

دیدگاه و تجربیات کارکنان بیمارستان‌های منتخب شهر کرمان در خصوص استقرار

گواهینامه‌ی سیستم مدیریت کیفیت-ISO 9000 (مطالعه‌ی کیفی)*

محمدامین شمس‌ی^۱، شهرام توفیقی^۲، احمد عامریون^۳، روح‌الله زابلی^۴، عبدالرضا صباحی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: امروزه توجه به مقوله‌ی کیفیت در سازمان‌های خدماتی فراگیر شده است. بسیاری از سازمان‌های خدماتی از جمله بیمارستان‌ها اقدام به اخذ گواهینامه‌ی سیستم مدیریت کیفیت (ISO 9000) کرده‌اند. هدف از این مطالعه ارایه‌ی دیدگاه و تجربیات کارکنان ۳ بیمارستان دارای گواهینامه‌ی سیستم مدیریت کیفیت شهر کرمان، در خصوص استقرار این سیستم است.

روش بررسی: این مطالعه به صورت کیفی در سال ۱۳۹۱ خورشیدی بر روی ۳۰ نفر از کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان‌های شهر کرمان شامل حضرت فاطمه (س)، بهشتی و کاشانی با روش فتومتولوژی انجام شد. از مصاحبه‌ی ساختار یافته، نیمه ساختار یافته و بحث گروهی جهت جمع‌آوری داده‌ها بهره گرفته شد. مصاحبه‌ها ضبط، خط به خط دست‌نویس و سپس مطابق روش تحلیل محتوا مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: از بین ۴۶ مضمون کلی، ۴ مضمون اصلی «بهبود، تبلیغات، عدم تعهد مدیران ارشد و عدم مشارکت کارکنان» به دست آمد و علی‌رغم دیدگاه مثبت کارکنان به ماهیت سیستم مدیریت کیفیت، عملکرد این سیستم را در بیمارستان متبوع‌شان به دلیل عدم مشارکت کارکنان به خصوص پزشکان، عدم تعهد مدیران و اخذ گواهینامه برای استفاده از جنبه‌ی تبلیغاتی آن، فاقد کارایی مطلوب دانستند.

نتیجه‌گیری: استقرار سیستم‌های مدیریت کیفیت در بیمارستان‌ها، تضمینی برای کیفیت خدمات در آن‌ها نیست و موفق بودن استقرار این سیستم به عوامل مختلفی مانند آموزش، تعهد مدیران ارشد و مشارکت تمامی کارکنان به خصوص پزشکان بستگی دارد.

واژه‌های کلیدی: مدیریت کیفیت جامع؛ بیمارستان‌ها؛ کارکنان

پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۲

اصلاح نهایی: ۹۲/۶/۱۲

دریافت مقاله: ۹۱/۹/۲۷

ارجاع: شمس‌ی محمدامین، توفیقی شهرام، عامریون احمد، زابلی روح‌الله، صباحی عبدالرضا. دیدگاه و تجربیات کارکنان بیمارستان‌های منتخب شهر کرمان در خصوص استقرار گواهینامه‌ی سیستم مدیریت کیفیت-ISO 9000 (مطالعه‌ی کیفی). مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۱): ۷۹-۷۱.

هسته‌ی مرکزی، فلسفه‌ی مدیریت کیفیت جامع را تشکیل

مقدمه

مدیریت کیفیت جامع (TQM) Total Quality Management) یک فلسفه‌ی کلی مربوط به مدیریت است که سبب بهبود مستمر در سازمان می‌شود. فلسفه‌ی مدیریت کیفیت جامع بر دیدگاهی سیستماتیک، منسجم، باثبات و فراگیر سازمانی تأکید دارد (۱). این سیستم به‌طور کلی بر رضایت کلی مشتریان داخلی و خارجی تأکید و در سطح مدیریت نیز، دنبال به‌سازی و به‌پوی مستمر تمام سیستم‌ها و فرایندها است. مشتری محوری، فرایندگرایی و ارتقای مستمر

^۵ این مقاله حاصل تحقیقی مستقل و بدون حمایت مالی می‌باشد.

۱- دانشجوی دکترای تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: turang.shams3@gmail.com

۲- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

۳- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

۴- استادیار، اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

گواهینامه می‌شود.

استانداردهای سری ایزو ۹۰۰۰ بیان می‌کند که کیفیت محصول، فقط از طریق کنترل و بازرسی، حتی بازرسی صد در صد، به صورت پیوسته قابل تأمین نیست، بلکه کیفیت باید در فرآیند تولید و آن هم در تمامی بخش‌های یک سازمان خلق و به وجود آید. به همین روی است که کیفیت و ارزش نهادن بر کیفیت را مسؤلیت مشترک تمامی کارکنان و در تمامی بخش‌های یک سازمان تلقی می‌نماید (۱۰). این نگرش فرآیندی همان‌طور که ذکر شد یکی از مفاهیم اصلی مدیریت کیفیت جامع است. اگر چه تجربه‌ی اجرای مدیریت کیفیت جامع به وسیله‌ی آن در سازمان‌های دولتی خصوصاً سازمان‌های نظام سلامت اندک است ولی یک رویکرد اساسی برای مدیریت آن‌ها تلقی می‌شود. با این وجود تجربیات موفق و نا موفق بسیاری وجود دارد (۱۱).

در یک مطالعه که در سال ۱۳۸۵ خورشیدی توسط پوران رئیسی و همکاران تحت عنوان «ارزیابی عملکرد الگوی مدیریت کیفیت ISO 9001-2000 در بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی استان تهران» انجام شد، به این نتیجه رسیدند که استقرار این سیستم در زمینه‌ی بهبود فرایندها نتایج مثبتی داشته، اما این بهبود در حد مطلوب نبوده است، به خصوص در زمینه‌ی امور مالی و بازاریابی نتایجی به همراه نداشته است (۱۲). در تحقیق دیگری که در سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۸۲ خورشیدی در بخش مدارک پزشکی بیمارستان نمازی شیراز در خصوص نتایج استقرار سیستم مدیریت کیفیت توسط علی کشتکاران و همکاران انجام شد نتایج حاکی از بهبود در شرایط محیطی، پرسنلی، امکانات و تجهیزات در این بخش است و در سایر ابعاد مانند آموزش و سیستم آماردهی نتایجی نداشته است (۱۳).

در مطالعات خارجی نیز نتایج متفاوت است. بر اساس مطالعه‌ای که Charles Shaw و همکاران در سال ۲۰۰۶ میلادی در شش کشور اروپایی بر روی ۸۹ بیمارستان دارای گواهینامه‌ی سیستم مدیریت کیفیت و بدون گواهینامه انجام دادند، تفاوت معنی‌داری از لحاظ کیفیت بین آن‌ها مشاهده نشد (۱۴). در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۲۰۱۲ میلادی

می‌دهند. پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات مشتری‌ها نیز فقط و فقط به وسیله‌ی «مدیریت فرایندها» امکان‌پذیر است (۲). در حقیقت هدف عالی مدیریت کیفیت جامع حذف کنترل کیفیت است به شکلی که کنترل کیفیت جزو مکمل کار به حساب آید و نه نوعی بازرسی (۳). ریشه‌ی این تفکر به کارهای ارزنده‌ی Edvard Deming و دیگر متخصصان کیفیت در سال‌های پس از جنگ جهانی دوم برای صنایع تخریب‌شده‌ی ژاپن برمی‌گردد و پس از آن ابتدا در کشورهای غربی، بخش خصوصی از این نظریه استقبال نمود و به سبب تأثیرات شگرف آن در این بخش - خصوصاً صنعت - اخیراً این تفکر مدیریتی وارد نظام‌های دولتی و خدماتی کشورهای مختلف شده است (۳). البته باید اشاره کرد برای اجرای مدیریت کیفیت جامع یک روش و نسخه‌ی واحد وجود ندارد. یکی از ابزارهای دستیابی به مدیریت کیفیت جامع استانداردهای ایزو (ISO) و به خصوص استانداردهای سری ۹۰۰۰ یا سیستم مدیریت کیفیت می‌باشد (۴، ۵).

استانداردهای کیفیت را نخستین بار دولت انگلستان پس از جنگ جهانی اول به صورت مدون ایجاد کرد و پس از آن در سال ۱۹۴۶ میلادی سازمان بین‌المللی استاندارد، استانداردهای سری ۹۰۰۰ را به وجود آورد (۶) و بر خلاف تصور بسیاری، استانداردهای ایزو سری ۹۰۰۰ بر اساس محصولات گوناگون تنظیم نشده‌اند و کیفیت محصول را به هیچ وجه تأیید نمی‌کنند. استانداردهای سری ایزو ۹۰۰۰ در واقع تعیین‌کننده‌ی ویژگی‌ها یا مشخصات فنی برای محصول نیستند، بلکه استانداردهایی هستند که بر فرایند و عملکرد تمامی فعالیت‌ها که بر کیفیت محصول یا خدمت نهایی تأثیر می‌گذارد توجه دارد و به همین روی برای هر نوع صنعتی دارای کاربرد است (۷). بر این مبنای استانداردهای سری ایزو ۹۰۰۰ ویرایش ۲۰۰۰ شامل سه استاندارد اصلی به شرح ذیل شد (۸، ۹):

ISO 9000:2000 مبنای و واژگان مدیریت کیفیت

ISO 9001:2000 مبنای سیستم مدیریت کیفیت

ISO 9004:2000 خطوط راهنما برای بهبود عملکرد سیستم کیفیت.

از سه استاندارد ذکر شده فقط سیستم ۹۰۰۱ منجر به صدور

خصوص دلایل انجام مصاحبه و اطمینان از این که صحبت‌ها و گفته‌های آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند، جوی دوستانه و آرام را به وجود آورده و مصاحبه ضبط شد. سپس با انعطاف پذیری آغاز مصاحبه را با پرسشی شروع کرده که مصاحبه‌گر بتواند بدون دسترسی و حتی تفکر و تأمل زیاد به سادگی پاسخ دهد. طرح پرسش‌های دشوار و حساس در ادامه‌ی مصاحبه و زمانی که صمیمیت بیش‌تری بین مصاحبه‌شونده و مصاحبه‌کننده صورت گرفت، مطرح شد. مرحله‌ی دوم از طریق جلسات گروهی ۳ تا ۴ نفره با افراد با تحصیلات کارشناس و پایین‌تر صورت پذیرفت. سوال‌ها درخصوص دلایل استقرار سیستم کیفیت و کارآمد بودن یا نبودن استقرار سیستم در بیمارستان آن‌ها بود که به‌طور مثال به چند سوال اشاره می‌شود: ۱. هدف از استقرار سیستم مدیریت کیفیت در این بیمارستان چه بوده است؟ ۲. آیا این بیمارستان به اهداف از پیش تعیین شده استقرار این سیستم رسیده است؟ تمامی مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه ضبط و دست‌نویس شدند. در پایان کار تمامی نوارها و دست‌نویس‌ها چندین نوبت بازخوانی و مطابق روش تحلیل محتوا به مصاحبه‌شوندگان عودت داده شد تا نظرات خود را در مورد نتایج منعکس نمایند و نتایج به دست آمده مورد تأیید مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت. از ۳۰ شرکت‌کننده در مصاحبه‌های فردی و گروهی ۲۱ خانم و ۹ نفر آقا با تحصیلات دکترای تخصصی ۴ نفر، پزشک عمومی ۵ نفر، کارشناس ارشد ۴ نفر، کارشناسی ۱۱ نفر و مابقی با تحصیلات پایین‌تر از کارشناسی با میانگین سنی و سابقه‌ی کار به ترتیب ۳۷ و ۱۴ سال بودند که در مجموع ۱۳ مصاحبه‌ی فردی با میانگین ۴۶ دقیقه و ۳ جلسه‌ی گروهی با متوسط ۳/۵ نفر با میانگین ۷۵ دقیقه با ایشان انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا به کلیه‌ی مصاحبه‌ها گوش داده شد و به لحن صدا، مکث‌ها دقت گردید پس از آن کلیه‌ی مصاحبه‌ها خلاصه‌نویسی و با متن مصاحبه مطابقت داده شد و این عمل تا حصول اطمینان از مطابقت متن و مصاحبه انجام گردید. در نهایت با رویکرد Graneheim & Lundman داده‌ها تحلیل محتوا شدند (۱۹). بدین صورت که ۳ سطح کدگذاری در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. کدگذاری

توسط Tsung-Po Tsai و همکاران در یک بیمارستان آموزشی در تایوان در خصوص نتایج استقرار این سیستم انجام شد نتایج نشان‌دهنده‌ی بهبود عملکرد در بعضی از ابعاد مانند ارتباط با مشتری، کاهش نرخ عفونت‌ها و عدم تأثیر بر عملکرد مالی است و استقرار این سیستم را ابزاری مناسب در جهت مدیریت کیفیت جامع دانسته‌اند (۱۵). نتایج تحقیق Jaap Van Den و همکاران در سال ۲۰۰۵ میلادی در یک بیمارستان هلال احمر در هلند نیز نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت این سیستم در بهبود عملکرد بوده است (۱۶).

از آن‌جا که در سال‌های اخیر تعدادی از شرکت‌های خدماتی از جمله بیمارستان‌ها با هزینه‌ی زیادی مبادرت به استقرار این سیستم کرده‌اند و در نتیجه برای کارکنان و مشتریان خود توقعاتی ایجاد کرده‌اند، این مطالعه بر آن بود تا دیدگاه کارکنان چند بیمارستان که سیستم مدیریت کیفیت را مستقر کرده‌اند، راجع به عملکرد این سیستم شناسایی نماید تا گامی در جهت افزایش کیفیت در بیمارستان‌های کشورمان برداشته شود.

روش بررسی

از آن‌جا که هدف، دستیابی به دیدگاه کارکنان بیمارستان‌های دارای گواهینامه‌ی استاندارد سیستم مدیریت کیفیت (ISO 9000) شهر کرمان، شامل بیمارستان‌های حضرت فاطمه (س)، کاشانی و بهشتی بود، مطالعه‌ی کیفی انتخاب گردید. بدین جهت ۳۰ نفر از کارکنان تمامی بخش‌های درمانی و غیره درمانی شامل پزشکان، پرستاران، مدیران و کارکنان غیر درمانی که از ابتدای شروع استقرار اخذ گواهینامه در بیمارستان حضور داشته‌اند، با شیوه‌ی نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب گردیدند (۱۷) و داده‌ها طی مصاحبه‌های ساختار یافته، نیمه ساختار یافته و جلسات گروهی سه تا پنج نفره طی ۲ مرحله جمع‌آوری شدند. ملاک تعیین حجم نمونه اصل اشباع و تکرارپذیری داده‌ها بود (۱۸). در مرحله‌ی اول مصاحبه‌شوندگان از بین پزشکان و افراد با تحصیلات بالا انتخاب شدند و در محل کارشان با آن‌ها مصاحبه‌های ساختار یافته و نیمه ساختار یافته‌ی فردی صورت گرفت. در ابتدا ضمن کسب اجازه از آن‌ها و توضیح در

این به بخش‌ها هم می‌رسد اما کافی نیست.» افرادی که در قسمت‌های اداری بودند اظهار می‌داشتند که ایزو کاری به آن‌ها ندارد و ایزو فقط مربوط به بخش‌های درمانی است. «ما که از ایزو چیزی نفهمیدیم. به نظر می‌رسد ایزو مخصوص قسمت‌های درمانی است و کاری به ما ندارد.»

دیگری اظهار می‌داشت «من در کمیته‌های بازنگری مدیریت شرکت می‌کنم اگر مصوبات جدی گرفته شود خیلی خوب است. چون بعضی از مصوبات می‌روند تا کمیته‌ی بعدی.» تبلیغات (تمایل به تظاهر)

کارکنان علی‌رغم اعتقاد داشتن به اصل و ماهیت گواهینامه‌های این چنینی بر این باور بودند که هدف اصلی از گرفتن این گواهینامه‌ها تبلیغات است نه بهبود عملکرد که برخی از گفته‌های افراد نقل قول مستقیم می‌شوند.

«تمام این بگیر و ببندها برای یک تکه کاغذ است و وقتی که گواهینامه آویزان شد همه چیز فراموش می‌شود.» به اعتقاد فرد دیگری «کار اگر برای رضای خدا باشد به نتیجه می‌رسد و الا اگر برای خودنمایی و تبلیغات باشد هیچ فایده‌ای به جز هزینه برای سازمان ندارد و گر نه مگر نمی‌شود گفت که ایزو چیز بدی است حتماً چیز خوبی است ولی به نظرم»

البته بعضی از افراد اعتقاد داشتند حتی اگر اخذ گواهینامه برای تبلیغات باشد، بازهم خوب است و می‌تواند مستمر ثمر باشد. «اخذ ایزو به هر نیتی باشد خوب است، حتی اگر برای نمایش و تبلیغات و مانند این‌ها باشد. چون خود کم کم تبدیل به فرهنگ می‌شود اما زمان بر است.» البته گفته‌های فوق بیش‌تر متعلق به افرادی بود که در بخش‌های اداری مشغول به خدمت بودند.

عدم مشارکت کارکنان به‌ویژه پزشکان کارکنان به‌ویژه کارکنان بخش درمان اعتقاد داشتند در صورتی که پزشکان در این سیستم شرکت نکنند این سیستم قطعاً شکست می‌خورد. یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشت: «ما که زورمان به پزشکان نمی‌رسد و هر چه را که می‌بافیم پنبه می‌کنند.» نکته‌ای که خود پزشکان نیز به آن اعتراف داشتند، به‌طوری که یکی از پزشکان اظهار می‌داشت: «استقرار ایزو قطعاً مفید است ولی مهره‌های اصلی درمان (پزشکان) به

سطح اول داده‌ها را خط به خط بررسی می‌کند و شامل کدهای زنده، کدهایی که از زبان شرکت کنندگان اخذ می‌شود و کدهای باز است. سطح دو کدگذاری، مقایسه‌ی کدهای کدگذاری شده با سایر داده‌ها و ایجاد طبقات است. طبقات داده‌های کدگذاری شده ساده هستند که از تلفیق خوشه‌های شبیه به هم، به لحاظ مفهومی شکل می‌گیرند. در واقع این طبقات حاصل مترکم نمودن کدهای سطح یک هستند و کدگذاری سطح سه عناوین مفهومی است که از طبقات ظهور می‌یابد (۲۰). برای ثبات داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط محققان به‌طور جداگانه و هم‌چنین مشترک صورت گرفت. در نهایت ۴ کد اصلی از مجموع ۴۶ کد به دست آمد.

یافته‌ها

پس از تحلیل محتوا به روش ذکر شده چهار مضمون اصلی «بهبود، تبلیغات، عدم مشارکت کارکنان و عدم تعهد مدیران» از متن مصاحبه‌ها استخراج شد که در پاسخ به این سوال اساسی که هدف از استقرار سیستم بهبود کیفیت در بیمارستان چه بوده و آیا بیمارستان به این اهداف نایل شده است یا خیر؟ به برخی از پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان در مصاحبه‌ها اشاره می‌شود. هرچند مضامین دیگری نیز در صحبت‌های افراد بود ولی در این مطالعه به مضامین اصلی اشاره می‌شود.

بهبود

همه از استقرار سیستم کیفیت، انتظار بهبود عملکرد و افزایش کیفیت را دارند در غیر این صورت سیستم مدیریت کیفیت را امری مزاحم می‌دانند که فقط باعث افزایش کاغذ بازی و هزینه‌ها می‌شود.

«اوایل یک کم تغییر داد ولی رفته رفته همه بی‌انگیزه شدند و همه چیز مثل روال قبل شد.»

البته به عقیده‌ی بعضی از مصاحبه‌شوندگان این بهبود نسبی بوده و در بعضی از قسمت‌ها بیش‌تر از قسمت‌های دیگر این بهبود حاصل شده است. «در بخش تجهیزات پزشکی خیلی خوب شد ولی در بخش‌های درمانی زیاد نه، چون در تجهیزات پزشکی همه‌ی دستگاه‌ها کالیبره شدند. البته نفع

بحث

پيامد اين مطالعه به دست آمدن چهار مضمون اصلی «بهبود، تبليغات، عدم مشارکت کارکنان و عدم تعهد مديران ارشد سازمان» بود. چهار مضمونی که دغدغهی اصلی خود استاندارد ISO 9001-2008 هم هستند. چرا بر طبق بند ۱۰_۱ استاندارد پذيرش یک سیستم مدیریت کیفیت باید به عنوان یک تصميم استراتژیک در سازمان گرفته شود و از آن جا که تصميمات استراتژیک تصميماتی بلند مدت هستند با کارهای تبليغاتی و زودگذر منافات دارند. هم چنین در بند هشت این استاندارد به صراحت به اندازه گیری، تجزیه و تحلیل و بهبود اشاره شده است و در بند پنج دقیقاً به مسؤولیت مدیریت اشاره دارد (۲۱). هر چند طبق تحقیقات انجام شده استقرار سیستم مدیریت کیفیت در سازمان هایی که محصول تولید می کنند با موفقیت همراه بوده، اما استقرار این سیستم در سازمان های خدماتی با چالش، موانع و مشکلات مواجهه بوده است (۲۲). نکته ی مهم دیگر این که ابعاد مدیریت کیفیت جامع و استقرار این سیستم ها در بخش های خدمات دولتی و خصوصی نیز با هم متفاوت است. در بخش خصوصی ابعاد کیفیت شامل، قیمت، دوام، قابلیت اطمینان، تحویل به موقع، کارکرد خدمات، خدمات پس از فروش، هم سازی، شکل ظاهری، شهرت و تأثیر اجتماعی است (۲۳). در تقسیم بندی دیگری ابعاد مدیریت کیفیت جامع در بخش عمومی از جمله اطلاع رسانی، سرعت در ارائه ی خدمات، رفتار مناسب و غیره و در یک تقسیم بندی دیگر ابعاد مدیریت کیفیت در این بخش شامل حمایت مدیریت ارشد، جوايز بهبود کیفیت و بازخورد می باشد (۱۶).

از آن جا که در بخش دولتی مديران در پی جلب رضایت سیاستمداران و دولت مردان هستند و آن ها تصور می کنند مشتریان اصلی آن ها، کسانی هستند که آن ها را انتخاب و به مدیریت منصوب کرده اند، بنابراین پیش از آن که به فکر رضایت مردم و مراجعان باشند، در پی جلب رضایت دولت مردان هستند. تمام موارد ذکر شده ماهیتاً استقرار سیستم های کیفیت را در بخش دولتی به ویژه بخش بهداشت و درمان با مشکل مواجه می کند. البته این بدان معنی نیست که از مزایای

دلایل مختلف زیر بار این جور کارها نمی روند.» البته دلایل عدم مشارکت کارکنان به دلایل مختلفی صورت می گیرد و یکی از آن ها ورود نیروهای جدید و ترک سازمان از طرف نیروهای قدیمی سازمان است. «از وقتی که ما ایزو گرفته ایم تا حالا می شود گفت کل نیروها این مرکز یک بار عوض شده اند. چون نیروهای این جا اکثر قراردادی هستند تا راه می افتند یک جا قبول می شوند و می روند و روز از نو روزی هم از نو.» دیگری اظهار داشت «ایزو به جای این که در متن کار باشد در موازات کارهاست و ما ترجیح می دهیم کار اصلی خود را انجام دهیم.» در واقع یکی از دلایل عدم مشارکت کارکنان نبود آموزش و یا نبود آموزش کافی و مؤثر است، به طوری که یکی از افراد می گفت «ما که از ایزو چیزی نفهمیدم مدرس میاد یک مطالبی را میگه و میره که بیش تر تاریخچه است و کاربردی نیستند. کاش مطالب علمی و کاربردی بیان می داشتند.»

عدم تعهد مديران ارشد

به عقیده ی کارکنان این مراکز، از نیروهای جزء هر چه بخواهی انجام می دهند ولی هیچ کس نیست که از مسؤولین بخواهد به ایزو اهمیت بدهند. «خود رییس های ما چیزی از ایزو نمی دانند حالا چطور می خواهند ایزو را اجرا کنند من نمی دانم. رییس قبلی که اصلاً اعتقادی به ایزو نداشت و می گفت ایزو یک مقوله غربی است.» یا مثلاً «سالی یک بار یک جنب و جوشی برای تمديد گواهینامه می شه، دوباره همه چیز میره تا سال بعد در صورتی که اگر مسؤولین بخواهند همیشه مثل این چند روز کار کنیم، بیمارستان ما گلستان می شود.» بعضی کارکنان بر این باور بودند که چون گواهینامه چیزی اجباری نیست و از مسؤولین قبلی به ارث رسیده است، بنابراین مسؤولین جدید روی خوشی به آن نشان نمی دهند. «تا زمانی که رییس قبلی بود خوب بود، یک تأییراتی داشت اما رییس جدید اعتقادی به ایزو ندارد.»

«در صورتی که مسؤولین مافوق همان طور که بعضی از کارهای کوچک را پی گیر هستند کار به این مهمی را هم پی گیر بودند حتماً سرآمد می شدیم.»

همه و همه باعث عدم مشارکت کارکنان و بعضاً مقاومت آن‌ها در برابر کار و نهایتاً عدم مشارکت آن‌ها می‌گردد. در نتیجه دلایل عدم مشارکت کارکنان بایستی به درستی مورد مطالعه قرار گیرد و برای آن راه‌کاری اندیشیده شود (۲۸).

نکته‌ی ظریفی که در بین صحبت کارکنان بود. این که سازمان در بعضی از موارد آموزش هم می‌دهد اما این آموزش اثربخش نیست و در نهایت کارکنان چیزی را نمی‌فهمند و در نتیجه چیزی برای اجرا ندارد. Nonaka نیز به این مطلب اشاره دارد که ارزشمند بودن دانش را می‌توان ناشی از عملی‌تر بودن آن در مقایسه با داده‌ها و اطلاعات دانست. در واقع کسی را باید «دانشمند» نامید که مطالب مفیدی را فراگرفته نه مطالب زیادی را (۳۰). بنابراین سازمان باید بداند که آموزش یکی از راه‌های افزایش توانمندسازی و دانش کارکنان است و این امر را می‌توان با اشکال مختلف ایجاد کرد (۳۱). در هر صورت مدیران بایستی به ظرافت‌های خاص آموزش توجه دقیق داشته باشند و از اثربخشی آن مطمئن گردند.

در خصوص تمایل مدیران به کارهای نمایشی و تبلیغی علاوه بر این که می‌شود این کار را از بعد جامعه‌شناسی کشورهای در حال توسعه بررسی کرد، از بعد فردی نیز می‌توان گفت انسان‌ها علاقه‌ی مستمری به چگونگی تصویرپردازی دیگران از خود دارند. به بیان دیگر انسان‌ها دوست دارند بدانند که دیگران آن‌ها را چگونه ارزیابی می‌کنند و از نظر دیگران چگونه جلوه می‌کنند. بنابراین مبالغه‌گفتی را صرف کارهای نمایشی می‌کنند تا در پیش دیگران جذاب جلوه کنند چرا که مثبت جلوه دادن خود در پیش دیگران، به‌خصوص رؤسا، برای آن‌ها مزایایی از جمله حفظ موقعیت، ارتقای شغلی و مزایا و... دارد (۳۲). هر چند این علاقه به کارهای نمایشی در بین همه‌ی افراد یکسان نیست و با توجه به تیپ و شخصیت افراد ممکن است متفاوت باشد. به‌طور مثال افراد خودآگاه، کسانی که نیاز به خود کنترلی در آن‌ها شدیداست، بیش‌ترین علاقه‌مندی را به مدیریت تصویرپردازی دیگران از خود نشان می‌دهند. البته این علاقه‌مندی به تظاهر ممکن است موجب شود که همکاران و سایر افراد برچسب «حقه‌بازی» را به آن‌ها بزنند (۳۳).

سنجش بهره‌وری و استقرار این‌گونه سیستم‌ها در بخش عمومی و به‌ویژه بهداشت و درمان غافل شد، چرا که علی‌رغم تمام محدودیت‌ها استقرار این سیستم‌ها دارای مزایایی است (۱۱).

استقرار سیستم‌های کیفیت باعث بهبود پاسخ‌گویی به شهروندان، بهبود تصمیمات در سطح کلان و خرد، بهبود عملکرد مدیران و کارگزاران و امکان برآورده پیش‌بینی صحیح نیازهای آتی را فراهم می‌کند (۲۴). ولی قبل از هر عملی در استفاده از این مدل‌ها بایستی جو و محیط سازمانی را آماده کرد و گر نه در غیر این‌صورت شکست حتمی در انتظار سازمان مربوطه خواهد بود (۲۵). نکته‌ای که کارکنان این مراکز به آن اذعان داشتند و آن را یکی از عوامل عدم موفقیت استقرار این‌گونه سیستم‌ها می‌دانستند، عدم مشارکت کارکنان و به‌خصوص پزشکان بود. شاید در نگاه اول به نظر برسد که کارکنان دارای تحصیلات عالی و تخصص‌های پیشرفته‌ی نیازی به آموزش ندارند، اما باید گفت این گروه نیاز بیشتری به آموزش و پرورش دارند چرا که فنون پزشکی، تکنولوژی، آزمون‌ها و ... همه در حال تغییر هستند، در نتیجه این فرایند باید مستمر و ابدی باشد (۲۶). پزشکان به‌عنوان ارایه‌کنندگان اصلی مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند و مشارکت فعال آن‌ها در سیستم مدیریت کیفیت تضمینی بر به نتیجه رسیدن این فعالیت‌ها است (۲۷). البته دلایل عدم مشارکت پزشکان در طرح‌های این چنینی بایستی واکاوی گردد. به عقیده‌ی بعضی از صاحب‌نظران یکی از دلایل این عدم مشارکت می‌تواند بالا بودن قدرت تخصصی آن‌ها باشد (۲۸). هرچند صرف توانمندسازی از طریق آموزش نیز به تنهایی نمی‌تواند به افزایش عملکرد بیانجامد. توانمندسازی ممکن است به رضایت شغلی کمک کند ولی مشارکت کاری زیاد و عملکرد برجسته را موجب نمی‌شود (۲۹).

علاوه بر مطالبی که کارکنان در مصاحبه در خصوص عدم مشارکت کارکنان در استقرار این‌گونه سیستم‌ها به آن اشاره داشتند، از جنبه‌های دیگری نیز باید مورد بررسی قرار گیرد. چرا که عدم وجود نظام ارزش‌یابی مطلوب بین کارکنان و پایین بودن حقوق و مزایا ترس از ابهام، محافظه‌کار بودن،

• دانشگاه‌های علوم پزشکی ارزیابانی را برای ممیزی استانداردهای ایزو تربیت کنند و در صورت موفقیت در ممیزی و اطمینان از این‌که سیستم کیفیت ابزاری در جهت بهبود عملکرد یک بیمارستان است، نتایج آن را در اعتباربخشی لحاظ نمایند.

• آموزش سیستم‌های کیفیت مانند ایزو برای پزشکان که حلقه‌ی اصلی ارتباط با بیمار هستند در اولویت باشد که این آموزش‌ها می‌تواند در قالب آموزش‌های دارای امتیاز باشد.

• اخذ گواهینامه‌های استاندارد در بیمارستان‌ها منوط به مجوز از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی و اطمینان از آمادگی همه‌جانبه‌ی این بیمارستان‌ها در جهت استقرار این مدل‌های کیفی است.

تشکر و قدردانی

مجریان این طرح مراتب تقدیر و تشکر خود را از همکاری صمیمانه‌ی شرکت‌کنندگان در این پژوهش اعلام می‌دارند.

نتیجه‌گیری

حال این سوال پیش می‌آید که آیا استقرار این سیستم‌ها توجیه دارد یا خیر؟ با توجه به یافته‌های این پژوهش سیستم‌های مدیریت کیفیت ماهیتاً ابزای مناسب برای دست یافتن به فلسفه‌ی مدیریت کیفیت جامع هستند. اما صرف استقرار سیستم در یک موسسه یا سازمان ملاکی برای اطمینان از کیفیت خدمات ارائه شده یا حتی فرایندهای آن موسسه یا سازمان نیست و حتی ممکن است از داشتن گواهینامه‌ی سیستم‌های کیفیت، در مسیری غیر از بهبود کیفیت و صرفاً ابزاری تبلیغاتی استفاده گردد و یکی از دلایل مؤثر نبودن سیستم‌های کیفیت در بیمارستان‌ها مشارکت نداشتن پزشکان در چنین فرایندهای است.

پیشنهادها

بنابراین نویسندگان پیشنهادهای زیر را مطرح می‌نمایند:

References

1. Ozkan T, Deniz K. The Role of Supply Chain Management Integration in Quality Management System for Hospitals. *International Journal of Management Perspectives* 2008; 1(1): 31-9.
2. Prajogo DI, Sohal AS. The relationship between organization strategy, total quality management (TQM), and organization performance—the mediating role of TQM. *European Journal of Operational Research* 2006; 168(1): 35-50.
3. Ehigie BO, McAndrew EB. Innovation, diffusion and adoption of total quality management (TQM). *Management Decision* 2005; 43(6): 925-40.
4. Martínez Costa M, Martínez Lorente AR, Choi TY. Simultaneous consideration of TQM and ISO 9000 on performance and motivation: an empirical study of Spanish companies. *International Journal of Production Economics* 2008; 113(1): 23-39.
5. Sumaedi S, Bakti GMY. The Students Perceived Quality Comparison of ISO 9001 and Non-ISO 9001 Certified School: an Empirical Evaluation. *International Journal of Engineering & Technology IJETIJENS* 2011; 11(1): 104-8.
6. Clougherty JA, Grajek M. The impact of ISO 9000 diffusion on trade and FDI: A new institutional analysis. *Journal of International Business Studies* 2008; 39(4): 613-33.
7. Singh PJ, Feng M, Smith A. ISO 9000 series of standards: comparison of manufacturing and service organizations. *International Journal of Quality & Reliability Management* 2006; 23(2): 122-42.
8. Tricker R. *ISO 9001: 2008 for Small Businesses*: 4th ed. Uk: Rutledge; 2010.
9. de la Sota E. Quality assurance in healthcare organizations in Spain: same goals, different methods [Online]. *Advances in Relational Mental Health* 2005; 4(3). Available from: URL: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0403/sot0403.pdf>.
10. Koc T. The impact of ISO 9000 quality management systems on manufacturing. *Journal of Materials Processing Technology* 2007; 186(1-3): 207-13.
11. Alvani SM, Riahi B. *Measuring service quality in the public sector*. Tehran: Iran Technology Education Center; 2000: 7-15. [In Persian]

12. Raeissi P, Nasiripour AA, Hesam S. Performance Evaluation of the Total Quality Management Model (ISO 9001: 2000) in Social Security Organizations' Hospitals in Tehran Province, Iran. *Health Information Management* 2010; 6(2): 105-12. [In Persian]
13. Keshkaran A, Ahmadzadeh F, Panahian H. The Effect of the Implementation of Quality Management System (ISO 9001: 2002) on the Improvement of the Performance of Medical Records Department in Shiraz Namazi Hospital (2003-2005). *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2009; 16(4): 375-84. [In Persian]
14. Shaw C, Groene O, Mora N, Sunol R. Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *Int J Qual Health Care* 2010; 22(6):445-51.
15. Tsai TP, Chen HC, Pai JY. The evaluation of implementing the international organization for standardization (ISO) 9000 quality management system in medical setting: A study from a teaching hospital. *African Journal of Business Management* 2012; 6(26): 7779-87.
16. Van den Heuvel J, Koning L, Bogers AJ, Berg M, van Dijen ME. An ISO 9001 quality management system in a hospital: bureaucracy or just benefits? *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18(4-5): 361-9.
17. Teddlie C, Yu F. Mixed methods sampling a typology with examples. *Journal of mixed methods research* 2007; 1(1): 77-100.
18. Ranjbar H, Haghdoost AA, Salsali M, Khoshdel A, Soleimani M, Bahrami N. Sampling in qualitative research: A Guide for beginning. *J Army Univ Med Sci* 2012; 10(3): 238-50. [In Persian]
19. Sharif F, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nurs* 2005; 4: 1-7.
20. Sanagou A, Jouybari L. Students' viewpoints and experiences about evaluation of academic staff in theoretical courses. *Strides in Development of Medical Education* 2010; 7(1): 57-69.
21. Cianfrani CA, West JE, Tsiakals JJ. *ISO 9001: 2008 Explained*. 3th ed. USA: ASQ Quality Press; 2009.
22. Bovaird T, Löffler E. *Public management and governance*. United Kingdom: Taylor & Francis; 2009.
23. Ghayour M, Moradi M, Ghomian MM. The Evaluation of Services Quality on the Basis of SERVQUAL Model and Its Relationship with the Clients Satisfaction. *Asian J Business Manage Studies* 2011; 2(3): 117-23.
24. Suci A, Borza A. Achieving Competitive Advantage in Service Industry [Online]. Available from: URL: <http://conference.ubbcluj.ro/mccs/RePEc/bbu/wpaper/206-209.pdf>.
25. Prajogo DI, McDermott CM. The relationship between total quality management practices and organizational culture. *International Journal of Operations & Production Management* 2005; 25(11):1101-22.
26. Hughes RG. *Tools and strategies for quality improvement and patient safety*. US: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
27. Zineldin M. The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2006; 19(1): 60-92.
28. Adler NJ, Gundersen A. *International dimensions of organizational behavior*. 5th ed. US: Cengage Brain; 2007.
29. Wallach VA, Mueller CW. Job characteristics and organizational predictors of psychological empowerment among paraprofessionals within human service organizations: An exploratory study. *Administration in Social Work* 2006; 30(1): 95-115.
30. Nonaka I, Toyama R. The theory of the knowledge-creating firm: subjectivity, objectivity and synthesis. *Industrial and Corporate Change* 2005; 14(3): 419-36.
31. Newell S, Robertson M, Scarbrough H, Swann J. *Managing knowledge work and innovation*. Palgrave Macmillan: Basingstoke; 2009.
32. Bolino MC, Kacmar KM, Turnley WH, Gilstrap JB. A multi-level review of impression management motives and behaviors. *Journal of Management* 2008; 34(6): 1080-109.
33. Giacalone RA, Rosenfeld P. *Impression management in the organization*. United Kingdom: Psychology Press; 2013.

Viewpoints and Experiences of Personnel Regarding Establishment of Certificate of Quality Management System in Kerman Hospitals*

Mohammad Amin Shamsi¹; Shahram Tofighi²;
Ahmad Ameryoun³; Rohollah Zaboli⁴; Abdolreza Sabahi⁵

Original Article

Abstract

Introduction: today, paying attention to quality in servicing organizations has been universal. Many of servicing organizations including hospitals have started to take certificate of quality management system (ISO 9000). This study is aimed to present viewpoints and experiences of personnel in three hospitals holding certificate of quality management system.

Methods: this study was done qualitatively by phenomenological method in 2012 on 30 personnel in different wards of Kerman hospitals including Hazrat-e Fatemeh, Beheshti and Kashani. Structured and semi-structured interviews and group discussion have been used to gather data. Interviews were recorded and hand-written then they were studied based on content analysis.

Results: among 46 contents, four main contents of improvement, promotion, lack of commitment of top managers and lack of involvement of personnel were obtained. Despite positive viewpoints of personnel towards quality management system, they stated that performance of the system is inefficient in their hospitals due to lack of involvement of personnel specially doctors, lack of commitment of managers and lack of certificate in order to use it as a promotion.

Conclusion: establishment of quality management system in hospitals does not guarantee quality of their services. Successful establishment of the system depends on different factors such as training, commitment of top managers and involvement of all personnel particularly doctors.

Keywords: Total Quality Management; Hospitals; Personnel

Received: 18 Dec, 2012

Accepted: 3 Sep, 2013

Citation: Shamsi MA, Tofighi Sh, Amerioun A, Zaboli R, Sabahi A. **Viewpoints and Experiences of Personnel Regarding Establishment of Certificate of Quality Management System in Kerman Hospitals.** Health Inf Manage 2014; 11(1): 79.

* This article is an independent research with no financial aid.

1- PhD Student, Health Services Management, Baghiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)
Email: turang.shams3@gmail.com

2- Assistant Professor, Health Services Management, Faculty of Health, Baghiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Health Services Management, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Neuroscience, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran