

## بررسی نتایج اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در شبکه های بهداشت و درمان استان همدان ۸۱-۱۳۷۹

دکتر یدالله حمیدی\*، دکتر سیدجمال الدین طیبی\*\*

### چکیده:

هدف کلی این پژوهش تعیین نحوه کاربرد مدیریت کیفیت فراگیر (Total Quality Management) در نظامهای بهداشت و درمان کشورهای مختلف و طراحی الگوی مناسب و اجرای آن در شبکه های بهداشت و درمان استان همدان بود. مهمترین اهداف اختصاصی این پژوهش شامل، تحلیل روشها (برنامه های) اجرایی و دستاوردهای TQM در کشورهای مختلف از جمله ایران، طراحی الگوی اولیه TQM برای سیستمهای بهداشتی، اجرای مدل پیشنهادی در ۸ شبکه بهداشت و درمان استان همدان، تحلیل نتایج بکارگیری TQM و در نهایت ارائه راهکارهای مناسب جهت اجرای موفق آن بود.

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی بود به صورتیکه پس از یکسال از اجرای الگوی پیشنهادی در هشت شبکه استان همدان، نتایج کوتاه مدت ارزیابی شد.

نتایج حاصله نشان از تغییرات مثبت در فرهنگ سازمانی، کار تیمی، فرایند گرایی و رضایت مشتری در جامعه مورد پژوهش داشت. بطوریکه ۴۲/۵٪ موافق تغییرات مثبت فرهنگ سازمان بودند و ۴۵/۵٪ به افزایش اثر بخشی تیمهای بهبود کیفیت اذعان داشتند. از لحاظ جنبه های فنی پروژه های ارتقاء کیفیت، شاخص قابلیت فرایند (Process Capability Ratio) در برخی فرآیندها افزایش قابل توجه داشت به نحوی که PCR فرآیندهای واکسیناسیون از ۰/۸ به ۱/۰۸، صدور کارت تندرستی از ۰/۸۲ به ۱/۷۱، مراقبت اطفال از ۰/۵ به ۱/۳، تحلیل گزارشهای خانه های بهداشت از ۰/۲۴ به ۱/۵ و تحویل قرص LD,HD از ۰/۴۱ به ۱/۴۸ ارتقاء یافت. مهمترین عوامل پیش برنده در اجرای برنامه های TQM حمایت و تعهد مدیریت (۰/۸۷)، آموزشهای مستمر (۰/۸۵)، برنامه ریزی استراتژیک (۰/۷۳) و مشارکت کارکنان (۰/۶۵) بود.

با توجه به نتایج بدست آمده، اجرای TQM در شبکه های بهداشت و درمان استان همدان نه تنها به ارتقاء کیفیت فرآیندهای کلیدی منجر گشته بلکه تحولات مثبت فرهنگی نیز به همراه داشته است.

**کلید واژه ها:** برنامه ریزی استراتژیک / رضایت مشتری / شبکه بهداشت و درمان / مدیریت کیفیت فراگیر

### مقدمه:

اثر بخشی و توفیقات فراوان این رویکرد در بخش صنعت خصوصاً در صنعت ژاپن، توجهات گسترده ای به برنامه های کیفیت فراگیر نشان دادند. در اهمیت TQM برای سازمانهای بهداشتی اظهار میشود: از بین تمام ابداعات و نوآوری هایی که سازمانهای

یکی از نوید بخش ترین ابتکارات مدیریتی که در بخش بهداشت طی دودهمه قبل صورت گرفته، مدیریت کیفیت فراگیر (Total Quality Management) می باشد (۱). در اوخردهه ۱۹۸۰ مدیران خدمات بهداشتی با توجه به

\* استادیار گروه مدیریت بهداشتی درمانی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان  
\*\* دانشیار گروه مدیریت بهداشتی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲- طراحی سیستم کیفیت و تفکر سیستمی ، به عنوان اساس مدیریت کیفیت

۳- یک جعبه ابزار برای کیفیتی موثر و کارا در فرآیندها و محصولات

نتایج مثبت فراوان به دست آمده از کاربرد این مدل در بخش بهداشت نه تنها توانسته بسیاری از مشکلات سیستمهای بهداشتی در جهان را بر طرف کند ، از سوی دیگر منجر به بهبود کیفیت ارائه خدمات ، بهره وری بیشتر ، افزایش در آمد ، کاهش هزینه ها و افزایش رضایت گیرندگان خدمت و کارکنان را نیز به همراه داشته است (۹،۱۰). بنابراین با توجه به تشابه وضعیت بهداشتی ایران با برخی از کشورهای در حال توسعه و وجود مشکلات مشابه و از سوی دیگر تأییدات مدل در بخش صنایع ایران (۱۱) و تناسب آن با مبانی اعتقادی و فرهنگی مدیران و کارکنان (۱۲) ، به کار گیری مدیریت کیفیت فراگیر در شکل صحیح و مناسب با شرایط سازمانهای بهداشتی ایرانی خصوصا شبکه های بهداشت درمان (به عنوان مرکز ثقل نظام بهداشت درمان کشور) را به عنوان مهمترین اولویت برنامه ریزی استراتژیک بهداشت کشور مورد تاکید قرار می دهد. لذا ، جهت پاسخ به سوالاتی نظیر ، آیا اجرای TQM در شبکه های بهداشت و درمان با نتایج مثبت همراه است؟ چه عواملی باعث کامیابی و ناکامی برنامه های کیفیت شده و در نهایت با چه الگویی می توان کیفیت فراگیر را در بخش بهداشت و درمان پیاده کرد؟ پژوهشگر اقدام به اجرای TQM در شبکه های بهداشت و درمان استان همدان نمود.

### روش کار:

پژوهش از نوع کاربردی و نیمه تجربی بود و به مدت ۳۰ ماه از تیر ماه ۱۳۷۸ تا دی ماه ۱۳۸۰ بطول انجامید.

جامعه مورد پژوهش شامل: ۱- شبکه های بهداشت درمان استان همدان (شامل هشت شهرستان) ۲- مدیران مختلف دانشگاههای علوم پزشکی که در طی کارگاههای آموزشی برگزار شده مورد نظر خواهی قرار گرفتند .

گردآوری داده ها: الف) جمع آوری داده ها در خصوص نحوه به کارگیری TQM در کشورهای منتخب از روش کتابخانه ای و با استفاده از اینترنت و بانک های اطلاعاتی معتبر مدیریتی صورت گرفت و بر این اساس

بهداشتی سراسر جهان را طی سالهای گذشته تحت تاثیر قرارداده اند شاید هیچکدام از آنها به اندازه تحول ایجاد شده در کیفیت موثر و با نفوذ نباشد (۲). مدیریت کیفیت چون فلسفه واحدی را در مدیریت و در کاربرد ابزارها و تکنیکهای بهبود عملکرد پیشنهاد می دهد و رضایت مشتری را در درازمدت تضمین می کند، امروزه در بین محققین و مجریان خدمات بهداشتی از مقبولیت گسترده ای برخوردار است و حتی معتقدند اجرای فعالیتهای مدیریت کیفیت فراگیر به عنوان یک تحول اساسی و حتی یک پارادایم (الگوی) جامع در اداره سازمانهای بهداشتی تلقی گردد (۳-۵). دلیل مهم این ادعا، توانائی بالای TQM در ایجاد تحول فراگیر و انطباق آن با الزامات نوین جهانی و با فرهنگهای مختلف می باشد . مدیریت کیفیت فراگیر شامل مجموعه ای از اعمال ، فرآیندها و تکنیکهای مختلفی نظیر کنترل آماری فرآیند، طراحی و مدیریت فرآیند، سنجش رضایت گیرندگان خدمت ، تعهد مدیریت ، مشارکت ، توانا سازی کارکنان و حل مشکل با استفاده از کار تیمی می باشد. TQM بر بهبود مداوم فرآیندها تاکید داشته و هدف آن حذف یا کاهش نوسانها و معایب از طریق حذف ریشه های اصلی آن می باشد (۶).

TQM چندین فایده برای موسسات بهداشتی دارد ، می تواند به تعهد بیشتر و اجرای اثربخش تر تحول منجر گردد، TQM باعث کاهش قابل ملاحظه هزینه ها و افزایش سهم بازار می گردد و به همراه این نتایج، کاهش جایجائی کارکنان و خدمات بهتر برای بیماران را به همراه دارد (۷). برگر (Berger) در پاسخ به این سوال ، که آیا TQM می تواند استراتژی مفیدی برای سازمانهای بهداشتی باشد، اظهار می کند ، مؤسسات بهداشتی درمانی برای حفظ بقاء خود باید مفهوم درست عمل کردن یا کیفیت گرائی را در هر سطحی از عملیات خود در نظر داشته باشند و پاسخ وی به سوال فوق ، بلی می باشد (۸).

بطور کلی در همه تعاریف TQM بر افزایش کارایی سازمان و رضایت مشتری بعنوان نقطه مرکزی فعالیتهای تأکید زیاد داشته و لذا می توان مفهوم TQM را در سه مولفه زیر معرفی کرد :

۱- اصول پنجگانه ، رهبری ، تمرکز بر مشتری ، بهبود مداوم ، فرآیند مداری و مشارکت فراگیر

رسالت، دورنماها، خط مشی کیفیت، تشکیل و سازماندهی تیمهای بهبود کیفیت شهرستانها، آموزشهای کارگاهی به تیمهای (کمیته‌های) بهبود کیفیت شهرستانها، اجرای برنامه‌ها و ارزشیابی نتایج. آموزشها شامل: الف) آموزش جنبه‌های فنی TQM در سه کارگاه مجزا شامل، آموزش مدیریت تحول، مراحل مدیریت فرایند، کنترل آماری فرایندها، رهبری اثربخش. ب) آموزش جنبه‌های رفتاری و مشارکتی TQM در طی سه کارگاه مجزا شامل، آموزش توانا سازی کارکنان، شناسایی عوامل پیشبرنده و بازدارنده مشارکت، آشنایی با ابزارهای و تکنیک‌های مدیریت مشارکتی، چگونگی پیاده سازی مشارکت، خلاقیت، روشهای توسعه آن و ارتقاء مهارت‌های مدیریتی.

پس از آموزشها، کمیته‌های بهبود کیفیت و تیمهای حل مساله هر شهرستان به انجام پروژه‌های ارتقاء، کیفیت فرایندها اقدام کرده و ضمن آن به گسترش آموزش، کار تیمی، جلب مشارکت کارکنان، نظرسنجی از گیرندگان خدمت و گسترش فرهنگ کیفیت‌گرایی در سازمان پرداختند. برای ارزشیابی فعالیت‌های انجام شده از شاخصهای کوتاه مدت استفاده شد. توضیح آنکه چون برای محاسبه شاخصهای نتایج بلند مدت TQM حداقل ۳ تا ۵ سال زمان نیاز دارد و از طرفی برای اجرای کامل TQM باید از تکنیکهای پیشرفته نظیر: نگهداری بهره ور جامع، سیستم تولید بموقع، گسترش کارکرد کیفیت، استفاده نمود، ولی با توجه به محدودیتهای پژوهش و ویژگیهای جامعه مورد بررسی صرفاً از برخی تکنیکهای فنی و رفتاری TQM که قابل اجرا در شبکه‌ها بود، استفاده شد و پس از گذشت یکسال از آموزش و اجرای برنامه‌های ارتقاء کیفیت، به اندازه‌گیری شاخص‌های کوتاه مدت اجرای TQM که مورد تایید صاحب‌نظران نیز می‌باشد (۱۴، ۱۱)، مبادرت گردید. آنچه مورد ارزشیابی و اندازه‌گیری قرار گرفت: مواردی نظیر، رضایت مشتری‌ها، ارتقاء استانداردهای فرایند، کار تیمی، افزایش روحیه و افزایش قابلیت فرایندهای بهداشتی درمانی بود.

### نتایج:

الف) یافته‌های بکارگیری الگوی اولیه بهبود کیفیت فرایندها در جامعه مورد پژوهش: از مهمترین یافته‌های پژوهش اخیر ارتقاء کیفیت بسیاری از فرایندهای

الگوی اولیه طراحی گردید. ب) برای جمع آوری داده‌ها در مورد تغییرات فرهنگی، رفتاری و مدیریتی از پرسش نامه ای حاوی ۱۱ بخش با ۵۵ سوال استفاده شد. دامنه پاسخها نیز از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تقسیم‌بندی گردید و کلیه اعضاء تیمهای بهبود کیفیت شهرستانها به عنوان جامعه آماری انتخاب شدند. ج) جهت گردآوری داده‌های مربوط به تحلیل نتایج فنی پروژه‌های بهبود کیفیت فرایندها براساس مدل ۲۱ مرحله ای طراحی شده، چک لیستها، نمودارها و فرمهای مناسب برای هر مرحله تهیه و پس از تکمیل، داده‌های لازم جمع آوری شد. برای انتخاب فرایندهای کلیدی از ماتریس اولویت بندی و نمودار پارتو (Pareto) که مبتنی بر نظرات مشتریهای فرایند و تیمهای حل مساله بود، استفاده شد. برای کنترل استانداردهای مشخصه‌های کمی حداقل ۱۰۰ نمونه شامل ۲۰ زیر گروه و نمودارهای کنترل  $R$  و  $X$  استفاده شد و برای کنترل استاندارد های کیفی (وصفی) که شامل موارد عدم انطباق می‌گردید (C<sub>u</sub>) حداقل ۲۰ زیر گروه و تعداد مناسب نمونه در هر زیر گروه استفاده شد. برای تحلیل تغییرات در کیفیت فرایندها قبل و بعد از مداخله از شاخص قابلیت فرایند  $Process\ Capability\ Ratio = \frac{USL - LSL}{6\sigma}$  استفاده شد. در این خصوص ابتدا مشخصه کلیدی فرایند مشکل‌زا را انتخاب کرده و بر اساس نوع مشخصه نمونه مناسب جمع آوری و کنترل چارت مربوطه ترسیم و نوسانات تحلیل و PCR تعیین گردید. پس از ارتقاء دوباره PCR اندازه گیری و با قبل مقایسه و تحلیل لازم انجام گرفت. د) برای جمع آوری داده‌ها در مورد سطح آمادگی سازمان کارکنان و مدیران برای پیاده سازی تکنیکهای مدیریت های مشارکتی از پرسشنامه استاندارد (۱۳) مشتمل بر سه بخش استفاده شد. روش امتیاز دهی ۱ تا ۵ و سطح از مشارکت بسیار بالا تا مشارکت بسیار پایین طبقه بندی شد. جهت تکمیل پرسشنامه‌ها از روش سرشماری استفاده شد و کلیه اعضاء تیمهای بهبود را در بر گرفت. ه) جهت گردآوری نظرات کارشناسان و صاحب‌نظران بهداشت درمان در خصوص الگوی اولیه و نهایی از مصاحبه، پرسشنامه و روش دلفی (Delphi) استفاده شد.

مراحل اجرای الگوی اولیه در ۸ شبکه بهداشت درمان استان همدان شامل: تحلیل وضعیت بهداشتی، تعریف

در خصوص چگونگی سازماندهی تیم‌های بهبود کیفیت ۳۸ درصد موافق مناسب بودن سازماندهی تیم‌ها بودند و در مجموع ۵۴/۲ درصد پاسخگویان علاقه‌مند و راضی از شرکت در تیم‌های بهبود کیفیت بودند. مشاهده می‌گردد که ۶۵ درصد از پاسخگویان از نحوه آموزش و کسب مهارت‌ها اظهار رضایت داشتند و تنها ۱۹ درصد مخالف این دیدگاه بودند.

جدول ۲: نتایج اجرای جنبه‌های مختلف TQM در جامعه مورد پژوهش

مخالف (درصد)	ممتنع (درصد)	موافق (درصد)	محورهای مورد سوال
۳۱/۶	۲۵/۹	۴۲/۵	۱- تغییر فرهنگ سازمان متناسب با TQM
۲۸/۴	۲۶/۱	۴۵/۵	۲- اثربخشی تیم‌های حل مساله، مؤثر بودن اقدامات
۳۸/۴	۲۵	۳۶/۶	۳- حمایت مدیران از تصمیم‌گیرهای گروهی و کار تیمی
۱۲/۷	۱۶/۹	۷۰/۴	۴- ارزیابی الگوی پیشنهادی بهبود کیفیت فرآیندها
۲۷/۲	۲۸/۳	۴۴/۵	۵- پذیرش اصل مشتری‌گرایی و انجام اقدام لازم
۳۷/۲	۲۴/۷	۳۸/۱	۶- اقدامات فرهنگی مناسب جهت راه اندازی TQM توسط مدیران
۳۷/۵	۲۴/۵	۳۸	۷- سازماندهی تیم‌های بهبود کیفیت
۳۰/۵	۲۹/۶	۳۸/۹	۸- حمایت مدیران ارشد از برنامه‌های کیفیت
۱۹/۳	۱۵/۸	۶۴/۹	۹- ارزیابی آموزش تکنیک‌ها و ابزارهای کنترل کیفیت و حل مساله
۲۵/۸	۲۰	۵۴/۲	۱۰- میزان رضایت و علاقه مندی کارکنان به شرکت در تیمها

جدول ۳ مهمترین عوامل مؤثر در توفیق برنامه‌های کیفیت در جامعه مورد پژوهش را نشان می‌دهد. در این جدول مشاهده می‌گردد که حمایت مدیران از فعالیتهای بهبود کیفیت (۸۷ درصد)، آموزشهای مستمر و مداوم (۸۵ درصد) و تعهد مدیریت ارشد و وجود برنامه‌ریزی استراتژیک (۷۳ درصد) بیشترین درصد نظرات پاسخ‌دهندگان، را برای توفیق برنامه‌های کیفیت تشکیل می‌داد.

کلیدی در شهرستانهای مورد بررسی بود. کمیته‌های بهبود کیفیت شبکه‌ها، توانستند نسبت قابلیت فرآیند را در برخی فرآیندهای مشکل‌زا در اندازه‌های قابل توجه افزایش دهند. نسبت قابلیت فرآیند PCR یکی از مهمترین شاخصها در اندازه گیری تغییرات کیفیت فرآیندها پس از مداخله می باشد که نشان دهنده توانائی فرآیند در دستیابی به مشخصه های فنی و برآورده کردن انتظارات مشتریها است. در جدول ۱ میزان ارتقاء قابلیت برخی فرآیندها ذکر گردیده، ملاحظه می گردد که PCR در برخی بیش از حد مطلوب ۳۳/۱ > PCR (۱۵) نیز افزایش یافته است. از سوی دیگر رضایت گیرندگان خدمت نیز در برخی فرآیندها افزایش قابل توجهی داشته و تا ۹۰ درصد نیز افزایش یافت. همچنین از جنبه مشخصه‌های کیفی و کاهش مقدار خطاها و عدم انطباق‌ها نیز توفیقاتی مشاهده گردید.

جدول ۱: افزایش نسبت قابلیت فرایند های بهداشتی در برخی خدمات در جامعه مورد بررسی

نام فرآیند	PCR قبل از بهبود	PCR پس از بهبود
۱- واکسیناسیون	۰/۸	۱/۰۸
۲- صدور کارت تندرستی	۰/۸۲	۱/۷۱
۳- تحلیل گزارشات	۰/۳۴	۱/۵
۴- مراقبت اطفال	۰/۵	۱/۳
۵- تحویل قرص HD ، LD	۰/۴۱	۱/۴۸

ب) تغییرات کوتاه مدت اجرای برنامه‌های کیفیت در جامعه مورد پژوهش : محققین با پرسشنامه‌ای حاوی ۱۱ بخش با ۵۵ سوال در خصوص جنبه‌های مختلف تغییرات رفتاری ، فرهنگی، مشارکتی و... ناشی از اجرای برنامه‌های کیفیت به نتایج مندرج در جدول ۲ دست یافتند. بطوریکه ملاحظه می‌گردد ۴۲/۵ درصد موافق وجود تغییرات فرهنگی مناسب با TQM در سازمان بودند و ۴۵/۵ درصد نیز با اثربخشی تیم‌های حل مساله و مؤثر بودن اقدامات TQM موافق بودند. نکته قابل توجه آنکه ۷۰/۴ درصد پاسخگویان ارزیابی مثبت و موافق نسبت به الگوی طراحی شده داشتند. از اصول مهم TQM پژوهش و ارتباط با مشتری می‌باشد، پس از گذشت یک سال از اجرای برنامه‌ها در مجموع ۴۴/۵ درصد موافق پذیرش اصل مشتری‌گرایی بوده و حدود ۳۹٪ معتقد به حمایت مدیران ارشد از برنامه‌ها بودند.

### جدول ۳: مهمترین عوامل موثر در توفیق برنامه‌های کیفیت در جامعه مورد پژوهش

عوامل موثر	درصد
۱- حمایت از فعالیتهای بهبود کیفیت توسط مدیران	۸۷
۲- آموزشهای مستمر	۸۵
۳- تعهد مدیریت ارشد و مسئولین به کیفیت فراگیر	۷۳
۴- وجود برنامه‌های جامع و اهداف مشخص	۷۳
۵- تشویق و پاداش به تیمهای برتر	۶۹
۶- مشارکت تمام پرسنل و مدیران در برنامه‌های کیفیت	۶۵
۷- استفاده از افراد علاقه‌مند و متعهد به کیفیت در کمیته‌ها	۶۳
۸- ایجاد انگیزه برای فعالیتهای کیفیت در کارکنان	۶۳

د) در مجموع امتیازات سطح آمادگی ۳۳/۵ درصد از شهرستانها، برای مشارکت پایین بوده و ۵۵/۵ درصد متوسط بود (جدول ۴).

### جدول ۴: توزیع فراوانی سطح آمادگی سازمان، کارکنان و مدیریت برای مشارکت

بخشها	سطح آمادگی				
	خیلی پایین	پایین	متوسط	بالا	عالی
سازمان	-	۳۵/۵	۵۵/۵	۱۱	-
کارکنان	-	۴۵/۵	۵۵/۵	-	-
مدیریت	-	۳۳/۵	۴۴/۵	۲۲	-

بیشترین مورد آمادگی سازمان برای مشارکت (۴۵ درصد) وجود دیدگاه مثبت مدیران به کارکنان و وجود اطلاعات عملکرد بود و بیشترین مورد از نظر آمادگی کارکنان (۴۵ درصد) احساس نیاز به بهبود کیفیت در کارکنان بود. از لحاظ مدیریت و سرپرستی نیز، بالاترین سطح آمادگی، ۴۰ درصد در تجربه در هدایت جلسات، تشویق کارکنان به مشارکت بود.

### بحث:

با تحلیل نتایج پژوهش ملاحظه می‌گردد که مهمترین عامل ناکامی برنامه‌های کیفیت، حمایت کم مدیران و موثرترین عامل توفیق برنامه‌ها تعهد مدیران و حمایت مناسب از برنامه‌ها بوده است. طبق نظرات صاحب‌نظران مدیریت کیفیت نیز تعهد مدیریت و

حمایت جدی وی از برنامه‌های کیفیت عامل بسیار مهم و استراتژیک می‌باشد (۱۹-۲۰۱۶). همچنین براساس نتایج مطالعات در کشورهای مختلف بین تعهد مدیریت ارشد و توفیق برنامه‌های کیفیت رابطه معنی‌دار آماری پیدا شده است (۲).

طبق نتایج این پژوهش وجود آموزشهای مستمر از الزامات مهم استقرار TQM می‌باشد. بطوری که ۸۵ درصد پاسخ‌دهندگان از آموزشهای مستمر به عنوان عامل مهم توفیق برنامه‌ها نام برده اند. از سوی دیگر ۵۰ درصد نیز به ناقص بودن اطلاعات مدیران و کارکنان به عنوان عامل مهم در عدم توفیق برنامه‌ها اشاره کرده‌اند. این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات در بخشهای صنعتی و بهداشتی مطابقت دارد (۱۷، ۱۸). در اسپانیا و پرتغال نیز از آموزشهای کارگاهی به عنوان رکن اساسی و عنصر استراتژیک برنامه‌های کیفیت یاد می‌کنند (۲۰) و تاکید میشود که هزینه‌های آموزش را باید یک سرمایه‌گذاری طولانی مدت تلقی کرد. بطوری که اظهار می‌کنند یک سازمان با هزینه آموزش بین ۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ دلار، بطور متوسط ۵ تا ۲۰ برابر این مقدار در سال اول برگشتی خواهد داشت (۲۱).

مطمئناً ایجاد کار تیمی، مشارکت، تعارض‌پذیری، توسعه خلاقیت و نوآوری از مهمترین جنبه‌های رهبری اثربخش در سازمانهای کیفیت فراگیر می‌باشد (۲۲، ۲۳). طبق نتایج این پژوهش پس از اجرای TQM بطور کلی ۴۲/۵ درصد موافق وجود تغییرات فرهنگی مناسب با TQM بودند که این میزان بیشتر مربوط به تثبیت نسبی فعالیتهای تیمی در مراکز بهداشت، ایجاد فرهنگ سازمانی، توجه به فرآیندها و احساس مثبت کار کردن با یکدیگر بود. پژوهشگر معتقد است این میزان تغییر فرهنگ سازمان برای دوره یکساله اجرای برنامه‌های کیفیت فراگیر بسیار ارزشمند است.

در نظامهای بهداشتی کشورهای مختلف نیز از تحول فرهنگی به عنوان یکی از مولفه‌های مهم کیفیت فراگیر نام می‌برند، بطوری که در ایرلند (۶)، ۲۷ درصد از بیمارستانها از روش تغییر فرهنگ استفاده کرده و ۵۰ درصد اظهار کرده‌اند به واسطه اجرای برنامه‌ها روابط بهتر شده است.

گفت اجرای TQM می تواند به تغییرات بسیار با ارزش در شبکه های بهداشت درمان منجر شود، به شرطی که بتوان آن را به شکل سیستمیک و اصولی و براساس الگوی علمی، استراتژیک و کاربردی پیاده کرد.

### سپاسگزاری:

بدینوسیله از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه و رؤسای محترم شبکه های بهداشت، درمان استان همدان و کلیه کارشناسان و کارکنان محترمی که در زمان اجرای این پژوهش با پژوهشگران همکاری نمودند، تشکر و تقدیر به عمل می آید.

### منابع:

1. Counte MA , Glandon GL, Oleske DM. Total quality management in a health care organization. Hosp Health Serv Admin 1992 37(4): 503 –18.
2. Wager TH , Rondeau KV. Total quality commitment and performance in Canadian Health Care Organizations. Inter J Health Care Qual Assur 1998 ;11(4):1-7.
3. McCarthy C. The AHA is pushing fratiers of quality management . Trustee 1989 ; 42(11): 15.
4. Shortell S. Adding value is a must for survivors and thrivers. Health Care Exe 1990 ; 5(3): 17-19.
5. Mclaughlin CP, Kaluzny AD. TQM in health : making it work . Health Care Manag Rev 1990;15(3): 7-14.
6. Ennis K , Harrington D. Quality management in Irish health care. Inter J Health Care Qual Assur 1999 ;12(6): 232-43.
7. Bennington L, Cummane J. Measuring service quality: A hybrid methodology. Total Qual Manag 1998 ; 9(6): 395- 405.
8. Berger S. Making total quality management. Health Care Exe 1991: 22-5.
9. Breedlove TH. Measuring the impact of quality improvement efforts. Health Care Finan Manag 1994Sep; 4(9): 32-34.
10. Riley JF, Heath SR. Quality improvement means better productivity. Health Care Exe 1992 May-Jun ; 6 (3): 19-22.

در این مطالعه مشخص شد که سطح مشارکت کارکنان، مدیران و سازمان در حد پایین و متوسط می باشد لذا اجرای برنامه های مشارکت باید به طور موازی با برنامه های فنی در الگوی نهایی در نظر گرفته شود. با توجه به سطح پایین مشارکت باید از تکنیکهای سطح اول یعنی تقسیم اطلاعات، فن گروه اسمی، سیستم پیشنهادات، تکنیک دلفی، بازخور بررسی و همچنین تیمهای حل مساله با توجه به ارزیابی به عمل آمده استفاده کرد. در تحقیقات دیگر نیز بر جلب مشارکت تأکید شده است و توصیه شده از روشهای ایجاد اعتماد متقابل، نظام پیشنهادات، تشکیل تیم استفاده شود(۱۲،۲۴).

برای توفیق و دستیابی به اهداف TQM باید آن را به شکل جامع و فراگیر در سازمان اجرا کرد نه به صورت واحدی و بخشی. TQM یک فرآیند افقی و گسترده است که شامل تمام سطوح سازمانی است و در پی پاسخگویی به تمام انتظارات ذی نفعان است. مد آ (Madu) بر دیدگاه استراتژیک در کیفیت فراگیر تأکید فراوان داشته و در طی تحقیقی مشخص گردید که ۶۰ درصد سازمانهایی که در آمریکا از TQM استفاده می کنند، برنامه ریزی استراتژیک و مدیریت طراحی و تحلیل اطلاعات داشته اند(۲۵). بنابراین TQM را باید به شکل استراتژیک و به عنوان یک استراتژی کلان دربرگیرنده محیط داخل و خارج افق زمانی درازمدت با رسالت دورنمای مشخص در نظر گرفت (۱۶،۱۸،۲۶). در جامعه مورد پژوهش ۷۳ درصد از پاسخگویان به ضرورت برنامه ریزی جامع در جهت توفیق برنامه های کیفیت معتقد بودند. بنابراین پژوهشگران در طراحی الگوی نهایی به جنبه های استراتژیک TQM توجه خاص داشته است.

در مطالعه حاضر مشخص گردید که ۷۵/۶ درصد به موثر بودن مدل ارتقاء کیفیت و فرآیندها اذعان داشتند و ۶۲/۷ درصد الگو را کاربردی می دانستند. یکی از دلایل مهم این تأییدات مطالعه گسترده پژوهشگران در الگوهای مدیریت فرآیند می باشد (۲۷-۳۰، ۱۷، ۱۹، ۱۶، ۱۰). با توجه به یافته های پژوهش مشخص گردید که اجرای روشها و تکنیکهای TQM به ارتقاء کیفیت برخی فرآیندهای مشکل زا منجر گردیده و از سوی دیگر تغییرات فرهنگی مثبت در فعالیتهای تیمی، فرآیند گرایی، مشتری مداری ایجاد گردید. بنابراین می توان

- 132: 265-90.
22. Snape E. Managing human resources for TQM: possibilities and pitfalls. *Employee Relations* 1996 ; 17(4): 20- 27.
23. Crosby PB. *Quality is free*. New York: New American Library, McGraw-Hill, 1990.
۲۴. محمدی علی . طراحی نظام مدیریت کیفیت در بخش خدمات درمانی. پایان نامه دکتری مدیریت ، دانشگاه تربیت مدرس ، ۱۳۷۹.
25. Cheshier SRA. Continuous campus improvement quality process implementation in an American public senior college. *The 10th International Conference* 1994.
۲۶. مهربان رضا. مدیریت کیفیت جامع ، روش اجرایی پیاده سازی . تهران : نشر البرز، ۱۳۷۶.
27. Juran J, Blanton G. *Jurans quality hand book*. 5th ed. New York : McGraw-Hill, 1999.
28. Heizer JH, Nathan J. *Total quality management: Manufacturing and services* . New York : Thomson Pub , 1997.
29. Oakland JS. *Total quality management*. London : Butter Worth-Heineman ,1997.
30. Katz JM, Green E. *Managing quality : A Guide to system-wide performance management in health care*. 2nd ed. New York : Mosby ,1997.
۱۱. مجموعه مقالات اولین و دومین کنفرانس بین المللی مدیریت کیفیت. تهران، ۱۳۷۷ و ۱۳۷۹.
۱۲. موسی خانی محمد. بررسی عوامل موثر در کامیابی و ناکامی نظام کیفیت جامع و ارائه روشهای بهبود و فراگیر نمودن آن . دانش مدیریت ، شماره ۳۱، ۳۲، زمستان ۷۴ و بهار ۷۵ : ۸۶.
13. Belcher J. *Productivity plus how to days best run companies*. American Productivity Center , 1987.
14. Counte MA, Glandon GI. *Improving hospital performance: Issues in assessing the impact activities Hosp Health Serv Adm* 1995; 40(1):80-94.
۱۵. منصوری مسعود. کنترل آماری فرآیندها. اصفهان : نشر آموزه ، ۱۳۷۹ : ۷۶.
16. Al Assaf AF, Schmele J. *Total quality in health care*. London: Stlucie, 1997.
17. Deming WE. *Out of crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology , 1986.
18. Martinez F, Vanormelingen K. *Continuous quality improvement of health services*. Geneva: WHO, 1996.
۱۹. رجب بیگی مجتبی. مدیریت کیفیت فراگیر. تهران: دانشگاه صنعتی امیرکبیر ، ۱۳۷۴.
20. Saturno P. *Towards evaluation of the quality in health centers*. *World Health Forum* 1998; 16 Z:145-150.
21. Barriege D. Cooper G. *Introduction TQM. Management Decision* 1994 ;