



Identifying and Prioritizing the Factors Affecting Hospital Quality Management in Crises (Case study: Covid-19 crisis in Kermanshah)

Mahtab Mortezaei¹ & Mohammad Javad Jamshidi^{2*}

1. M.A. Student of Entrepreneurship, Social Sciences Faculty, Razi University, Kermanshah, Iran

2. Assistant Professor, Management and Entrepreneurship Department, Social Sciences Faculty, Razi University, Kermanshah, Iran.
(Corresponding Author)

Abstract

Background and objective: The aim of this study was to identify and prioritize the factors affecting hospital quality management in crises in Kermanshah hospitals during the Covid-19 crisis.

Method: The statistical population of this study was in the qualitative part of all employees of hospitals in Kermanshah in 1399 and the statistical sample is managers and experts whose theoretical saturation was 17 people. The statistical population in the quantitative ward was all the staff of Kermanshah hospitals in 1399 and the statistical sample of 150 people were selected from the staff by available sampling method. The research tools in the qualitative and quantitative sections were interview and questionnaire, respectively. In the qualitative section, the interview was conducted in person and the questionnaires in the quantitative section were distributed online in the form of Google among the sample members. The questionnaire used in this research was a researcher-made questionnaire designed using the themes obtained in the qualitative section. The qualitative part was done using the theme analysis method and the quantitative part was prioritized using the Friedman test. The software used in the qualitative and quantitative sections were MAXQDA 2018 and SPSS 25.

Findings: The results of the qualitative section using thematic analysis using interviews showed that 24 sub-themes were categorized into 4 main themes including structure, staff, process and results. Also, the results of quantitative ward and one-sample t-test showed that all these factors affect hospital quality management.

Conclusion: The results of Friedman test to check the prioritization of factors for the priority of factors according to the average ranks showed the order of priority in terms of staff, process, structure and results.

Keywords: Quality Management, Covid-19, Kermanshah Hospitals, Crisis.

► **Citation (APA 6th ed.):** Mortezaei M, Jamshidi M. (2021, Autumn). Identifying and Prioritizing the Factors Affecting Hospital Quality Management in Crises (Case study: Covid-19 crisis in Kermanshah). *Disaster Prevention and Management Knowledge Quarterly (DPMK)*, 11(3), 274-286.

شناسایی و اولویت بندی عوامل مؤثر بر مدیریت کیفیت بیمارستانی در بحران‌ها

(مورد مطالعه: بحران کووید ۱۹ در شهر کرمانشاه)

مهتاب مرتضایی^۱ و محمدجواد جمشیدی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد کارآفرینی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. m.mortezaei73@gmail.com

۲. استادیار گروه مدیریت و کارآفرینی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. (نویسنده مسئول) mj.jamshidi@razi.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف شناسایی و اولویت بندی عوامل مؤثر بر مدیریت کیفیت بیمارستانی در بحران‌ها با مورد مطالعه بیمارستان‌های شهر کرمانشاه در شرایط بحران کووید-۱۹ انجام شده است.

روش: جامعه آماری این پژوهش، در بخش کیفی کلیه کارکنان بیمارستان‌های شهر کرمانشاه بودند که بر اساس اشباع نظری و منطق نمونه گیری نظری و گلوله برفی تعداد ۱۷ نفر انتخاب گردیدند. نمونه آماری در بخش کمی تعداد ۱۵۰ نفر بود که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش در دو بخش کیفی و کمی به ترتیب مصاحبه و پرسشنامه بود که در بخش کیفی مصاحبه به صورت حضوری و پرسشنامه‌ها در بخش کمی به صورت فرم برخط گوگل در بین اعضای نمونه توزیع گردید. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته با استفاده از تم‌های به دست آمده در بخش کیفی طراحی گردید. تحلیل داده‌ها در بخش کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی انجام گرفت و در بخش کمی با استفاده از آزمون فریدمن، اولویت بندی صورت گرفت. نرم افزار مورد استفاده در بخش‌های کیفی و کمی به ترتیب MAXQDA ۲۰۱۸ و SPSS ۲۵ بوده است.

یافته‌ها: نتایج بخش کیفی با استفاده از تحلیل مضمون با استفاده از مصاحبه‌ها نشان داد که ۲۴ تم فرعی در قالب ۴ تم اصلی شامل ساختار، کارکنان، فرآیند و نتایج دسته بندی شدند. همچنین نتایج حاصل از بخش کمی و آزمون t تک نمونه‌ای نشان داد که کلیه این عوامل بر مدیریت کیفیت بیمارستانی تأثیر گذارند.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از آزمون فریدمن به منظور بررسی اولویت بندی عوامل نیز برای اولویت عوامل با توجه به میانگین رتبه‌ها ترتیب اولویت را به صورت کارکنان، فرآیند، ساختار و نتایج نشان داد.

واژگان کلیدی: مدیریت کیفیت، بحران، بیمارستان‌های شهر کرمانشاه، کووید-۱۹.

◀ **استناد فارسی (شیوه APA، ویرایش ششم ۲۰۱۰):** مرتضایی، مهتاب؛ جمشیدی، محمدجواد. (پاییز، ۱۴۰۰). شناسایی و اولویت بندی عوامل مؤثر بر مدیریت کیفیت بیمارستانی در بحران‌ها (مورد مطالعه: بحران کووید ۱۹ در شهر کرمانشاه). *فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران*، ۱۱ (۳)، ۲۷۴-۲۸۶.

مقدمه

زمینه بحران و مدیریت آن به بررسی بحران‌های سازمانی اختصاص یافته است. محققینی همچون رابرت، ویک، پراو، کلایر، پیرسون، شیرواستاوا، پاچانت، میتروف، لگادک، اسلیتر از جمله افرادی هستند که به پژوهش در این زمینه پرداخته‌اند (مظلومی، ۱۳۹۵).

از نظر عملیاتی نیز بحران را می‌توان به صورت یک سیستم، تجزیه و تحلیل کرد که در آن دو سری عوامل مختلف شامل محیط و ساختار سیستم و دیگری عواملی که موجد بحران هستند، وجود دارند. تعیین اینکه کدامیک از عوامل و عناصر تشکیل دهنده سیستم در مقابل بحران آسیب پذیری و تأثیرپذیری بیشتری دارد، یکی از وظایف اولیه تحقیق و پژوهش مدیریت بحران است (پاراسکواس و کوئک^۲، ۲۰۱۹). تعیین آسیب پذیری بخش سیستم در عمل به بخشی از سیستم بر می‌گردد که بالاترین رسیدگی را نیاز دارد. سه عامل مهم که در تعریف و تشخیص بحران نقش عمده دارند عبارتند از: تهدید، زمان و غافلگیری. بحران‌های مختلف بر حسب این که میزان هر یک از عوامل سه‌گانه فوق در آن‌ها شدید، متوسط یا ضعیف باشد، درجه‌بندی می‌گردند که شدت تهدید، کوتاهی زمان و غافلگیری از ویژگی‌های بحران‌های حاد هستند (آویسو و همکاران، ۲۰۱۸). بحران‌ها معمولاً خبر نمی‌کنند و یکی از ویژگی‌های عمده‌شان، غیر مترقبه بودن آن‌ها می‌باشد که تصمیم‌گیرندگان را با هیجان، اضطراب و سردرگمی مواجه می‌کند. این در حالیست که در شرایط عادی، امکانات بسیار زیادی در اختیار مسئولان است که به طور سیستماتیک آماده برخورد با وضعیت‌های احتمالی بحران گردند (جوهانسن و همکاران، ۲۰۱۲)

از طرفی، امروزه کیفیت و ارتقاء آن در بیمارستان‌ها از مهم‌ترین مسائل سیستم‌های بهداشتی و درمانی است و سیستم مدیریت کیفیت، روش مدیریتی برای هدایت و کنترل یک سازمان در جهت کیفیت می‌باشد (واگنر و همکاران، ۲۰۱۶). کیفیت خدمات سلامت، به عنوان رسالت حاکمیت یکی از مهم‌ترین وظایف مدیران کشورها و یکی از اولویت‌های اصلی طرح تحول سلامت است و به طور خاص، کیفیت خدمات بیمارستان مهم‌ترین جزء سیستم سلامت می‌باشد (مارشال و همکاران، ۲۰۱۷). مدیریت

بیماری کرونا ویروس که اولین بار در ووهان چین مشاهده گردید، یک نشانگان تنفسی حاد و بسیار شدید می‌باشد که با توجه به سرعت شیوع بالا و پیامدهای آن در مقیاس بین‌المللی، به‌وسیله سازمان بهداشت جهانی با مشاهده اولین فرد مبتلا در کانادا در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، یک همه‌گیری اعلام شد (دریگین و همکاران، ۲۰۲۰). کرونا ویروس که احتمالاً دارای منشأ حیوانی است، دارای توانایی بالای انتقال از انسان به انسان است (وکس و همکاران^۱، ۲۰۲۰). گزارش نخستین مرگ‌های منتشر شده از پزشکانی که در حین مراقبت از بیماران آلوده به این ویروس مبتلا شده بودند، نشانگر آن است که انتقال ویروس در مراکز بهداشتی و درمانی به کارکنان مراقبت‌های بهداشتی یک موضوع خطرناک است (بودلی و پرایس، ۲۰۲۰). مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های چین در زمان شیوع کووید ۱۹ گزارش کرده است که تا ۱۱ فوریه ۲۰۲۰ از ۴۴۶۷۲ مورد تایید شده مبتلا به کرونا ویروس، ۱۷۱۶ نفر از آن‌ها کارکنان مراقبت بهداشتی بودند و این نشانگر خطر زیاد ابتلا در بین کادر درمان می‌باشد (ژائو و همکاران، ۲۰۲۰).

در پی شیوع بیماری، کشورهای ایران، برنامهریزی و نظارت‌های خود را افزایش دادند تا هرچه سریع‌تر موارد جدید احتمالی بیماری را تشخیص و در راستای قطع زنجیره انتقال تلاش نمایند. کشورهایی که بیشترین آمار درگیری با کووید-۱۹ را دارند، آمریکا، ایتالیا، چین، اسپانیا، آلمان و ایران می‌باشند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). در ایران نیز از زمان اپیدمی بیماری، برنامهریزی‌های زیادی در راستای تشخیص زود هنگام، درمان، بستری و نقاهت بیماران از جمله تشکیل تیم بحران، تهیه و تدوین دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها، انجام غربالگری کلیه خانوارها از طریق طراحی سامانه سلامت (www.salamat.gov.ir) و ارتقا سامانه سبب صورت گرفته است. تا کنون بیش از ۷۰ درصد از خانوارهایی که در سایت سلامت ثبت نام کرده‌اند، توسط تیم سلامت به صورت روزانه پیگیری شده‌اند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۹).

در دهه‌های اخیر، بخش بزرگی از مطالعات و تحقیقات در

جهت ارزیابی سیستم‌های مدیریت کیفیت بیمارستان‌های اروپا طراحی شده بود. ۷ کشور اروپایی («اسپانیا، پرتغال، آلمان، هلند، فرانسه، یونان و ترکیه») از شمال، جنوب، شرق و غرب اروپا انتخاب شدند. از هر کشور ۳۰ بیمارستان با ظرفیت بیشتر از ۱۳۰ تخت، که چهار شرایط بالینی سکتة قلبی، سکتة مغزی، زایمان و شکستگی هیپ را مدیریت می‌کردند، به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. دلیل انتخاب این چهار شرایط بالینی، شیوع بالا، مشارکت تخصص‌های مختلف در مدیریت و شاخص‌های اندازه‌گیری آن‌ها ذکر شده بود. در این پروژه که بین سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۱۳ اجرا گردید، مدیریت کیفیت بیمارستان در سه سطح بیمارستان، بخش و بیماران ارزیابی شده بود. با توجه به اینکه در ایران، پژوهش‌های کمی در زمینه مدیریت کیفیت در شرایط بحرانی انجام شده است؛ لذا در این پژوهش به دنبال جواب این سؤال هستیم که عوامل موثر بر مدیریت بحران در بیمارستان در شرایط مقابله با کرونا در بیمارستان‌های شهر کرمانشاه کدامند؟ اولویت بندی آن‌ها چگونه می‌باشد؟

مبانی نظری

سیستم مدیریت کیفیت

کیفیت، برآورده شدن الزامات و خواسته‌های مشتری می‌باشد. وقتی از واژه کیفیت استفاده می‌گردد، معمولاً محصول یا خدمتی در نظر می‌آید که یا انتظارات ما را برآورده می‌سازد یا از آن‌ها پیش می‌افتد. این انتظارات بر مبنای استفاده مورد نظر می‌باشد. کیفیت، میزان برآورده شدن الزامات مشخص شده توسط مجموعه‌ای از ویژگی‌های ذاتی می‌باشد. به عبارت دیگر، معادل مرغوبیت و مطلوبیت بوده و مجموعه ویژگی‌های یک کالا و عرضه کننده آن که باعث می‌گردند آن کالا یا خدمات مورد تقاضا قرار گیرد و فروش رود را نشان می‌دهد. سیستم مدیریت کیفیت یک سیستم مدیریتی می‌باشد که به منظور هدایت و کنترل یک سازمان در جهت اهداف با در نظر گرفتن آن بنا شده است. هر سیستم مدیریت کیفیت دارای هشت اصل اساسی زیر می‌باشد (سوائنسون، ۲۰۱۹):

"تمرکز بر مشتری"، "رهبری"، "مشارکت کارکنان"، "رویکرد فرآیندی"، "رویکرد سیستمی به مدیریت"، "بهبود

کیفیت، سیستم پیچیده‌ای از بخش‌های مختلف یک سازمان است که تأکید آن روی فرآیندهای کیفی و فعالیت‌ها می‌باشد. سیستم مدیریت کیفیت، به تنهایی نمی‌تواند سازمان را سودآور، اثربخش و مشتری محور کند، بلکه باعث بهتر شدن سازمان‌ها نسبت به گذشته می‌گردد (لومبارت و همکاران^۱، ۲۰۱۹). اعتباربخشی، توانمندترین ابزار کنترل و ارزشیابی در نظام سلامت به منظور دستیابی به اهداف سلامت می‌باشد که از طریق تأیید دستیابی یک سازمان بهداشتی و درمانی به استانداردهای از پیش تعیین شده به وسیله گروه ارزیابی هم‌تای بیرونی مستقل، از همان سطح سازمانی تعریف می‌گردد (شو و همکاران^۲، ۲۰۱۰). اعتباربخشی می‌تواند سبب یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت، ایجاد بانک استاندارد اطلاعاتی برای بیمارستان‌ها به منظور دستیابی به استانداردهای مطلوب فرآیندی، ساختاری و پیامدی برای خبرگان سلامت و اثربخشی سیستم‌های بهداشتی و درمانی گردد (تبریزی و همکاران، ۲۰۱۴). بسیاری از کشورهای در حال توسعه از مدل اعتبارسنجی جهت سنجش کیفیت خدمات خود استفاده می‌کنند، اما مطالعات کمی اثرات ناشی از اجرای آن را بر مدیریت کیفیت بیمارستان‌ها بررسی کرده‌اند (عرب و همکاران، ۲۰۱۲). با اینکه سیستم ارزشیابی بیمارستان‌های ایران بیش از ۱۷ سال قدمت دارد، ولی هنوز کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و ایمنی بیماران، جزء مسائل اصلی بهداشت و درمان می‌باشند. سیستم‌های مدیریت کیفیت در سال‌های اخیر بیشتر مورد استفاده قرار گرفته‌اند. روش‌های استاندارد ایزو و برنامه‌های مدیریت کیفیت تام و برنامه‌های مشتری محور، مدل تعالی بنیاد اروپایی و مدل حاکمیت بالینی می‌باشند که با رویکرد و برنامه دیگران فراخوان شده و به کار گرفته شده‌اند و هدف آن‌ها بهبود کیفیت خدمات سلامت در سطح خدمت بود (کاپلان و همکاران^۳، ۲۰۱۰). در مطالعه‌ای که توسط سائوسانگ و همکارانش در سال ۲۰۱۷ با عنوان "بیمارستان‌ها چگونه سیستم مدیریت کیفیت خود را انتخاب می‌کنند؟" انجام گردید، سه مدل شایع مدیریت کیفیت، شامل ایزو ۹۰۰۱ و مدل کمیسیون مشترک و مدل تعالی بنیاد اروپایی ارائه شدند. پروژه "درک عمیق ما از مدیریت کیفیت"

1. Lombarts
2. Shaw et al.
3. Kaplan et al.

مستمر"، "تصمیم گیری بر مبنای واقعیت‌ها"، "ارتباط سودمند و دو طرفه با تامین کنندگان".

سازمان بین المللی استاندارد (ISO) در سال ۱۹۴۵ در ژنو سوئیس به وجود آمد. مؤسسات ملی استاندارد کشورهای جهان که ایران نیز از جمله اعضای این سازمان می‌باشد، وظیفه تدوین استانداردهای بین المللی را برعهده دارد. برای تدوین این استانداردها، کمیته‌هایی به نام کمیته فنی در نظر گرفته شده است. در دهه ۷۰ میلادی به علت نیاز مبرم کشورها به وجود یکنواختی و همگونی در مفاهیم کیفیت، داشتن ضابطه و معیار در قراردادهای تجاری بین المللی و وجود معیار برای صدور گواهینامه و استفاده توسط سازمان‌های مجاز، کمیته فنی شماره ۱۷۶ برای تدوین استانداردهای مربوط به مدیریت کیفیت و تضمین کیفیت تشکیل گردید. این کمیته در سال ۱۹۸۷ استانداردهای واژه نامه کیفیت بر اساس استانداردهای انگلستان تحت عنوان BS5750 را منتشر کرد. بنابراین استاندارد ISO9000 برای اولین بار در سال ۱۹۸۷ میلادی تدوین و تصویب گردید که شامل مجموعه ای از استانداردهای مرتبط با یکدیگر می‌باشد. ویرایش دوم این استاندارد در سال ۱۹۹۴ میلادی ارائه و ویرایش سوم در سال ۲۰۰۰ میلادی با دیدگاه فرآیند گرا تدوین گردید. بنابراین چنانچه سازمانی طراحی محصول یا خدمات را داشته باشد، بایستی در فرآیند سیستم کیفیت مدون گردد (رئیس فنواتی، ۱۳۹۰).

فواید استقرار سیستم کیفیت

سیستم‌های مدیریت کیفیت به عنوان وسیله‌ای برای به‌وجود آوردن محصولات منطبق با آنچه از طرف سازمان به مشتری تعهد شده است، با توجه به فواید زیر، در سازمان استقرار می‌یابند (مورگنسون، ۲۰۱۶):

- بررسی مجدد فعالیت‌های سازمان بر اساس اهداف سازمان و

رفع کاستی‌ها

- شفافیت فرآیندها و شاخص‌ها در سازمان
- جلوگیری از دوباره کاری‌ها به واسطه تعریف فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده و سیستماتیک
- کاهش هزینه‌ها

- ایجاد اطمینان و اعتماد در درون سازمان (رده‌های مدیریتی و کارکنان)

- ایجاد اطمینان و اعتماد در خارج از سازمان (مشتری) و بالطبع، قابلیت عرض اندام در فضاهای مختلف تجاری
- افزایش توان رقابت در عرصه بین الملل

بحران

بحران در واقع حالتی است کاملاً غیر منتظره و غافلگیر کننده که در آن فرصت برای تصمیم‌گیری بسیار کم است (گرتون و همکاران، ۲۰۱۳). در چنین شرایطی دیگر نمی‌توان از روش‌های معمول برای نشان دادن عکس العمل استفاده کرد. در این حالت، مدیریت، پیش از هر چیزی به تجربه، مهارت، سرعت، هوشمندی، خلاقیت و موقع‌سنجی نیاز دارد و با توجه به اطلاعات موجود، باید هر چه سریع‌تر موضوع، ارزیابی و نسبت به آن اقدام گردد (گلیکمن و همکاران، ۲۰۱۷). بحران در واقع وضعیتی است که در اثر رخدادها و عوامل طبیعی و غیرطبیعی (انسان) به طور ناگهانی پدید آمده و یا ظاهر می‌گردد. همچنین سختی و خسارت را به یک مجموعه یا جامعه انسانی تحمیل می‌کند و برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اضطراری می‌باشد. تعریف بحران به علت اینکه تاکنون در مورد آن توافقی بین صاحب‌نظران پدید نیامده است کار ساده‌ای نیست. واژه بحران در واقع معادل Crisis در زبان انگلیسی می‌باشد که از پزشکی وارد علوم اجتماعی و اقتصادی شده است (حکمت نیا و موسوی، ۲۰۱۶). در پزشکی وضعیت بحران به حالتی گفته می‌شود که ارگانیزم دچار بی‌نظمی شده و به خطر افتاده است. در زمینه مسائل اجتماعی، بحران حالتی می‌باشد که جامعه و سازمان از نظم عادی خارج و دچار آشفتگی می‌گردد. با عنایت به مطالب فوق‌الذکر، بحران در واقع شرایط عادی است که در آن مشکلات ناگهانی و پیش بینی نشده‌ای پدید می‌آید و در چنین شرایطی ضوابط و هنجارها و قوانین مرسوم دیگر کارساز نمی‌باشد (عبدالهی، ۲۰۱۱).

پیشینه

دکالی و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی را با عنوان شناسایی و اولویت بندی عوامل مؤثر بر مدیریت بحران در بیمارستان در شرایط مقابله با کرونا انجام دادند. نتایج حاصل از به‌کارگیری تکنیک AHP نشان داد، عوامل مؤثر بر مدل مدیریت بحران، ۴ عامل بوده‌اند که به ترتیب عبارتند از: ۱- پیشگیری، ۲- آمادگی، ۳- مقابله و ۴- بازسازی. عباسی سنجدری و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی به مقایسه سیستم مدیریت

اجراء از نوع پیمایشی است. این پژوهش، از نوع پژوهش‌های آمیخته می‌باشد و در دو بخش کیفی و کمی انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش، در بخش کیفی کلیه کارکنان بیمارستان‌های شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بودند و نمونه آماری مدیران و خبرگان می‌باشد که تا حد اشباع نظری تعداد آن‌ها ۱۷ نفر بود. جامعه آماری در بخش کمی نیز کلیه کارکنان بیمارستان‌های شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بودند و نمونه آماری تعداد ۱۵۰ نفر، از کارکنان و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند، زیرا به دلیل شرایط کرونا و شیوع این بیماری امکان استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای و یا تصادفی موجود نبود. ابزار پژوهش در دو بخش کیفی و کمی به ترتیب، مصاحبه و پرسشنامه بود که در بخش کیفی مصاحبه به صورت حضوری و پرسشنامه‌ها در بخش کمی به صورت فرم برخط گوگل در بین اعضای نمونه توزیع گردید. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته با استفاده از تم‌های بدست آمده در بخش کیفی طراحی گردید. بخش کیفی با استفاده از روش تحلیل تم انجام گرفت و در بخش کمی با استفاده از آزمون فریدمن، اولویت‌بندی صورت گرفت. نرم‌افزار مورد استفاده در بخش‌های کیفی و کمی به ترتیب MAXQDA ۲۰۱۸ و SPSS ۲۵ بود.

یافته‌ها

در این بخش به بحث درباره یافته‌های پژوهش پرداخته شده است. در این راستا لازم به توضیح است که نتایج یافته‌های پژوهش حاضر در دو بخش ارائه گردیده است. در بخش یافته‌های توصیفی، اطلاعات دموگرافیک اعضای نمونه و شاخص‌های پراکندگی متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و در بخش یافته‌های استنباطی در ابتدا نتایج حاصل از تحلیل تم (کدگذاری محوری و گزینشی که به علت محدودیت مقاله از گزارش کدگذاری باز چشم پوشی شده است) و در قسمت بعدی نتایج حاصل از آزمون رتبه بندی فریدمن برای تعیین اولویت‌بندی تم‌های مشخص شده، بیان شده است. پس از مشخص شدن مفاهیم، با توجه به اولویت‌بندی، اهمیت هر کدام از عوامل مطرح شده مشخص می‌گردد و سرانجام برای نتیجه‌گیری و خروجی‌های مورد نظر از آزمون فریدمن استفاده شده است. با توجه

کیفیت برای بیمارستان‌های شهر تهران و بیمارستان‌های اروپا مبتنی بر اعتباربخشی پرداختند. در سطح مدیریت، سه شاخص با یکدیگر ارتباط داشتند. چک‌لیست‌های سطح بخش، با یکدیگر ارتباط نداشتند. در هر چهار شرایط بالینی، فقط شاخص مدیریت کیفیت با سه شاخص سطح بخش ارتباط داشت. در اروپا، شاخص‌های سه سطح با یکدیگر ارتباط داشتند. مصدق راد و اشرفی (۱۳۹۶) پژوهشی را با عنوان تأثیر مدیریت کیفیت بر رضایت بیماران یک بیمارستان: گزارش کوتاه انجام دادند. در این پژوهش، فرآیندهای اصلی بخش، اصلاح و استاندارد شدند و اهداف ارتقای فرآیندهای کار تعیین گردیدند. برنامه عملیاتی دستیابی به اهداف، تدوین و اجرا شد. اجرای مدیریت کیفیت سبب بهبود ۵۴/۵ درصدی کیفیت خدمات بخش و افزایش ۷/۲ درصدی رضایت بیماران گردید. نتایج تحقیق جارج و آجگا (۲۰۱۸) با عنوان اندازه‌گیری کیفیت خدمات درک شده در بیمارستان‌های عمومی هند نشان داد، ابعاد اصلی کیفیت شامل پذیرش، خدمات پزشکی، خدمات کلی، تریخیص و مسئولیت‌پذیری اجتماعی می‌باشد. آکتر و همکاران^۱ (۲۰۱۸) مطالعه‌ای را با عنوان ادراک و رضایت از کیفیت خدمات: مطالعه‌ای در مورد بیمارستان‌های دولتی حومه شهر بنگلادش انجام دادند. عوامل پاسخگویی، بیمه، ارتباطات، انضباط و انعام به عنوان ابعاد اصلی کیفیت شناسایی گردید. بیکر و همکاران^۲ (۲۰۱۸) پژوهشی را با عنوان نقش انتظارات در ارزیابی بیمارستانی بیمار در یک نمونه بیمارستان دانشگاهی ترکیه انجام دادند. نتایج نشان می‌دهد که ابعاد اصلی کیفیت خدمات بیمارستانی شامل پنج بُعد عوامل ملموس، تضمین، اعتماد، پاسخگویی و همدلی می‌باشد. داگر و همکاران^۳ (۲۰۱۷) پژوهشی را با عنوان یک مدل سلسله‌مراتبی از کیفیت خدمات بهداشتی در استرالیا انجام دادند. نتایج نشان می‌دهد که عوامل خدمات پزشکی، ارتباطات بین شخصی، عوامل محیطی و اداری، تأثیر بیشتری در زمینه ادراک بیماران از کیفیت خدمات بیمارستان دارند.

روش

این پژوهش از نظر هدف، آمیخته اکتشافی می‌باشد و از نظر شیوه

1. Akter ET I.
2. Bakar et al.
3. Dagger et al.

یافته‌های توصیفی

در جداول ۱ تا ۳ فراوانی اعضای نمونه در قسمت کیفی و کمی از نظر سن، سابقه کار و تحصیلات بررسی شده است. در بخش بعدی نتایج حاصل از تحلیل تم گزارش شده است. همانطور که گفته شد، این پژوهش با روش آمیخته سعی در شناسایی و اولویت بندی عوامل مؤثر بر مدیریت کیفیت بیمارستانی در بحرانها در بیمارستانهای شهر کرمانشاه دارد. با توجه به مصاحبه‌های صورت گرفته با تعداد ۱۷ نفر از خبرگان و متخصصین، کدهای زیر استخراج گردید. در جدول ۴، نتایج حاصل از تم به همراه منابع آن ارائه شده است. A معرف فرد و عدد کنار حرف انگلیسی نماد چندمین فرد مصاحبه شونده می‌باشد. منظور از تم فرعی، الگوهای معنایی می‌باشد که به صورت مستقیم از تحلیل داده‌های مصاحبه بدست آمده است. بنابراین محققان با بررسی متن مصاحبه‌ها به تم‌های فرعی دست پیدا می‌کنند. همچنین، هر چند

به نتایج به دست آمده، فرض صفر در آزمون فریدمن مشخص کرده است که رتبه همه عوامل با هم یکسان می‌باشد و فرض دوم بر این است که فرض یک نیز که در این آزمون مشخص شده به عدم یکسان بودن رتبه عوامل اشاره دارد. در صورتی که سطح معناداری آزمون بیشتر از ۵ صدم باشد، رتبه عوامل، یکسان بوده و نمی‌توان بین آن‌ها اولیویتی قائل گردید، اما اگر سطح معناداری آزمون فریدمن کمتر از ۵ صدم باشد، بدان معناست که رتبه عوامل مورد مطالعه یکسان نمی‌باشد و آن‌ها را می‌توان اولویت بندی کرد.

تحلیل محتوای کیفی روشی برای تفسیر ذهنی- محتوایی داده‌های متنی از طریق فرآیندهای طبقه بندی، کدبندی و تم سازی یا طراحی الگوها می‌باشد. برای دستیابی به این مهم، متن مصاحبه به‌طور کامل و با شرح جزئیات پیاده سازی گردید. پژوهشگران با تکیه بر دیدگاه‌های نظری موجود و داده‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها، اقدام به شناسایی مفاهیم اصلی، مقوله‌ها کردند.

جدول ۱: وضعیت سن جامعه نمونه

وضعیت متغیر سن در بخش کمی		وضعیت متغیر سن در بخش کیفی		
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	سن
۲۳/۳	۳۵	۲۳/۵	۴	کمتر از ۳۵ سال
۴۳/۳	۶۵	۴۱/۲	۷	۳۶ تا ۴۵ سال
۳۳/۴	۵۰	۳۵/۵	۶	بالاتر از ۴۵ سال

جدول ۲: وضعیت متغیر سابقه کار

وضعیت متغیر سابقه کار در بخش پرسشنامه مدل معادلات ساختاری		وضعیت متغیر سابقه کار در بخش مصاحبه		
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	سابقه
۱۶/۷	۲۵	۱۷/۶	۳	کمتر از ۱۰ سال
۳۸/۰	۵۷	۴۵/۱	۸	۱۱ تا ۲۰ سال
۴۵/۳	۶۸	۳۵/۳	۶	بیشتر از ۲۰ سال

جدول ۳: وضعیت متغیر تحصیلات

وضعیت متغیر تحصیلات در بخش پرسشنامه مدل معادلات ساختاری			وضعیت متغیر تحصیلات در بخش مصاحبه		
درصد فراوانی	فراوانی	تحصیلات	درصد فراوانی	فراوانی	تحصیلات
۲۱/۴	۳۲	کارشناسی ارشد	۱۱/۸	۲	کارشناسی ارشد
۵۸/۶	۸۸	دانشجوی دکتری	۲۹/۴	۵	دانشجوی دکتری
۲۰/۰	۳۰	دکتری	۵۸/۸	۱۰	دکتری

عدد تم‌های فرعی دارای ویژگی‌های مشترکی هستند که بیان کنند تم‌های فرعی را به صورت مناسبی سازمان یافته کند. مبنای چینش ماهیت اصلی تم‌های فرعی می‌باشد. بنابراین با کنار هم قرار گرفتن تم‌های اصلی پژوهش حاصل شده که توانسته است این ویژگی مشابه به عنوان نام تم اصلی انتخاب شده است.

جدول ۴: تحلیل تم داده‌های برخاسته از مصاحبه‌ها

تم اصلی	تم فرعی	منبع
ساختار	پیشگیری	A10-A7-A3-A5-A1
	سازماندهی منابع و نیروها	A2-A8-A15-A1-A6-A4
	اداری	A5-A13-A8-A1-A6-A3-A7
	ارتباط بین سازمان‌های مرتبط	A16-A11-A9-A4-A1
	مدیریتی	A13-A6-A5-A4-A2
	آموزشی تحقیقاتی	A7-A14-A9-A3
کارکنان	آمادگی	A9-A6-A1
	مسئولیت پذیری	A3-A4-A14-A2
	دسترسی سریع به خدمات	A13-A12-A8-A7-A1
	فشار کاری زیاد	A5-A4-A2
	تخصص گرایی	A2-A3-A9-A8-A17
	ذخیره سازی منابع	A13-A8-A6-A4-A1
فرآیند	مقابله	A5-A8-A3-A1
	ارتباطات موثر	A11-A5-A4-A7-A2
	محیط	A3-A16-A15-A11-A5
	امنیت شغلی	A12-A10-A6-A1
	ماهیت کار	A13-A10-A8-A3
	تجهیزات تخصصی	A14-A9-A5-A7-A1
	اعتبارات	A17-A16-A11-A4-A2
	انگیزشی	A12-A10-A9-A3
نتایج	بازسازی	A16-A3-A4
	ارزیابی و بازخور	A15-A14-A11-A8-A1
	گزارش دهی سریع	A13-A12-A10-A5
	وجود برنامه مدون	A17-A16-A15-A6-A2

همانطور که مشخص است کلیه عوامل مؤثر بر مدیریت کیفیت در شرایط بحرانی که در بیمارستان‌ها مورد چالش هستند، در چهار دسته ساختار، کارکنان، فرآیند و نتایج دسته بندی می‌گردند.

تجزیه و تحلیل یافته‌ها

ساختار در مدیریت کیفیت عواملی هستند که مرتبط با ساختار خود سازمان و در ارتباط با سازمان‌دهی خود سازمان می‌باشد که در بحران‌ها این بخش بسیار به چشم می‌آید. در اینجا عواملی همچون پیشگیری، سازمان‌دهی منابع و نیروها چه پیش از بحران و چه در حین بحران و چه بعد از بحران از جمله عوامل مهم به حساب می‌آید. همچنین عوامل اداری، ارتباط سازمان مورد نظر

نقش‌ها در میان کارکنان سازمان صورت گیرد. فرآیند نیز، شامل مواردی همچون مقابله، ارتباطات مؤثر بین کارکنان در حین انجام فعالیت، محیط خود بیمارستان، اعتبارات، انگیزش کارکنان، تجهیزات تخصصی خود بیمارستان در حین بحران، ماهیت کاری که در بیمارستان انجام می‌شده است و امنیت شغلی است که می‌تواند در این تم مؤثر باشد.

در این باره مصاحبه شونده A1 افزود: ... تجهیزات نقشی اساسی در نحوه و کیفیت پاسخ به حوادث دارند و می‌تواند زمان و میزان عملکرد کارکنان را تا میزان زیادی بهبود بخشند.

نتایج نیز که جزء تم‌های اصلی شناسایی شده است و شامل تم‌های فرعی بازسازی، ارزیابی و بازخورد، گزارش‌دهی سریع و وجود برنامه مدون پس از بررسی ارزیابی و بازخورد می‌باشد، می‌تواند در بقیه مسیر در مدیریت کیفیت در بحران‌ها و یا حتی پس از بحران برای شرایط احتمالی بعدی مؤثر واقع گردد.

در این باره مصاحبه شونده A17 افزود: بازسازی سازمان در زمان پس از بحران نیز یکی از مهمترین نقش مدیران در سازمان‌ها می‌باشد که باید برای آن نیز تمهیداتی دقیق اندیشیده شود.

اولویت بندی عوامل شناسایی شده

در ادامه با استفاده از نرم افزار SPSS 25 نتایج مربوط به بخش اولویت‌بندی تم‌های به دست آمده، مورد بررسی قرار گرفته است. در ابتدا، با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی گردید. سپس آزمون T تک نمونه‌ای و آزمون فریدمن برای اولویت‌بندی عوامل صورت پذیرفت که به شرح زیر می‌باشد:

با سایر سازمان‌های مربوطه که در اینجا چون منظور بیمارستان‌ها هست در درجه اول سازمان‌های بیمه‌ای، مراکز امداد و نجات و سایر بخش‌های مرتبط، تیم قوی آموزشی و تحقیقاتی که در مواقع بحران برای هماهنگی نیروهای تازه وارد بسیار می‌تواند مؤثر باشد، همچنین مهم ترین بخش که همان رهبری و مدیریت می‌باشد که اگر رهبری مؤثر باشد، در این شرایط بر مدیریت کیفیت می‌تواند تاثیر گذار باشد.

در این زمینه مصاحبه شونده A10 افزود: ... در مواجهه با بحران‌ها باید قبل از وقوع حادثه برای مقابله با آن آماده شد و لوازم و امکانات لازم را برای مقابله با آن بسیج کرد.

کارکنان که عامل بعدی شناسایی شده است؛ عواملی همچون آمادگی کارکنان، مسئولیت‌پذیری آنان، دسترسی سریع، فشار کاری زیاد بر کارکنان، تخصص‌گرایی و ذخیره‌سازی منابع انسانی از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. آمادگی کارکنان می‌تواند عامل اصلی در مواقع بحرانی باشد که در مدیریت کیفیت اثرگذار است. همچنین مسئولیت‌پذیری نیروی انسانی به دلیل اینکه در خط مقدم مبارزه در وضعیت بحرانی هستند و تخصص‌گرایی آنان، از عوامل مهم دیگر به شمار می‌آید.

در این زمینه مصاحبه شونده A3 اظهار داشت: ... اساساً هر کارمند در هر سازمانی باید در زمان حوادث و مخاطرات به نوعی توانمندی دست یافته باشد و بتواند با داشتن حس مسئولیت‌پذیری برای سیستم از تمام ظرفیت‌های خود استفاده کند. این موضوع می‌تواند مربوط به انجام برخی از اقدامات فرهنگی و درونی کردن

جدول 5: نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	K-S	Sig	نتیجه آزمون
ساختار	۱۵۰	۵۹/۲۵	۶/۹۴۲	۱/۱۳۸	۰/۱۲۸	نرمال
کارکنان	۱۵۰	۶۷/۹۴	۷/۹۰۴	۱/۰۲۶	۰/۲۳۴	نرمال
فرآیند	۱۵۰	۸۲/۶۳	۱۱/۷۸۱	۱/۰۶۹	۰/۲۱۷	نرمال
نتایج	۱۵۰	۴۹/۵۵	۴/۸۶۳	۱/۲۵۹	۰/۰۸۲	نرمال

از ۰/۰۵ بیشتر می‌باشد و فرض صفر مبنی بر عدم نرمال بودن داده‌ها رد می‌گردد، بنابراین داده‌ها نرمال می‌باشند. بنابراین برای

بر اساس مندرجات جدول فوق، همه متغیرهای پژوهش نرمال هستند، زیرا سطح معناداری برای متغیرهای پژوهش

بررسی سئوالات از آزمون‌های پارامتریک استفاده می‌گردد. برای پاسخ‌گویی به این سؤال که اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر مدیریت کیفیت در بیمارستان‌ها در شرایط بحران چگونه است، از آزمون t تک نمونه ای و آزمون فریدمن استفاده شده که نتایج آن به شرح جداول زیر می‌باشد:

جدول ۶: نتایج آزمون t تک نمونه ای متغیرهای پژوهش

فاصله اطمینان	تفاوت میانگین‌ها	Sig	T	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص	
							عامل‌ها	
حد بالا ۳/۳۰۳	حد پایین ۱/۸۲۰	۳/۱۹۵	۰/۰۰۱	۴/۴۴۸	۶/۹۴۲	۵۹/۲۵	۱۵۰	ساختار
۴/۲۱۷	۱/۵۲۶	۴/۱۱۷	۰/۰۴۰	۳/۰۴۹	۷/۹۰۴	۶۷/۹۴	۱۵۰	کارکنان
۵/۱۳۶	۲/۵۶۹	۲/۰۲۶	۰/۰۳۱	۲/۸۳۰	۱۱/۷۸۱	۸۲/۶۳	۱۵۰	فرآیند
۳/۴۴۹	۱/۵۶۹	۲/۳۴۲	۰/۰۰۰	۷/۷۳۹	۴/۸۶۳	۴۹/۵۵	۱۵۰	نتایج

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول فوق، کارکنان در رتبه یکم، فرآیند در رتبه دوم، ساختار در رتبه سوم و نتایج در رتبه چهارم قرار دارد.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف، شناسایی و اولویت بندی عوامل مؤثر بر مدیریت کیفیت بیمارستانی در بحران‌ها در بیمارستان‌های شهر کرمانشاه طراحی و اجرا گردید. نتایج این پژوهش در دو بخش کیفی و کمی نشان داد که ساختار، کارکنان، فرآیند و نتایج عواملی هستند که می‌توانند بر مدیریت کیفیت تأثیر بگذارند. نتایج بخش کیفی با استفاده از تحلیل تم با استفاده از مصاحبه‌ها نشان داده است که ۲۴ تم فرعی در قالب ۴ تم اصلی شامل ساختار، کارکنان، فرآیند و نتایج دسته بندی شدند. همچنین نتایج حاصل از بخش کمی و آزمون t تک نمونه ای نشان داد که کلیه این عوامل بر مدیریت کیفیت بیمارستانی تأثیرگذارند. همچنین، سایر نتایج در بخش کمی نشان داد که ترتیب و اولویت بندی این عوامل در نمونه مورد بررسی به ترتیب در رتبه‌های اول تا چهارم، کارکنان، فرآیند، ساختار و نتایج می‌باشند. نتایج حاصل با نتایج پژوهش‌های مصدق راد و اشرفی (۱۳۹۶)، دل بهاری و عبدی (۱۳۹۶)، کهنعلی و همکاران (۱۳۹۵)، آجگا و گارگ (۲۰۱۸)، باکار و همکاران (۲۰۱۹)، عباسی سنجدری و همکاران (۱۳۹۷) هم سو و هم راستا می‌باشد. نتایج تحقیق آجگا و گارگ (۲۰۱۸) در بیمارستان‌های عمومی هند نشان داد، ابعاد اصلی کیفیت شامل پذیرش، خدمات پزشکی،

بر اساس جدول فوق، با انجام آزمون t در سطح اطمینان ۹۵ درصد، مقدار سطح معناداری $0/05 < sig$ برای عوامل ساختار، کارکنان، فرآیند و نتایج به دست آمد. لذا فرض صفر مبنی بر عدم تأثیر این عوامل بر مدیریت کیفیت رد می‌گردد و این عوامل بر مدیریت کیفیت تأثیر گذارند.

برای پاسخ‌گویی به قسمت دوم سؤال پژوهش، یعنی اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر مدیریت کیفیت بیمارستانی، از آزمون فریدمن استفاده گردید. نتایج به دست آمده از آزمون فریدمن به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۷: نتایج آزمون فریدمن

نمونه	کای دو	درجه آزادی	Sig
۱۵۰	۶۰/۴۵۹	۳	۰/۰۰۰

با توجه به مندرجات جدول فوق، مقدار $sig=0/000$ به دست آمده است و از آنجایی که $0/05 < sig$ می‌باشد، لذا می‌توان ادعا کرد که عوامل مؤثر بر مدیریت کیفیت بیمارستانی رتبه‌های یکسانی ندارند و در نتیجه می‌توان آن‌ها را اولویت بندی کرد. ترتیب اولویت مؤلفه‌های تحقیق، در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۸: نتایج آزمون رتبه بندی فریدمن

اولویت	میانگین رتبه	عوامل مدیریت کیفیت
۱	۵/۱۹۸	کارکنان
۲	۴/۹۶۷	فرآیند
۳	۴/۷۳۵	ساختار
۴	۴/۳۴۱	نتایج

با در نظر گرفتن فشارها و استرس‌های ناشی از کرونا و متوجه شدن بار عظیمی از این فشارها بر کارکنان بخش درمانی، یکی از اقدامات اولیه در برنامه‌ریزی مدیریت بحران، داشتن برنامه ای منسجم و کارا می‌باشد. در این مطالعه عواملی حاصل شده است که بر اساس آن بتوان، تدابیر مؤثر را به کاربرد. بنابراین ساختار مدیریت کیفیت یک مقوله فرا بخشی است و تعامل بخش‌ها و سازمان‌های مختلف را می‌طلبد. در اکثر کشورهای دنیا چنین ساختار و سیستمی را در برنامه‌های مدیریت کیفیت در شرایط بحران طراحی کرده‌اند که تعامل بین بخش‌ها و سازمان‌های مختلف را برقرار می‌کند.

سازمان مراقبت‌های بهداشتی (HCO) به دلیل نتیجه نامحسوس خدمات و ترکیبی از پرسنل متنوع و حرفه‌ای، ذاتاً سازمانی پیچیده می‌باشد. مدیریت کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی یک نیاز اساسی در بخش بهداشت می‌باشد. اصول کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی ضمنی بوده است، این در حالیست که کیفیت یک خدمت، ویژگی فیزیکی نمی‌باشد. استفاده از اصطلاح "خدمات مراقبت‌های بهداشتی" به جای "مراقبت‌های پزشکی" بیشتر زمینه را تعریف می‌کند و آن را به عنوان یک موجود، ارزیابی، نظارت و بهبود می‌بخشد. یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت را می‌توان به عنوان "سیستمی که در دسترس، مناسب، مقرون به صرفه، موثر، کارآمد، یکپارچه، ایمن و مرتبط با بیمار باشد" تعریف کرد. مدیریت کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی، اصطلاح گسترده‌ای می‌باشد. در ابتدا، این کار به عنوان هدایت کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به سمت آنچه انجام می‌شد، تلقی می‌گردید. با این حال، تفسیر فعلی آن، مدیریت فرآیند مراقبت می‌باشد. این اشاره به مشاهده عملکردهای سازمانی به عنوان تعامل رویه‌ها و فرآیندهایی است که می‌تواند به صورت فردی و جمعی مورد توجه قرار گیرد. اگرچه مدل‌های مختلفی ارائه شده است، لیکن مفهوم سه گانه ساختار، روند و نتیجه پیشنهادی همچنان پایه و اساس ارزیابی کیفیت می‌باشد. با عنایت به تعریف جدید کیفیت با رضایت بیمار به عنوان نتیجه خدمات، مدیریت کیفیت به عنوان یک نیاز ضروری، بیش از هر زمان دیگری ظاهر شده است. کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران بسیار حیاتی می‌باشد. دیدگاه سنتی کنترل کیفیت با هدف "شناسایی نقص" در

خدمات کلی، ترخیص و مسئولیت پذیری اجتماعی می‌باشد. در مطالعه‌ای که در بیمارستان‌های عمومی بنگلادش انجام گردید، عوامل پاسخگویی، بیمه، ارتباطات، انضباط و انعام به عنوان ابعاد اصلی کیفیت شناسایی شد. تحقیق باکار و همکاران (۲۰۱۹) که در بیمارستان‌های وابسته به یکی از دانشگاه‌های ترکیه، انجام شده است، نشان می‌دهد که ابعاد اصلی کیفیت خدمات بیمارستانی شامل پنج بعد عوامل ملموس، تضمین، اعتماد، پاسخگویی و همدلی می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که بیمارستان‌ها مهمترین عنصر نظام مراقبتی و درمانی هستند. آن‌ها بخش زیادی از منابع مالی، انسانی و سرمایه ای را به خود جذب می‌کنند و در صف مقدم بهداشت جامعه قرار دارند. در چند دهه اخیر صنعت بیمارستان از بخش‌هایی است که در اقتصاد، رشد سریعی را نشان می‌دهد و این رشد در کشورهای درحال توسعه بیشتر از بقیه کشورها می‌باشد؛ زیرا خدمات بهداشتی از روند جهانی که جابجایی از بخش دولتی به بخش خصوصی است تبعیت می‌کند. مأموریت اصلی بیمارستان‌ها تأمین مراقبت باکیفیت برای بیماران و برآورده کردن نیازها و انتظارات آن‌ها می‌باشد. بیمارستان برای برآورده کردن نیازهای بیماران باید خدمات مناسب و باکیفیتی را ارائه کند. انتظارات مردم از بیمارستان‌ها و دیگر سازمان‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی از یک طرف و سرمایه‌گذاری‌های کلان در این بخش باعث توجه جدی مدیران سازمان‌های بهداشتی به کیفیت خدمات در این بخش شده است. به همین دلیل توجه به نظام کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها بر اساس قانون برنامه سوم توسعه به بعد، مورد توجه قرار گرفته است و از آن زمان به بعد یکی از وظایف اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شمار می‌رود. ساختار بخش خدمات درمانی و ملاحظات رقابتی در حال تغییر به سمتی است که در آن بیماران، نقش اصلی را در تعریف کیفیت ایفا می‌کنند. همچنین، این موضوع در شرایط بحرانی همچون شرایط همه‌گیری‌ها، بلایای طبیعی، زلزله و سیل و غیره بیش از پیش ملموس می‌گردد. در شرایط بحرانی به علت اینکه تعداد مراجعین به مراکز درمانی بیشتر از شرایط عادی می‌باشد، پس هم بحث کیفیت خدمات و هم بحث تسریع خدمات باید مورد توجه باشد. همچنین،

در پیاده سازی مدیریت کیفیت جامع با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی. نشریه مهندسی فرآیندها. دوره ۴. شماره ۱۰. صص ۱۵-۱. بازیابی از:

<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=322814>

رئیس قنواتی، مریم (۱۳۹۰). تأثیر پیاده سازی نظام آراستگی بر ارتقاء کیفیت محصولات شرکت سهامی پتروشیمی بندر امام. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت اجرایی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات خوزستان. اهواز. ایران. بازیابی از:

<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=262339>

عباسی سنجدری، زینت. مسعودی اصلی، ایروان. جهانگیری، کنایون. ریاحی، لیلیا (۱۳۹۷). مقایسه سیستم مدیریت کیفیت برای بیمارستان‌های شهر تهران و بیمارستان‌های اروپا مبتنی بر اعتباربخشی. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. دوره ۲۸. شماره ۲. صص ۱۴۴-۱۳۶. بازیابی از:

http://tumj.iautmu.ac.ir/browse.php?a_id=1406&sid=1&slc_lang=fa

مصدق راد، علی محمد. اشرفی، انسیه (۱۳۹۶). تأثیر مدیریت کیفیت بر رضایت بیماران یک بیمارستان: گزارش کوتاه. مجله دانشکده پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۷۵. شماره ۳. صص ۲۲۸-۲۳۴. بازیابی از:

https://tumj.tums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-25-5580&slc_lang=fa&sid=1

مظلومی، نادر (۱۳۹۵). مدیریت بحران: رهیافتی استراتژیک. مطالعات مدیریت. شماره ۲۵ و ۲۶. بازیابی از:

https://jmsd.atu.ac.ir/article_4929.html

Aagja, J. P., & Garg, R. (2010). Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4 (1): 60-83. Retrieved from: <https://www.econbiz.de/Record/measuring-perceived-service-quality-for-public-hospitals-pubhosqual-in-the-indian-context-aagja-jayesh/10008653913>

Abdollahi, M. (2011). Crisis management in urban areas. Municipality's organization of the country. 1st publication. Retrieved from: <https://www.sid.ir/FileServer/JE/126620114307.pdf>

Akter, M. S., Upal, M., & Hani, U. (2008). Service quality perception and satisfaction: a study over sub-urban public hospitals in Bangladesh. *Journal of Services Research*, 125-46. Retrieved from: <https://scholars.uow.edu.au/display/publication49430>

Anbari, M. (2014). Apprising theoretical approaches in disaster aid management in Iran. A set of articles related to the first scientific-research seminar of aid and rescue management. Dec. (2013), Scientific-Applied institute of higher education of Helal Iran related to the Red Cross Population of Islamic Republic of Iran. Retrieved from: <https://www.ifrc.org/en/news-and-media/news-stories/middle-east-and-north-africa/iran/>

Arab, M., & Mousavi, S. M. (2017). The effect of accreditation system on the key performance indicators of hospitals

حالی است که مفهوم فعلی با هدف پیشگیری از نقص، بهبود مستمر روند و سیستم نتیجه، بر اساس نیازهای بیماران هدایت می‌گردد. از این رو نیاز به ایجاد تغییر الگوی کیفیت ارائه خدمات بهداشتی وجود دارد. مقامات باید برای درگیر شدن در کیفیت گام بردارند. با توجه به اینکه رسیدگی به تمام شاخص‌های ارائه شده در این پژوهش بسیار هزینه‌بر و وقت گیر می‌باشد، پیشنهادهای برخاسته از پژوهش، به شرح زیر می‌باشد:

مدیران و مسئولین بیمارستان‌های شهر کرمانشاه با در نظر گرفتن اولویت‌بندی همه شاخص‌های با اولویت بالا اقدام کنند. در این راستا می‌توان با به‌کارگیری پزشکان متخصص و با سابقه کشور در صورت امکان در بیمارستان و ارائه آموزش‌های تخصصی و حرفه‌ای به پزشکان موجود با اعزام برنامه‌ریزی شده آنان برای اخذ تخصص و ارتقاء سطح دانش و تجهیز بیمارستان به‌ویژه آزمایشگاه‌های آن و به‌کارگیری فن‌آوری‌های نوین عرصه پزشکی، به اهداف تشریح شده دست پیدا کرد. علاوه بر این، برنامه‌ریزی جهت بهبود خدمات ارائه شده در شیفت شبانه با تأمین نیروی انسانی و تجهیزات مورد نیاز را مد نظر قرار داد. در این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگری محدودیت‌هایی وجود داشته است که مهم‌ترین آن به تکمیل پرسشنامه بر می‌گردد که در این راستا، محققان ناچار به تهیه فرم برخط گوگل و پخش آن در گروه‌های نرم افزار مجازی شدند. علاوه بر این، به دلیل شرایط محیط بیمارستانی و شلوغی شیفت‌ها، برخی از همراهان علاقه‌ای به تکمیل پرسشنامه نداشتند که محققان، ناچار به نمونه‌گیری به روش در دسترس شدند.

منابع

احمدی کهنعلی، رضا. بنگلی، آذر. حسینیان ندوشن، کمال (۱۳۹۵). اولویت بندی عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات بیمارستان از دیدگاه همراهان بیمار بر اساس روش تحلیل سلسله مراتبی فازی. مجله اطلاع رسانی پزشکی نوین. دوره دوم. صص ۳۵-۲۷. بازیابی از: http://jmis.hums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-130-1&slc_lang=fa&sid=1

دکالی، عبدالله. شهبازی، یونس. کریمی، زهرا. شهبازی، فرشاد. سرگزی شهری، فاطمه (۱۳۹۹). شناسایی و اولویت بندی عوامل مؤثر بر مدیریت بحران در بیمارستان در شرایط مقابله با کرونا. کنفرانس بین المللی مدیریت، علوم انسانی و رفتاری در ایران و جهان اسلام. بازیابی از: <https://civilica.com/doc/1118710/>

دل بهاری، وحیده. عبدی، امیر (۱۳۹۶). شناسایی و اولویت بندی عوامل مؤثر



- article/25/5/525/1798496
- Hassani, N. (2005), the necessity of revising the management of earthquake crisis in Iran. A set of articles related to Iran and Japan co-workshop :(Mehr 5-7, 1383). Press No. 298. Management and planning organization: pages (37-49). A set of articles, A collection of writers. Retrieved from: <https://www.sid.ir/FileServer/JE/126620114307.pdf>
- Hekmatnia, H & Moosavi, M. N. (2016), Model usage in geography emphasizing on the urban and regional planning. Elme Novin publications of Yazd. Retrieved from: <http://scholar.google.com/citations?user=AfkU-dEAAA&hl=en>
- Johansen, W., Aggerholm, H. K., & Frandsen, F. (2012). Entering new territory: A study of internal crisis management and crisis communication in organizations. *Public Relations Review*, 38(2), 270-279. Retrieved from: <http://scholar.google.com/citations?user=D20i8XYAAA&hl=en>
- Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W. M., Froehle, C. M., & Margolis, P. (2010). The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature. *The Milbank quarterly*, 88(4), 500-559. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3037175/>
- Lombarts, M. J. M. H., Rupp, I., Vallejo, P., Klazinga, N. S., & Suñol, R. (2009). Differentiating between hospitals according to the "maturity" of quality improvement systems: a new classification scheme in a sample of European hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 18(Suppl 1), i38-i43. Retrieved from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1079.8477&rep=rep1&type=pdf>
- Marshall, M. N., Shekelle, P. G., Leatherman, S., & Brook, R. H. (2000). The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *Jama*, 283(14), 1866-1874. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10770149/>
- Ministry of Health and Medical Education. (2020) Corona virus prevention and control guidelines; .2020 [update 2020 April 8]. Retrieved from: <http://www.health.behdasht.gov.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=435&fkeyid=&siteid=435&fkeyid=&siteid=435&pageid=58559&catid=298>.
- Coombs, W. T., & Laufer, D. (2018). Global crisis management—current research and future directions. *Journal of International Management*, 24(3), 199-203. Retrieved from: <https://ideas.repec.org/a/eee/intman/v24y2018i3p199-203.html>
- Paraskevas, A., & Quek, M. (2019). When Castro seized the Hilton: Risk and crisis management lessons from the past. *Tourism Management*, 70, 419-429. Retrieved from: <https://meiji.elsevierpure.com/en/publications/when-castro-seized-the-hilton-risk-and-crisis-management-lessons->
- Roodini, A. (2016), Management process for developing safety and readiness against the incidents. A set of articles about aid and rescue management. Scientific-applied institute of higher affiliated to Tehran University of Medical Sciences: an interrupted time series analysis in 2012-2014. *Journal of Hospital*, 16(1), 17-26. Retrieved from: https://jhosp.tums.ac.ir/browse.php?a_id=5500&sid=1&slc_lang=en
- Aviso, K. B., Mayol, A. P., Promentilla, M. A. B., Santos, J. R., Tan, R. R., Ubando, A. T., & Yu, K. D. S. (2018). Allocating human resources in organizations operating under crisis conditions: A fuzzy input-output optimization modeling framework. *Resources, Conservation and Recycling*, 128, 250-258. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0921344916301835>
- Bakar, C., Akgün, H. S., & Al Assaf, A. F. (2008). The role of expectations in patients' hospital assessments: a Turkish university hospital example. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(5): 503-16. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18785460/>
- Barati, D. (2015). the safety of Tehran metropolitan city and crisis management. A set of articles related to Iran and Japan co-workshop management and planning organization. 331-334. Retrieved from: <https://rcuwm.ir/category/training-fa/page/2/>
- Bowdle, A., & Munoz-Price, L. S. (2020). Preventing infection of patients and healthcare workers should be the new normal in the era of novel coronavirus epidemics. *Anesthesiology*, 132(6): 1292-95. Retrieved from: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/132/6/1292/108981/Preventing-Infection-of-Patients-and-Healthcare>
- Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *Journal of service research*, 10(2), 123-142. Retrieved from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1094670507309594>
- Driggin, E., Madhavan, M. V., Bikdeli, B., Chuich, T., Laracy, J., Biondi-Zoccai, G., ... & Parikh, S. A. (2020). Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(18), 2352-2371. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109720346374>
- Glickman, S. W., Baggett, K. A., Krubert, C. G., Peterson, E. D., & Schulman, K. A. (2007). Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 341-348. Retrieved from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Promoting-quality%3A-the-health-care-organization-a-Glickman-Baggett/912cb380fa3e79ad5f9be4ba8327b661b18db2e8>
- Groene, O., Botje, D., Suñol, R., Lopez, M. A., & Wagner, C. (2013). A systematic review of instruments that assess the implementation of hospital quality management systems. *International journal for quality in health care*, 25(5), 525-541. Retrieved from: <https://academic.oup.com/intqhc/>



- hospitals: a comparison between three countries. *BMC health services research*, 6(1), 1-11. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/7170703_The_implementation_of_quality_management_systems_in_hospitals_A_comparison_between_three_countries
- Wax, R. S., & Christian, M. D. (2020). Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus (2019-nCoV) patients. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 67(5), 568-576. Retrieved from: <https://www.esaic.org/esa-news/practical-recommendations-for-critical-care-and-anesthesiology-teams-caring-for-novel-coronavirus-2019-ncov-patients/>
- World Health Organization. WHO Report. (2020). Global research emergency coronaviruses 2020 WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>
- Zhou, P., Huang, Z., Xiao, Y., Huang, X., & Fan, X. G. (2020). Protecting Chinese healthcare workers while combating the 2019 novel coronavirus. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(6), 745-746. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3213190>
- education of Helal Iran. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34076283/>
- Shaw, C., Groene, O., Mora, N., & Sunol, R. (2010). Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 445-451. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/47384203_Accreditation_and_ISO_certification_Do_they_explain_differences_in_quality_management_in_European_hospitals
- Tabrizi, J. S., Gharibi, F., & Wilson, A. J. (2011). Advantages and disadvantages of health care accreditation models. *Health promotion perspectives*, 1:1-31. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/261258249_Advantages_and_Disadvantages_of_Health_Care_Accreditation_Mod-els
- Tokakis, V., Polychroniou, P., & Boustras, G. (2019). Crisis management in public administration: The three phases model for safety incidents. *Safety Science*, 113, 37-43. Retrieved from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Crisis-management-in-public-administration%3A-The-for-Tokakis-Polychroniou/c4b93f10bbc0e32a649bb13c277540ebaec297f9>
- Wagner, C., Gulácsi, L., Takacs, E., & Outinen, M. (2006). The implementation of quality management systems in