

بررسی موانع و ارائه مدل مناسب برای برقراری مدیریت کیفیت جامع: مطالعه موردی در بیمارستان‌ها

اعظم دهقانی^۱ سنجر سلاجقه^{۲*} مهدی محمدباقری^۲ سمانه مهدی‌زاده^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت دولتی، گروه مدیریت دولتی، دانشکده ادبیات، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران. ORCID: 0000-0001-6053-1020

۲. گروه مدیریت دولتی، دانشکده ادبیات، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران.

مجله اطلاع‌رسانی پزشکی نوین؛ دوره هفتم؛ شماره چهارم؛ زمستان ۱۴۰۰؛ صفحات ۴۴-۵۱

چکیده

هدف: مدیریت کیفیت جامع، یکی از ابزارهای مناسب ایجاد تغییرات ساختاری در بیمارستان‌ها و از مهمترین فلسفه‌ها برای افزایش اثربخشی سازمان پویا و هدفمند در محیط رقابتی است. هدف این مطالعه بررسی موانع برقراری مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان بود.

روش‌ها: مطالعه توصیفی-همبستگی حاضر، در سال ۹۹-۱۳۹۸ به بررسی موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان پرداخت. ۳۷۷ نفر از مدیران و کارشناسان، کارکنان درمانی، اداری و مالی بیمارستان‌ها از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، استنباطی (آنالیز واریانس) و نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

نتایج: بیشترین افراد، زن بودند (۶۷/۳ درصد). میانگین کل موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌ها $1/38 \pm 3/94$ بود. بیشترین میانگین مربوط به موانع فرهنگی و کارکنان ($4/42 \pm 1/16$) بود. بین موانع فرهنگی و کارکنان، موانع مربوط به زیرساختار و موانع مدیریتی با تحقق مدیریت کیفیت جامع با بیش از ۹۹ درصد اطمینان رابطه معناداری وجود داشت. مقدار استاندارد شده تأثیر بعد سازمانی بر موانع فرهنگی و کارکنان $0/19$ ، موانع سازمانی بر موانع مربوط به زیرساختار $0/51$ ، موانع سازمانی بر موانع مدیریتی $0/30$ بود. این ارتباطات از نظر آماری معنادار بود. میان موانع فرهنگی و کارکنان، موانع زیرساختار و موانع مدیریتی نسبت به تحقق اجرای مدیریت کیفیت رابطه معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد بیشترین موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان، موانع فرهنگی و کارکنان بودند. بنابراین مدیران بیمارستان‌ها باید برای شناخت این موانع مدیریتی و رفع آن‌ها تلاش کنند.

کلیدواژه‌ها: موانع، مدیریت کیفیت جامع، بیمارستان، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۱ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۸/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰

ارجاع: دهقانی اعظم، سلاجقه سنجر، محمدباقری مهدی، مهدی‌زاده سمانه. بررسی موانع و ارائه مدل مناسب برای برقراری مدیریت کیفیت جامع: مطالعه موردی در بیمارستان‌ها. مجله اطلاع‌رسانی پزشکی نوین. ۱۴۰۰؛ ۷(۴): ۴۴-۵۱.

مقدمه:

در کنار بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی، مدیریت هزینه‌ها و انتظارات در حال افزایش بیماران است. معمولاً در این مراکز مفهوم بهبود کیفیت بیمارستان و امنیت بیمار از طریق پیاده‌سازی روش‌های جدید مدیریتی از جمله مدیریت کیفیت جامع پشتیبانی می‌شود. روش‌هایی که علاوه بر کنترل هزینه‌ها موجب ارتقای سطح کیفیت خدمات بیمارستان‌ها نیز می‌شوند [۳،۴].

مدیریت کیفیت جامع یکی از ابزارهای مناسب برای داشتن سازمان پویا و هدفمند در محیط رقابتی است که مدیران مؤسسات بزرگ و

بیمارستان‌ها به عنوان جزء لاینفک نظام‌های بهداشتی، استفاده از روش‌های نوین مدیریتی را برای مهارکردن هزینه‌های روزافزون از جمله هزینه تخت‌های بیمارستانی، استفاده از فناوری‌های پیشرفته در امر تشخیص بیماری‌ها، شیوه‌های درمانی پیچیده و گران قیمت موجود با اعمال مدیریت تخصصی، رعایت موازن اقتصاد بهداشت و در نظر گرفتن اولویت‌ها با محاسبات هزینه-سودمندی ضروری دانسته‌اند [۱،۲]. زیرا یکی از اهداف مهم سازمان‌ها و مراکز بهداشتی-درمانی در سراسر جهان،

نویسنده مسئول:

سنجر سلاجقه

دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران.

ORCID: 0000-0002-3412-6731

پست الکترونیکی: salajeghe_187@yahoo.com

تلفن: ۹۸ ۹۱۳۳۴۱۳۹۴۱+۹۸

کوچک، دولتی یا خصوصی، تولیدی یا خدماتی را وادار کرده است تا برای رفع معضلات سازمان خود به دنبال استفاده از آن باشند. در واقع، مدیریت کیفیت جامع، مجموعه‌ای از اقدامات با در نظر گرفتن مشتریان سازمان، توانمندسازی کارکنان، کسب منافع بالاتر، کاهش هزینه‌ها و ارتقای مستمر فعالیت‌ها است که نتایج آن به صورت ارائه خدمات مؤثر به مشتریان و ذی‌نفعان، ارتقای اثربخشی سازمانی و توانمندسازی ارائه خدمات بهداشتی-درمانی و یادگیری سازمانی و فردی مشخص شده و در نهایت منجر به تعالی سازمان می‌شود. همچنین، مدیریت کیفیت جامع، یک فلسفه و تفکر است و به عنوان یک فرهنگ و عقیده غالب بر سازمان‌ها تأثیر می‌گذارد و آن‌ها را جهت می‌دهد. زیرا هدف آن ارائه مدلی برای موفقیت سازمان‌ها از طریق جلب رضایت مشتریان است [۵-۳].

بنابراین، اعمال مدیریت کیفیت و رعایت اصول این روش مدیریتی، رمز موفقیت سازمان‌هاست و علاوه بر رضایت مشتریان و ارتقای کیفیت، می‌تواند باعث افزایش اثربخشی و بهبود مستمر فرآیندها و مشارکت همگانی افراد در انجام هر چه بهتر کارها در سازمان شود که این امر به نوبه خود می‌تواند بر افزایش سهم بازار، افزایش سود، افزایش فروش محصولات، کاهش ضایعات و دوباره‌کاری تأثیر مثبتی داشته باشد [۶-۸]. از آنجا که تأکید اساسی مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌ها بر نیازها، انتظارات و دیدگاه‌های بیماران است و در این تفکر برآورده ساختن این نیازها و کسب رضایت بیماران یک اصل اساسی محسوب می‌شود [۵]، به نظر می‌رسد بهره‌گیری از این سیستم می‌تواند راه‌گشای بسیاری از مشکلات موجود مانند عدم رضایت کافی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها، هزینه‌های مالی و حتی جانی ناشی از کیفیت پایین خدمات، فقدان تعهد لازم کارکنان نسبت به اهداف بیمارستان، هزینه‌های ناشی از دوباره‌کاری‌ها و مراجعات مجدد به بیمارستان و بروز عفونت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های کشور باشد [۹]. به هر حال لزوم بهره‌گیری از دانش مدیریت پیشرفته و اعمال مدیریت کیفیت جامع در تمام سازمان‌ها از جمله سازمان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی و به ویژه بیمارستان‌ها امری غیرقابل انکار است. اما گاهی اوقات در طول تحقق مدیریت کیفیت جامع در سازمان‌های عمومی و غیرانتفاعی به دلیل فرهنگ بوروکراتیک و رفتارهای منفعلانه چالش‌ها و موانعی به چشم می‌خورد که مانع برقراری مدیریت کیفیت جامع می‌شوند.

برای رسیدن به وضعیت مطلوب باید بر این موانع فائق آمد و راه‌حل‌های مناسبی برای بهبود آن‌ها ارائه و بسترهای لازم را فراهم کرد. از

طرف دیگر، پذیرش و اجرای مدیریت کیفیت جامع نیاز به تغییر در ساختار، سیستم و فرآیند به عنوان یک پیش شرط لازم برای دستیابی به بهبود عملکردها و تغییر در رفتار کارکنان دارد. بنابراین مهم است عواملی که در موفقیت تصویب و اجرای مدیریت کیفیت جامع در سازمان‌ها از جمله بیمارستان‌ها نقش دارند، شناسایی شوند. همچنین، مدیران سازمان‌ها باید از قدرت درک بالایی برخوردار باشند و با اتخاذ تدابیر و شیوه‌های شایسته در سیستم بهداشت و درمان علی‌رغم فراهم نمودن زمینه لازم برای ارائه خدمات با کیفیت و مطلوب نظر بیماران، موانع استقرار مدیریت کیفیت را نیز شناسایی کنند و با رفع این موانع و اجرای مناسب کیفیت جامع، سطح خدمات بهداشتی درمانی را ارتقاء بخشند. یکی از مهم‌ترین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع، عدم حمایت و تعهد لازم مدیران در اجرای فرآیندها است [۱۰-۱۳].

نتایج مطالعاتی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران نشان داد، مدیران و سرپرستان تعهد کافی در زمینه اجرای مدیریت کیفیت جامع را ندارند. تحقق مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی شهر اردبیل در حد نسبتاً مطلوب بود و با میزان مطلوب فاصله داشت. اجرای مدیریت کیفیت جامع در بخش مراقبت‌های بهداشتی-درمانی به اندازه صنایع تولیدی یا خدماتی موفقیت‌آمیز نبوده است. بنابراین، ضروری است با بررسی و شناسایی موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌ها، در جهت رفع آن‌ها برنامه‌ریزی و تلاش کرد تا بتوان در کنار برطرف نمودن موانع، موجب ارتقای خدمات بیمارستان شد [۱۵، ۱۴، ۱۱].

با توجه به این که بیمارستان‌ها جزء اصلی نظام‌های بهداشتی-درمانی هستند و خدمات مراقبت درمانی ارائه می‌دهند، در صورتی که نتوانند خواسته‌ها و انتظارات بیماران و همراهان آن‌ها را پاسخ دهند، علی‌رغم ضرر و زیان در خدمات بیمارستان، موجب نارضایتی بیماران می‌شوند. بنابراین، شناسایی موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع می‌تواند بسیاری از مشکلات موجود مانند عدم رضایت کافی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها، هزینه‌های مالی و حتی جانی ناشی از کیفیت پایین خدمات، فقدان تعهد لازم کارکنان نسبت به اهداف بیمارستان، هزینه‌های ناشی از دوباره‌کاری‌ها و مراجعات مجدد به بیمارستان و بروز عفونت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های کشور را کاهش دهد و یا حتی برطرف نماید [۱۵].

بنابراین، مطالعه حاضر به بررسی موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان و ارائه مدل پرداخت.

مواد و روش‌ها:

مطالعه توصیفی-همبستگی حاضر، در سال ۹۹-۱۳۹۸ به بررسی موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان پرداخت. تعداد ۳۷۷ نفر از مدیران و کارشناسان، کارکنان درمانی و اداری و مالی بیمارستان‌های مورد نظر از طریق نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند.

برای گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع استفاده شد که در سال ۱۹۹۷ توسط Niga و همکاران طراحی شده بود. این پرسشنامه دارای دو بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک (جنس، سن، وضعیت استخدام، سنوات خدمت، سطح تحصیلات، گروه شغلی و بیمارستان محل خدمت) و بخش دوم دارای ۱۷ سؤال در قالب ۴ بعد موانع فرهنگی و کارکنان (سؤالات ۱ تا ۴)، موانع مربوط به زیرساختار (سؤالات ۵ تا ۱۰)، موانع مدیریتی (سؤالات ۱۱ تا ۱۴) و موانع سازمانی (سؤالات ۱۵ تا ۱۷) بود. امتیازدهی به سؤالات به روش لیکرت ۵ تایی از ۱ (بسیار کم) تا ۵ (بسیار زیاد) با حداقل امتیاز ۱ و حداکثر ۵ بود. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط Niga و همکاران سنجیده شده بود و آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ به دست آمده بود [۱۵].

روایی و پایایی پرسشنامه مجدداً توسط اساتید راهنما مورد بررسی قرار گرفت که پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برابر با ۸۵ درصد و روایی آن برابر با ۹۰ درصد شد. برای دستیابی به اهداف پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، استنباطی (آنالیز واریانس) استفاده شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ داده‌ها تحلیل شدند. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه از تمامی افراد شرکت‌کننده در مطالعه، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین پس از توضیح کافی در خصوص اهداف مطالعه و کاربرد نتایج احتمالی آن، به آن‌ها اطمینان داده شد اجازه خروج از مطالعه را در هر زمان دارند.

یافته‌ها:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد از بین ۳۷۷ نفر، بیشترین افراد مورد بررسی، زن بودند (۶۷/۳ درصد). بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه (۵۸/۳ درصد)، سن ۲۰ تا ۳۰ سال داشتند و ۳۵/۸ درصد آن‌ها استخدام رسمی بودند. حدود ۴۸/۳ درصد افراد، سابقه خدمت ۱ تا ۵ سال داشتند.

بیشترین افراد مشارکت‌کننده کارکنان درمانی (۷۸ درصد) با مدرک تحصیلی کارشناسی بودند (۶۲/۶ درصد) (جدول ۱).

جدول ۱- تعیین متغیرهای دموگرافیک در نمونه‌های مورد بررسی

متغیر	فراوانی (درصد)
جنسیت	زن ۲۵۴ (۶۷/۳)
	مرد ۱۲۳ (۳۲/۷)
سن	۲۰-۳۰ سال ۲۲۰ (۵۸/۳)
	۳۱-۴۰ سال ۱۲۵ (۳۳/۲)
	۴۱-۵۰ سال ۳۰ (۸)
	بیش از ۵۰ سال ۲ (۰/۵)
وضعیت استخدام	رسمی ۱۳۵ (۳۵/۸)
	پیمانی ۱۰۳ (۲۷/۳)
	طرحی ۱۱۶ (۳۰/۸)
	قراردادی ۲۳ (۶/۱)
سنوات خدمت	۱-۵ سال ۱۸۲ (۴۸/۳)
	۶-۱۰ سال ۹۱ (۲۴/۱)
	۱۱-۱۵ سال ۵۷ (۱۵/۱)
	۱۶-۲۰ سال ۳۶ (۹/۵)
	بیش از ۲۰ سال ۱۱ (۲/۹)
سطح تحصیلات	دیپلم و زیردیپلم ۴۴ (۱۱/۷)
	کاردانی ۶۶ (۱۷/۵)
	کارشناسی ۲۳۶ (۶۲/۶)
	کارشناسی ارشد ۱۰ (۲/۷)
	دکترا ۲۱ (۵/۶)
گروه شغلی	مدیران و کارشناسان ۱۹ (۵)
	کارکنان درمانی ۲۹۴ (۷۸)
	کارکنان اداری و مالی ۶۴ (۱۷)
بیمارستان	افضلی‌پور ۶۰ (۱۵/۹)
	شفا ۶۶ (۱۷/۵)
	باهنر ۶۳ (۱۶/۷)
	راضیه فیروز ۶۳ (۱۶/۷)
	مهرگان ۶۳ (۱۶/۷)
	ارجمند ۶۲ (۱۶/۵)

میانگین کل موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی کرمان $3/94 \pm 1/38$ بود. بیشترین میانگین مربوط به موانع فرهنگی و کارکنان ($4/42 \pm 1/16$)، موانع سازمانی ($4/27 \pm 1/96$) و موانع مدیریتی ($4/1 \pm 0/3/17$) و کمترین میانگین مربوط به موانع زیرساختار ($3/05 \pm 1/23$) بود (جدول ۲).

جدول ۲- تعیین و مقایسه میانگین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان

متغیر	بیمارستان‌های آموزشی	
	میانگین	انحراف معیار
موانع فرهنگی و کارکنان	۴/۴۲	۱/۱۶
موانع مربوط به زیر ساختار	۳/۰۵	۱/۲۳
موانع مدیریتی	۴/۰۳	۱/۱۷
موانع سازمانی	۴/۳۷	۱/۹۶
کل	۳/۹۴	۱/۳۸

همان طور که جدول ۳ نشان می‌دهد بین متغیرهای مستقل (پیش‌بینی‌کننده) یعنی ابعاد موانع فرهنگی و کارکنان، موانع مربوط به

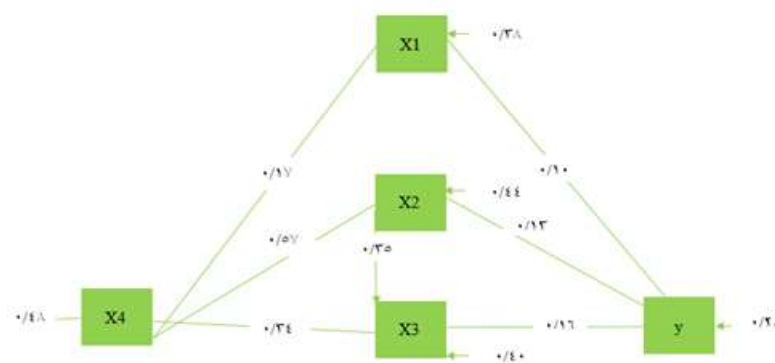
زیرساختار و موانع مدیریتی با متغیر وابسته تحقق مدیریت کیفیت جامع با بیش از ۹۹ درصد اطمینان رابطه معناداری از نظر آماری وجود داشت. به عبارتی، به غیر از بعد موانع سازمانی بقیه ابعاد به صورت مستقیم با میزان تحقق مدیریت کیفیت جامع رابطه معکوس و معناداری داشتند یعنی با کاهش هر بعد میزان تحقق مدیریت کیفیت جامع افزایش می‌یافت. بین موانع سازمانی با تحقق مدیریت کیفیت جامع رابطه معناداری از نظر آماری وجود نداشت. اما رابطه موانع سازمانی به عنوان یکی از ابعاد مهم و مؤثر بر تحقق مدیریت کیفیت جامع را نمی‌توان به سادگی نادیده گرفت. بنابراین به منظور رابطه غیرمستقیم بعد موانع سازمانی از طریق ابعاد دیگر در تحلیل مسیر استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳- تعیین ضرایب رگرسیون میزان تحقق مدیریت کیفیت جامع با موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع

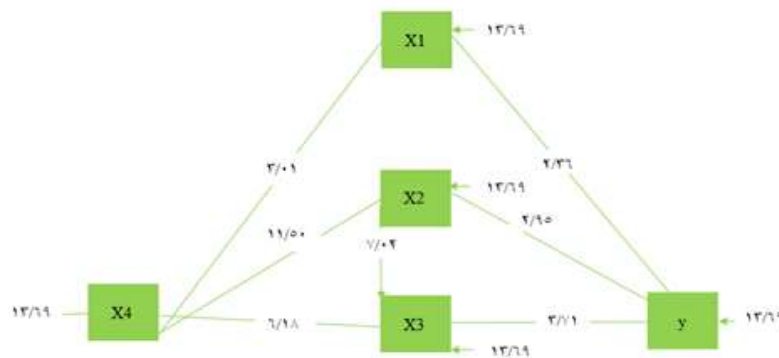
مقادیر استاندارد نشده		مقادیر استاندارد شده		مقادیر استاندارد نشده	
B	خطای استاندارد	B	t	P	
مقدار ثابت	-۰/۶۴۷	۰/۱۹۹	۳/۲۴	۰/۰۰۱	
بعد موانع فرهنگی و کارکنان	-۰/۱۰۳	۰/۰۴۵	۲/۲۷	۰/۰۲۳	
بعد موانع مربوط به زیر ساختار	-۰/۱۲۴	۰/۰۴۵	۲/۷۴	۰/۰۰۶	
بعد موانع مدیریتی	-۰/۱۵۷	۰/۰۴۴	۳/۵۳	۰/۰۰۱	
بعد موانع سازمانی	-۰/۰۲۲	۰/۰۵۴	۰/۴۱	۰/۶۷۸	

در مدل تحلیل مسیر مشخص شد، متغیر بعد موانع سازمانی (X_4) بوسیله ابعاد موانع فرهنگی و کارکنان (X_1)، موانع مربوط به زیر ساختار (X_2) و موانع مدیریتی (X_3) با متغیر وابسته تحقق مدیریت کیفیت جامع مورد بررسی (y) به طور غیرمستقیم ارتباط دارد. مقدار استاندارد شده تأثیر بعد سازمانی بر بعد موانع فرهنگی و کارکنان ۰/۱۷، بعد موانع سازمانی بر بعد موانع مربوط به زیرساختار ۰/۵۷، بعد موانع سازمانی بر بعد موانع مدیریتی ۰/۳۴ بود. این ارتباطات از نظر آماری معنادار بود.

ارتباط موانع سازمانی بر موانع مدیریتی نشان داد که موانع سازمانی با تأثیری که بر بعد موانع مدیریتی دارند به صورت غیرمستقیم بر میزان تحقق مدیریت کیفیت جامع نیز تأثیرگذار هستند. به منظور رسیدن به مدل نهایی تحقیق باید تمام مسیرهایی که رابطه معنادار در آن‌ها مشاهده نشده است از مدل حذف و دوباره مدل جدید محاسبه و تناسب آن بررسی شود (شکل ۱ و ۲).



شکل ۱- مدل مسیر نهایی با ضرایب استاندارد



شکل ۲- مدل تحلیل مسیر نهایی با مقادیر t

مطابق جدول ۴، می‌توان نتیجه گرفت که میان موانع فرهنگی و کارکنان، موانع زیرساختار و موانع مدیریتی نسبت به تحقق اجرای مدیریت کیفیت رابطه معناداری وجود دارد. اما میان موانع سازمانی نسبت به تحقق اجرای مدیریت کیفیت رابطه معناداری وجود ندارد (جدول ۴).

جدول ۴- نتایج مربوط به اجرای آزمون تحلیل مسیر

نتیجه	ضرایب مسیر	P	آماره T	بعد موانع فرهنگی
تأیید	۰/۱۷	۰/۰۰۱	۳/۰۱	تأیید
تأیید	۰/۵۷	۰/۰۰۱	۱۱/۵۰	تأیید
تأیید	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۶/۱۸	تأیید
رد	۰/۰۲	۰/۴۰۸	۱/۰۲	رد

بحث و نتیجه‌گیری:

مدیریت کیفیت جامع، ابزاری مهم و با کیفیت برای مدیریت سازمان‌ها است که به عنوان یک فلسفه مدیریتی یک پارچه برای بقای آن‌ها بسیار حیاتی است. هدف مدیریت کیفیت جامع، بهبود مستمر عملکرد فرآیند محصولات و خدمات برای دستیابی به انتظارات مشتریان است. بنابراین، تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر عملکرد کلی سازمان‌ها دارد و معمولاً از طریق تلاش‌های مشترک نیروهای کار و ذی‌نفعان، تلاش برای پشتیبانی و رهبری مدیریت عالی، مشارکت و توانمندسازی کارکنان، آموزش، مشتری‌مداری، بهبود مستمر و مدیریت فرآیند در محیط سازمان به دست می‌آید. به هر حال، اجرای صحیح مدیریت کیفیت جامع، مزایای فراوانی برای سازمان‌ها دارد و در دنیای در حال تحول امروزی، سازمان‌ها برای حفظ و بقای خود باید آن را بپذیرند و اجرا نمایند [۱۶، ۱۷].

نیروی انسانی آموزش دیده و رشد یافته با بهرهوری بالا یکی از عوامل اساسی موفقیت کشورها در پیشرفت‌های علمی و صنعتی و در نهایت توسعه اقتصادی است [۱۸].

در مطالعه حاضر، بیشترین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان، موانع فرهنگی و کارکنان بودند. در واقع، تغییر فرهنگ، کمبود اعتماد، تعهد و مشارکت کارکنان و همچنین ترس یا مقاومت آن‌ها نسبت به تغییر، باعث ایجاد مانع برای اجرای مدیریت کیفیت جامع در این بیمارستان‌ها شده بود. نتایج مطالعه مصدق‌راد و اشرفی نشان داد مقاومت کارکنان به ویژه پزشکان در برابر تغییر، از مهم‌ترین موانع اجرای مدیریت کیفیت در بخش مراقبت‌های ویژه تنفسی بیمارستان لبافی‌نژاد تهران بود. با توجه به نقش اساسی بیمارستان‌ها در بهبود سلامت جامعه، این سازمان‌ها برای دستیابی به اهداف کیفیتی، مستلزم برخورداری از افراد مناسب با مهارت‌های کافی، در مکان و زمان مناسب هستند. بنابراین با توجه به این که ایجاد فرهنگ مساعد و حامی در مدیریت کیفیت جامع یکی از دشوارترین چالش‌های پیش روی سازمان‌های مجری کیفیت جامع است، باید برای افزایش تعهد، مشارکت و اعتماد کارکنان بیمارستان‌ها نسبت به مدیریت کیفیت جامع بیشتر تلاش کرد و با رهبری قوی، توانمندسازی کارکنان، کار گروهی، فرهنگ خلاق، مشتری‌محوری و تعهد مدیریتی به کیفیت در اجرای موفق مدیریت کیفیت جامع، نقش بسزایی ایفا کرد [۱۹-۲۱].

موانع سازمانی، دومین مانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان بودند. بنابراین، لازم است این بیمارستان‌ها در صورت تمایل به دستیابی آسان‌تر به اهداف خود، در کنار بکارگیری مفاهیم مدیریتی مدرن، مشکلات سازمانی خود را برطرف

نموده تا زمینه مناسبی برای اجرای مؤثر مدیریت کیفیت جامع فراهم شود [۲۲].

عملکرد مدیران به عنوان مهم‌ترین جزء بیمارستان‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد و اگر قرار است تحولی در خدمات بیمارستان‌ها صورت گیرد، باید از مدیریت آن‌ها شروع شود. در مطالعه ما، یکی از موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان موانع مدیریتی بودند که کمبود تعهد مدیران عالی مهم‌ترین مانع در این زمینه بود. در مطالعه فرنی و محمدپور ارمنیان، وضعیت تعهد رهبری در بین مدیران آموزشی در حد متوسط بود [۲۳].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیشترین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان، موانع فرهنگی و کارکنان بودند. به هر حال، اجرای کامل یک سیستم مدیریت کیفیت جامع در کل بیمارستان منجر به ارتقای همه شاخص‌های بالینی، عملکردی و مالی بیمارستان خواهد شد. موفقیت این سیستم در سازمان‌های بهداشتی و درمانی نیازمند تعهد و مشارکت و اعتماد کارکنان، آموزش کیفیت، تعهد مدیران عالی و همچنین سیاست‌های سازمانی مناسب است. بنابراین باید ضمن در نظر گرفتن ویژگی‌های بارز ساختاری و فرهنگی مراکز بهداشتی درمانی ایران از جمله بیمارستان‌ها، مدل‌های بومی مناسب مدیریت کیفیت آن‌ها طراحی و اجرا شود. علی‌رغم حمایت مدیران از اجرای این برنامه‌ها، کارکنان بیمارستان‌ها نیز از اجرای آن‌ها استقبال کنند. همچنین توجه مدیران سازمان را به این نکته جلب کرد که کارکنان ارزشمندترین دارایی سازمان هستند و برخورد عادلانه و منصفانه با کارکنان، اولین گام در بهبود مستمر کیفیت است. در ضمن به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد که برای دستیابی به نتایج بهتر و قابل تعمیم‌تر به اجرای مشابه این پژوهش در سایر مراکز بهداشتی درمانی اقدام کنند.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم همکاری بعضی از افراد جامعه هدف اشاره کرد که ضمن توضیح اهداف مطالعه سعی در جلب رضایت آن‌ها شد. همچنین، بعضی از افراد پرسشنامه‌ها را به صورت

کامل تکمیل نکردند که با درخواست پژوهشگر، مجدداً پرسشنامه‌های ناقص تکمیل شدند.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از همه مدیران و کارشناسان، کارکنان درمانی و اداری و مالی بیمارستان‌های افضلی‌پور، باهنر، شفا، راضیه فیروز، ارجمند و مهرگان تقدیر و تشکر به عمل آورند.

تأییدیه اخلاقی:

این مطالعه دارای تأییدیه اخلاقی به شماره IR.KMU.AH.REC.1399.096 از دانشگاه علوم پزشکی کرمان است.

تعارض منافع:

در مطالعه حاضر هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان:

اعظم دهقانی (نویسنده اول) انجام مراحل اجرایی کار، جمع‌آوری یافته‌ها، نگارش متن مقاله ۵۰ درصد؛ سنجر سلاجقه (نویسنده دوم و مسئول) نظارت و تأیید نسخه نهایی مقاله ۳۰ درصد؛ مهدی محمدباقری (نویسنده سوم) نظارت و تأیید نسخه نهایی مقاله ۱۰ درصد؛ سمانه مهدی‌زاده (نویسنده چهارم) نظارت و تأیید نسخه نهایی مقاله ۱۰ درصد.

حمایت مالی:

این مقاله از طرف هیچ گونه نهاد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن از طرف نویسندگان تأمین شده است.

Reference

1. Zarei E, Najafi M, Arabi S. Investigating level and reasons of insurance deductions of hospitalization bills in AL Zahra Academic and Medical Center of Isfahan in 2017. EBHPME. 2020; 4(1):32-9. DOI: 10.18502/jebhpme.v4i1.2555
2. Sosa-Rubi SG, Contreras-Loya D, Pedraza-Arizmendi D, Chivardi-Moreno C, Alarid-Escudero F, López-Ridaura R, et al. Cost-effectiveness analysis of a multidisciplinary health-care model for patients with type-2 diabetes implemented in the public sector in Mexico: A quasi-experimental, retrospective evaluation. Diabetes Res Clin Pract. 2020; 167:108336. DOI: 10.1016/j.diabres.2020.108336
3. Sweis RJ, Ahmad KM, Al-Dweik GA, Alawneh AR, Hammad AA. The relationship between total

- quality management practices and organisational performance at Jordanian hospitals. *Int J Bus Innov Res.* 2016; 10(4):519-42. DOI: 10.1504/IJBIR.2016.076765
4. Heidari Gorji AM, Farooquie JA. A comparative study of total quality management of health care system in India and Iran. *BMC Res Notes.* 2011; 4: 566. DOI: 10.1186/1756-0500-4-566
 5. Baidoun SD, Salem MZ, Omran OA. Assessment of TQM implementation level in Palestinian healthcare organizations: The case of Gaza Strip hospitals. *The TQM Journal.* 2018; 30(2):98-115. DOI: 10.1108/TQM-03-2017-0034
 6. Adeoti JO. Total quality management (TQM) factors: An empirical study of Kwara state government hospitals. *Stud Ethno-Med.* 2011; 5(1):17-23. DOI: 10.1080/09735070.2011.11886387
 7. Jonny S, Kriswanto S. Developing a total quality management model for healthcare industry: An Indonesian hospital case study. In: *International Conference on Industrial Engineering and Engineering Management*; 2017 Dec 10-13; Singapore. IEEE, 2017. P. 765-69. DOI: 10.1109/IEEM.2017.8289994
 8. Talapatra S, Uddin MK. Some obstacles that affect the TQM implementation in Bangladeshi RMG Sector: An empirical study. *Proceedings of the 8th International Conference on Industrial Engineering and Operations Management*; 2018 Mar 6-8; Bandung, Indonesia.
 9. Alshourah S. Total quality management practices and their effects on the quality performance of Jordanian private hospitals. *Manag Sci Lett.* 2021; 11(1):67-76. DOI: 10.5267/j.msl.2020.8.029
 10. Awuor EO, Kinuthia DM. Total quality management practices in selected private hospitals in Nairobi, Kenya. *Eur J Manag Bus Econ.* 2013; 5(13):33-44.
 11. Ghanem R, ALBashtawy M, Alkhawaldeh A, ALBashtaw Z, Khraisat O, ALBashtawy B. Total quality management and innovation in nursing service organizations. *EC Nurs Healthc.* 2021; 3(7):1-8.
 12. Seo YH, Kim KY, Kim MS. Change in patient safety, quality of medical care, organization culture and hospital management performance after healthcare accreditation system for convalescent hospital. *J Korean acad-ind coop soc.* 2018; 19(9):391-401. DOI: 10.5762/KAIS.2018.19.9.391
 13. Talib F, Rahman Z, Qureshi MN. Analysis of interaction among the barriers to total quality management implementation using interpretive structural modeling approach. *Benchmarking.* 2011; 18(4):563-87. DOI: 10.1108/14635771111147641
 14. Rabeian M, Masoudi Asl I, Nazari H, Azari S. Studying TUMS hospital managers' viewpoints regarding the observance of total quality management components in 2012. *Payavard.* 2017; 11(3):104-11. [In Persian]
 15. Niga A. Barriers to the Implementation of TQM questionnaire. 1997. Available at: <https://porseshsanj.ir/product/comprehensive-quality-management-questionnaire-3/>
 16. Chang SJ, Hsiao HC, Huang LH, Chang H. Taiwan quality indicator project and hospital productivity growth. *Omega.* 2011; 39(1):14-22. DOI: 10.1016/j.omega.2010.01.006
 17. Kim DY, Kumar V, Kumar U. Relationship between quality management practices and innovation. *JOM.* 2012; 30(4):295-315. DOI: 10.1016/j.jom.2012.02.003
 18. Hoover ND, Turner RB, Sampson J, Pye T, Hotan T. Financial sustainability of an Oregon rural health, primary care, and pharmacist-run comprehensive medication management program through direct medical billing. *J Manag Care Spec Pharm.* 2020; 26(1):30-4. DOI: 10.18553/jmcp.2020.26.1.30
 19. Mosadeghrad AM, Ashrafi E. The impact of quality management on patient satisfaction in a hospital: brief report. *Tehran Univ Med J.* 2017; 75(3):228-3. [In Persian]
 20. Akinlolu M, Ndihokubwayo R, Simpeh F. TQM implementation challenges: a case study of a building maintenance department of an institution of higher learning. *Int J Product Qual Manag.* 2020; 29(3):355-71. DOI: 10.1504/IJPQM.2020.105988
 21. Karami Matin B, Najafi F, Mohammadi N, Karami Matin A, Slimi E, Zinat motlagh F. The effectiveness of implementing a quality management system (ISO 9001-2000) on improvement in Shohada Hospital, Kermanshah, Iran. *HSR.* 2013; 9(6):656-62. [In Persian]
 22. Zabadi AMA. Implementing total quality management (TQM) on the higher education institutions—A conceptual model. *J Financ Econ.* 2013; 1(1):42-60.
 23. Farnia MA, Mohammad Poor Armanian A. A study of the total quality management status and presenting a proper procedure to improve it in Tabriz Medical Sciences University. *J Instruction and Evaluation.* 2011; 3(12):81-106. [In Persian]

Investigating barriers and providing an appropriate model for establishing total quality management: a case study in hospitals

Azam Dehghani¹ Sanjar Salajegheh^{2*} Mehdi Mohammad Bagheri² Samaneh Mehdizadeh²

1. PhD Student, Governmental Management, Department of Governmental Management, Faculty of Literature, Islamic Azad University, Kerman, Iran. ORCID: 0000-0002-8937-8004
2. Department of Governmental Management, Faculty of Literature, Islamic Azad University, Kerman, Iran.

(Received 23 Aug, 2021)

Accepted 21 Dec, 2021)

Original Article

Abstract

Aim: Total quality management (TQM) is one of the appropriate tools for structural changes in hospitals and the most important philosophy to increase the effectiveness of a dynamic and purposeful organization in a competitive environment. This study aimed to investigate the barriers to establishing TQM in Kerman hospitals.

Methods: This descriptive-correlational study examined the barriers to establishing TQM in Kerman hospitals, 2019-2020. 377 managers and experts, medical, administrative, and financial staff of the hospitals were selected by available sampling. The data was collected by barriers to implementing the TQM questionnaire and analyzed by descriptive (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Analysis of variance) and SPSS software version 20.

Results: Most of the subjects were women (67.3%). The mean of total barriers to implementation of TQM in hospitals was 3.94 ± 1.38 . The highest mean was related to cultural barriers and staff (4.42 ± 1.16). There was a significant relationship between cultural barriers and staff, barriers related to infrastructure, and managerial barriers with the realization of TQM with more than 99% confidence. The standardized value of the impact of the organizational dimension on the cultural barriers and staff was 0.19, organizational barriers on the barriers related to infrastructure were 0.51, organizational barriers on the managerial barriers were 0.30. These correlations were significant. There was a significant relationship between cultural and staff barriers, infrastructure barriers, and managerial barriers.

Conclusion: This study showed that the most significant barriers to establishing TQM in Kerman hospitals were cultural barriers and staff. Therefore, hospital managers should identify these management barriers and eliminate them.

Keywords: Barriers, Total Quality Management, Hospital, Iran.

How to cite this article: Dehghani A, Salajegheh S, Mohammad Bagheri M, Mehdizadeh S. Investigating barriers and providing an appropriate model for establishing total quality management: A case study in hospitals. Journal of Modern Medical Information Sciences. 2021; 7(4): 44-51.

Correspondence:

Sanjar Salajegheh

Associate Professor, Faculty of Literature, Islamic Azad University, Kerman, Iran.

Tel: + 989133413941

Email: salajegheh_187@yahoo.com

ORCID: 0000-0003-2692-7771