



## تأثیر پیاده‌سازی نظام مدیریت کیفیت جامع بر رضایت خدمات گیرندگان

(اورژانس بیمارستان نمازی شیراز)

سعید رعیت پیشه<sup>1\*</sup>، مجتبی روستایی<sup>2</sup>، محسن رحمانی<sup>3</sup>.<sup>1</sup>کارشناسی ارشد مدیریت صنعتی، دانشگاه هرمزگان (نویسنده مسئول)؛ Saeedrayat25@gmail.com<sup>2</sup>کارشناسی ارشد مهندسی صنایع، موسسه آموزش عالی زند دانش گستر شیراز؛ roostaee.mojtaba@gmail.com<sup>3</sup>دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد رودهن؛ Rahmanimohsen1376@gmail.com

## چکیده

در عصر حاضر رضایت مشتری به عنوان معیاری مهم برای سنجش کیفیت در سازمان‌های تولیدی و خدماتی قلمداد می‌گردد. اهمیت مشتری و رضایت وی، به رقابت بسیار شدید و تنگاتنگ این عصر برمی‌گردد. مدیریت کیفیت جامع به عنوان موفق ترین فلسفه ی مدیریتی در پاسخ گویی به انتظارات مشتریان است که هدف اصلی آن مشتریان(اعم از داخلی و خارجی) سازمان است.هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیربکارگیری نظام مدیریت کیفیت جامع بر رضایت خدمت گیرندگان در بیمارستان نمازی شیراز است، که به روش پیمایشی-علی همبستگی صورت پذیرفته است. داده‌های تحقیق از طریق پرسشنامه محقق ساخته ، از 156 نفر از خدمات گیرندگانبیمارستان نمازی شیراز با روش نمونه‌گیری (نظام‌مند) تصادفی جمع‌آوری شده است.پرسش نامه ی تحقیق شامل 35 سوال است که بر مبنای فرضیات تحقیق توسط محقق تنظیم شده است. برای سنجش روایی پرسشنامه ازروایی محتوا استفاده شد.برای محاسبه ضریب قابلیت اعتبار اندازه گیری در این پژوهش از آلفای کرونباخ بهره گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ابتدا از روشتحلیلعاملیاکتشافی، برای عامل‌بندی متغیرها و سبزالگوی معادلاتساختاری و آزمون اسپیرمن بهارزیابیفرضیه‌هایپژوهشپرداخته‌شد. نتایج تحقیق در ارتباط با فرضیه اصلی تحقیق نشان داد رابطه‌ی معنی دارو قوی بین استقرار مدیریت کیفیت جامع و افزایش رضایت خدمت گیرندگان وجود دارد و در سطح اطمینان 95 درصد تایید گردید.

## واژگان کلیدی

مدیریت کیفیت جامع، معادلاتساختاری، رضایت خدمات گیرندگان، آزمون اسپیرمن.

## مقدمه

عصر حاضر در واقع، عصر مشتری‌گرایی و مخاطب‌محوریت است. سازمان‌ها برای ادامه حضور خود در این فضای رقابتی باید کالا و خدمات ارائه کنند که رضایت مشتریان جلب شود، بنابراین میزان موفقیت هر سازمان با میزان توجه آن به مشتری و نیازهای وی و همچنین کیفیت خدمات رابطه مستقیم دارد (مجیبی و همکاران، 1391). رضایت، دارایی مفهومی گسترده بیانگر نوعی قضاوت ذهنی خدمات‌گیرندگان از ارزیابی خدمات و محصولات در مورد اینکها یا محصول خود است که نیازها و انتظارات آن‌ها را برآورده نماید. در واقع رضایت مشتری پیمای برطرف شدن نیاز مشتری است که نتیجه چینی رضایتی ایجاد حس وفاداری در مشتریان برای مراجعات بعدی است (بی و همکاران، 2008).

در عصر حاضر اهمیت رضایت مندی مشتری و حفظ آن غیر قابل اغماض است (صادقی و همکاران، 1391). رضایت مشتری<sup>1</sup> مسئله‌ای حیاتی در عصر حاضر است زیرا حفظ مشتریان توسط سازمان برنده یا بازنده بودن آنها را مشخص می‌کند (دیکووا، 2004). در محیط رقابتی حاضر، سازمان‌هایی که به رضایت مشتری<sup>2</sup> توجه ندارند محکوم به فنا هستند (فیکاکووا، 2004). بنابراین سازمان‌ها دریافته‌اند که بدون تأمین نیازها و خواسته‌های پیوسته تغییر یابنده مشتریان نخواهند توانست به بقاء همراه با کسب سود در برابر فشار رقابت دوام آورند، همچنین تحولات جهانی شدن و رسیدن به کلاس جهانی موجب نگرانی و رقابت در مورد سطوح بهره‌وری شده است. درک عوامل بنیادین تأثیرگذار بر رضایت مشتری از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. کیفیت یکی از مهمترین موضوعات در رضایت مشتری است که تأثیر زیادی بر قصد خرید و وفاداری آن‌ها دارد. از این رو سازمان‌ها به سمت پیاده‌سازی راهکارها و مباحث بالابردن کیفیت در محصولات و خدمات خود سوق پیدا کرده‌اند (رادمز و اکبرنیا، 1379).

امروزه مدیریت کیفیت فراگیر به عنوان پارادایم نوین مدیریت، توسط اندیشمندان و متخصصان حرفه‌ای پذیرفته شده است. در ابتدا بخش تولیدی خاستگاه این پارادایم بوده و به عنوان مفاهیم بنیادی کنترل کیفیت بود، اما با گذر زمان سازمان‌های خدماتی نیز این تفکر مبتنی بر مشتری<sup>3</sup> را پذیرفته و به کار بستند (ریاحی، 1381). این رویکرد در دهه‌های اخیر حوزه‌های اثرگذار در کشورها و در حال توسعه و صنعتی تبدیل شده و به طور گسترده در سازمان‌های مختلف (تجاری، صنعتی، علمی و فرهنگی و خدماتی)، مورد استفاده قرار گرفته است (نقشبندی و همکاران، 2012). اصطلاح مدیریت کیفیت جامع<sup>4</sup> یکی از متداول‌ترین اصطلاحات تجارت است که در سال‌های اخیر برای پیشبرد کیفیت به کار گرفته شده است (جعفری و همکاران، 1383). از نظر دوران همکاران (2014)، این مفهوم، فلسفه‌ای مدیریتی است که با استفاده از راهبردهای مختلف، تغییرات مؤثر در فرآیندهای سازمانی ایجاد می‌کند (دوران همکاران، 2014). به طور کلی مدیریت کیفیت جامع را می‌توان اینگونه تعریف نمود: مدیریتی که کیفیت جامع‌تلاشی پیگیر برآیند مستمرا برآیندها، تولیدات، خدمات و همه فعالیت‌ها را در رابطه با شرایط متغیر محیطی است (کاظمی و همکاران، 1392).

1. Customer Satisfaction
2. Non – Customer Oriented Company
3. Customer Driven
4. Total Quality Management



(30 و 31 فروردین 1396)

زیر بنای تفکر مدیریت بر پایه بهبود مستمر کیفیت، جلب رضایت مشتری و تمرکز بر فرایند به جای نتیجه استوار است. (حاجی شریف، 1376). مدیریت کیفیت فراگیر رویکردی کیفیت محور است که سازمان‌ها را در کنترل، اداره و نظارت بر فرایندهای سازمان و همچنین ارائه و فروش محصولات و خدمات جهت برآورده ساختن نیازهای مشتری و ارائه ارزش بیشتر، توانمند می‌سازد (زهیروهمکاران، 2012). هرینگتنوهمکاران (2012)، مدیریت کیفیت جامع را فرهنگ‌گامی و پشتیبان رضایت مشتری به واسطه بهبود مداوم و نوآوری در تمام جنبه‌های سازمان تعریف نموده‌اند. از دیدگاه بنو مصطفی (2013)، مدیریت کیفیت جامع روش‌ها و فنون ایجاد بهبود مستمر، حفظ آن و تأمین تقاضاهای مشتری‌یابی - باشد. در سازمان‌های خدماتی نیز توجه به کیفیت در دستیابی به مزیت رقابتی در کسب و کار امری حیاتی است (کارانیویچانگا، 2012). اگر چه جلب رضایت مشتری و وفاداری او در بخش خدمات برای بقای دراز مدت ضروری است، اما صنایع خدماتی<sup>5</sup> در مقایسه با صنایع تولیدی با عدم قطعیت‌های متعددی روبرو هستند، زیرا جنبه‌های فنی و رفتاری انسان؛ محک زدن، مقایسه و استاندارد کردن فرایندها را دشوار می‌سازد. به همین دلیل بخش خدمات در مقابل بخش تولید کمتر موفق بوده است (ریاحی، 1381).

بخش اورژانس به عنوان قلب بیمارستان و همچنین به عنوان مهمترین بخش بیمارستان که لزوم اقدامات سریع، باکیفیت و موثر در کنار پاسخگویی و همدلی با بیماران به عنوان جایگاهی ویژه بر کسی پوشیده نیست. در این بخش متنوع‌ترین خدمات در کمترین زمان و در حساس‌ترین دقت به گروهی بزرگ از مراجعه‌کنندگان ارائه می‌گردد. از همین رو کیفیت ارائه خدمات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. میزان رضایت مشتری به عنوان یکی از مهمترین معیارهای سنجش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد پذیرش همگان قرار گرفته است. در این پژوهش از رویکرد مدیریت کیفیت جامع در بخش اورژانس بیمارستان نمازی جهت بررسی تاثیر بر رضایت خدمات‌گیرندگان پرداخته شده است. از همین رو محققان برآن شدند که به بررسی شاخص‌های بومی مدیریت کیفیت جامع در بخش خدمات و به طور خاص حوزه بهداشت و درمان و تاثیر آن بر رضایت خدمات‌گیرندگان بپردازند. بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤالات می‌باشد:

- ✓ شناسایی مهمترین شاخص‌های مدیریت کیفیت جامع در حوزه بهداشت و درمان.
- ✓ بررسی ارتباط مدیریت کیفیت جامع و شاخص‌های آن و رضایت خدمات‌گیرندگان در بخش بهداشت و درمان.

### مبانی نظری و پیشینه تحقیق

مدیریت کیفیت فراگیر (TQM). توجه به کیفیت محصولات و کنترل فرآیندها به 3000 سال قبل از میلاد بر می‌گردد. در میان قوانین سنگ نوشته همورابی، یک قانون به این مضمون وجود دارد: "اگر بنایی خانه‌ای بسازد و بر سر اهالی آن خانه فرو بریزد آن بنا باید بمیرد". این قانون منعکس‌کننده اهمیت است که در گذشته به کیفیت داده می‌شده است. واژه کیفیت از ریشه لاتین Qualitas و Qualitut (ترجمه واژه یونانی Poiotes به معنی چه نوع)، Tat و Tas از ریشه لاتین Qui به معنی کسی و چه کسی می‌باشد.





دانشگاه مازندران



(30 و 31 فروردین 1396)

و همکاران، 2011). تحقیقات نشان می‌دهد این رویکرد بیش از آنکه مختص به ویژگی های سازمانی خاصی باشد ماهیتی عمومی و جامع دارد به گونه ای که با وجود شرایط محیطی مختلف و در نتیجه آن ابزار و رویه های متفاوت، مفاهیم بنیادی یکسانی در سازمان های مختلف دارد (یپا، 2012).

**کیفیت خدمات**<sup>۱</sup>. وارگو و لوش<sup>۲</sup> (2004)، کیفیت «مجموعه فعالیت ها، فرآیندها، اعمال و تعاملاتی که به منظور رفع مشکلات مشتریان به آنان ارائه می شود» تعریف کرده اند. به طور مشابه برای واژه «خدمت» نیز تعریف های متعددی وجود دارد. هاروی (1988)، خدمت را نتیجه خواستار مشتریان تعریف می کند؛ همچنین خدمت را می توان تولید منفعت اساساً ناملموس یا به خودی خود به عنوان یک محصول منفرد یا عنصری مهم از محصول ملموس تعریف کرد که به واسطه شکلی از مبادله، نیاز شناخته شده مشتری را برآورده می کند. ادغام دو واژه بیان شده، مفهومی با عنوان «کیفیت خدمات» را شکل می دهد که پژوهشگران کیفیت خدمات را بر پایه فرضیه های نظری متفاوتی تعریف کرده اند (رعیت پیشه و تیزرو، 1395). بنت و همکاران، (2004) کیفیت خدمات را ترجیحی نسبی مشتری از خدمات ارائه شده تعریف می کند. فروغی و همکاران، (2011) بیان می کنند: کیفیت خدمات یک معیار باثبات است که نشان می دهد تا چه اندازه خدمات ارائه شده با آنچه مشتریان انتظار دارند، مطابقت دارد. همچنین راس و جوهریر، (2003) کیفیت خدمات را تمرکز بر چیزی که به مشتریان تحویل داده می شود. موقعیتی که خدمات به آن ارائه می شود و اینکه آن خدمات چگونه ارائه می شود تعریف می کنند. امروزه کیفیت خدمات، اهمیت ویژه ای برای سازمان دارد؛ از این نظر که کیفیت خدمات به رضایت و وفاداری مشتریان منجر شده و در نهایت به بقا و سودآوری سازمان منجر می شود (لی<sup>۱۰</sup> و همکاران، 2005)؛ در واقع رضایت مشتریان از خدمات دریافتی و بهبود کیفیت خدمات توسط سازمان دو شاخص مهم در ارزیابی عملکرد سازمان به حساب می آیند (پارسمان و همکاران، 1988). از این رو در این پژوهش از رضایت مشتری به عنوان ابزاری ارزیابی کننده بهره گرفته شده است.

**رضایت مشتری**. در بین عناصر ضروری TQM، تمرکز بر مشتری جزء معیارهای بااهمیت جوایز کیفیت قرار دارد. رضایت، دارایی مفهومی گسترده تر از کیفیت بوده و کیفیت جزء عوامل ایجاد رضایت در مشتریان به شمار میرود. رضایت عبارتست از ارزیابی مشتری در مورد اینکه آیا محصول خدمت توانسته است نیازها و انتظارات آن را برآورده نماید یا خیر. رضایت مشتری پیامدارضای نیازهای مشتریست و بیانگر نوعی قضاوت ذهنی در مورد محصول یا خدمت است (بیو و همکاران، 2008). در کبنیاد یعوامل تأثیرگذار بر رضایت مشتری از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است. مدیریت کیفیت جامع از جمله رویکردهای است که بر موضوع رضایت مشتریان تمرکز دارد. از گام های مهم در اجرای TQM، تعریف مشتری است که باید مشتری فعلی و بالقوه سازمان تعیین شود. در فرهنگ وبستر، مشتری چنین تعریف شده است: «کسی که یک کالا یا خدمت را خریداری می کند». از دیدگاه مدیریت کیفیت، مشتری شامل هر دو نوع مشتری داخلی و خارجی می شود. مشتری داخلی را کارکنان سازمان و مشتری خارجی را مصرف کننده نهایی محصول یا خدمت

1. Quality of service  
2. Vargo & Lusch  
10. Lee

سازمان تشکیل می دهد (نلسون، 1990). رضایت مشتری از مفاهیم اساسی مدیریت کیفیت است و اغلب رضایت مشتری مترادف با کیفیت به کار می رود. مشتریان دارای نقشی محوری در هدایت فعالیت‌های سازمان دارند، بنابراین شناخت مشتری، تعیین خواسته های مشتری و تهیه کالاها و خدمات مناسب جهت رفع نیازهای مشتری از اهمیت زیادی برخوردار است (فانگ و همکاران، 2013).

تاکنون تحقیقات بسیاری در خصوص مدیریت کیفیت جامع انجام شده است و همچنین به بررسی آثار آن بر رضایت مشتریان بررسی شده است اما در حوزه خدمات و به طور خاص در حوزه بهداشت و درمان و در جامع ایران و فرهنگ اسلامی ایران تعداد مطالعات محدودی صورت گرفته است بنابراین پژوهشگران با توجه به احساس نیاز در این بخش حساس و مهم، به این پژوهش پرداختند. در ادامه تعدادی از پژوهش های مرتبط با موضوع آورده شده است. تانینا و همکاران (2010)، در پژوهش «با عنوان قدرت مدیریتی کیفیت جامع: تجزیه و تحلیل اثرات آن بر سودآوری، بهره-ور و رضایت مشتری» انجام دادند نتایج نشان داد که 1- مدیریتی کیفیت جامع تاثیر مثبت و معنادار بر سودآوری دارد. 2- مدیریتی کیفیت جامع تاثیر معنادار بر سودآوری و رضایت مشتری دارد. اما در بین متغیرهای سه گانه وابسته با بعد مدیریتی کیفیت جامع بیشتر نتایج را بر رضایت مشتری داشتند.

کویلا کونتا و همکاران (2012)، در مقاله «با عنوان رضایت مشتری و رضایت مدیریتی کیفیت جامع: یک مطالعه موردی در بیمارستان» در مجله «مطالعات مدیریت» در سال 2012، 21 مقاله را در این زمینه بررسی کردند. نکته جالب توجه این بود که در هر دو آزمون اجرا تحلیل سلسله مراتبی، نتایج متفاوت تبیین شد؛ مثلاً در دور اول، حمایت مشتری، غولیت مدیران عالی در فرآیند مدیریتی کیفیت، عامل اصلی اهمیت تری نبود و در دور بعدی کارکنان آموزش دیده جای آنرا گرفت (کویلا کونتا و همکاران، 2012).

در پژوهش، مظفر یو همکاران (1391)، با هدف تدوین الگوی استقرار مدیریت کیفیت فراگیر در مراکز مدیریت حوادث فوریتهای پزشکی ایران نشان داد که الگوی پیشنهادی یا شاخصها مؤلفهها بینظیر ایجاد رکن هماهنگی و ارتباط بین بیمارستانی، ایجاد مرکز پیام مشترک با پلیس و... میتواند به افزایش، موفقیت استقرار مدیریت کیفیت فراگیری، ایجاد زمینه خودارزیابی و استقرار رویکرد مبتنی بر شواهد و مشارکت بیشتر و... بینجامد (مظفر یو همکاران، 1391).

حمید یو طیبی (1383)، در پژوهش خود که به بررسی «تاثیر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در شبکه-های بهداشت و درمان استانهمدان» انجام دادند بیان کردند مهمترین نتایج این رویکرد، تغییرات مثبت در فرهنگ سازمانی، بهبود کیفیت در اثر کار تیمی، افزایش فرآیندگرایی، افزایش رضایت مشتری است و مهمترین عوامل پیش برنده در اجرای برنامه های TQM حمایت و تعهد مدیریت، آموزشهای مستمر، برنامه ریزی استراتژیک و مشارکت کارکنان نام برده شد همچنین بیان شد که اجرای TQM نه تنها به ارتقاء کیفیت فرآیندهای کلیدی منجر گشته بلکه تحول مثبت فرهنگی را نیز به همراه داشته است. همچنین در پژوهشی که دانیال (1388) در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، دانشگاه علوم پزشکی شکیتهران در رابطه با بررسی پیاده سازی TQM انجام داد بیان کرد که تفاوت معنی داری بین گروهی که آموزش TQM را دریافت کرده-اند و گروهی که چنین آموزش های مدیریت کیفیت جامع را دریافت نکرده اند مشاهده شد. و به این نتیجه رسیدند که آموزش TQM باعث، تعیین نیازسنجی بهتر و مدون تر می شود.

رحیمی و همکاران، (1391) در پژوهش خود با عنوان طراحی کیفیت خدمات بخش اورژانس بیمارستان شهید



دانشگاه مازندران



(30 و 31 فروردین 1396)

فقیهی شیراز با استفاده از روش گسترش عملکرد کیفیت (QFD) در ابتدا به تعیین مهمترین نیازهای و انتظارات 80 نفر از مشتریان از طریق مصاحبه پرداخته و در گام بعد به مصاحبه با 15 نفر از مشتریان به منظور تعیین ارتباط میان انتظارات بیمار و عناصر خدمت پرداختند. در نهایت با مشخص شدن 13 نیاز و انتظار مشتری و 20 عنصر خدمت در نهایت 9 عنصر خدمت به عنوان اجزای الگوی کیفیت خدمات در سه سطح 1- فضای فیزیکی 2- بهبود توانمندی پرسنل و تسهیلات و 3- بهبود سیستم راهنمایی و پاسخگویی و تسهیلات رفاهی اولویت بندی شدند.

### روش شناسی تحقیق

این پژوهش از نظر هدف، کاربردیست، و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات، توصیفی و از نوع همبستگی است. پژوهش حاضر در سال 95 در سطح بیمارستان نمازی شیراز انجام شده است. جامعه این پژوهش، از تمامی کارکنان بیمارستان نمازی شیراز تشکیل شده است. به دلیل مشخص بودن چارچوب نمونه‌گیری و عمومیت متغیرها برای اعضای جامعه، روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به کار گرفته شد. تعداد افراد جامعه آماری بر طبق آمار کسب شده از پذیرش (افراد ورود کننده به اورژانس که نیازمند اقدامات ثانویه هستند) 280 است. واریانس نمونه 30 تایی مطالعه مقدماتی برابر با 0/62 به دست آمد. بر طبق فرمول نمونه‌گیری کوکران (فرمول 1)، نمونه‌ای با حجم 185 نفر انتخاب شد. پس از توزیع پرسشنامه‌ها تعداد 156 پرسشنامه قابل قبول جمع‌آوری گردید.

$$n = \frac{NZ_a^2 / S^2}{\epsilon^2 (N - 1) + Z_a^2 / S^2} \quad \text{فرمول (1). نمونه‌گیری از جامعه محدود}$$

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته برای ابعاد انتخابی TQM استفاده گردید. برای روایی پرسشنامه از روش روایی صوری و محتوایی با کمک از 2 نفر اساتید مدیریت استفاده گردید. همچنین برای سنجش پایایی، نمونه اولیه 30 تایی توزیع گردید. سپس با بهره‌گیری از داده‌های بدست آمده از پرسشنامه، ضریب اعتماد با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که سطح 0/78 بدست آمد، که نشان از پایایی ابزار پژوهش است. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه 20 و آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از بررسی ادبیات مجموعه‌ای از شاخص‌ها مدیریت کیفیت جامع شناسایی گردید و در اختیار 9 نفر از خبرگان حوزه بهداشت و درمان قرار داده شد تا مهمترین معیارها را انتخاب کنند. مجموعاً شاخص‌ها، 17 عدد بود و براساس سنجش آنها از طیف 5 گانه‌ای (1: بسیار کم اهمیت، 2: کم اهمیت، 3: بی‌نظر، 4: اهمیت زیاد و 5: اهمیت

بسیار زیاد) استفاده گردید. در انتها پیرسشنامه، محلیبر ایاضافه نمودن مؤلفه‌های ابعاد دیگری از دیدگاه پاسخگویان در نظر گرفته شد. پساز تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، توزیع شده بین مشارکت-کنندگان توسط محقق، کارتحلیل پرسشنامه‌ها آغاز گردید. تعیین میانگین از جمله روش‌ها برای توصیف وضعیت پاسخ-ها در این مرحله بود. بعد از ورود داده‌ها به نرم‌افزار SPSS و میانگین‌گیری از پاسخ‌ها، مؤلفه‌هایی که میانگین آنها کمتر از 3 (50 درصد) بود کنار گذاشته شد.

در نهایت 8 شاخص کلیدی از نظر خبرگان خدمات، به منظور بررسی تاثیر آن بر رضایت خدمات‌گیرندگان تعیین گردید. در ادامه به بخش آماری پژوهش پرداخته شده است. ابزار اصلی گردآوری داده‌ها در بخش آماری پژوهش، پرسشنامه‌ای محقق ساخته است. برای ساخت پرسشنامه (گویه‌ها)، از ادبیات تحقیق و نظرخواهی از خبرگان و همچنین مصاحبه‌های انجام شده، استفاده شد. قابلیت اعتماد یکپارچگی‌های فنی بازراندازه‌گیری است. ضریب قابلیت اعتماد (ضریب پایایی)، نشانگر آن است که تا چه اندازه ابزار اندازه‌گیری‌های ثابت‌آزمودنی و پایایی‌های متغیر و موقتی آن‌را می‌سنجد. در این پژوهش برای برررسی میزان پایایی تحقیق، از ضریب آلفای کرونباخ بهره‌گرفته شده است. در جدول 1 نتایج حاصل از آزمون پایایی نشان داده شده است. به‌طور کلی، اگر درصد بدست‌آمده بالاتر از 0/7 باشد می‌توان گفت که پرسشنامه‌ها از قابلیت اعتماد قابل قبولی برخوردار است.

جدول 1. نتایج آزمون پایایی ابعاد

متغیر	گویه	شاخص برازش برازش بنتلر بونت ( $\Delta$ ) <sup>a</sup>	شاخص برازش (CFI) <sup>b</sup>	آلفای کورنباخ a <sup>c</sup>
سرعت در خدمت رسانی	Q1,.....,Q4	0/934	0/974	0/901
صحت در ارائه خدمات	Q5,.....,Q7	0/902	0/948	0/937
پاکیزگی و زیبایی فضای اورژانس	Q8,.....,Q10	0/944	0/994	0/887
شفافیت و اطلاع رسانی و پاسخگویی	Q11,.....,Q13	0/959	0/905	0/739
دلسوزی و تعهد کارکنان	Q14,.....,Q16	0/948	0/928	0/845
رعایت ملاحظاتی مذهبی و اعتقادی در ارائه خدمات	Q17,.....,Q19	0/918	0/972	0/762
توانمندی کادر کارکنان	Q20,.....,Q22	0/992	0/966	0/821
رعایت ادب و رفتار مناسب کارکنان	Q23,.....,Q26	0/930	0/947	0/719
رضایت خدمات‌گیرندگان	Q27,.....,Q35	0/930	0/951	0/774

نکته: شاخص برازش بنتلر بونت a ( $\Delta$ ) بالاتر از 0/9 نشان دهنده اعتبار قوی مقیاس همگراست. شاخص برازش (CFI)<sup>b</sup> بالاتر از 0/9 نشان دهنده اعتبار قوی ساختاری تک‌عاملی است. a<sup>c</sup> بالاتر از 0/7 نشان دهنده قابلیت اعتماد است.





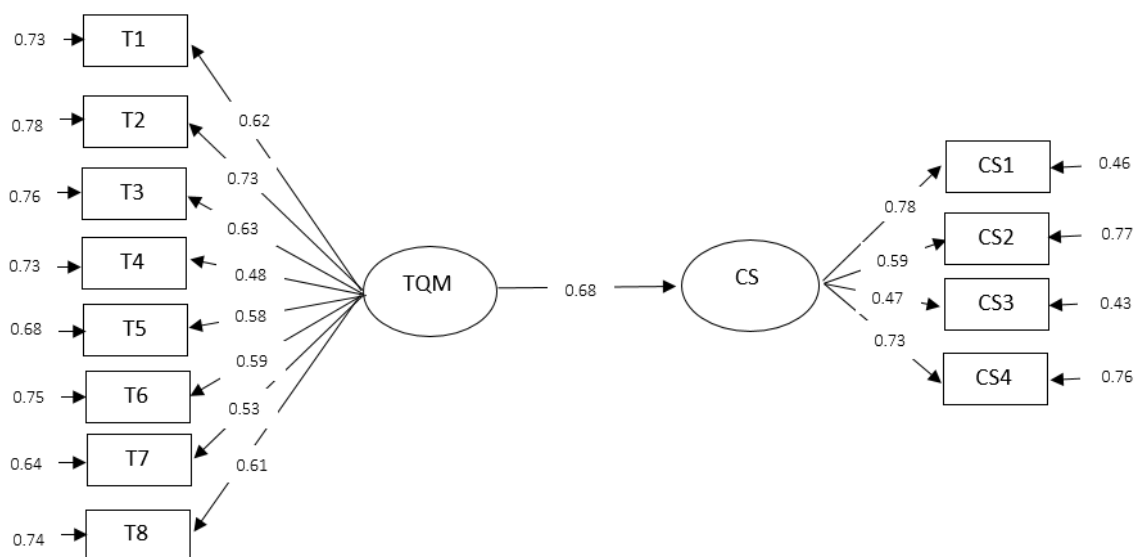
جدول 3. نتایج آزمون KMO و آزمون بارتلت

متغیر	آزمون بارتلت	KMO	عواملها	مقدار ویژه	وار یانس	وار یانس تجمعی
مدیریت کیفیت جامع	/0000	800/	توانمندی کادر کارکنان	19	/91	/91
			پاکیزگی و زیبایی فضای اورژانس	39	/71	15/30
			سرعت در خدمت رسانی	09	/62	12/43
			صحت در ارائه خدمات	76	/01	10/53
			دلسوزی و تعهد کارکنان	57	/93	9/63
			رعایت ملاحظاتی مذهبی و اعتقادی در ارائه خدمات	41	/15	6/69
			رعایت ادب و رفتار مناسب کارکنان	28	/45	5/74
رضایت مشتری	/0000	870/	شفافیت و اطلاع رسانی و پاسخگویی	06	/22	5/80
			رفتار محترمانه با خدمات گیرندگان	68	/85	29/29
			درک نیازهای خدمات گیرندگان	28	/77	26/56
			انجام خدمت تعهد شده به بهترین صورت	79	/57	18/75
			رسیدگی به شکایت خدمت گیرندگان	09	/86	9/85

در ادامه شاخص های برآورد زندگی مدلم محاسبه شده است، برای برآورد مدانداز هگیریاز تحلیل عاملی آید یک به خشیا ز الگوها یانداز هگیری یاست، استفاده گردید. این الگو در مورد نحوه سنجش متغیر های پنهان توسط متغیر های مشاهده شده بحث می کند. در واقع ساختار عاملی، فرضیه- ایاست که بر این بیان هم بستگی های مشاهده شده بکار می رود. خلاصه این محاسبات در شکل 1 ارائه شده است. بر سینه تا یج تحلیل عاملی آید میعادلات انداز هگیری شده بر بوط به سازه های پیژوهش و شاخص های به دست آمده نشان- دهند هبر از ش مطلوب الگو یانداز هگیری یاست.



دانشگاه مازندران



Chi-square = 182.15, DF=81, p-value= 0.00000, RMSEA=0.029

شکل 1. تخمینا استاندارد مدل اندازه گیری پژوهش.

شد.

در این پژوهش با توجه به کاربرد معادلات ساختاری با تطبیق متغیرهای مکنون بر آورد

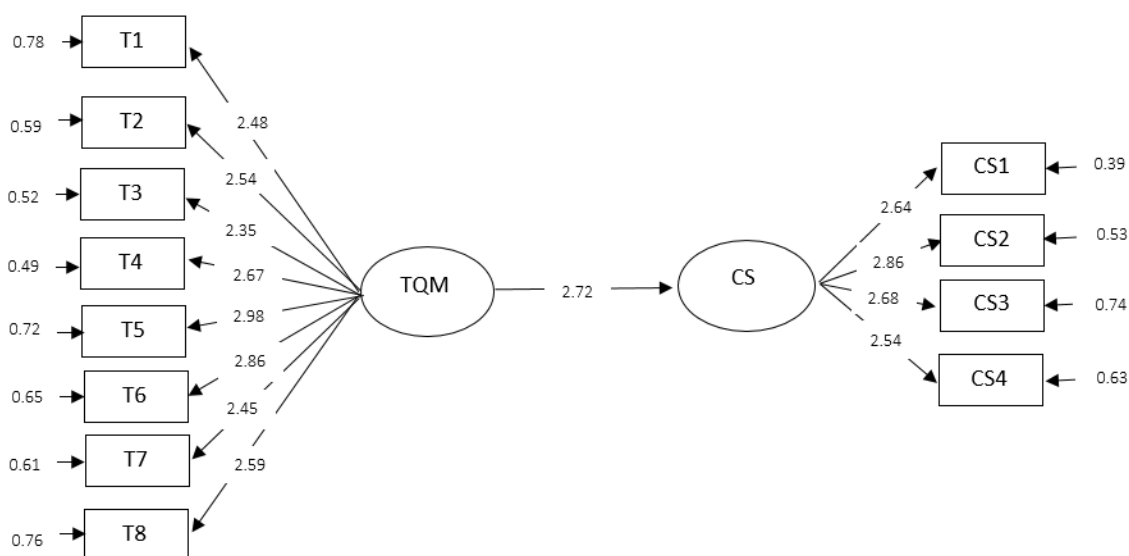
در حقیقت با این کار به طور همزمان کلیه ضرایب رگرسیون چندگانه محاسبه می شود،

سپس با استفاده از تست T، معنادار یا اثر گذار یا بی‌اثر بودن معادلات ساختاری

بین متغیرها پدید خواهد آمد.

چنانچه آماره T بین دو متغیر بزرگتر از 1 باشد فرضیه صفر ( $H_0$ ) مبنی بر عدم رابطه بین دو متغیر مکنون رد و فرضیه جایگزین

( $H_1$ ) مبنی بر معنادار یا رابطه در متغیر مکنون پذیرفته می شود.



Chi-square = 182.15, DF=81, p-value= 0.00000, RMSEA=0.029

شکل 2. ضرایب معناداری مدل اندازه گیری

باتوجه به خروجه‌های زیاده از حد و کمبود منابع (شکل 2) بنابراین کلیه تخمین‌ها یا ارائه شده‌ها را به لحاظ آماری معنادار هستند؛ به عبارتی دیگر، تمامی بارهای عاملی مرتبط با سازه‌های پژوهش، در سطح اطمینان 31 درصد معنادار هستند. در فرضیه اصلی پژوهش داده‌ها مدیریت کیفیت جامع، اثر مثبت بر رضایت خدمات گیرندگان دارد. نتایج نشان می‌دهد که هر یک از گزاره‌های مستقیم مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد برابر با 0/68 بوده و چون مقدار ضریب معنی‌داری برابر با 2/72 و بزرگتر از 2 است، بنابراین نمی‌توان نتیجه گرفت پیاده‌سازی TQM بر رضایت خدمات گیرندگان به طور مستقیم اثرگذار بوده و می‌تواند منجر به افزایش آن در بیمارستان شود؛ بنابراین، فرضیه‌ها صلیبا با مطالعه تأیید می‌شود.

در این بخش داده‌ها جمعاً آورید و روش همبستگی اسپیرمن فرضیه‌های فرعی پژوهش تحلیل شد. رابطه‌ی بین دو متغیر می‌تواند رابطه معکوس یا همبستگی منفی و یا رابطه مستقیم یا همبستگی مثبت باشد و گاهی بین دو متغیر هیچ نوع رابطه و یا همبستگی، خواه مثبت و یا منفی وجود ندارد. ضریب همبستگی از 0 تا +1 و 0 تا -1 متغیر است. ضریب همبستگی +1 را ضریب همبستگی کامل مثبت و ضریب همبستگی -1 را ضریب همبستگی منفی کامل می‌نامند. ضریب همبستگی صفر به معنای این است که بین دو متغیر هیچ نوع رابطه‌ی وجود ندارد (پاشا شریفی و شریفی، 1383).

در این تحقیق به دلیل استفاده از مقیاس رتبه‌ای برای اندازه‌گیری متغیرها، ضریب همبستگی اسپیرمن جهت شناسایی و معیار ارتباط هم‌جو دینا با معاد مدیریت کیفیت جامع و رضایت مشتری یا نمودار استفاده‌گر گرفته‌است. نتایج در جدول 4 ارائه شده است.

**جدول 4. بررسی نتایج ارتباط بین متغیرهای مدیریت کیفیت جامع و رضایت خدمات گیرندگان**

نتیجه	ضریب معناداری (Sig)	ضریب همبستگی اسپیرمن	متغیر
تایید فرضیه	0/000	0/506	توانمندسازی کارکنان
تایید فرضیه	0/000	0/581	پاسخگویی
تایید فرضیه	0/012	0/421	سرعت در ارائه خدمات
تایید فرضیه	0/000	0/551	صحت در ارائه خدمات
تایید فرضیه	0/000	0/251	زیبایی فضای ارائه خدمات
تایید فرضیه	0/008	0/551	اعتماد
تایید فرضیه	0/000	0/578	شفافیت و اطلاع‌رسانی
تایید فرضیه	0/000	0/584	انعطاف‌پذیری در ارائه خدمات
تایید فرضیه	0/009	0/239	رعایت ملاحظات دینی و ارزشی
تایید فرضیه	0/000	0/672	مدیریت کیفیت جامع و رضایت خدمات گیرندگان

#### نتیجه‌گیری و پیشنهادات

در این پژوهش پس از بررسی ادبیات تحقیق و همچنین انجام مصاحبه با خبرگان حوزه بهداشت و درمان و



(30 و 31 فروردین 1396)

کیفیت خدمات مجموعه ابعاد مدیریت کیفیت جامع شناسایی گردید سپس با نظرخواهی، از خبرگان حوزه بهداشت و درمان و خدمات و همچنین اساتید دانشگاه خواسته شد که مهمترین شاخص های TQM در حوزه بهداشت و درمان را غربال کرده از این رو در نهایت هشت شاخص اصلی برای TQM در حوزه بهداشت و درمان از نظر آنها انتخاب گردید. در گام بعد به بررسی تاثیر پیاده سازی TQM بر رضایت خدمت گیرندگان و همچنین بررسی ابعاد TQM پرداخته شد. بر اساس مبانینظری، در این پژوهشیک فرضیه اصلی و هشت فرضیه فرعی مطرح شد. نتایج تحلیلی، تمام فرضیهها یفوقرتا تأیید نمود.

نتایج آزمون تجربی و نتایج گریز و هوشبهبود صورت پذیرش میگردد: مدیریت کیفیت جامع تاثیر مثبت بر رضایت خدمات گیرندگان در بخش بهداشت و درمان دارد. این نتایج تحلیلی یافته- های بهداشتی و آمدمدر سینارگلو و باسر، (2016) همخوانی دارد آنها نیز در پژوهش خود که در یکی از بیمارستان های ترکیه به این نکته تاکید کردند که کیفیت عملکرد سیستم های بهداشتی و بهبود رویه ها و اقدامات کلیدی عملکرد رابطه قوی با امید به زندگی و رضایت عمومی خدمات گیرندگان دارد. گوپتا و راگوتی، (2016) حسن نیت و دلسوزی خدمات دهندگان را منجر به رضایت مشتری دانسته و بیان می کند امروزه ابزارهای مختلفی برای اندازه گیری کیفیت در بخش مراقبتهای بهداشتی و همچنین رضایت مشتری توسعه داده شده است و شاخصهای کیفیت ارائه شده توسط سازمانهای بهداشتی ابزار مناسبی در کسب رضایت مشتری است.

همچنین پرایور، (2006) در پژوهش خود با عنوان بهره روری مدیریت کیفیت جامع در سازمانهای بهداشتی و درمانی بیان کرد کیفیت در ارائه خدمات از الزامات اساسی این گونه سازمانهاست در این پژوهش به امکانات فنی در ارائه با کیفیت خدمات اشاره شده است. امیری و همکاران (2016)، در پژوهش خود در بیمارستان فاطمیه شاهرود به بررسی نقش استانداردهای مداخله گر در ارتقاء شاخص های بیمارستانی پرداخته و بیان می کنند تفاوت معنی داری از میانگین نمرات بیمارستان مورد مطالعه کسب گردید و همچنین ارتباط معنی دار بین رضایت بیمار قبل و بعد از مداخله نشان داده شد، به طوریکه رضایت بیماران بعد از مداخله بالاتر بود. یویس و همکاران، (2016) در پژوهش خود در بیمارستان های اردن بیان می کنند برنامه های مختلف مدیریت کیفیت جامع که شامل، آموزش، کار تیمی، تعهد مدیریت است، بهبود مستمر و رضایت مشتری بر عملکرد سازمان تاثیر مثبتی دارد و اشاره می کنند که مدیران باید استراتژیهای بهبود کیفیت را به عنوان یک اولویت به منظور ارتقاء و ترویج عملکرد سازمانی و اثربخشی در نظر بگیرند.

به طور مشابه جی و پارک، (2016) به بررسی بکارگیری شیوه های TQM بر عملکرد خدمات مرتبط با 249 پرستار در کشور کره پرداخته و بیان می کنند که شیوه های TQM دارای اثر مثبت بر روی نگرش پرستاران و نگرش آنان به عملکرد خدمات تبه ترو در نتیجه کسب رضایت مشتریان می انجامد. در مطالعه علقمند و همکاران، (1388) که در بخش زایمان بیمارستان فیاض بخش انجام گردید بیان می کنند که انتظارات بیماران از این بخش شامل: پذیرش سریع، تمیزی بخش، تسهیلات مناسب، آموزش و آرامش مراجعه کنندگان و بیمار اشاره شده است که با شاخص های «پاسخگویی»، «سرعت در ارائه خدمات»، «زیبایی فضای ارائه خدمات»، «توانمندسازی کارکنان» و «صحت در ارائه خدمات» همخوانی دارد، اما در بخش اورژانس با عنوان دیگری بیان شده است. همچنین در پژوهش مورس، (2006) در بخش رادیولوژی به عنصر «تجهیزات» و «کیفیت فضای فیزیکی» و اشاره شده است. هاشمی، (1389) در پژوهش خود در بیمارستان سوختگی قطب الدین شیراز با روش گسترش کارکرد کیفی و تحلیل پوششی داده ها به شاخص های «ابعاد رفتاری

میان فردی»، «دسترسی»، «تسهیلات اولیه»، «فضای فیزیکی مناسب»، «تجهیزات و مواد مصرفی» و «نیروی انسانی» که با شاخص‌های TQM در این پژوهش همخوانی دارد، اشاره کردند. الولیان و اوده‌ها، (2016) در مطالعه خود با هدف بررسی اثربخشی پیاده‌سازی TQM بر روی بیماران و سطح رضایت در بیمارستان‌های دانشگاهی اردن به نتیجه رسیدند که پیاده‌سازی اصول مدیریتی کیفیت جامع منجر به انعطاف‌پذیری عملیاتی بر روی بیماران و در نتیجه ایجاد رضایت در بیماران از طریق کاهش هزینه‌ها و کاهش خطاهای پزشکی گردید. در نهایت نتایج بررسی‌های این پژوهش نشان می‌دهد که پیاده‌سازی سیستم‌های کیفیتی نظیر TQM در چند سال اخیر در بخش خدمات جایگاه خود را پیدا کرده‌اند و سال‌ها از اجرای این سیستم کیفیتی در بیمارستان‌های کشورهای پیشرفته می‌گذرد. اما اجرای این سیستم الزاماً موفقیت آن را تضمین نمی‌کند زیرا عوامل مختلفی در موفقیت این برنامه موثر است و نیازمند آموزش کافی، حمایت رهبری، پشتیبانی مداوم از مدیران، تمرکز بر مشتری، مشارکت کارکنان، مدیریت فرآیند و بهبود مستمر فرآیندهای ... است (مصدق راد، 2014). در نهایت اگرچه ایجاد استانداردها یا ارتقاء دهند سلامت در بیمارستان‌ها جهت کسب رضایت مشتریانانکمیدشوار است، اما اعلام نتایج این پژوهش و پژوهش‌های گذشته نشان از تأثیر مثبت اجرای استانداردهای کیفیت در بیمارستان‌هاست که بهبود بسیار زیاد شاخص‌های بیمارستانی نیز می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مدیریت بیمارستان به‌طور مدون به نیازسنجی کارکنان و بیماران و همچنین سیستم‌های ارزیابی مبتنی بر TQM بپردازد. همچنین با توجه به نتایج این پژوهش در صورت بکارگیری شاخص‌های شناسایی شده در این پژوهش در راهبردها و برنامه‌های بلند مدت بیمارستان از سوی مدیریت، می‌توان منتظر نتایج چشم‌گیری در بهبود عملکرد کارکنان و در نتیجه جلب رضایت بیماران و خدمات‌گیرندگان بود. این پژوهش با محدودیت‌های نیز مواجه بوده است از جمله عدم همکاری بیماران در نظرسنجی و همچنین سختی در جلب رضایت آن‌ها جهت تکمیل با دقت و حوصله پرسشنامه‌ها.

### تشکر و قدردانی:

این مقاله با همکاری کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گردیده است. بدین وسیله از همکاری ایشان و همچنین پرسنل و ریاست بیمارستان نمازی نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

### مراجع

1. امام‌فیر، محسن؛ مجیب‌میکلائی، تورج؛ مهدی‌زاده‌هاش، رفی، علی (1391). ارزیابی میزان آمادگی اجرای سیستم مدیریت کیفیت جامع در تعاونی‌های فعال تولیدی بخش صنعت استان مازندران». فصلنامه مدیریت، سال نهم، شماره 26، صفحات 65-85.
2. جعفری مصطفی، اصولی حسین، شهریاری حسام، شیرازی منش مزده، فهیمی امیر حسین (1383)، ابزارهای استراتژیک و فرهنگی مدیریت کیفیت فراگیر (جلد اول)، چاپ سوم، مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
3. حمیدی، یدالله و دکتر طبعی، سیدجمال‌الدین (1383). بررسی نتایج اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در شبکتهای 1379، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی مشهد، شماره 81. همدان، سال 11، شماره 1، بهار 1383، شماره مسلسل 31.
4. حاجی شریف محمود (1376)، طراحی سیستم مدیریت کیفیت فراگیر: سیستم جامع اجرایی مدیریت کیفیت فراگیر ISO 9000، چاپ دوم، مرکز آموزش مجتمع صنعتی سیمان آبیک.
5. خاکی، غلامرضا (1379)، روش تحقیق در مدیریت، مرکز انتشارات علمی دانشگاه آزاد اسلامی.



6. کاظمی، مصطفیور، خیمنیا، فریبرز و ابویطرقه، ص. \_\_\_\_\_ دیقه (1392).
7. بررستی تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد سازمانها یکار آفرین، مجموعه همکاران آفرین، تهران.
8. دانیال، زهرا (1388). تأثیر مدیریت کیفیت فراگیر در تعیین نیازهای آموزش شیپر ستاران بخشها یویژه، مجله پرستاری مراقبتی ویژه، دور ه دوم، شماره 3.
9. سعید پیور، بهمن (1384). کاربرد مدیریت کیفیت فراگیر در آموزش عالی، فصل نامه مدیریت، شماره 104. صص 18-22.
10. رادمز آزاده، اکبرنیا رضا (1379)، آموزش ISO 9000، واحد علمی دفتر فرهنگی دانشکده صنایع دانشگاه علم و صنعت ایران.
11. رحیمی، سعید حامد؛ معصومیور، سعید معصوم؛ خوارزمی، عرفان؛ کاوس \_\_\_\_\_، زهرا. (1391).
12. طراحی کیفیت خدمات بخش اورژانس بیمارستان شهید فقیه شیراز با استفاده از روش گسترش عملکرد کیفیت (QFD). فصلنامه بیماریها، شماره 3. صص 10-17
13. ریاحی پهلوز، الوانیمهدی (1382)، آموزه های بیبرای استقرار مدیریت کیفیت جامع در بخش دولتی ایران، "تحول اداری، دوره هفتم، شماره 41 و 42.
14. ریاحی، بهروز (1382)، "نظریه نوین مدیریت کیفیت جامع در بخش دولتی ایران"، تحول اداری، دوره هفتم، شماره 41 و 42.
15. صادقی، علیمصور؛ حس \_\_\_\_\_، نژاده، علی؛ باقری، قدرتاله؛ امیری، علینق \_\_\_\_\_، شناس \_\_\_\_\_ ایی عوامل درون و بیرون سازمانی موثر بر جلبرضا مشتری یاندر موسسه مالی و اعتباری صالحی. چهارمین کنفرانس بین المللی بازار ارایه خدمات بانکی، تهران، مرکز همایش های بین المللی صداوسیما.
16. عالی، صمد (1381)، "رضایتمشتری"، مجله تندبیر، شماره 130.
17. مظفری، مصیب؛ عابد سعیدی، ژیل؛ بازاررگادی، مهرنوش \_\_\_\_\_ و علوی مجد، حمید. (1391).
18. الگوی استقرار مدیریت کیفیت فراگیر در مراکز مدیریت بحران و فوریتها ییزشکی ایران. مجله پیژوهش حکیم. شماره 2، صص 112-123.
19. Alolayyan, M. N., & Awawdeh, A. M. H. (2016). The impact of total quality management (tqm) practice on patients' satisfaction through operational flexibility. *International Educational Scientific Research Journal*, 2(7).
20. Aghlmand, S. Akbari, F. Improving maternity care using the quality function deployment (QFD) method at Fayazbakhsh hospital. *Tehran university- School of Management and Medical Information*; 1387.200p. [In Persian]
21. Amiri M, Khosravi A, Riyahi L, Naderi S (2016) The Impact of Setting the Standards of Health Promoting Hospitals on Hospital Indicators in Iran. *PLoS ONE* 11(12): e0167459. doi:10.1371/journal.pone.0167459.
22. Bai, B., Law, R., Wen, I., (2008), the impact of website quality on customer satisfaction and purchase intentions: Evidence from Chinese online visitors, *International Journal of Hospitality Management*, 27, 391-402.
23. Bai, B., Law, R., Wen, I., (2008), the impact of website quality on customer satisfaction and purchase intentions: Evidence from Chinese online visitors, *International Journal of Hospitality Management*, 27, 391-402.
24. Bent, R. W., & Van Hentenryck, P. (2004). Scenario-based planning for partially dynamic vehicle routing with stochastic customers. *Operations Research*, 52(6), 977-987.
25. Bon, A.T & Mustafa, M.A (2013). Impact of Total Quality Management on Innovation in Service Organizations: Literature review and New Conceptual Framework, *Procedia Engineering*, 53, p. 518.
26. Cinaroglu, S., & Baser, O. (2016). Understanding the relationship between effectiveness and outcome indicators to improve quality in healthcare. *Total Quality Management & Business Excellence*, 1-18.
27. Durana, Cengiz, Aysel, Çetindere. Özcan, Şahan (2014), an analysis on the relationship between TQM practices and knowledge management: The case of Eskişehir, *Social and Behavioral Sciences*, 109, 65-77.
28. Dikova, D. (2004). "Performance of foreign subsidiaries: Does psychic distance matter?" *International Business Review*, 18(1), 38-49.
29. Foroughi abari, A. & Yarmohammadian, M. & Esteki, M. (2011). Assessment of quality of education a non-governmental university via servqual model. *Social and Behavioral Sciences*, 15: 2299-2304.
30. Fung, K. K., King, C., Sparks, B., Wang, Y. (2013), The influence of customer brand identification on hotel brand evaluation and loyalty development, *International journal of hospitality management*, 34, 31-41.

28. Fecikova, Ingrid (2004), "an index method for measurement of customer satisfaction", the TQM Magazine, vol.16, no.1.
29. Ju, K.-J., & Park, B. (2016). An empirical study of total quality management and its influences on nurses' attitude and service performance in healthcare organisations. *International Journal of Services and Operations Management*, 24(2), 147-166.
30. Harvey, J. (1998). Service quality: a tutorial. *Journal of Operations Management*, 16(5), 583-597.
31. Harrington, James. Voehl, Frank. Wiggin, Hal (2012). Applying TQM to the construction industry, *The TQM Journal*, 24(4), 352-362.
32. Hashemi N. Designing the Quality of Burn Ward Services in Ghotbedin Burn Hospital with Quality Function Deployment (QFD) and Data Envelopment Analysis (DEA), 1389. Shiraz University of medical sciences- School of Management and Medical Information; 1389. 185p. [In Persian]
33. Gupta, K. S., & Rokade, V. (2016). Importance of Quality in Health Care Sector. *Journal of Health Management*, 18(1), 84-94. doi: doi:10.1177/0972063415625527
34. Karani, S. R., & Bichanga, W. O. (2012). Effects of TQM implementation on business performance in service institutions: A case of Kenya Wildlife Services. *Journal of Research Studies in Management*, 1(1), 59-76.
35. Keng, B. O. (2007). Does TQM influence employees job satisfaction?An empirical case analysis, *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 24, No. 1: 158-168.
36. Karani, S. R., & Bichanga, W. O. (2012). Effects of TQM implementation on business performance in service institutions: A case of Kenya Wildlife Services. *Journal of Research Studies in Management*, 1(1), 59-76.
37. Kaur, Mandeep. Singh, Kanwarpreet. Singh Ahuja, Inderpreet (2013). An evaluation of the synergic implementation of TQM and TPM paradigms on business performance, *International Journal of Productivity and Performance Management*, 62(1), 66-84.
38. Koilakuntla, Maddulety; Patyal, Vishal. S; Moddil, Sachin & Ekkuluri, Padmavati (2012). A Research Study on Estimation of TQM Factors Ratings through Analytical Hierarchy Process. *Procedia Economics and Finance*. 3 (55-61).
39. Karani, S. R., & Bichanga, W. O. (2012). Effects of TQM implementation on business performance in service institutions: A case of Kenya Wildlife Services. *Journal of Research Studies in Management*, 1(1), 59-76.
40. Lee, M. C., & Hwan, S. (2005). Relationships among service quality, customer satisfaction and profitability in the Taiwanese banking industry. *International Journal of Management*, 22(4), 635-646.
41. Mohammad Mosadeghrad, A. (2014). Essentials of total quality management: a meta-analysis. *International journal of health care quality assurance*, 27(6), 544-558 .
42. Mosadegh Rad, A.M., (2005). A survey of TQM in Iran-barriers to successful implementation in healthcare organization, *Leadership in Health Services*, Vol. 18, No. 3: 12-24.
43. Mohammad Mosadeghrad, A. (2014). Essentials of total quality management: a meta-analysis. *International journal of health care quality assurance*, 27(6), 544-558 .
44. Moores B.M. Radiation safety management in health care – The application of Quality Function Deployment. *Radiography*. November 2006, Pages 291–304.
45. Nelson, Philip (1990), "information and customer behavior, *journal of political economy*, vol. 28, no.2.
46. Naghshbandi, S., Yousefi, B., Zardoshtian, Sh., Moharramzade, M(2012), Assessment of military force staff readiness for TQM Approval in Tehran Province, *Social and Behavioral Sciences*, 46, p 5345.
47. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual. *Journal of retailing*, 64(1), 12-40.
48. Prior, D. (2006). Efficiency and total quality management in health care organizations: A dynamic frontier approach. *Annals of Operations Research*, 145(1), 281-299.
49. Ross, I., & Juwaheer, A. (2003). Service quality and store performance: some evidence from Greece. *Managing Service Quality*, 15(1), 24-50.
50. Talib, F., Rahman, Z. and Qureshi, M.N. (2011). An interpretive structural modeling approach for modeling the practices of TQM in service sector, *Journal of modeling in operations management*, 1(3), 223-250.
51. Tanninen, K., Puumalainen, K. & Sandstrom, J. (2010). The power of TQM: analysis of its effects on profitability, productivity and customer satisfaction, *Total Quality Management*, 21(2), 171-184.
52. Soltani E.& Vander Meer R.B & Gennard.J.& Williams M.T. (2004), "Have TQM organizations adjusted their performance management", the TQM Magazine, vol. 16, no. 6.





دانشگاه مازندران

## 2<sup>th</sup> International Conference on Industrial Management

19 & 20 April 2017

دومین کنفرانس بین المللی مدیریت صنعتی

(30 و 31 فروردین 1396)



53. Sahney: Sangeeta & Banwet D.K & Karunes S. (2004), “conceptualizing total quality management in higher education”, the TQM Magazine, vol, 16, no. 2.
54. Sirvanci, Mete B. (2004), “TQM implementation: critical issues for TQM implementation in higher education”, the TQM Magazine, vol.16, no.6.
55. Soltani, E., Lai, P-C. And Gharneh, N.S., (2005). Breaking through barriers to TQM effectiveness: lack of commitment of upper-level management, Total Quality Management, Vol. 16, Nos. 8 and 9:1009–1021.
56. Sweis, R. J., Ahmad, K. M. A., Al-Dweik, G. A., Alawneh, A. R., & Hammad, A. A. (2016). The relationship between total quality management practices and organisational performance at Jordanian hospitals. *International Journal of Business Innovation and Research*, 10(4), 519-542.
57. Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). The four service marketing myths remnants of a goods-based, manufacturing model. *Journal of service research*, 6(4), 324-335.
58. Yapa, Saman. (2012). Total quality management in SriLankan service organizations, *The TQM Journal*, 24(6), 505-517.
59. Zehir, Cemal. Ertosun, Öznur Gülen., Zehir, Songül, Müceldilli, Büşra. (2012). TQM Practices’ Effects on Quality Performance and Innovative Performance, *Social and Behavioral Sciences*, 41, 273–280.