

## نقش مدیریت مشارکتی (نظام پیشنهادها) در میزان اثربخشی و کارایی بیمارستان

علی محمد مصدق راد<sup>۱</sup>

### چکیده مقاله

**مقدمه.** استفاده نامطلوب از منابع موجود، کمبود منابع و افزایش هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی نیاز به انجام مطالعاتی در زمینه بهره‌وری سازمانهای بهداشتی و درمانی و بکارگیری تکنیک‌های نوین مدیریت را در این زمینه گوشزد می‌سازد.

**روشها.** این پژوهش توصیفی، موردی، مداخله‌ای، پیمایشی، کیفی و کاربردی با هدف بررسی نقش مدیریت مشارکتی (نظام پیشنهادها) در میزان اثربخشی و کارایی بیمارستان شهید فیاض بخش تهران در سال ۱۳۷۹ انجام شده است. جامعه پژوهش شامل کلیه کارکنان رسمی و قراردادی بیمارستان می‌باشد. با مصاحبه حضوری پژوهشگر ماهیت و اهداف پژوهش برای کارکنان توضیح و فرم پیشنهادها در اختیار آنها قرار داده شد. پرسشنامه ارزشیابی رضایتمندی بیماران نیز برای سنجش میزان رضایت بیماران بستری در بیمارستان از خدمات ارائه شده و جمع‌آوری پیشنهادها کاربردی و اصلاحی آنها پس از توضیح ماهیت و اهداف پژوهش در اختیار آنها قرار داده شد. پیشنهادهای جمع‌آوری شده پس از بررسی در کمیته راهبری بیمارستان و تصویب نهایی به اجرا در آمد.

**نتایج.** شاخص میانگین درصد اشغال تخت بیمارستان در سال ۱۳۷۹ نسبت به سال ۱۳۷۸ حدود ۱/۵۷ درصد کاهش یافته است. این کاهش به‌خاطر افزایش تعداد تخت‌های فعال بیمارستان و کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان بوده است. شاخص میانگین اقامت بیمار در بیمارستان در سال ۱۳۷۹ نسبت به سال ۱۳۷۸ حدود ۷/۱۳ درصد کاهش یافته است. شاخص گردش تخت بیمارستان در سال ۱۳۷۹ نسبت به سال ۱۳۷۸ حدود ۵/۶۴ درصد افزایش یافته است. شاخص وقفه گردش تخت بیمارستان در سال ۱۳۷۹ نسبت به سال ۱۳۷۸ حدود ۵/۵۶ درصد کاهش یافته است. میزان رضایتمندی بیماران از خدمات بیمارستانی در پایان مطالعه به میزان ۱۱/۶ درصد نسبت به شروع مطالعه افزایش و بهبود یافت.

**بحث.** بکارگیری مدیریت مشارکتی (نظام پیشنهادها) در صورت ثبات و تعهد مدیریت و فراهم نمودن پیش زمینه‌های لازم، موجب بهبود اثربخشی و کارایی بیمارستان خواهد شد.

● واژه‌های کلیدی: مدیریت مشارکتی - نظام پیشنهادها - کارایی - اثربخشی - رضایتمندی بیماران - بیمارستان

### مقدمه

امروزه با محدودیت منابع و رشد فزاینده تقاضا روبرو هستیم، لذا لزوم

کاهش اتلاف منابع و استفاده مطلوب از آنها بر همگان روشن است. محدودیت منابع در اقتصاد بهداشت و درمان مهمترین دلیل توجه به امر بهره‌وری و استفاده صحیح با بازدهی مطلوب از امکانات موجود در تمامی حوزه‌های مدیریتی بهداشت و درمان است. در حال حاضر، بیمارستانها به عنوان پرهزینه‌ترین بخش نظام بهداشت و درمان که سهم عمده‌ای از تولید ناخالص ملی را به خود اختصاص می‌دهند، نیازمند توجه ویژه‌ای می‌باشند. با توجه به اینکه کمبود منابع بیمارستانی اعم از نیروی انسانی، لوازم و تجهیزات گرانبه، افزایش ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را با محدودیت مواجهه می‌سازد، لذا مهمترین راه برای افزایش کارایی، بکارگیری صحیح و منطقی منابع موجود می‌باشد و انجام این خواسته بجز از طریق اعمال مدیریت صحیح و ارزیابی منطقی بازده حاصله امکان‌پذیر نخواهد بود (۱).

مفاهیم مدیریت کیفیت فراگیر که چند دهه است توسعه یافته و هر سال نیز با اصلاحاتی جدید و با عنوانی جدید ارائه می‌گردد، خلاقیت‌هایی را در جهت تلاش مداوم به‌سمت توسعه و بهبود عملکرد سازمانی ارائه می‌دهد. بکارگیری روشهای علمی، کنترل آماری کیفیت، برنامه‌ریزی استراتژیک، حل گروهی مسأله و مدیریت مشارکتی موجب تقویت مدیریت کیفیت فراگیر خواهد شد (۲ و ۳ و ۴). موفقیت مدیریت کیفیت فراگیر با تغییر الگوی مدیریتی از سبک اقتدارطلبی محض به سمت مدیریت مشارکتی صحیح قابل حصول خواهد بود (۱، ۸-۵).

مدیریت مشارکتی عبارتست از بوجود آوردن فضا و نظامی توسط مدیریت که تمام کارکنان، مشتریان و پیمانکاران سازمان در روند تصمیم‌گیری و حل مسایل و مشکلات سازمان با مدیریت همکاری و مشارکت کنند (۹). مدیریت مشارکتی به عنوان مکانیسمی مناسب و مشتری‌گرا به شکل‌های گوناگون در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفت و نتایج جالب توجهی را به همراه داشته است. یکی از ساده‌ترین و در عین حال مفیدترین شیوه‌های اجرایی مدیریت مشارکتی، نظام پیشنهادها (نظام دریافت و بررسی پیشنهادها) می‌باشد که به دنبال بهره‌گیری از نظرات و پیشنهادها کارکنان، مشتریان و پیمانکاران در جهت ارتقای اثربخشی، کارایی و در نهایت بهره‌وری سازمان می‌باشد.

۱- گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

بیمارستانی مورد بررسی قرار گرفته است. موارد شکایات بیماران از خدمات بیمارستانی مورد بررسی قرار گرفته و در صورت امکان بیمارستان برطرف شده است.

در پایان دوره مطالعه، شاخص‌های مرتبط با کارایی بیمارستان (ضریب اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار، گردش تخت و فاصله گردش تخت بیمارستان) در سال ۱۳۷۹ تعیین و با سال ۱۳۷۸ مقایسه شده است تا میزان بهبود حاصله مشخص گردد. میزان رضایتمندی بیماران نیز به عنوان یکی از شاخص‌های اثربخشی بیمارستان همانند ابتدای دوره مطالعه با استفاده از همان پرسشنامه تعیین گردید (پرسشنامه‌ها به صورت سرشماری توزیع گردید).

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد پردازش قرار گرفت. در داده‌های کمی از محاسبه میانگین و انحراف معیار و در داده‌های کیفی از محاسبه فراوانی مطلق و نسبی استفاده شده است. برای بررسی عوامل مؤثر بر رضایت بیمار از آزمون کای دو و برای تعیین معنا دار بودن ارتباط بین متغیرها از آزمون‌های پیرسون و اسپیرمن با فرض خطای آلفا معادل ۵ درصد استفاده شد.

### نتایج

از بین کلیه کارکنان رسمی و قراردادی بیمارستان (۸۶۹ نفر) حدود ۱۵۷ نفر (۱۸/۰۶ درصد) در این طرح پژوهشی شرکت نموده‌اند که ۵۵/۴۲ درصد آنها زن و ۴۴/۵۸ درصد آنها مرد بوده‌اند. از کلیه کسانی که در این طرح پژوهشی شرکت نموده‌اند، ۷۵۴ پیشنهاد دریافت شده است. به عبارتی ۴/۸ پیشنهاد به ازای هر پیشنهاد دهنده و ۰/۹ پیشنهاد به ازای هر کارمند بیمارستان دریافت شده است. (در سال ۱۳۷۷ متوسط نفر پیشنهاد برای سازمانهای دولتی کشور حدود ۰/۵ نفر پیشنهاد در سال بوده است). بیشترین گروه پیشنهاد دهنده در رده سنی بین ۳۴-۳۰ سال (۲۷/۳۹ درصد)، رده تحصیلی کارشناسی (۴۷/۷۷ درصد)، رده شغلی بالینی (۷۱/۳۳ درصد) و با سابقه کاری بین ۱۴-۱۰ سال (۲۶/۶۶ درصد) بوده‌اند.

شاخص میانگین درصد اشغال تخت بیمارستان در سال ۱۳۷۹ نسبت به سال ۱۳۷۸ حدود ۱/۵۷ درصد کاهش یافته است. شاخص میانگین اقامت بیمار در بیمارستان در سال ۱۳۷۹ نسبت به سال ۱۳۷۸ حدود ۷/۱۳ درصد کاهش یافته است. شاخص گردش تخت بیمارستان در سال ۱۳۷۹ نسبت به سال ۱۳۷۸ حدود ۵/۶۴ درصد افزایش یافته است. شاخص وقفه گردش تخت بیمارستان در سال ۱۳۷۹ نسبت به سال ۱۳۷۸ حدود ۵/۵۶ درصد کاهش یافته است. میزان رضایتمندی بیماران از خدمات بیمارستانی از ۴/۱۶ امتیاز (درجه متوسط رضایتمندی) در شروع مطالعه به ۴/۱۶ امتیاز (درجه خوب رضایتمندی) در پایان مطالعه بهبود یافت.

نظام پیشنهادها که مشارکت فکری کارکنان، مشتریان و پیمانکاران سازمان با مدیریت بوده، بدین معنا است که مدیریت فضا و امکاناتی را در سازمان بوجود می‌آورد که کلیه کارکنان، مشتریان و پیمانکاران، نظرات، ایده‌ها و پیشنهادهای خود را در زمینه حل مشکلات و نارسایی‌ها و ایجاد بهبود مستمر در فعالیت‌های سازمان به مدیریت ارائه می‌نمایند و مدیریت پس از بررسی پیشنهادها، مواردی را که قابل اجرا تشخیص می‌دهد، به اجرا می‌گذارد و برای دوام ارائه پیشنهاد، پاداش مناسبی به پیشنهاد دهنده داده می‌شود و او را در منافع حاصل از اجرای پیشنهاد شرکت می‌دهد. در حقیقت نظام پیشنهادها یک نظام مدون برای فعال کردن ذهن افراد و بکارگیری ایده‌ها و نظرات آنها برای بهبود فعالیت سازمان است (۱۰).

### روشها

این پژوهش با هدف بررسی نقش مدیریت مشارکتی (نظام پیشنهادها) در میزان اثربخشی و کارایی بیمارستان شهید فیاض بخش تهران در سال ۱۳۷۹ انجام شده است (دوره مطالعه از ابتدای فروردین تا انتهای اسفند سال مذکور بوده است). نوع پژوهش توصیفی، موردی، مداخله‌ای، پیمائشی و کاربردی است. جامعه پژوهش شامل کلیه کارکنان رسمی و قراردادی بیمارستان می‌باشد.

با مصاحبه حضوری پژوهشگر ماهیت و اهداف پژوهش برای کارکنان توضیح و فرم پیشنهادها در اختیار آنها قرار داده شد (سرشماری صورت گرفته است). فرم پیشنهادها، فرم ساده‌ای است که در آن پیشنهاد دهنده، جزئیات طرح پیشنهادی خود را بیان می‌کند. این فرم در حقیقت یک پرسشنامه باز است که کارکنان در آن پیشنهاد خود را به صورت کلی و تفصیلی بیان می‌کنند و اهمیت آن را می‌نویسند (مانند یک طرح پروپوزال). برای آن دسته از افرادی که به هر دلیل متمایل به تکمیل فرم پیشنهادها نبوده‌اند، صندوق پیشنهادات در نظر گرفته شد. پیشنهادهای جمع‌آوری شده پس از بررسی در کمیته راهبری بیمارستان و تصویب نهایی به اجرا در آمده است. در پایان هر دوره بر اساس جدول امتیازدهی پیشنهادها به نمراتی که بالاترین امتیاز را در مورد پیشنهاد خود کسب کرده‌اند جوایز نقدی داده شد (به ترتیب نمرات اول تا سوم مبلغ ۲۰۰۰۰۰ ریال، ۱۵۰۰۰۰ ریال و ۱۰۰۰۰۰ ریال).

برای سنجش میزان رضایتمندی بیماران از خدمات ارائه شده از فرم استاندارد ارزشیابی شماره پ-۱ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استفاده شده است. در این سنجش سرشماری صورت گرفته است (۳۱۱ بیمار). در مواردیکه بیمار به علت سن پایین یا حال عمومی نامناسب قادر به پاسخ‌گویی نبود، همراهان وی مورد پرسش قرار گرفتند. در این سنجش میزان رضایت بیماران بستری در بیمارستان در زمینه‌های مختلف خدمات

جدول ۱: مقایسه عملکرد بیمارستان در سالهای ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹

شاخصها	درصد اشغال تخت	متوسط اقامت بیمار	میزان گردش تخت	وقفه گردش تخت
دوره زمانی				
شش ماهه اول سال ۱۳۷۸	۷۶/۴۷±۷/۱۱	۶/۵۶±۰/۲۲	۲۱/۶۸±۴/۰۹	۲±۰/۲۱
شش ماهه اول سال ۱۳۷۹	۷۷/۱۸±۶/۸۷	۶/۰۶±۰/۱۹	۲۲/۶۹±۳/۲۳	۱/۸±۰/۱۵
شش ماهه دوم سال ۱۳۷۸	۷۸/۸۰±۵/۱۲	۶/۶۲±۰/۲۴	۲۱/۳۱±۴/۱۲	۱/۸±۰/۱۲
شش ماهه دوم سال ۱۳۷۹	۷۵/۵۷±۴/۱۹	۶/۱۸±۰/۱۹	۲۱/۸۹±۳/۳۹	۲±۰/۱۲
سال ۱۳۷۸	۷۷/۶۱±۴/۶۹	۶/۵۹±۰/۲۹	۴۲/۹۹±۴/۱۱	۱/۹±۰/۱۲
سال ۱۳۷۹	۷۶/۲۹±۵/۴۶	۶/۱۲±۰/۲۳	۴۵/۵۶±۳/۳۷	۱/۸±۰/۱۲

## بحث

در سال ۱۳۷۹ تخت روز فعال بیمارستان نسبت به سال قبل افزایش یافته است. این عامل موجب شده است که درصد اشغال تخت بیمارستان نسبت به سال قبل کاهش یابد. لازم به ذکر است که درصد اشغال تخت به تنهایی نشان دهنده کارایی بیمارستان نیست، بلکه باید متوسط اقامت بیمار را نیز در نظر گرفت. متوسط اقامت بیمار از ۶/۵۹ روز در سال ۱۳۷۸ به ۶/۱۲ روز در سال ۱۳۷۹ کاهش یافته است. این عامل موجب شده است تا گردش تخت بیمارستان در سال ۱۳۷۹ نسبت به سال قبل حدود ۵/۶۴ درصد افزایش یابد. وقفه گردش تخت نیز در سال ۱۳۷۹ نسبت به سال قبل حدود ۵/۵۶ درصد کاهش یافته است (جدول ۱).

درصد اشغال تخت بیمارستان عبارتست از میزان درصد تختهای اشغالی بیمارستان که برابرست با نسبت تخت روز اشغالی به تخت روز فعال بیمارستان در یک دوره زمانی معین. میانگین مدت اقامت بیمار در بیمارستان عبارتست از میانگین مدت بستری بیمارآن مرخص شده در دوره زمانی معین که برابرست با کل مدت اقامت یا تخت روز اشغالی تقسیم بر کل مرخص شدگان و فوت شدگان. میزان گردش تخت بیمارستان عبارتست از تعداد دفعاتی که بیمارآن از یک تخت بیمارستان در یک دوره زمانی معین استفاده نمودند که برابرست با نسبت تعداد مرخص شدگان و فوت شدگان به میانگین تخت فعال در یک دوره زمانی معین. فاصله گردش تخت بیمارستان عبارتست از مدت زمانی که یک تخت بیمارستان از زمان ترخیص یک بیمار تا زمان پذیرش بیمار دیگر خالی مانده است (۹).

در ارزیابی شاخصهای کارایی بیمارستان هر قدر شاخصهای درصد اشغال تخت و گردش تخت بیمارستان بالاتر و شاخصهای متوسط اقامت بیمار و فاصله گردش تخت بیمارستان کمتر باشد، آن بیمارستان وضعیت مطلوبی دارد. اگرچه با مقایسه شاخصها، میزان بهبود نتایج چشمگیر نبوده است، ولی همین مقدار نیز برای یک سازمان خدماتی نظیر بیمارستان قابل ملاحظه است و اگر این روند همین گونه ادامه یابد موفقیت بیشتری نیز قابل پیش بینی خواهد بود. نکته جالب این است که در طول دوره این مطالعه فراز و نشیب های متوالی در روند شاخصهای کارایی بیمارستان مشاهده می شود که گویای موانع مختلف بر سر راه این نظام مدیریتی است. به عنوان مثال،

در ۶ ماهه دوم سال ۱۳۷۹ درصد اشغال تخت بیمارستان نسبت به دوره مشابه سال قبل حدود ۴/۲۷ درصد کاهش یافته است. از دلایل عمده کاهش درصد اشغال تخت بیمارستان در این دوره می توان به کاهش حمایت جدی ریاست بیمارستان و متعاقب آن کاهش انگیزه کارکنان برای مشارکت در طرح، افزایش تخت روز فعال بیمارستان، متمرکز شدن بر جنبه های اثربخشی و تعویض ریاست بیمارستان در اواخر شش ماهه دوم اشاره نمود (جدول ۱).

بنابراین مدیران باید با احتیاط، این سبک مدیریتی را بکار گیرند و قبل از هر چیزی بسترسازی نمایند و پیش زمینه های لازم را فراهم نمایند. دو شرط اصلی موفقیت این نظام تعهد و ثبات مدیریت ارشد سازمان و همکاری متقابل کارکنان است. عدم ثبات مدیریت (همان طور که در این پژوهش مشاهده شد) و تغییر و تحولات احتمالی، روند نظام پیشنهادها را با وقفه مواجه می سازد. مدیر جدید برای آشنایی با روند کار نیاز به زمان بیشتری دارد.

در کشور ما موضوع استفاده از مدیریت مشارکتی از دیر باز در واحدهای صنعتی - تولیدی مورد توجه قرار گرفته است، ولی استفاده از آن در سازمانها و مؤسسات دولتی مدت زمان کوتاهی است که به صورت برنامه جدیدی برای سازمانهای مربوطه مطرح شده است. ولی با این حال چگونگی اعمال مدیریت مشارکتی به گونه ای است که جنبه های راهبردی و اعمال حاکمیت در سازمانهای دولتی در چارچوب مدیریت مشارکتی قرار نگیرد. این محدودیت ها ناشی از آنست که زمینه لازم بدین منظور وجود ندارد و ضرورت ایجاد می کند اقداماتی برای آماده ساختن زمینه لازم بعمل آید (۱۱).

مهمترین اقدام در این زمینه آموزش کارکنان می باشد. کارکنان باید از تفکر مشارکت آگاهی یابند. از سوی دیگر، مدیران نیز باید آموزشهای لازم را در مورد مدیریت مشارکتی دریافت دارند و بدانند که هدف از مدیریت مشارکتی دخالت کارکنان در امور سازمانهای دولتی نیست، بلکه نوعی همکاری به منظور بهینه سازی روند کار در سازمان می باشد. علاوه بر این، مدیران و کارکنان باید بازخور فعالیت های خود را دریافت دارند. کارکنان باید از نتیجه پیشنهادهای خود مطلع شوند و مدیران نیز از نتیجه و بازده مداخلات صورت گرفته آگاهی یابند.

ارتباطات کارآمد درون بخشی و برون بخشی برای آنها فراهم شده بود. کیفیت مراقبت از بیمار در این بخشها نیز بالا بود (۱۵).

مدیریت مشارکتی می‌تواند به بهبود روحیه و بهره‌وری کارکنان بیمارستان منجر گردد، با این وجود یک نوشدارو نیست و همیشه منجر به موفقیت هر سازمانی نمی‌گردد. بنابراین این سبک مدیریتی باید با احتیاط بکار گرفته شود (۱۸). بکارگیری نامناسب مدیریت مشارکتی توسط مدیران، مشاوران و یا کارکنانی که فاقد مهارت لازم بوده‌اند، نتایج منفی به دنبال داشته است. مدیریت مشارکتی بدون فراهم نمودن زمینه‌های لازم ممکن است نتایج معکوسی به همراه داشته باشد. بنابراین باید در سطح مدیریت و کارکنان سازمان، فرهنگ پذیرش مشارکت بوجود آید. علاوه بر این باید از مکانیسم‌های انگیزاننده مطلوبی برای حفظ و توسعه مشارکت کارکنان بهره گرفت. اجرای طرح مدیریت مشارکتی نیاز به حمایت جدی مدیریت ارشد سازمان دارد. ثبات شغلی مدیریت ارشد سازمان در توسعه نظام مدیریت مشارکتی نقش بسزایی دارد. بنابراین تا نهادینه شدن نظام مدیریت مشارکتی، مدیریت ارشد سازمان باید از ثبات شغلی برخوردار باشد. به‌طور کلی اهم پیش نیازهای مدیریت مشارکتی عبارتند از اعتقاد مدیریت ارشد سازمان و پشتیبانی جدی وی از مراحل اجرای نظام مدیریت مشارکتی، اعتقاد کارکنان به بهبود مستمر، بحرانی نبودن زمان اجرای نظام مدیریت مشارکتی، آمادگی‌ها و برنامه‌ریزی‌های قبلی و تعریف حدود مشارکت (۹).

با استفاده از یک سبک مدیریتی مناسب مدیران می‌توانند رضایت شغلی کارکنان را بهبود بخشند (۱۲ و ۱۳). در پژوهشی که به منظور تعیین اثرات مدیریت مشارکتی بر رضایت شغلی پرستاران صورت گرفت، ۸ واحد پرستاری یک بیمارستان آموزشی بزرگ به عنوان جامعه پژوهش انتخاب گردید. در ۴ واحد پرستاری سبک مدیریت مشارکتی و در ۴ واحد دیگر سبک مدیریت آمرانه بکارگرفته شد. پس از یک سال از انجام پژوهش نتایج حاکی از این بود که میزان رضایت شغلی پرستاران در واحدهای با مدیریت مشارکتی به مراتب بیشتر از واحدهایی بود که در آن سبک مدیریت آمرانه بکار گرفته شده بود (۱۴).

نتایج تحقیق دیگری که در ۶۳ واحد پرستاری در ۴ بیمارستان ایالات متحده انجام گرفت، بیانگر این واقعیت بود که در واحدهایی که سبک مدیریت مشارکتی را اجرا می‌نمودند، سطح بالایی از همبستگی بین کارکنان و سطح پایینی از استرس شغلی بین کارکنان وجود داشت. این کاهش استرس کاری موجب افزایش کیفیت خدمات پرستاری شده بود. مدیریت مشارکتی منجر به افزایش رضایتمندی کارکنان و بیماران نیز شده بود (۳).

در پژوهشی دیگر که به منظور تعیین عوامل مدیریتی مرتبط با رضایت کارکنان در بخشهای بیمارستان در ژاپن انجام گرفت، مشخص گردید که در واحدهایی که رضایت کارکنان بالا بود، کارکنان فعالیتهای خلاقانه‌ای در بهبود مستمر کیفیت داشتند و امکان مشارکت در تصمیم‌گیری و

## مراجع

- 1- Counte, M.A; Barhyte, D.Y; *Participative Management Among Staff Nursing; Hospital and Health Services Administration*; 1987 Feb; 32 (1): 97-108.
- 2-Mc Connel, C.R; *Total Quality and the Shifting Management Paradigms; Health Care Supervisor*; 1995 Mar; 13 (3): 71-9.
- 3-Leveck, M.L; Jones, C.B ; *The Nursing Practice Environment Staff Retention and Quality of Care; Research in Nursing and Health*; 1996 Aug; 19 (4) :331-43.
- 4-Issel, L.M ; Anderson, R.A; *Take charge: Managing six Transformations in Health Care Delivery*; 1996 Mar - Apr; 14 (2): 78-85.
- 5-Morey, W ; *Total Quality Management and Nursing: A Shared Vision; Contemporary Nurse*; 1996 Sep; 5 (3): 112 - 6.
- 6-Mc Connel, C.R; *Getting Maximum Value from Employee Teams and Keeping them Legal; Health Care Supervisor*; 1994 Sep; 13 (1): 66-73.
- ۷- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اداره کل آمار و خدمات ماشینی، نشریه آمار بیمارستانهای کشور، شماره ۳۲۶، ۱۳۷۹.
- ۸- بلکر، جان. راهنمای جامع مدیریت بهره‌وری، ترجمه معاونت اقتصادی و برنامه‌ریزی بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی، ۱۳۷۴، ص ۱۱۱.
- ۹- مصدق راد، علی محمد. نقش مدیریت مشارکتی در میزان کارایی بیمارستان شهید فیاض بخش تهران: پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۰.
- ۱۰- مرکز آموزش مدیریت دولتی، آشنایی با نظام پذیرش و بررسی پیشنهادها، سلسله نوشته‌هایی درباره مشارکت کارکنان در مدیریت، ۱۳۷۸، ص ۱۴.
- ۱۱- زارعی، حسین. سیستم پیشنهادات و چگونگی اجرای آن، ماهنامه مدیریت، شماره ۳۴، اسفند ۱۳۷۷، ص ۷۷.
- 12- Mc Quaide ; J.L; *Satisfaction with the decision making process impaction work satisfaction and tenure of hospital nurses; TEMPLE university*; 1995 :8.

- 13- Moss.R ; Rowles,C.J ; Staff Nurse Job Satisfaction and Management Style; Journal of Nursing Management; 1997 Jan;28 (11 :32 -4.)
- 14- Boissonequ ,R; Practicing Participative Management in the clinical laboratory ; Clinical Laboratory Management Review; 1991 May - Jun; 5(3).
- 15- Kivimaki,M; Kalimo.R; Contributors to satisfaction with management in hospital wards; Journal of Nursing Management; 1994 Sep; 2(5): 225-34.
- 16- Goodall,R; Democratic Management Principles, Involving the staff in Decision making ,AORN Journal; 1990 Jun; 51 (6);:1553 - 7.