

Research Paper:

Investigating the Barriers to the Establishment of Total Quality Management in Educational and Non-educational Hospitals

Azam Dehghani¹ , *Sanjar Salajegheh¹ , Mehdi Mohammad Bagheri¹ , Samaneh Mehdizadeh¹ 

1. Department of Governmental Management, Faculty of Management, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran.



Citation Dehghani A, Salajegheh S, Mohammad Bagheri M, Mehdizadeh S. Investigating the Barriers to the Establishment of Total Quality Management in Educational and Non-educational Hospitals. Qom University of Medical Sciences Journal. 2021; 15(2):120-129. <https://doi.org/10.52547/qums.15.2.120>

doi <https://doi.org/10.52547/qums.15.2.120>



Received: 15 Mar 2020 Re-

Accepted: 01 Apr 2021

Available Online: 01 May 2021

ABSTRACT

Background and Objectives: One of the most popular systems for creating structural changes in hospitals is total quality management; Which is known as one of the most important philosophies to increase the effectiveness of the organization and competitive advantage. This study aimed to investigate the barriers to the establishment of TQM in hospitals in Kerman

Methods This descriptive-correlational study examined the barriers to the establishment of TQM in hospitals in Kerman in 2019-2020. 377 managers and experts, medical, administrative and financial staff of the hospitals (188 Educational and 189 non-educational), entered the study through simple random sampling. Niga Barriers to implementing TQM questionnaire, Hershey & Blanchard Leadership Styles Questionnaire and Staff Maturity Questionnaire was used for data collection. Descriptive statistics (frequency, mean and standard deviation) and analytical statistics (Chi-square, independent t-test, analysis of variance and Tukey) were used to analyze the data. The significance level was 0.05.

Results The average total barriers to the implementation of TQM in Educational hospitals was more than non-Educational ($P=0.046$). The highest mean was related to cultural barriers and staff and imperative leadership and the professional organizational maturity of staff. There was a significant difference between the barriers to the implementation of TQM and leadership style and organizational maturity of staff ($P<0.05$).

Conclusion According to the results, the most obstacles to establishing TQM in Kerman hospitals were cultural barriers and staff, which were created due to the command leadership style. It is better for hospital managers to recognize the obstacles to the implementation of TQM, in order to remove these obstacles.

Keywords:

Total quality management, Hospitals, Iran

*** Corresponding Author:**

Sanjar Salajegheh

Address: Department of Governmental Management, Faculty of Management, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran.

Tel: +98 (913) 1978875

E-Mail: salajeghe_187@yahoo.com

مقاله پژوهشی:

بررسی موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی

اعظم دهقانی^۱، *سنجر سلاجقه^۲، مهدی محمدباقری^۳، سمانه مهدی‌زاده^۴

۱. گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: یکی از رویکردهای پرطرفدار ایجاد تغییرات ساختاری در بیمارستان‌ها، مدیریت کیفیت جامع است، که به عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل افزایش کارایی و اثربخشی سازمان و مزیت رقابتی شناخته می‌شود. هدف مطالعه حاضر، بررسی موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی - همبستگی، به بررسی موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ پرداخت. ۳۷۷ نفر از مدیران و کارشناسان، کارکنان درمانی و اداری و مالی بیمارستان‌ها (۱۸۸ نفر آموزشی و ۱۸۹ نفر غیرآموزشی)، از طریق نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع نیگا، پرسش‌نامه سبک‌های رهبری هرسی و بلاچارد و پرسش‌نامه بلوغ شغلی کارکنان بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (کای اسکوتر، تی مستقل، آنالیز واریانس و توکی) استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: میانگین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی بیشتر از بیمارستان‌های غیرآموزشی بود ($P=0/046$). بیشترین موانع بیمارستان‌های شهر کرمان، «موانع فرهنگی و کارکنان» و مربوط به سبک رهبری دستوری و بلوغ سازمانی حرفه‌ای کارکنان بودند. بین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع و سبک رهبری و همچنین بلوغ سازمانی کارکنان در بیمارستان‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج، بیشترین موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان، موانع فرهنگی و کارکنان بودند که به دلیل سبک رهبری دستوری ایجاد شدند. بهتر است مدیران بیمارستان‌ها با شناخت موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع، در راستای رفع این موانع برآیند.

تاریخ دریافت: ۲۵ آبان ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۲ اردیبهشت ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۱ اردیبهشت ۱۴۰۰

کلیدواژه‌ها:

مدیریت کیفیت جامع، بیمارستان‌ها، ایران

مقدمه

که علی‌رغم کنترل هزینه‌ها موجب ارتقای سطح کیفیت خدمات بیمارستان‌ها نیز می‌شوند. انتظارات و تصورات بیماران در مورد کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط بیمارستان‌ها عامل مهمی است که بر نتایج بهبودی بیماران، سودآوری، اثربخشی و عملکرد آن‌ها تأثیر می‌گذارد. در نتیجه اندازه‌گیری کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط بیمارستان‌ها که به سرعت در حال تغییر و رقابت هستند، به یک ضرورت تبدیل شده است [۳].

به عبارت دیگر کیفیت خدمات، تفاوت یا شکاف بین انتظارات مشتری و درک مشتری از خدمات دریافت شده است. سازمان‌های

یکی از اهداف مهم سازمان‌ها و مراکز بهداشتی‌درمانی در سراسر جهان، بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی است تا به توسعه خدمات بهداشتی منجر شود. بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی در کنار مدیریت هزینه‌ها، انتظارات در حال افزایش بیماران را برای کیفیت مراقبت و خدمات بهداشتی‌درمانی برآورده می‌کند. معمولاً در این مراکز مفهوم بهبود کیفیت بیمارستان و امنیت بیمار از طریق پیاده‌سازی روش‌های جدید مدیریتی پشتیبانی می‌شود [۱، ۲]. روش‌هایی

* نویسنده مسئول:

سنجر سلاجقه

نشانی: کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان، دانشکده مدیریت، گروه مدیریت دولتی.

تلفن: ۱۹۷۸۸۷۵ (۹۱۳) ۹۸+

رایانامه: salajeghe_187@yahoo.com

بهداشتی‌درمانی بر درک مشتری از کیفیت خدمات متمرکز شده‌اند، زیرا این امر به آن‌ها کمک می‌کند تا استراتژی‌هایی را ایجاد کنند که منجر به رضایت مشتری شود [۴]. در این راستا مدیریت کیفیت جامع یکی از نظام‌های پرتعدادی است که بیمارستان‌ها برای رسیدن به سطح بالایی از کیفیت از آن بهره می‌برند.

مدیریت کیفیت جامع، مجموعه‌ای از اقدامات با در نظر گرفتن مشتریان سازمان، توانمندسازی کارکنان، کسب منافع بالاتر، کاهش هزینه‌ها و ارتقای مستمر فعالیت‌هاست که نتایج آن به صورت ارائه خدمات مؤثر به مشتریان و ذی‌نفعان، ارتقای اثربخشی سازمانی و توانمندسازی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و یادگیری سازمانی و فردی نمودار شده است و در نهایت منجر به تعالی سازمان می‌شود [۵].

در اصل، مدیریت کیفیت جامع، یک فلسفه و تفکر است و به عنوان یک فرهنگ و عقیده غالب بر سازمان‌ها تأثیر می‌گذارد و به آن‌ها جهت می‌دهد [۶] و هدف آن ارائه مدلی برای موفقیت سازمان‌ها از طریق جلب رضایت مشتریان است. به هر حال 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 [۷]. بنابراین برای رسیدن به وضعیت مطلوب باید بر این موانع فائق آمد و راه‌حل‌های مناسبی برای بهبود آن‌ها ارائه کرد. از طرف دیگر، پذیرش و اجرای مدیریت کیفیت جامع نیاز به تغییر در ساختار، سیستم و فرایند، به عنوان یک پیش‌شرط لازم برای دستیابی به بهبود عملکردها و تغییر در رفتار کارکنان، دارد [۸]. بنابراین مهم است عواملی که در موفقیت تصویب و اجرای مدیریت کیفیت جامع در سازمان‌ها از جمله بیمارستان‌ها نقش دارند، شناسایی شوند.

نتایج مطالعات بررسی موانع اجرای مدیریت کیفیت نشان می‌دهد یکی از مهم‌ترین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع، عدم حمایت و تعهد لازم مدیران در اجرای فرایندهاست [۹]. همان‌طور که نتایج مطالعه‌ای در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران نشان داد، مدیران و سرپرستان تعهد کافی در زمینه اجرای مدیریت کیفیت فراگیر را ندارند [۱۰]. همچنین بررسی موانع موجود در تحقق مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی شهر اردبیل، نشان داد تحقق مدیریت کیفیت جامع در این بیمارستان‌ها در حد نسبتاً مطلوب است و با میزان مطلوب فاصله دارد [۱۱]. یانگ نیز معتقد است اجرای مدیریت کیفیت جامع در بخش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی به اندازه صنایع تولیدی یا خدماتی موفقیت‌آمیز نبوده است [۸]. بنابراین، ضروری است با بررسی و شناسایی موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌ها، در جهت رفع آن‌ها برنامه‌ریزی و تلاش کرد تا بتوان این موانع را برطرف کرد و موجب ارتقای خدمات بیمارستان شد.

به هر حال لزوم بهره‌گیری از دانش مدیریت پیشرفته و اعمال مدیریت کیفیت جامع در تمام سازمان‌ها از جمله سازمان‌ها و مراکز بهداشتی‌درمانی و به‌ویژه بیمارستان‌ها امری غیرقابل انکار است. از طرف دیگر، بدیهی است که استقرار موفق نظام مدیریت کیفیت جامع در گرو رفع موانع و فراهم آوردن بسترهای لازم است. مدیران این سازمان‌ها باید از قدرت درک بالایی برخوردار باشند و با اتخاذ تدابیر و شیوه‌های شایسته در سیستم بهداشت و درمان در کنار فراهم کردن زمینه لازم برای ارائه خدمات باکیفیت و مطلوب برای بیماران، موانع استقرار مدیریت کیفیت را نیز شناسایی کنند و با رفع این موانع و اجرای مناسب کیفیت جامع، سطح خدمات بهداشتی‌درمانی را ارتقا بخشند [۱۲].

از آنجا که بیمارستان‌ها جزء لاینفک نظام بهداشتی هستند و خدمات مراقبت درمانی ارائه می‌دهند، در صورتی که نتوانند پاسخ‌گوی خواسته‌ها و انتظارات بیماران و همراهان آن‌ها باشند، موجب نارضایتی بیماران و ضرر و زیان در خدمات بیمارستان می‌شوند. بنابراین شناسایی موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع 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 [۱۱]. بر این اساس، مطالعه حاضر به بررسی موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان پرداخت.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹، به بررسی موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی (افضلی‌پور، شفا و باهنر) و غیرآموزشی (راضیه فیروز، مهرگان و ارجمند) شهر کرمان پرداخت. ۳۷۷ نفر از مدیران و کارشناسان، کارکنان درمانی و اداری و مالی بیمارستان‌های موردنظر، از طریق نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع بود که در سال ۱۹۹۷ توسط نیگا و همکاران در دو بخش طراحی شده بود. بخش اول پرسش‌نامه حاوی سؤالات مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد (جنسیت، سن، وضعیت استخدام، سنوات خدمت، سطح تحصیلات، گروه شغلی و بیمارستان محل خدمت) بود. بخش دوم با هدفه سؤال در قالب چهار بُعد موانع فرهنگی و کارکنان (سؤالات یک تا چهار)، موانع مربوط به زیرساختار (سؤالات پنج تا ده)، موانع مدیریتی (سؤالات یازده تا چهارده) و موانع سازمانی (سؤالات پانزده تا هفده) تدوین شده بود. امتیازدهی به سؤالات به روش لیکرت ۵ تایی از ۱ (بسیار کم)

سازمانی» به طور معنی داری در بیمارستان‌های آموزشی بیشتر از بیمارستان‌های غیرآموزشی بودند ($P=0/022$) (جدول شماره ۲).

سبک رهبری در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی، بیشتر از نوع دستوری بود. بین سبک رهبری در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی تفاوت معنی داری وجود داشت ($P=0/059$). بلوغ سازمانی در بیمارستان‌های آموزشی بیشتر از نوع حرفه‌ای و در بیمارستان‌های غیرآموزشی، بیشتر از نوع اجتماعی بود. بین بلوغ سازمانی در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول شماره ۳).

بیشترین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی ($4/42 \pm 1/12$) و غیرآموزشی ($3/86 \pm 1/14$) مربوط به سبک رهبری دستوری بودند. بین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع و سبک رهبری در بیمارستان‌های مورد بررسی تفاوت معنی داری وجود داشت ($P=0/001$). همچنین در بیمارستان‌های مورد بررسی بین سبک رهبری دستوری با مشارکتی و تشویقی با مشارکتی تفاوت معنی داری وجود داشت. بیشترین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی ($4/25 \pm 1/14$) و غیرآموزشی ($4/12 \pm 1/07$) مربوط به بلوغ سازمانی حرفه‌ای کارکنان بودند. بین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع و بلوغ سازمانی کارکنان در بیمارستان‌های مورد بررسی تفاوت معنی داری وجود داشت ($P<0/05$). همچنین در بیمارستان‌های مورد بررسی بین بلوغ سازمانی حرفه‌ای کارکنان با بلوغ اجتماعی و بین بلوغ سازمانی حرفه‌ای با بلوغ عاطفی تفاوت معنی داری وجود داشت (جدول شماره ۴).

بحث

این مطالعه با هدف بررسی موانع استقرار مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان انجام شد. مدیریت کیفیت جامع به عنوان یک فلسفه مدیریتی یکپارچه برای بقای سازمان‌ها بسیار حیاتی است، زیرا هدف آن بهبود مستمر عملکرد فرایند محصولات و خدمات برای دستیابی به انتظارات مشتریان است [۱۶].

همچنین، مدیریت کیفیت جامع، ابزاری مهم و باکیفیت برای مدیریت سازمان‌هاست که تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر عملکرد کلی آن‌ها دارد و عمدتاً از طریق تلاش‌های مشترک نیروهای کار و ذی‌نفعان، تلاش برای پشتیبانی و رهبری مدیریت عالی، مشارکت کارکنان، توانمندسازی کارکنان، آموزش، مشتری‌مداری، بهبود مستمر و مدیریت فرایند در محیط سازمانی حاصل می‌شود [۱۷]. به هر حال، اجرای صحیح مدیریت کیفیت جامع، مزایای فراوانی برای سازمان‌ها دارد تا دامنه تجارت، توانایی رقابت، بهبود تولید و افزایش بهره‌وری را با هزینه کمتر و آگاهی مشتری‌مدارانه خود گسترش دهند [۱۸].

همان‌طور که نتایج مطالعه حاضر نشان داد موانع اجرای

تا ۵ (بسیار زیاد) با حداقل امتیاز صفر و حداکثر ۵ بود. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات قبلی سنجیده شده و آلفای کرونباخ بالای ۰/۰۷ به دست آمده بود.

برای سنجش اطلاعات مربوط به سبک رهبری، از پرسش‌نامه سبک‌های رهبری هرسی و بلاتچارد استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای دوازده سؤال بود که هریک از سؤالات شامل چهار گزینه بودند. روایی محتوایی این پرسش‌نامه توسط اساتید رشته مدیریت ورزشی مورد تأیید قرار گرفته بود و پایایی آن در مطالعات مختلف با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و ۰/۷۹ سنجیده شده بود [۱۴، ۱۳]. روایی و پایایی پرسش‌نامه مجدداً توسط استادان راهنما مورد بررسی قرار گرفت که پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ برابر با ۸۵ درصد و روایی آن برابر با ۹۰ درصد شد.

همچنین برای برای سنجش بلوغ سازمانی کارکنان، از پرسش‌نامه بلوغ شغلی کارکنان استفاده شد که توسط ایزدی یزدان آبادی طراحی شده بود. این پرسش‌نامه دارای چهار مؤلفه و شصت گویه بود. امتیازدهی به سؤالات به روش لیکرت ۵ تایی از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) با حداقل امتیاز ۶۰ و حداکثر ۳۰۰ بود. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات قبلی سنجیده شده بود و ضریب پایایی آن ۰/۸۴ به دست آمده بود [۱۵].

در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، تحلیلی (کای اسکور، تی مستقل، آنالیز واریانس و توکی) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. سطح معنی داری 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

در این مطالعه، ۱۸۸ نفر از مدیران و کارشناسان، کارکنان درمانی و اداری و مالی بیمارستان‌های آموزشی و ۱۸۹ نفر از بیمارستان‌های غیرآموزشی مورد بررسی قرار گرفتند. بین افراد مورد بررسی در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول شماره ۱).

میانگین کل موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی ($4/1 \pm 3/8/53$) بیشتر از موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های غیرآموزشی ($3/1 \pm 8/7/62$) بود ($P=0/046$). بیشترین موانع موجود در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی، «موانع فرهنگی و کارکنان» بودند. «موانع مربوط به زیرساختار» و «موانع

جدول ۱. تعیین و مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی

P	فراوانی (درصد)		متغیر	
	بیمارستان‌های غیرآموزشی	بیمارستان‌های آموزشی		
۰/۱۳۳	۱۳۴ (۷۰/۹)	۱۲۰ (۶۳/۸)	زن	جنسیت
	۵۵ (۲۹/۱)	۶۸ (۳۶/۲)	مرد	
۰/۱۷۲	۱۱۵ (۶۰/۸)	۱۰۵ (۵۵/۹)	۲۰-۳۰ سال	سن
	۵۶ (۲۹/۶)	۶۹ (۳۶/۷)	۳۱-۴۰ سال	
	۱۸ (۹/۵)	۱۲ (۶/۴)	۴۱-۵۰ سال	
	۰ (۰)	۲ (۱/۱)	بیش از ۵۰ سال	
۰/۸۵	۷۰ (۳۷)	۶۵ (۳۴/۶)	رسمی	وضعیت استخدام
	۵۰ (۲۶/۵)	۵۳ (۲۸/۲)	پیمانی	
	۵۶ (۲۹/۶)	۶۰ (۳۱/۹)	طرحی	
	۱۳ (۶/۹)	۱۰ (۵/۳)	قراردادی	
۰/۷۳۲	۸۹ (۴۷/۱)	۹۳ (۴۹/۵)	۱-۵ سال	سنوات خدمت
	۴۹ (۲۵/۹)	۴۲ (۲۲/۳)	۶-۱۰ سال	
	۲۵ (۱۳/۲)	۳۲ (۱۷)	۱۱-۱۵ سال	
	۲۰ (۱۰/۶)	۱۶ (۸/۵)	۱۶-۲۰ سال	
	۶ (۳/۲)	۵ (۲/۷)	بیش از ۲۰ سال	
۰/۸۷۲	۲۱ (۱۱/۱)	۲۳ (۱۲/۲)	دیپلم و زیر دیپلم	سطح تحصیلات
	۳۶ (۱۹)	۳۰ (۱۶)	کاردانی	
	۱۱۵ (۶۰/۸)	۱۲۱ (۶۴/۴)	کارشناسی	
	۶ (۳/۲)	۴ (۲/۱)	کارشناسی ارشد	
	۱۱ (۵/۸)	۱۰ (۵/۳)	دکترا	
۰/۶۵۶	۱۱ (۵/۸)	۸ (۴/۳)	مدیران و کارشناسان	گروه شغلی
	۱۳۴ (۷۶/۲)	۱۵۰ (۷۹/۸)	کارکنان درمانی	
	۳۴ (۱۸)	۳۰ (۱۶)	کارکنان اداری و مالی	

به وضعیت کنونی بیمارستان‌های دولتی و هزینه‌های بسیار زیادی که این‌گونه بیمارستان‌ها دارند باید با شناسایی موانع اجرای مدیریت کیفیت در آن‌ها، بخش زیادی از مشکلات این بیمارستان‌ها را حل کرد.

بیشترین موانع موجود در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی شهر کرمان، «موانع فرهنگی و کارکنان» بودند. به

مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان به طور معنی‌داری بیشتر از این موانع در بیمارستان‌های غیرآموزشی بودند. شاید یکی از دلایل این تفاوت، این است که استقبال از بیمارستان‌های آموزشی بیشتر است، زیرا این بیمارستان‌ها دولتی هستند و از تجهیزات پیشرفته استفاده می‌کنند و همچنین خدمات آن‌ها برای مردم ارزان‌تر است. به تبع این استقبال گسترده‌تر، توقعات مشتریان نیز بیشتر است. به هر حال با توجه

جدول ۲. تعیین و مقایسه میانگین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی

P	میانگین $\pm$ انحراف معیار		متغیر
	بیمارستان‌های غیرآموزشی	بیمارستان‌های آموزشی	
۰/۷۰۵	۴/۸۳ $\pm$ ۱/۰۹	۴/۹۸ $\pm$ ۱/۶۳	موانع فرهنگی و کارکنان
۰/۰۲۲	۳/۱۸ $\pm$ ۲/۲۸	۴/۰۴ $\pm$ ۱/۲۲	موانع مربوط به زیر ساختار
۰/۵۰۷	۳/۹۸ $\pm$ ۲/۱۲	۴/۱۴ $\pm$ ۱/۱۴	موانع مدیریتی
۰/۰۲۲	۳/۵۲ $\pm$ ۱/۱۶	۴/۲۶ $\pm$ ۲/۱۵	موانع سازمانی
۰/۰۴۶	۳/۸۷ $\pm$ ۱/۶۲	۴/۳۸ $\pm$ ۱/۵۳	کل

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

ایجاد فرهنگ مساعد و حامی در مدیریت کیفیت جامع یکی از دشوارترین چالش‌های پیش‌روی سازمان‌های مجری کیفیت جامع به شمار می‌رود [۲۲]، باید برای افزایش تعهد و مشارکت و اعتماد کارکنان بیمارستان‌ها نسبت به مدیریت کیفیت جامع بیشتر تلاش کرد. در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان، «موانع مربوط به زیرساختار» و «موانع سازمانی» به طور معنی‌داری بیشتر از بیمارستان‌های غیرآموزشی بودند. شاید یکی از دلایل این تفاوت این است که در بیمارستان‌های آموزشی ازدحام بر بالین بیمار بیشتر است. همچنین کمبود برخی تسهیلات مشاهده می‌شود. علاوه بر این، به علت استفاده مکرر آموزشی برای فرایند آموزش، خراب شدن دستگاه‌ها نیز بیشتر است.

در مطالعه حاضر، سبک رهبری در بیمارستان‌های شهر کرمان، بیشتر از نوع دستوری و بیشترین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع نیز مربوط به سبک رهبری دستوری بودند. بین موانع

عبارتی، تغییر فرهنگ، کمبود اعتماد و تعهد و مشارکت کارکنان و همچنین ترس یا مقاومت آن‌ها نسبت به تغییر باعث ایجاد مشکل برای اجرای مدیریت کیفیت جامع در این بیمارستان‌ها شده بود. در بخش مراقبت‌های ویژه تنفسی بیمارستان لبافی‌نژاد تهران، مقاومت کارکنان به‌ویژه پزشکان در برابر تغییر از مهم‌ترین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع بود [۱۹]. نیروی انسانی رشدیافته با بهره‌وری بالا یکی از عوامل اساسی دستیابی کشورها به پیشرفت‌های علمی و صنعتی و در نهایت توسعه اقتصادی است [۲۰]. همچنین اساس مدیریت کیفیت جامع بر کیفیت و مشارکت همه اعضای سازمان استوار است [۲۱]. مراکز بهداشتی‌درمانی از جمله بیمارستان‌ها از بزرگ‌ترین سازمان‌های اجتماعی محسوب می‌شوند که در بهبود سلامت جامعه نقش اساسی دارند. برای دستیابی به اهداف کیفیتی، این سازمان‌ها مستلزم برخورداری از افراد مناسب با مهارت‌های مناسب، در مکان مناسب و در زمان مناسب هستند. بنابراین با توجه به اینکه

جدول ۳. تعیین و مقایسه فراوانی نوع سبک رهبری و بلوغ سازمانی در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی

P	فراوانی (درصد)		متغیر
	بیمارستان‌های غیرآموزشی	بیمارستان‌های آموزشی	
۰/۰۵۹	۸۰ (۳۲/۳)	۱۰۰ (۵۳/۲)	دستوری
	۳۵ (۲۸)	۳۷ (۱۹/۷)	تشویقی
	۳۱ (۱۶/۴)	۲۱ (۱۱/۲)	مشارکتی
	۴۳ (۱۳/۲)	۳۰ (۱۶)	تفویضی
۰/۲۴۴	۶۰ (۳۱/۷)	۲۲ (۱۱/۹)	اجتماعی
	۵۳ (۲۸)	۴۵ (۲۳/۹)	عاطفی
	۴۸ (۲۵/۴)	۵۹ (۳۱/۳)	عقلی
	۲۸ (۱۴/۸)	۶۲ (۳۲/۹)	حرفه‌ای

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

جدول ۴. تعیین میانگین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع بر حسب نوع سبک رهبری و بلوغ سازمانی در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی

میانگین $\pm$ انحراف معیار			
متغیر	بیمارستان‌های آموزشی	P	بیمارستان‌های غیرآموزشی
سبک رهبری	دستوری	۰/۰۰۱	۳/۸۶ $\pm$ ۱/۱۴
	تشویقی	۰/۰۰۱	۳/۱۵ $\pm$ ۱/۰۳
	مشارکتی	۰/۰۰۱	۱/۹۸ $\pm$ ۰/۸۵
	تفویضی	۰/۰۰۱	۳/۱۸ $\pm$ ۱/۰۶
بلوغ سازمانی کارکنان	اجتماعی	۰/۰۲۷	۳/۱۳ $\pm$ ۱/۱۵
	عاطفی	۰/۰۲۷	۳/۲۰ $\pm$ ۱/۲۷
	عقلی	۰/۰۲۷	۳/۸۵ $\pm$ ۱/۸۵
	حرفه‌ای	۰/۰۲۷	۴/۱۲ $\pm$ ۱/۰۷

فرهنگی و کارکنان و مربوط به سبک رهبری دستوری و بلوغ سازمانی حرفه‌ای کارکنان بودند. به نظر می‌رسد برای اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌ها لازم است رفع موانع در دستور کار مدیران بیمارستان‌ها قرار گیرد تا موفقیت اجرای این روش مدیریتی بیشتر شود. مطالعات بیشتر در زمینه بررسی روند موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های ایران و ارتباط بین آن‌ها توصیه می‌شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود با توجه به اولویت موانع، مدیران بیمارستان‌ها نظارت بیشتری بر پیشرفت فعالیت‌ها داشته باشند، تمهیدات لازم برای هماهنگی بین واحدهای مختلف را تدارک ببینند، از روش‌های مختلف برای جبران منابع مالی استفاده کنند و آموزش‌های لازم را در جهت افزایش دانش و مهارت کارکنان در اختیار آن‌ها قرار دهند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد تأیید قرار گرفت (کد اخلاق: IR.KMU. AH.REC.1399.096).

حامی مالی

این مقاله مورد حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان قرار گرفته است.

مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های

اجرای مدیریت کیفیت جامع و سبک رهبری در بیمارستان‌های مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به طوری که زمانی که سبک رهبری دستوری بود، موانع اجرای مدیریت کیفیت در این بیمارستان‌ها بیشتر می‌شد. در حالی که کمترین موانع مربوط به سبک رهبری مشارکتی بودند. بنابراین، بیمارستان‌ها باید اهداف شخصی کارکنان را در کنار اهداف سازمانی خود قرار دهند و کارکنان را برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها ترغیب کنند و برای دریافت نظرات آن‌ها نظام پیشنهادات طراحی و اجرا کنند. به این ترتیب با بهره‌مندی از نظرات و ایده‌های سازنده کارکنان، روحیه کار گروهی و مشارکتی در آن‌ها افزایش یابد. دیوید نیز در مطالعه خود نشان داد بین رهبری و اجرای مدیریت کیفیت جامع، رابطه بسیار قوی وجود دارد. به عقیده او، رهبری عامل کلیدی موفقیت در اجرای مدیریت کیفیت جامع است [۲۳].

بیشترین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان مربوط به بلوغ سازمانی حرفه‌ای کارکنان بودند. بین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع و بلوغ سازمانی کارکنان در بیمارستان‌های مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر، عدم توانایی و دانش فنی لازم کارکنان برای انجام کار مانعی برای اجرای مناسب مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان بود. بنابراین، توجه به میزان بلوغ سازمانی کارکنان باعث اجرای مناسب مدیریت کیفیت جامع خواهد شد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین موانع اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های شهر کرمان، موانع



پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حمایت‌های دانشگاه آزاد اسلامی کرمان تقدیر و تشکر می‌شود.

Reference

- [1] Drotz E, Poksinska B. Lean in healthcare from employees' perspectives. *J health Organ Manage*. 2014; 28(2):177-95. [DOI:10.1108/JHOM-03-2013-0066]
- [2] Gustavsson SMK. Improvements in neonatal care; Using experience-based co-design. *Int J Health Care Qual Assur*. 2014; 27(5):427-38. [DOI:10.1108/IJHCQA-02-2013-0016]
- [3] Akdere M, Top M, Tekingündüz S. Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model. *Total Qual Manag Bus Excell*. 2020; 31(3-4):342-52. [DOI:10.1080/14783363.2018.1427501]
- [4] Subiyakto B, Kot S, Syaharuddin S. The government reform on healthcare facilities from the standpoint of service quality performance. *Int J Econ Finance*. 2020; 12(1):16-31. [DOI:10.34109/ijefs.202012102]
- [5] Jimoh R, Oyewobi L, Isa R, Waziri I. Total quality management practices and organizational performance: the mediating roles of strategies for continuous improvement. *Int J Const Manage*. 2019; 19(2):162-77. [DOI:10.1080/15623599.2017.1411456]
- [6] Babu F, Thomas S. The relationship between total quality management practices and organisational image in the hospital industry: An empirical examination. *Int J Product Qual Manag*. 2020; 29(1):1-23. [DOI:10.1504/IJPM.2020.10026183]
- [7] Awuor EO, Kinuthia DM. Total quality management practices in selected private hospitals in Nairobi, Kenya. *Eur J Bus Manage*. 2013; 5(13):33-44. <http://41.204.183.105/handle/11732/464>
- [8] Yang CC. The establishment of a TQM system for the health care industry. *TQM Mag*. 2003; 15(2):93-8. [DOI:10.1108/09544780310461107]
- [9] 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]
- [10] Toorani S, Tabibi S, Shahbazi B. [Factors affecting the implementation of comprehensive quality management in educational hospitals of Iran university of medical sciences (Persian)]. *Hakim Health Syst Res J*. 2008; 11(2):22-32. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=83140>
- [11] Saeid Mahdavi A. [Study of present impediments in achievement of comprehensive quality management in educational hospitals of Ardabil in 2007 and presenting executive solutions (Persian)]. [MA. thesis]. Ardabil: Payam Noor University; 2007.
- [12] Sedghiani E. [Organization and hospital management (Volume 1 & 2) (Persian)]. 2th ed. Tehran: Jahan Rayaneh Press; 2001.
- [13] Sadati O, Sayadi S, Ahangare N. [Investigating the relationship between leadership styles and the rate of strategic thinking among the managers of Kerman governmental organizations (Persian)]. *J Product Manage*. 2013; 7(3):69-92. http://jpm.iaut.ac.ir/article_519453.html?lang=en
- [14] Noorbakhsh M, Mohammadi S. [Investigating the relationship between leadership styles and power resources in the directors of physical education schools in the country from the perspective of faculty members (Persian)]. *Harakat*. 2004; (19):109-24. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=6208>
- [15] Izadi Yazdanabadi A. [Investigating the relationship between the characteristics of organizational structure and the level of maturity of the staff of Tarbiat Moallem University and providing an appropriate structural model (Persian)]. [PhD. dissertation]. Tehran: Tarbiat Moaleem University; 2006.
- [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] [PMID] [PMCID]
- [17] Kim D-Y, Kumar V, Kumar U. Relationship between quality management practices and innovation. *J Oper Manage*. 2012; 30(4):295-315. [DOI:10.1016/j.jom.2012.02.003]
- [18] Ali KAM, Alolayyan MN. The impact of Total Quality Management (TQM) on the hospital's performance: An empirical research. *Int J Serv Oper Manage*. 2013; 15(4):482-506. [DOI:10.1504/IJSOM.2013.054904]
- [19] Mosadeghrad AM, Ashrafi E. [The impact of quality management on patient satisfaction in a hospital: Brief report (Persian)]. *Tehran Univ Med J*. 2017; 75(3):228-34. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=551345>
- [20] 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] [PMID]
- [21] Farnia M, 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 Instr Eval*. 2011; 3(12):81-106. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=268883>
- [22] Akinlolu M, Ndiokubwayo 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/IJPM.2020.105988]
- [23] Hirtz PD. Effective leadership for total quality management [PhD. dissertation]. Rolla: University of Missouri; 2002. https://scholarsmine.mst.edu/doctoral_dissertations/1432/

This Page Intentionally Left Blank