیدار شود، از یک همکار منفرد گرفته تا کل سازمان. [۲] اکنون سازمان‌ها دیگر نمی‌توانند با اتکای محض به گروهی زبده، اما کوچک از مدیران ارشد، با چالش‌های محیطی روبرو شوند، بلکه باید عقاید، مهارت‌ها، انرژی و هیجان تمامی گروه‌ها را تقویت کنند تا بتوانند موفق گردند. از دهه ۱۹۸۰، مفهوم و عملکرد رهبری تحول پیدا کرده است تا بتواند با این چالش جدید روبرو شود. [۳]

فقدان تعهد و حمایت مدیریت ارشد، یکی از بیشترین علل ناکامی تلاش‌های مدیریت کیفیت فراگیر گزارش می‌شود. [۴] پل دیوید (Paul David) در تحقیق خود رهبری را عامل کلیدی موفقیت در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر می‌داند. [۵] بیشتر تلاش‌های بهبود از رهبری ضعیف آسیب می‌بیند تا از فنون ضعیف. [۶] با ظهور جنبش مدیریت کیفیت فراگیر از دهه ۱۹۵۰، رهبری همواره به عنوان یکی از مهمترین عوامل دستیابی به کیفیت و برتری سازمانی مطرح بوده و یکی از معیارهای ارزیابی سازمان‌های داوطلب دریافت جوایز ملی کیفیت در سراسر دنیا می‌باشد. [۷]

باید انرژی خلاق کارکنان آزاد شود و رهبری کلید این کار است. [۸] رهبری می‌تواند از طریق تأثیر بر بهبود فرایندهای تیمی، نوآوری را افزایش دهد. [۴] سازمان‌ها به عنوان بخشی از جامعه‌ای هستند که به آن خدمات ارائه می‌کنند و می‌توانند در دستیابی مردم به رفاه اجتماعی اثر مستقیمی داشته باشند مشارکت در برنامه ریزی کلان جامعه فرصت‌های لازم برای برقراری ارتباطات مستحکم با جامعه را فراهم می‌سازد. [۹]

خودارزیابی به مفهوم بازنگری منظم، نظام مند و جامع از فعالیت‌های سازمان و نتایج آن بر اساس یک مدل تعالی است فرایند خودارزیابی به سازمان امکان می‌دهد تا نقاط قوت و زمینه‌های بهبود را به روشنی شناسایی کرده و اقدامات بهبود را برنامه‌ریزی کند. امتیاز یکی از

خروجی‌های فرایند خودارزیابی است که مبنایی برای مقایسه عملکرد سازمان با گذشته خود و سایرین است. [۱۰] از بین بیش از ۳۰۰۰۰ سازمان استفاده‌کننده از مدل تعالی EFQM (European Foundation of Quality Management) سرتاسر اروپا در سال ۲۰۰۲، ۸۰ درصد آنان خودارزیابی را دلیل استفاده از مدل برشمرده‌اند. [۱۱] سازمان‌هایی که تفکر بهبود مستمر به عنوان یک اصل و ارزش در آنها نهادینه شده است، همواره به شناسایی و درک وضعیت و موقعیت خود علاقه مند هستند. زیرا آنها به خوبی دریافته‌اند که این گونه بهتر می‌توانند برای آینده و نحوه دستیابی به اهداف‌شان تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی نمایند. سازمان‌ها با خودارزیابی به طور منظم الگوی مدیریتی‌شان را با الگوی معرفی شده از سوی مدل محک زده و زمینه‌های بهبود را جهت رسیدن به مقصد و برتری در کسب و کار طراحی می‌نمایند. [۱۰]

شواهد موجود حاکی از عدم استفاده مدیران بیمارستان‌های کشور از ابزاری استاندارد برای سنجش عملکرد رهبری و شناسایی نقاط قوت و ضعف جهت طراحی پروژه‌های بهبود می‌باشد. این پژوهش بر آن است با سنجش عملکرد رهبری در بیمارستان‌های خرم‌آباد به ترویج استفاده از سیستم خودسنجی به منظور افزایش بهره‌گیری از پتانسیل رهبری به عنوان مهمترین عامل در بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی کمک کند. در این مطالعه عملکرد رهبری در سه بعد «رهبری سازمانی»، «مسئولیت عمومی و شهروندی» و «اخلاقیت، مخاطره و نوآوری» مورد سنجش قرار گرفته است.

## روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع پژوهش توصیفی - مقطعی بود و بیمارستان‌های خرم‌آباد و دوره مدیران ارشد و میانی آنها شامل رییس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون، سوپروایزر، رییس بخش آزمایشگاه، رییس بخش رادیولوژی، رییس داروخانه و سوپروایزرهای در گردش، جامعه پژوهش آن بودند. با توجه به گنجاندن یک بیمارستان از هر یک از انواع بیمارستان‌های دانشگاهی، خصوصی و

مداوم در فرایندهای آن به شرح زیر تفسیر شد: ۰ تا ۱۰ درصد - بهبود مداوم اصلاً یا به ندرت، ۱۰ تا ۳۰ درصد - در تعداد کمی از فرایندها، ۳۰ تا ۶۰ درصد - بهبود مداوم در تعداد زیادی از فرایندها، ۶۰ تا ۸۰ درصد - بهبود مداوم در تمام سازمان، ۸۰ تا ۱۰۰ درصد - سازمان دارای کلاس جهانی. [۱۲]

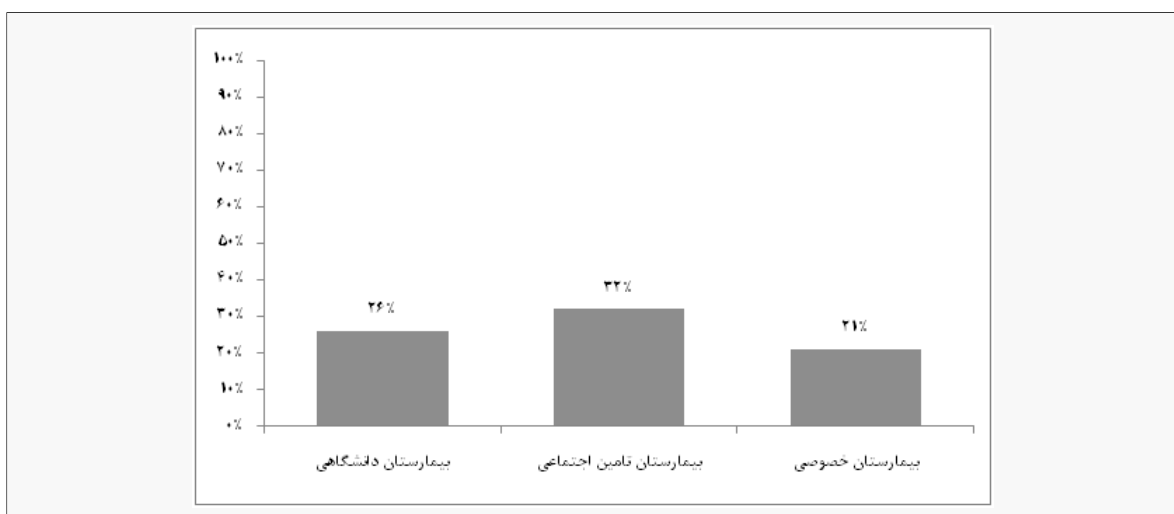
در جلسه پنجم، با استفاده از روش بارش افکار نقاط قوت و زمینه‌های بهبود در هر یک از ابعاد سه گانه رهبری شناسایی و مهم‌ترین آنها با استفاده از روش رأی‌گیری متعدد انتخاب گردید.

#### یافته‌ها

نمودار ۱ نشان می‌دهد از بین بیمارستان‌های مورد مطالعه بیمارستان تأمین اجتماعی با کسب ۳۲ درصد امتیاز در بعد رهبری سازمانی حایز بیشترین امتیاز و بیمارستان خصوصی با کسب ۲۱ درصد حایز کمترین امتیاز گردید. میانگین کل امتیاز کسب شده بیمارستان‌های مورد مطالعه در این بعد ۲۶ درصد بود. از بین متغیرهای مختلف بعد رهبری سازمانی بیشترین امتیاز با ۳۰ درصد مربوط به متغیر «درک رسالت، دورنما و ارزش‌ها توسط کارکنان» و کمترین آن با ۲۲ درصد امتیاز مربوط به متغیرهای «جامعیت در رهبری» و «بهبود سیستم رهبری از طریق فرایند بازبینی» بود.

تأمین اجتماعی در نمونه پژوهش حجم نمونه ۴۵ نفر بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه استاندارد مؤسسه SimplyBetter وزارت کار آمریکا بود که حاوی ۲۵ سؤال بوده و در حوزه پژوهش از روایی و پایایی لازم برخوردار است. برای جمع‌آوری داده‌ها از تکنیک کارگاه استفاده شد. برای اجرای تکنیک کارگاه، مدیران ارشد و میانی هر یک از بیمارستان‌های مورد مطالعه در قالب یک تیم سازماندهی شده و پژوهشگر نقش تسهیل‌گر فرایند را به عهده داشت. در هر یک از بیمارستان‌های مورد مطالعه مراحل زیر انجام شد:

در جلسه اول پژوهشگر اصول کارگاه خودارزیابی و تکنیک اجرای آن را به اعضای تیم آموزش داد. جلسه دوم به مرور سؤالات خودارزیابی و بحث روی آنها اختصاص یافته، نمونه سؤالات برای جمع‌آوری داده‌ها در اختیار اعضای تیم قرار گرفت. سپس اعضای تیم بر اساس سؤالات به جمع‌آوری داده‌ها از طریق مشاهده، مصاحبه با مشتریان و بررسی مستندات اقدام نمودند. جلسه سوم به پاسخگویی به سؤالات اختصاص داشت. در جلسه چهارم، وقتی که تیم از پاسخ داده شده به هر سؤال درک کامل و درستی به دست آورد، به هر یک از سؤالات امتیاز داده شد. اختصاص امتیاز به هر یک از سؤالات از طریق بحث و اجماع انجام شد. امتیاز کسب شده رهبری و وضعیت بهبود



نمودار ۱: درصد امتیاز مکتسبه بیمارستان‌های مورد مطالعه در بعد رهبری سازمانی



و کمترین آن با ۱۵ درصد مربوط به متغیر «مشارکت مستقیم در امور جامعه فراتر از کمک ها» بود.

جدول ۲ نشان می دهد از بین بیمارستان های مورد مطالعه بیمارستان تأمین اجتماعی با کسب ۳۲ درصد امتیاز در بعد خلاقیت، مخاطره و نوآوری حایز بالاترین امتیاز و بیمارستان های دانشگاهی و خصوصی با کسب ۲۶ درصد حایز پایین ترین امتیاز گردیدند. میانگین کل امتیاز کسب شده بیمارستان های مورد مطالعه در بعد خلاقیت، مخاطره و نوآوری ۲۸ درصد بود. بیشترین امتیاز بیمارستان های

جدول ۱ نشان می دهد از بین بیمارستان های مورد مطالعه بیمارستان تأمین اجتماعی با کسب ۳۹ درصد امتیاز در بعد مسئولیت عمومی و شهروندی حایز بالاترین امتیاز و بیمارستان خصوصی با کسب ۱۸ درصد حایز پایین ترین امتیاز گردید. میانگین کل امتیاز کسب شده بیمارستان های مورد مطالعه در بعد مسئولیت عمومی و شهروندی ۲۹ درصد بود. از بین متغیرهای بعد مسئولیت عمومی و شهروندی بیشترین امتیاز با ۴۷ درصد مربوط به متغیر «آگاهی از برداشت های عمومی از اثر خدمات و نتایج خود»

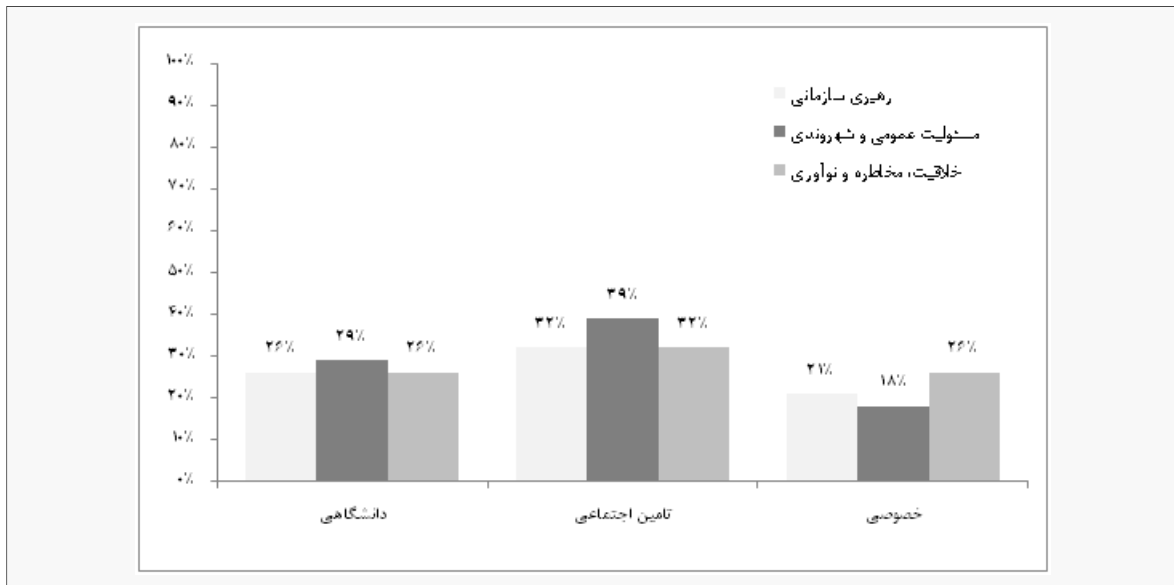
**جدول ۱: درصد امتیازات مکتسبه بیمارستان های مورد مطالعه در بعد مسئولیت عمومی و شهروندی**

متغیر	بیمارستان	دانشگاهی	تأمین اجتماعی	خصوصی	میانگین
تاکید بر قوانین به عنوان حوزه پیشرفت	۲۰٪	۳۵٪	۱۰٪	۲۲٪	
آگاهی از برداشت های عمومی	۵۰٪	۷۰٪	۲۰٪	۴۷٪	
اعمال قانون اخلاقی قوی	۳۰٪	۴۰٪	۳۰٪	۳۳٪	
تشویق و حمایت از خدمات کارکنان	۲۵٪	۳۵٪	۲۰٪	۲۷٪	
مشارکت مستقیم در امور جامعه	۲۰٪	۱۵٪	۱۰٪	۱۵٪	
میانگین	۲۹٪	۳۹٪	۱۸٪	۲۹٪	

**جدول ۲: درصد امتیازات مکتسبه بیمارستان های مورد مطالعه در بعد خلاقیت، مخاطره و نوآوری**

متغیر	بیمارستان	دانشگاهی	تأمین اجتماعی	خصوصی	میانگین
تشویق کارکنان به ابراز نظر	۳۵٪	۳۵٪	۱۵٪	۲۸٪	
تشویق و حمایت از کارکنان نوآور	۳۰٪	۳۰٪	۱۵٪	۲۵٪	
قدردانی و اعطای پاداش	۲۰٪	۴۰٪	۱۰٪	۲۳٪	
سرمایه گذاری بر پروژه های نوآورانه	۲۰٪	۳۰٪	۱۵٪	۲۲٪	
تأمین منابع برای فرصت های ارزشمند	۲۵٪	۲۵٪	۳۵٪	۲۸٪	
میانگین	۲۶٪	۳۲٪	۲۶٪	۲۸٪	





نمودار ۲: درصد امتیازات مکتسبه بیمارستان های مورد مطالعه در ابعاد مختلف رهبری

امتیاز پیشرفت و بهبود مداوم را در طیف گسترده ای از فرایندهای رهبری در بخش های متعدد سازمان خود اجرا کرده است. کسب امتیاز بیشتر در بیمارستان تأمین اجتماعی را می توان به اجرای مدل تضمین کیفیت (Assurance Standard Organization) (QA) و کسب گواهی نامه (International Organization for Standardization) (ISO) در سال ۱۳۸۳ نسبت داد. کسب امتیاز بیشتر در بیمارستان دانشگاهی نسبت به بیمارستان خصوصی را می توان به دانشگاهی بودن آن و آموزش مدیریت کیفیت فراگیر به کلیه پرسنل آن در سال ۱۳۸۰ منتسب کرد.

مک کارتی (Grace Mc Carthy) و دیگران در مطالعه خود سازمان های مختلف را بر حسب امتیازهایی که در فرایند خودارزیابی به دست می آورند در پنج دسته «مبتدی ها»، «باری به هر جهت ها»، «بهبودیافته ها»، «برندگان جایزه» و «جهان ترازاها» تقسیم می کنند. براساس این مطالعه سازمان هایی که دامنه امتیاز آنها بین ۱۰ درصد تا ۳۵ درصد باشد در دسته «باری به هر جهت ها» قرار می گیرند. [۱۳] با مقایسه میانگین کل امتیازات بیمارستان های مورد مطالعه با دسته بندی مک کارتی و دیگران می توان گفت: همه بیمارستان های مورد مطالعه در همه ابعاد عملکرد رهبری در دسته باری به هر جهت ها قرار داشتند.

مورد مطالعه در بعد «خلاقیت، مخاطره و نوآوری» با کسب ۳۰ درصد مربوط به متغیر «تشویق کارکنان به ابراز آزادانه نظرات» و کمترین آن با کسب ۲۲ درصد امتیاز مربوط به متغیر «سرمایه گذاری روی پروژه های نوآورانه» بود.

به طور کلی بیشترین امتیاز بیمارستان های مورد مطالعه در همه ابعاد عملکرد رهبری با کسب ۳۴ درصد مربوط به بیمارستان تأمین اجتماعی و کمترین آن با کسب ۲۲ درصد مربوط به بیمارستان خصوصی بود. همچنین بیمارستان های مورد مطالعه از بین ابعاد مختلف پژوهش بیشترین امتیاز را در بعد مسئولیت عمومی و شهروندی با ۲۹ درصد امتیاز و کمترین آن را در بعد رهبری سازمانی با ۲۶ درصد کسب کردند. میانگین کل امتیاز کسب شده بیمارستان های مورد مطالعه در همه ابعاد عملکرد رهبری نیز ۲۸ درصد بود.

### بحث و نتیجه گیری

تفسیر سیستم خودسنجی از یافته های پژوهش این است که بیمارستان های دانشگاهی و خصوصی به ترتیب با کسب درصد ۲۷ و درصد ۲۲ امتیاز اجرای بهبود مداوم را در تعداد کمی از فرایندهای مربوط به رهبری آغاز کرده اند، در حالی که بیمارستان تأمین اجتماعی با کسب درصد ۳۴



لويس ماریا کالینگو (Luis Maria R. Calingo) در مطالعه خود طی سال های ۲۰۰۶-۱۹۹۵ امتیاز کسب شده سازمان های مراقبت سلامت آمریکا بر اساس مدل خودارزیابی بالدریج در معیار رهبری را در سال ۱۹۹۵، ۳۸ درصد ذکر می کند که به یافته های پژوهش حاضر نزدیک است. این امتیاز در سال ۲۰۰۶ به ۵۴ درصد رسیده که نشان دهنده نقش بارز فرایند خودارزیابی در بهبود فرایندهای رهبری است. [۱۴]

سان چز و دیگران (E. Sanchez et al) در مطالعه بیمارستان های ایالت باسکیو (Basque) اسپانیا طی سال های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۳ دریافتند تعداد بیمارستان های استفاده کننده از مدل خودارزیابی EFQM از ۶۰ درصد در سال ۱۹۹۶ به ۸۹ درصد در سال ۲۰۰۳ رسیده است. در این مطالعه دپارتمان کیفیت مراقبت سلامت ابتدا یک دوره آموزشی خودارزیابی بر اساس مدل EFQM برگزار کرد. اغلب یک کارشناس ناظر به عنوان تسهیل کننده در کارگاه ها حضور داشت. شرکت کنندگان در کارگاه های خودارزیابی معمولاً بین ۵ تا ۲۰ نفر از اعضای هیأت مدیره بیمارستان ها بودند که از طریق بحث و اجماع و با استفاده از منطق رادار (Results, Approach, Deployment, Assessment and Review) (RADAR) هر دو سال یک بار به معیارهای مختلف در بیمارستان خود امتیاز داده و برنامه های بهبود را طراحی و اجرا کردند، به طوری که امتیاز معیار رهبری در خودارزیابی طی سال های ۷-۱۹۹۶ از ۲۷ درصد به ۳۰ درصد طی سال های ۹۸-۱۹۹۰ رسید. برنامه های بهبود بعدی در سال های ۱-۲۰۰۰ و ۳-۲۰۰۲ به کسب امتیازات به ترتیب ۴۰ درصد و ۳۸ درصد منجر شد. [۱۵]

نابیتز و دیگران (V. Nabitz, et al) در خودارزیابی مرکز پزشکی جلینک (Jellinek) واقع در هلند در طی سال های ۶-۱۹۹۴ که بر اساس مدل EFQM رهبری را یکی از نقاط قوت و عدم ایجاد سیستم های اندازه گیری از نقاط ضعف مرکز فوق اعلام کردند. مدیر مرکز جلینک با استفاده از بازخورد به دست آمده یک برنامه بهبود کیفیت طراحی و اجرا نمود به طوری که پس از ۲ سال امتیاز مرکز در معیار رهبری به ۵۷ درصد رسید. [۱۶]

دهنوی در مطالعه خود تحت عنوان «خودارزیابی در بیمارستان هاشمی نژاد تهران بر اساس مدل تعالی» ۴۸۳۱- EFQM که به روش پرسشنامه ای انجام شده، میزان امتیاز کسب شده در معیار رهبری را ۸۰ درصد ذکر کرده است [۲۰] که بر اساس سیستم خودسنجی به معنای آن است که بیمارستان مذکور در تمام بخش های خود دارای کلاس جهانی و فرایندهای پیچیده منحصر به فردی است و خود فرایند خودارزیابی را نیز دائماً بهبود می بخشد یا بر اساس مطالعه مک کارتی و دیگران کسب امتیاز مذکور بیمارستان هاشمی نژاد تهران را در دسته «برندگان جایزه» قرار می دهد. این در حالی است که میانگین امتیاز کسب شده در معیار رهبری در سازمان های داوطلب جایزه کیفیت اروپا بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۲ میلادی بین ۵۱ تا ۸۰ درصد بوده است. [۱۷] کسب امتیاز ۸۰ درصد در بیمارستان هاشمی نژاد تهران (دانشگاهی) در مقایسه با بیمارستان دانشگاهی مورد مطالعه می تواند ناشی از تفاوت روش پژوهش در این دو مطالعه باشد.

ایزدی در پایان نامه کارشناسی ارشد خود تحت عنوان «ارزیابی عملکرد بیمارستان های تأمین اجتماعی استان تهران بر اساس الگوی تعالی سازمانی» EFQM که در سال ۱۳۸۴ به انجام رسانده، میانگین عملکرد بیمارستان های البرز کرج و پانزده خرداد و رامین را در معیارهای رهبری و نتایج جامعه به ترتیب ۴۲/۱ درصد و ۳۵/۸ درصد ذکر کرده است [۱۸] که با یافته های این پژوهش در بیمارستان مشابه - تأمین اجتماعی - به ترتیب ۳۴ درصد و ۳۹ درصد تفاوت چندانی ندارد.

مژده کار در پایان نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان «ارزیابی عملکرد بیمارستان آیت ا... کاشانی تهران (تأمین اجتماعی) بر اساس الگوی مالکوم بالدریج-۱۳۸۴» در معیار رهبری سازمانی به امتیاز ۴۱ درصد و در معیار مسئولیت عمومی و شهروندی به امتیاز ۴۰ درصد دست یافت [۱۹] که با یافته های این پژوهش در بیمارستان تأمین اجتماعی در معیارهای مذکور به ترتیب ۳۴ درصد و ۳۹ درصد نزدیک هستند.



## References

1. Stoner JAF, Freeman RE, Gilbert DR. Management (Parsayan A, A'arabi SM, Trans.). Tehran: Cultural Research Bureau; 2001. [Persian]
2. Tabibi SJ, Maleki M. Leadership skills development. Tehran: Simaye Farhang; 2005. [Persian]
3. Iran Quality Management Association. Leadership. Tehran: The Institute of Standards & Industrial Research of Iran; 2005. [Persian]
4. Cutter JP. Change Leadership (Irannajhad-Parizi M, Selseleh M, Trans.). Tehran: Institute of Research and Training Management; 2005. [Persian]
5. Hirtz PD. Effective leadership for total quality management [Thesis]. Rolla: University of Missouri; 2002.
6. Miler LM. From Management to Leadership (Irannajhad-Parizi M, Trans.). Tehran: Nashr-E Modiran; 2003. [Persian]
7. Farsi-Abasabadi G. Knowing about Makolm Baldrige Award. Tehran: Niktab; 2003. [Persian]
8. Wager TH, Rondeua KV. Total Quality commitment and performance in Canadian health care organizations. International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating Leadership in Health Services 1998; 1(4): i-vii.
9. Dehghan R. Managers guidance for quality improvement in Emergency Medical Services. Tehran: Seh Ostad; 2006. [Persian]
10. Amiri MR, Sakai SMR. Guidance of organization performance assessment. Tehran: Institute of productivity studies and human resources; 2006. [Persian]
11. Tayebi AK. Criteria illustration of organizational Excellence Model (EFQM). Tehran: Institute of TUV Academy Iran-Germany; 2006. [Persian]
12. Tabibi SJ, Maleki MR. Self-Assessment System (leadership). Tehran: Simay-E Farhang; 2005. [Persian]
13. McCarthy G, Greatbanks R, Yang JB. Guidelines for

## پیشنهادهات

- ۱- با توجه به این که خودسنجی اساس هر پیشرفتی است بیمارستان ها با استفاده از یکی از مدل های تعالی سازمانی به طور مستمر به انجام خودارزیابی های دوره ای از عملکرد رهبری خود بپردازند تا ضمن اطلاع از جایگاه خود در مسیر بی پایان کیفیت، زمینه تدوین پروژه های بهبود و مقایسه با سایر بیمارستان ها فراهم شود.
- ۲- با توجه به اهمیت بیانیه های رسالت، دورنما و ارزش های سازمان به عنوان پایه ای برای اعمال رهبری در پیشنهاد می شود بیانیه های مذکور با استفاده از یکی از مدل های برنامه ریزی استراتژیک تدوین شده، با استفاده از کانال های متعدد ارتباطی به کلیه ذینفعان سازمان اطلاع رسانی شده و میزان درک آنان از رسالت، دورنما و ارزش های سازمان به صورت دوره ای مورد پایش قرار گیرد.
- ۳- مستندسازی فرایندهای مربوط به «رهبری سازمانی»، «مسئولیت عمومی و شهروندی»، «خلافت، مخاطره و نوآوری» در بیمارستان، تدوین شاخص هایی برای اندازه گیری میزان پیشرفت در آنها، پایش شاخص ها به طور مستمر و یادگیری و بهبود براساس فرایند بازبینی، پایه های اصلی خودارزیابی را تشکیل می دهند.
- ۴- استقرار نظام پیشنهادهات در بیمارستان، استقبال از نظرات و ایده های جدید و ابتکاری کارکنان، شناسایی، تقدیر و اعطای پاداش به بهترین ایده ها و اختصاص پول و سایر منابع جهت اجرای آنها از عوامل مهم رشد خلافت و نوآوری در بیمارستان محسوب می شود.
- ۵- پایش خطرات بیمارستان برای جامعه به خصوص پسمانده های بیمارستانی و تلاش جهت کاهش آنها، فعالیت واحد مددکاری اجتماعی، استقرار نظام پیشگیری از خطاهای پزشکی، مشارکت متخصصین بیمارستان در طراحی و اجرای برنامه های پیش گیری و ارتقاء سلامت (پزشکی جامعه نگر) از جمله مسئولیت های عمومی و شهروندی بیمارستان ها محسوب می شوند که پرداختن به آنها موجب جلب اعتماد بیماران و مراجعین و به حسن شهرت بیمارستان ها منجر می شود.

assessing organizational performance against the EFQM model of excellence using the radar logic. Quality Management Journal 2004; 13(2): 24-30.

14. Calingo LMR. The Baldrige Award Road map to performance Excellence. 2007. Available From: URL: [www.opdc.go.th/uploads/files/baldrige.pdf](http://www.opdc.go.th/uploads/files/baldrige.pdf)

15. Sanchez E, et al. A descriptive study of implementations of EFQM excellence model and underlying tools in the Basque health service 2007. International Journal for Quality in Health Care 2006; 18(1): 58-65.

16. Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. International Journal for Quality in Health Care 2000; 12(3): 191-201.

17. Dehnavi R. Self-assessment in Hasheminejhad hospital based on EFQM Excellence Model-2006. 7th International Conference of Quality Managers; 2006 Aug 09; Tehran, Iran. [Persian]

18. Izadi AR. Performance assessment of Social Security hospitals of Tehran province based on organizational excellence model [M.Sc. Thesis]. Tehran: Islamic Azad University, Science and Research Branch; 2006. [Persian]

19. Mozhdehkar R. Performance assessment of Ayatollah Kashani hospital of Tehran based on Malcolm Baldrige Model [M.Sc. Thesis]. Tehran: Islamic Azad University, Science and Research Branch; 2006. [Persian]



## Assessment of leadership performance based on self-assessment system (Khorramabad hospitals 2006-2007)

Khalesi N.<sup>1</sup> / Imani-Nasab M.H.<sup>2</sup>

### Abstract

**Introduction:** The evidences suggests that Iranian hospital managers do not apply a standard device for assessing leadership performance, and identifying strong and weak points to devise the executive plans required to improve leadership. The present study was aimed to promote the application of self-assessment system through measuring leadership performance at the Khorramabad hospitals, to increase the use of leadership potentials as the most important factor to improving the quality of hospital services.

**Methods:** The present study is a descriptive, cross-sectional research. The study population including of Khorramabad hospitals, as well as middle and senior managers. The workshop method and the Simply Better Standard Questionnaire, having the needed reliability and validity, was used for collecting data.. Among teaching, private, and social security hospitals, one of each group was included in the research thorough simple sampling method. The data are presented by descriptive statistics.

**Results:** The mean scores of studied hospitals: teaching, social security and private in "organizational leadership," dimension were 26%, 32% and 21% respectively; in "citizenship and public responsibility," dimensions were 29%, 39% and 18% respectively, and in "creativity, risk, and innovation" dimension were 26%, 32%, and 22% respectively.

**Conclusion:** According to our findings, the teaching hospital and the private hospital have both started permanent improvements in a few number of their leadership dimensions. The social security hospital, however, has showed a permanent improvement in a wide spectrum of its leadership dimensions. Since leadership proves to be a driving force for other factors to maintain quality, it is suggested that hospitals take actions to document their leadership processes, compile the indices to measure their achievements, constantly make the indices permanent, and identify the strong and weakness points, and grounds for improvement, and conduct improvement plans.

**Keywords:** *performance assessment, leadership, self-assessment*

1- Assistant Professor, School of Management and Medical information Science, Iran University of Medical Sciences

2- M.Sc. of Health service Management, School of Management and Medical information Science, Iran University of Medical Sciences