

# مقایسه‌ی استمرار "مدیریت کیفیت جامع" و اجرای همزمان "مدیریت کیفیت جامع و برنامه اثربخشی مدیریت" در بهبود مدیریت سازمان‌های سلامت

مصطفی فرح‌بخش<sup>۱</sup> / علیرضا نیک‌نیاز<sup>۲</sup> / نازیلا تاج‌الدینی<sup>۳</sup> / صمد انتظار<sup>۴</sup> / علیرضا حسن‌زاده<sup>۵</sup>

چکیده

مقدمه: مدیریت کیفیت با تشویق مشارکت فعال نیروی انسانی کارآمد در گذر از چالش‌های مرتبط محدودیت منابع، تغییرات اپیدمیولوژیک و جمعیتی، پدیده جهانی‌سازی و فناوری‌های پیشرفته نظام سلامت، نقشی اساسی دارد. هدف این مطالعه ارزشیابی و مقایسه‌ی دو رویکرد مدیریت کیفیت در استان آذربایجان شرقی بود.

روش بررسی: این مطالعه‌ی تحلیلی در دو گروه: یکی مدیریت کیفیت جامع شش بیمارستان، سه دانشکده و یک معاونت ستادی دانشگاه و دیگری دو بیمارستان، یک دانشکده و یک معاونت ستادی دانشگاه اجرا شد. دو گروه ابتدا با مفاهیم مدیریت کیفیت جامع شروع کردند و دو سال بعد چهار واحد تابعه دانشگاه، برنامه مدیریت اثربخش را شروع کردند و واحدهای دیگر همان روال قبلی را ادامه دادند. با یک پرسشنامه تغییر در سبک مدیریت سازمان از دیدگاه کارکنان در زمان مطالعه و پنج سال قبل در مقیاس ده امتیازی اندازه‌گیری شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS پردازش و به صورت میانگین و مقدار تغییر در دوره‌ی پنج‌ساله گزارش شدند.

یافته‌ها: مقدار تغییر در زمینه‌ی رهبری در دو گروه به ترتیب ۰.۷ و ۱.۰۳؛ در زمینه‌ی برنامه‌ریزی ۱.۱۲ و ۱.۷۶، مدیریت خواسته و نیاز مشتری ۱ و ۱.۴۸، مدیریت نیروی انسانی ۰.۹ و ۱.۴۶؛ مدیریت اطلاعات ۱.۰۵ و ۱.۳۲، مدیریت فرایندها ۱ و ۱.۳۶ و در مجموع ۱.۰۱ و ۱.۳۶ بود. در زمینه‌های توسعه‌ی نیروی انسانی، برنامه‌ریزی، مدیریت مشتری بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: به کارگیری رویکردی خلاق و یکسان در سازمان بهتر از رویکردهای مختلف است.

کلید واژه‌ها: مدیریت کیفیت جامع، برنامه اثربخشی مدیریت، نظام سلامت

• وصول مقاله: ۸۸/۷/۲۹ • اصلاح نهایی: ۸۹/۶/۶ • پذیرش نهایی: ۸۹/۶/۳۰

• برگرفته از: طرح تحقیقاتی کد ۴۱/۳۴ اداره

۱. کارشناس مسئول گسترش شبکه‌های بهداشتی، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ نویسنده مسئول (mfarahbakhsh@gmail.com)

۲. استاد بیماری‌های کودکان، مرکز آموزشی درمانی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. کارشناس ارشد مامایی، مرکز کشوری مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، مرکز کشوری مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۵. دکتری داروسازی و کارشناس امور دارویی، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

## مقدمه

برای بقاء در جامعه کنونی، سازمان‌ها ناچار به تغییر بوده و بایستی رسالت خود را همگام با تغییرات جهانی تغییر دهند. بررسی مطالعات در زمینه تغییر نشان می‌دهد که تحول سازمانی به "تغییر اساسی" در آموزش، چارچوب تفکر، جهت‌گیری مجدد، فرهنگ و استراتژی نیاز دارد. [۱] تغییرات پیش آمده در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، استفاده از مدیریت کیفیت را برای برنامه‌ریزان و متولیان مراقبت‌های بهداشتی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر ساخته است. [۲] در متون علمی چارچوب‌های زیادی در مورد مدیریت کیفیت جامع وجود دارد و تلفیق این نوشته‌ها مشخص می‌سازد که در مدیریت کیفیت جامع تطبیق اهداف استراتژیک سازمان با کیفیت، رضایتمندی مشتری، مشارکت کارکنان، تعهد مدیران و ثبات هدف الزامی است. [۳-۵] بررسی و مرور مقالات نشان می‌دهد که اکثر سازمان‌های سلامت که در اجرای مدیریت کیفیت موفق بوده‌اند، از ویژگی‌های رهبری متعهد، نیروی انسانی فعال و توانمند و متمرکز بر مشتری، عملیات مبتنی بر فرایندها و فرهنگ سازمانی مبتنی بر تغییر، آموزش و رشد فردی برخوردار بودند. [۶] در کنار تأمین منابع لازم برای ارتقای سلامت جامعه، رویکردهای مدیریتی نیز نقش اساسی در بهبود عملکرد نظام‌های سلامت در دنیا ایفا می‌نمایند. [۷] مدل‌های ارزشیابی کیفیت، سازمان‌ها را با رویکرد مدیریت کیفیت جامع بیشتر آشنا ساخته و فرهنگ ارتقای مستمر کیفیت را گسترش می‌دهند. در زمینه تأثیر مثبت مدل‌های ارزشیابی در ترویج ارتقای کیفیت در آمریکا و اروپا شکی وجود ندارد. [۸-۱۱] بسیاری از سازمان‌ها با به کارگیری روش‌ها و رویکردهای گوناگون نظیر کایزن؛ تولید ناب؛ تولید به هنگام؛ استانداردهای مختلف ایزو؛ شش سیگما، مدل کیفیت اتحادیه اروپا مدیریت کیفیت جامع توانسته‌اند تا حد زیادی عملکرد خود را ارتقاء دهند. مبنای تمامی این مدل‌ها بر اساس مشتری محوری؛ مشارکت و بهبود مستمر کیفیت؛ و ارتقای کارایی سیستم می‌باشد. [۱۲]

همانند سایر نظام‌های سلامت در جهان، سیستم سلامت ایران نیز با چالش‌هایی نظیر تغییرات سریع اجتماعی؛

اقتصادی و فنی، افزایش تقاضا و کاهش هزینه‌ها، جهانی شدن و افزایش ارتباطات بین‌المللی، توجه به کیفیت و اثربخشی و عدالت در ارائه خدمات مواجه است. [۱۳] نظام سلامت ملی که در سال‌های ۱۹۴۰ تا ۱۹۶۰ در اکثر کشورها به وجود آمد جهت اثربخشی بیشتر خدمات و افزایش دسترسی و توسعه عدالت؛ استراتژی مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای رسیدن به دورنمای بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ را وارد دستور کار خود نمود. تحولات یاد شده که عمدتاً بر مبنای نیازهای مردم بود؛ با حرکات اصلاحی نوین نظیر بازنگری در وظایف؛ ظرفیت‌سازی در سیستم مدیریت؛ پاسخ‌گویی و نظام پرداخت عادلانه رو به تکامل نهاد. [۱۴] امروزه تغییر و ظرفیت‌سازی در سیستم سلامت امری ضروری به نظر می‌رسد و مستلزم یادگیری مستمر در تمام سطوح سازمانی برای رسیدن به مدیریت کیفیت می‌باشد. [۱۵]

شواهد موجود حاکی از آنند که آموزش‌های مقطعی مدیران؛ آن‌ها را آماده برخورد با چالش‌ها و تغییرات در نظام سلامت نمی‌کند. با این که کیفیت در مراقبت‌های سلامت قدمتی دیرینه دارد؛ امروزه افزایش روزافزون هزینه‌های سلامت و به ویژه درمان موجب گردیده تا سیاستگذاران و دست‌اندرکاران امور سلامت در پی یافتن شیوه‌های جدیدی برای کارآمدتر شدن سیستم سلامت و ارتقاء کیفیت باشند. [۱۶] سازمان بهداشت جهانی به عنوان متولی امر هدایت و هماهنگی برنامه‌های سلامت در سطح بین‌المللی جهت بهبود کیفیت مدیریت در نظام سلامت برنامه‌ای را تحت عنوان برنامه اثربخش مدیریت؛ با هدف تغییر فرهنگ مدیریت و برنامه‌ریزی مناسب استراتژیک مدیران و سیاستگذاران؛ و ظرفیت‌سازی در سیستم سلامت جهت پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه و عملکرد مناسب سیستم؛ طراحی نمود. [۱۷] نگاهی دقیق به نظام سلامت ایران نشان می‌دهد تأسیس خانه‌های بهداشت و استقرار نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی، اصلاح رویکردهای مدیریت و طرح پزشک خانواده سه تحول اساسی آن در چند دهه گذشته بودند. در زمینه بهبود مدیریت سازمان‌های سلامت، رویکردهای مختلفی مانند مدیریت کیفیت، پویاسازی شبکه‌های بهداشتی، برنامه

نیروی انسانی (۱۰ سؤال)، مدیریت فرایندها (۸ سؤال) و مستندسازی (۱ سؤال) برای ارزشیابی تغییر رویکرد مدیریت انتخاب شدند. سؤالات هر حیطه اصلی ارزشیابی با بررسی منابع مستند علمی و نیز بحث‌های کارشناسی تعیین شدند. پرسشنامه اولیه پس از آماده شدن از نظر روایی و پایایی مورد بررسی قرار گرفت. روایی پرسشنامه با ارسال آن به مدیران و کارشناسان با تجربه مورد آزمون قرار گرفت. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. آلفای کرونباخ مساوی ۰.۹۸۶ بود. هر سؤال توسط پاسخ دهندگان در دو زمان حال و پنج سال پیش بررسی و در مقیاس ده امتیازی نمره گذاری شد. پرسشنامه در واحدهای مطالعه در بین مدیران و گروهی از کارشناسان به روش سهمیه‌ای آسان توزیع شده و پس از یک هفته جمع‌آوری گردید. برای تعیین حجم نمونه در هر واحد مطالعه، از فرمول تعیین نمونه برای برآورد میانگین استفاده شد.

$$\left( n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{\sigma^2}{d^2} \right)$$

میانگین و انحراف معیار مقدار تغییر در دو گروه پس از جمع‌آوری ده نمونه در هر گروه محاسبه و برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. در گروه برنامه اثربخشی مدیریت، بر اساس فرمول حجم نمونه تعداد نمونه لازم برای هر واحد، ۵۰ و در گروه مدیریت کیفیت جامع ۴۰ نمونه تعیین شد. در گروه مدیریت کیفیت جامع ۲۰۶ و در گروه MEP، ۱۸۷ پرسشنامه برگردانده شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌های حاصل توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. وضعیت ارتقای متغیرهای مورد سنجش با مقدار تغییر آن در دوره پنج ساله مشخص شد که از کم کردن امتیاز پنج سال پیش از وضعیت کنونی به دست آمد. در هر حیطه مورد بررسی، داده‌ها با میانگین  $\pm$  خطای معیار نشان داده شد. در مقایسه دو گروه  $\alpha$  مساوی ۰.۰۵ انتخاب شد.

**مدیریت کیفیت جامع:** در این رویکرد کارکنان و مدیران در ابتدای کار روش ارتقای فرایندها FOCUS PDCA را آموزش دیدند و در تیم‌های ارتقاء شرکت نموده و روش‌های مشارکت جمعی و ارتقای کیفیت

اثربخشی مدیریت و شبکه جامع به بوته آزمایش گذاشته شد. انتخاب و اجرای هر کدام از برنامه‌های متعدد اصلاح مدیریت، مزایا و معایب خود را دارد. در سال‌های اخیر با آغاز جنبش کیفیت در نظام سلامت ایران، تسهیلات بهداشتی درمانی رویکردهای مختلفی را همزمان به کار گرفتند. تعدد برنامه‌های کیفیت در یک سازمان علاوه بر کاهش تأثیر آن‌ها در تغییر فرهنگ سازمانی، روحیه مقاومت در برابر تغییر را تقویت می‌نمایند. این مطالعه برای مقایسه تأثیر استمرار یک رویکرد خاص (مدیریت کیفیت جامع) و دو رویکرد همزمان (مدیریت کیفیت جامع و برنامه اثربخشی مدیریت) در ارتقای مدیریت سازمان‌های سلامت در استان آذربایجان شرقی طراحی و اجرا شد. منظور از بهبود مدیریت، تغییر در رویکردهای اداره سازمان بر اساس اصول و ارزش‌های مدیریت کیفیت است.

### روش بررسی:

این بررسی به صورت یک مطالعه از نوع ارزشیابی و گذشته نگر برای مقایسه دو رویکرد "مدیریت کیفیت جامع" و "برنامه اثربخشی مدیریت سازمان بهداشت جهانی" در تغییر رویکرد مدیریتی سازمان‌های سلامت و بهبود شاخص‌های رهبری اجرا شد. در برنامه اثربخشی مدیریت چهار واحد فعالیت نموده و برای همین از گروه مدیریت کیفیت جامع بیش از دو برابر گروه مطالعه به عنوان شاهد انتخاب شدند. در گروه MEP دو بیمارستان، یک دانشکده و یک معاونت ستادی و در گروه مدیریت کیفیت جامع ۶ بیمارستان، ۳ دانشکده و یک معاونت ستادی دانشگاه انتخاب شدند. هر دو گروه در سال ۱۳۷۹ تغییر فرهنگ سازمانی را با آموزش مفاهیم مدیریت کیفیت جامع شروع کردند. از سال ۱۳۸۱ واحدهای گروه MEP برنامه تغییر رویکرد مدیریت را با برنامه مدیریت اثربخش ادامه داده و گروه اول روال قبلی را ادامه دادند.

با مطالعه مدل‌های ارزشیابی کیفیت معتبر، هفت حیطه اصلی رهبری (۱۴ سؤال)، برنامه‌ریزی (۵ سؤال)، مشتری محوری، فناوری اطلاعات (۷ سؤال)، توسعه

جدول ۱: مقایسه مقدار تغییر متغیرهای مورد مطالعه قبل و پنج سال بعد از مداخله در حیطه رهبری سازمان

P value	گروه TQM	گروه MEP	شاخص های مورد سنجش
>۰.۰۵	۲.۱۴±۰.۱۶	۲.۱۸±۰.۱۷	ارتباط مؤثر مدیران و کارکنان
>۰.۰۵	۱.۸۸±۰.۱۵	۱.۷۳±۰.۱۵	اعتماد دوجانبه کارکنان و مدیران
>۰.۰۵	۲.۶±۰.۲۵	۲.۱±۰.۱۵	روحیه مشارکت پذیری کارکنان
>۰.۰۵	۱.۸۶±۰.۱۶	۲±۰.۱۵	روحیه مشارکت پذیری مدیران
>۰.۰۵	۲.۰۲±۰.۱۵	۲.۰۸±۰.۱۷	فرهنگ کار تیمی
>۰.۰۵	۱.۹۲±۰.۱۶	۱.۹۴±۰.۱۷	روحیه انتقاد پذیری
۰.۰۳	۱.۸±۰.۱۵	۱.۴±۰.۱۳	حمایت مدیران از پژوهش
۰.۰۴	۱.۷۸±۰.۱۶	۲±۰.۱۵	حمایت مدیران از برنامه های ارتقاء
۰.۰۳۵	۱.۳۶±۰.۱۳	۱.۶۵±۰.۱۳	وجود فضای مناسب برای شنیدن انتقادات
>۰.۰۵	۱.۷±۰.۱۳	۱.۶۷±۰.۱۶	توجه مدیران به کرامت انسانی کارکنان
۰.۰۰۸	۱.۶±۰.۱۴	۱.۶±۰.۱۴	حمایت مدیران از نوآوری ها و ابتکارات جدید کارکنان
۰.۰۲۵	۱.۶±۰.۱۳	۱.۷۷±۰.۱۵	تمرکززدایی و تفویض اختیار به واحدهای زیرمجموعه سازمان
۰.۰۲۷	۱.۶±۰.۱۴	۱.۹۵±۰.۱۶	وجود آمادگی برای تغییر در سازمان
۰.۰۰۴	۱.۶±۰.۱۵	۱.۷۳±۰.۱۵	نگرش سیستمیک مدیران

جدول ۲: مقایسه مقدار تغییر متغیرهای مورد مطالعه قبل و پنج سال بعد از مداخله در حیطه مدیریت اطلاعات در سازمان

P value	گروه TQM	گروه MEP	شاخص های مورد سنجش
>۰.۰۵	۲.۱۴±۰.۱۶	۲.۱۸±۰.۱۷	ارتباط مؤثر مدیران و کارکنان
>۰.۰۵	۱.۸۸±۰.۱۵	۱.۷۳±۰.۱۵	اعتماد دوجانبه کارکنان و مدیران
>۰.۰۵	۲.۶±۰.۲۵	۲.۱±۰.۱۵	روحیه مشارکت پذیری کارکنان
>۰.۰۵	۱.۸۶±۰.۱۶	۲±۰.۱۵	روحیه مشارکت پذیری مدیران
>۰.۰۵	۲.۰۲±۰.۱۵	۲.۰۸±۰.۱۷	فرهنگ کار تیمی
>۰.۰۵	۱.۹۲±۰.۱۶	۱.۹۴±۰.۱۷	روحیه انتقاد پذیری
>۰.۰۵	۱.۶±۰.۱۵	۱.۷۳±۰.۱۵	نگرش سیستمیک مدیران

جدول ۳: مقایسه مقدار تغییر متغیرهای مورد مطالعه قبل و پنج سال بعد از مداخله در حیطه توسعه انسانی سازمان

P value	گروه TQM	گروه MEP	شاخص‌های مورد سنجش
>0.05	1.64±0.16	1.76±0.15	برخوردراری از اختیار کافی در حیطه فعالیت خود
>0.05	2.2±0.15	2.18±0.15	مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری
0.005	3.1±0.18	2.4±0.17	برنامه‌ریزی سالانه آموزش مداوم فردی کارکنان
0.004	3.03±0.19	2.3±0.16	برنامه‌ریزی سالانه آموزش مداوم حرفه‌ای کارکنان
0.001	3.4±0.2	2.3±0.16	نیازسنجی در تدوین برنامه آموزش مداوم
>0.05	1.4±0.13	1.6±0.14	برخوردر احترام آمیز کارکنان با یکدیگر
0.025	1.66±0.14	1.7±0.14	امنیت خاطر کارکنان در ارائه نظرات و پیشنهادات
0.012	1.5±0.13	1.9±0.16	قدردانی از بهبود عملکرد کارکنان
>0.05	1.3±0.12	1.6±0.16	افتخار و مباهات کارکنان به کار خود
>0.05	1.38±0.12	1.3±0.13	نظام ارزشیابی سالیانه کارکنان

مدول‌های خاص و ایجاد سایت‌هایی با نقش‌های جدید و تعریف شده را دنبال می‌نماید. مهارت‌ها و توانایی‌های لازم برای پذیرش نقش‌های جدید در سه گروه دانش و مهارت توسعه مدیریت، دانش و مهارت ارتقای فرایندها، دانش و مهارت توسعه فردی طبقه‌بندی می‌گردد. مدیران و کارکنان با استفاده از مدول‌های سازمان بهداشت جهانی در زمینه توسعه فردی، مدیریت سیستم سلامت و روش‌ها و ابزارهای توسعه و ارتقای سیستم سلامت آموزش داده می‌شوند. در هر سایت نیازهای آموزشی به وسیله تیم رهبری سایت و با کمک توتور - منتورها تعیین، و راهکارهای مناسب برای پاسخ به این نیازها مشخص می‌گردد. نقش‌های جدید در سایت توتور - منتور، رهبر سایت، تیم سایت، هماهنگ‌کننده ارتقای فرایند و تیم‌های ارتقاء هستند. کانون توسعه و تغییر در این برنامه سایت می‌باشد.

#### یافته‌ها

سابقه کار افراد شرکت‌کننده در مطالعه در واحدهای گروه مدیریت کیفیت جامع  $15.5 \pm 1$  سال و در گروه برنامه اثربخش مدیریت  $15.1 \pm 1$  سال بوده است که

را گام به گام جلو می‌رفتند و در دوره پنج‌ساله بررسی سمینارهای منطقه‌ای و کشوری برگزار شد و در تمام شهرستان‌ها یک روز در هفته روز کیفیت برگزار، و اغلب کارکنان در آن شرکت داشتند و یک نشریه نیز تجربیات را به دیگران منتقل می‌ساخت. آموزش مفاهیم و اصول مدیریت کیفیت جامع در دانشگاه علوم پزشکی تبریز با برگزاری کارگاه‌های FOCUS PDCA از سال ۱۳۸۰ آغاز شد و اغلب کارکنان و مدیران در زمینه ارتقای کیفیت آموزش دیده و در پروژه‌های ارتقاء شرکت نمودند و نشست‌های هفتگی و انتشار نشریه و برگزاری نشست‌های نقد و بررسی در اغلب واحدها جریان داشت. اغلب فعالیت‌ها به صورت خودجوش انجام می‌یافت و در مرکز بهداشت استان برنامه‌ریزی برای ادغام کیفیت انجام گرفته بود.

**برنامه اثربخشی مدیریت:** سازمان بهداشت جهانی برای ادغام ارزش‌ها و اصول اساسی مدیریت کیفیت در فرایندها و روش‌های مدیریتی سیستم سلامت این برنامه را طراحی نمود. برنامه اثربخشی مدیریت مجموعه روش‌ها، ابزارها، نقش‌ها و روش‌های آموزشی است که دو راهکار اصلی تکنولوژی یادگیری بر اساس

جدول ۴: مقایسه مقدار تغییر متغیرهای مورد مطالعه قبل و پنج سال بعد از مداخله در حیطه مدیریت فرایندها

P value	گروه TQM	گروه MEP	شاخص های مورد سنجش
۰.۰۵>	۱.۶۶±۰.۱۵	۱.۹±۰.۱۶	دسترسی به مشاوران توانمند در ارتقای مستمر فرایندها
۰.۰۵>	۲.۱±۰.۱۷	۲.۵±۰.۱۹	تدوین فلوجارت فرایندها
۰.۰۵>	۲.۰۴±۰.۱۶	۱.۹۵±۰.۱۵	آگاهی کارکنان نسبت به عملکرد فرایندها
NS	۲.۰۸±۰.۱۷	۲.۶۵±۰.۵۶	مستندسازی فعالیت های انجام یافته در سازمان
۰.۰۵>	۱.۷±۰.۱۴	۱.۷۵±۰.۱۴	ارتقای مستمر عملکرد سازمان
۰.۰۵>	۱.۵۳±۰.۱۴	۱.۷۷±۰.۱۵	وجود اولویت بندی فرایندها در سازمان
۰.۰۵>	۱.۵±۰.۱۴	۱.۶۳±۰.۱۵	مشخص بودن فرایندهای معیوب در سازمان

بیشترین تغییر در گروه MEP در استفاده از شواهد در تصمیم گیری، دسترسی به داده های مورد نیاز و سنجش عملکرد سازمان رخ داده و در گروه TQM در استفاده از شواهد در اتخاذ تصمیمات، سنجش عملکرد سازمان و دسترسی به داده های مورد نیاز به وجود آمده است. در هر دو گروه کمترین تغییر در آشنایی با روش های آماری اتفاق افتاده است.

**حیطه مدیریت توسعه انسانی:** در این حیطه بیشترین تغییر در گروه MEP در تدوین برنامه آموزش و توسعه فردی و شغلی کارکنان، مشارکت کارکنان، قدردانی از بهبود عملکرد و تفویض اختیار رخ داده و در گروه TQM در تدوین برنامه آموزش و توسعه فردی و شغلی کارکنان، مشارکت کارکنان، ارائه پیشنهادات و تفویض اختیار بود.

**حیطه مدیریت مشتری:** در این حیطه بیشترین تغییر در گروه MEP در گسترش فرهنگ مشتری و برخورد احترام آمیز با مشتری و در گروه TQM در دریافت نظرات مشتری و برخورد خوب با مشتری بود.

**حیطه برنامه ریزی:** در این حیطه بیشترین تغییر در گروه MEP در تهیه برنامه سالیانه، تدوین دورنما و ارزش های سازمان بود و در گروه TQM در اجرای برنامه، تدوین برنامه سالیانه و تدوین دورنما بود.

**حیطه مدیریت فرایندها:** در این حیطه بیشترین تغییر در گروه MEP در مستندسازی، تدوین فلوجارت فرایندها و سنجش عملکرد فرایندها و در گروه TQM

تفاوت معنادار آماری وجود ندارد. در گروه MEP هر فرد به طور متوسط در  $۳.۵ \pm ۰.۸$  برنامه ارتقاء و در گروه TQM در  $۳ \pm ۰.۸$  برنامه ارتقاء شرکت نموده است و بین دو گروه اختلاف معنادار آماری وجود ندارد. در گروه MEP حدود ۶۶.۳ درصد کارکنان و در گروه TQM حدود ۶۲.۲ درصد کارکنان حداقل در یک برنامه ارتقای فرایند شرکت داشتند. در زمینه استفاده از ابزارهای مدیریتی سطح مهارت کارکنان در مقیاس ده امتیازی در دو گروه MEP و TQM به ترتیب در ارتقای فرایندها ۶.۵ و ۵.۸، در پایش و ارزشیابی فرایندها ۶ و ۵.۳، در برنامه ریزی ۵.۷ و ۵.۹، در استفاده از روش های آماری ۴.۴ و ۳.۳، در استفاده از فناوری های نوین اطلاعات ۶.۸ و ۶.۵ و در تهیه مقاله و گزارش علمی ۶.۴ و ۵.۲ بود. در مورد ارتقای فرایندها و تهیه گزارش های علمی اختلاف معنادار آماری بین دو گروه وجود داشت و در بقیه موارد اختلاف دو گروه معنادار نبود.

**حیطه رهبری سازمان:** در این حیطه بیشترین تغییر در گروه MEP در ارتباط مدیران و کارکنان، روحیه مشارکت پذیری کارکنان، فرهنگ کار تیمی و روحیه مشارکت پذیری مدیران صورت گرفته است و در گروه TQM بیشترین تغییر در روحیه مشارکت پذیری کارکنان، ارتباط مؤثر مدیران و کارکنان، فرهنگ کار تیمی و انتقاد پذیری به وجود آمده است.

**حیطه فناوری و مدیریت اطلاعات:** در این حیطه

جدول ۵: مقایسه مقدار تغییر متغیرهای مورد مطالعه قبل و پنج سال بعد از مداخله در حیطه عملکرد کلی سازمان

P value	گروه TQM			گروه MEP			ابعاد عملکرد کلی سازمان
	مقدار تغییر	زمان بررسی	پنج سال پیش	مقدار تغییر	زمان بررسی	پنج سال پیش	
>۰.۰۵	۰.۱۴±۰.۰۷	۰.۳۸±۴.۷۴	۰.۳۲±۳.۹	۰.۱±۱.۰۳	۰.۱۳±۴.۱۹	۰.۱±۳.۱۹	رهبری <sup>۱</sup>
۰.۰۰۱	۰.۱۳±۱.۱۳	۰.۳۲±۴.۷۷	۰.۲۸±۴.۱۳	۰.۱۳±۱.۷۶	۰.۱۷±۵.۲۳	۰.۱۴±۳.۵	برنامه‌ریزی <sup>۲</sup>
۰.۰۱۵	۰.۱۵±۱	۰.۳۶±۴.۶۵	۰.۳±۳.۵۲	۰.۱۳±۱.۴۸	۰.۱۴±۵.۳۷	۰.۱۳±۳.۹	مشتری محوری <sup>۳</sup>
>۰.۰۵	۰.۱۵±۱.۰۵	۰.۳۴±۴.۴۳	۰.۳±۳.۶۰	۰.۱۱±۱.۳۲	۰.۱۴±۴.۲	۰.۱۱±۲.۹	مدیریت اطلاعات <sup>۴</sup>
۰.۰۰۶	۰.۱۵±۰.۹۲	۰.۳۶±۴.۸۸	۰.۳۲±۳.۷۲	۰.۱۲±۱.۴۶	۰.۱۴±۴.۸۶	۰.۱۲±۳.۴	توسعه نیروی انسانی <sup>۵</sup>
>۰.۰۵	۰.۲±۱	۰.۳۴±۵.۹۰	۰.۳۲±۴.۶۵	۰.۱۳±۱.۱۷	۰.۱۶±۴.۱۶	۰.۱۳±۳.۰۲	مدیریت فرایندها <sup>۶</sup>
>۰.۰۵	۲.۶۵±۰.۵۶	۵.۰۳±۰.۴	۳.۹۸±۱.۲	۲.۰۸±۰.۱۷	۵.۱۵±۰.۲	۳.۴۷±۰.۱۶	مستندسازی
۰.۰۴۷	۱.۰۲±۰.۱۴	۴.۷±۰.۳	۳.۷±۰.۲۶	۱.۳۷±۰.۱	۴.۶۳±۰.۱۳	۳.۲۸±۰.۱	تغییر سبک مدیریت <sup>۷</sup>

1 = Leadership 2=Planning 3=Customer Management(CM) 4=Health Information System(HIS) 5=Human Resource Development(HRD) 6=Process Management(PM) 7=Management Style Score(MSS)

ارزش‌های سازمان ۱.۴۵ و ۱.۵، در انجام کارها طبق برنامه نوشته شده ۱.۸ و ۱.۴، در تهیه برنامه سالیانه ۱.۶۵ و ۱.۵۵ و در زمینه تدوین برنامه هفتگی توسط کارکنان ۱.۳ و ۰.۹۵ بود. در زمینه انجام کارها طبق برنامه نوشته شده بین دو گروه اختلاف معنادار وجود داشت.

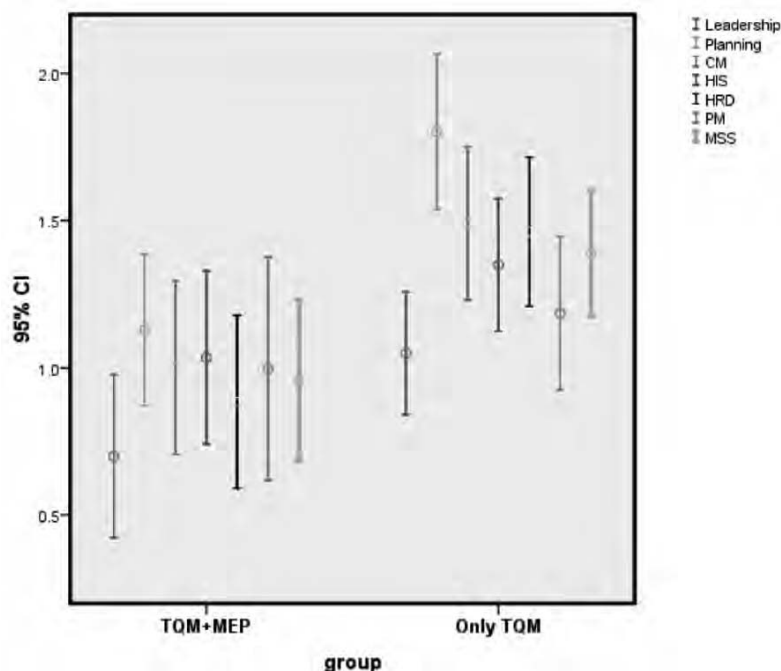
### بحث و نتیجه‌گیری

در جهان معاصر، سازمان‌ها با چالش‌های جدی مواجه هستند و توانایی در تغییر سریع برای ارتقای استراتژیک سازمان حیاتی است. [۱۸] رویکردهای مختلفی برای استقرار فرهنگ کیفیت در سازمان‌ها وجود دارند که در اصول و روش‌ها مشابه هستند. مهمترین نکته تمایز رویکردهای نوین مدیریت، توجه ویژه به انسان است. با ارتقای دانش، مهارت و رضایت کارکنان می‌توان سازمان‌ها را در مسیر پیشرفت قرار داد. زایری با مطالعه شرایط سازمان‌هایی که برندگان جوایز کیفیت جهانی نظیر ایزو، بالدريج و ... بودند، دریافت که نقطه شروع کسب موفقیت و رسیدن به عملکرد مطلوب و با کیفیت در سازمان توسعه دیدگاه رهبری در سازمان می‌باشد. [۱۹] در مطالعه استودگیل در سال ۱۹۴۸ مشخص شد که نقش

در تدوین فلوجارت فرایندها، مستندسازی و سنجش عملکرد فرایندها بود. در هر دو گروه کمترین تغییر در تعیین فرایندهای معیوب سازمان بوده است.

**حیطه عملکرد کلی سازمان:** در کل بیشترین تغییر در گروه MEP در مستندسازی، برنامه‌ریزی و مدیریت داده‌های سلامت و در گروه TQM در مستندسازی، برنامه‌ریزی و مشتری محوری بود. تغییر کلی سبک مدیریت سازمان در گروه MEP از ۳.۷ به ۴.۷ رسیده و در گروه TQM از ۳.۲۸ به ۴.۶۳ رسیده است که در گروه TQM بیشتر بوده و اختلاف بین دو گروه معنادار هست. به غیر از مستندسازی در تمام ابعاد عملکرد سازمانی تغییر بیشتری در گروه TQM اتفاق افتاده است.

در رابطه با حیطه مدیریت مشتری در سازمان در دو گروه TQM و MEP مقدار تغییر متغیرهای مورد سنجش به ترتیب در زمینه برخورد احترام آمیز کارکنان با گیرندگان خدمت ۲.۱۷ و ۱.۸۴، در مشتری محور بودن سازمان ۲.۰۷ و ۱.۹ و در زمینه دریافت نظرات مشتری ۲.۵ و ۱.۶۸ بود. در حیطه برنامه‌ریزی در دو گروه TQM و MEP مقدار تغییر متغیرها به ترتیب در تدوین دورنمای شفاف و ساده ۱.۴۹ و ۱.۵۳، در تدوین



نمودار ۱: مقایسه مقدار تغییر متغیرهای مورد مطالعه قبل و پنج سال بعد از مداخله در حیطه عملکرد کلی سازمان

منابع در دسترس نشان می‌دهند که بین مدیریت کیفیت جامع و تعهد کارکنان، ارتباط وجود دارد. [۲۱]، [۲۲] مدیریت کیفیت جامع، سازمان را در دستیابی به اهداف استراتژیک و تأمین نیازهای مشتری و کارکنان یاری نموده و سازمان را در مواجهه با چالش‌های فراروی توانمند می‌سازد. [۲۳، ۲۴] سازمان‌هایی که از مدیریت جامع کیفیت استفاده می‌کنند کارایی بهتری در رهبری، برنامه‌ریزی استراتژیک، توجه به مشتری و بازار، اطلاعات و تحلیل، توجه به منابع انسانی، مدیریت فرایند و نتایج کاری دارند. [۲۵] در تحلیل‌های مرتبط با موفقیت TQM و اصول آن در نظام سلامت استان اصفهان مدیریت فرایند و تأکید بر کارکنان بیشترین تأثیر را داشته و تأکید بر منابع مادی و تولیدکنندگان تأثیر کمتری دارد. و منابع انسانی، مسائل ساختاری و استراتژیک به ترتیب مهمترین موانع و محدودیت‌های اجرای موفق TQM محسوب شدند. [۲۶] در رابطه با تأثیر برنامه اثربخشی مدیریت سازمان جهانی بهداشت هنوز مقالات تحقیقی منتشر نشده است. دو رویکرد TQM و MEP به غیر از مراحل اجرای کار و ساختار

رهبری در سازمان از عوامل اساسی در عملکرد موفق افراد و سازمان‌ها می‌باشد. [۲۰] رهبری در اصل، ایجاد دل‌بستگی و رضایت درونی در کارکنان را دنبال می‌نماید. در تمام حیطه‌های اصلی ارزشیابی به جز مستندسازی، میزان تغییر رویکرد مدیریت سازمان در جهت ارتقای وضعیت جاری در گروه مدیریت کیفیت جامع بیشتر از گروه برنامه اثربخش مدیریت بود. در موارد برنامه‌ریزی، مشتری محوری، توسعه نیروی انسانی این اختلاف معنادار بود. مستندسازی در برنامه MEP از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بود. مهمترین نقطه قوت MEP را می‌توان تعریف نقش‌های تازه مبتنی بر مدیریت کیفیت و توجه به مسئولیت مشترک و تعهد مدیر ارشد سازمان دانست و البته مهمترین نقطه ضعف آن نیز عدم اتکای کافی به فلسفه رهبری مناسب بود و به روش‌ها و رویکردها بیشتر از فلسفه تغییر بها داده است. در مدیریت کیفیت جامع که در سطح واحدهای دانشگاه اجرا شد، مهمترین نقطه ضعف را می‌توان نداشتن رویکرد استقرار مدیریت کیفیت و نیز نداشتن برنامه درگیر ساختن مدیر ارشد دانست.



## References

1. Strachan P A. Managing transformational change: the learning organization and team working. team performance management 1996; 2(2): 32-40
2. Smith A E, Swinehart K D. Integrated systems design for customer focused health care performance measurement: a strategic service unit approach. International Journal of Health Care Quality Assurance 2001; 14(1): 21 – 28
3. McDonald I, Zairi M, Idris M A. A framework of best practice of TQM transformation based on winners of Baldrige and European Quality Awards. Measuring Business Excellence 2002; 6(3): 20-30.
4. Karuppusami G, Gandhinathan R. Pareto analysis of critical success factors of total quality management: A literature review and analysis. The TQM Magazine 2006; 18(4): 372-385
5. Tummala V M, Tang C L. Strategic quality management, Malcolm Baldrige and European quality awards and ISO 9000 certification: Core concepts and comparative analysis. International Journal of Quality & Reliability Management 1996; 13(4): 8-38
6. Lin C, Madu C N, Kuei C H. The relative efficiency of quality management practices :A comparison study on American, Japanese and Taiwanese-owned firms in Taiwan. International Journal of Quality & Reliability Management 2004; 21(5): 564-577
7. Blendon R J, Leitman R, Morrison I, Donelan K. Satisfaction with Health Systems In Ten Nations. HEALTH AFFAIRS 1990: 186 – 192
8. van der Wiele A, Dale B G. ISO 9000 series registration to total quality management: the transformation journey. International Journal of Quality Science 1997; 2(4): 236-252.
9. Reames J M. Internal assessment methodologies: the ubiquity and usefulness of the Baldrige criteria. International Journal of Quality Science 1998; 3(4): 368-375.

اختصاصی در اغلب روش‌ها، ابزارها و اصول کاملاً با هم مشابه بودند. وقتی کارکنان با دو نام مختلف در سازمان مواجه می‌شوند، یک نوع خستگی و بی‌علاقگی در آن‌ها پدیدار می‌شود. لازم است ابزارهای سودمند رویکردهای دیگر در رویکرد غالب سازمان ادغام شده و با نشانه گرفتن اصول مشخص ادامه داده شوند. رویکردهای مختلفی برای استقرار مدیریت کیفیت در سازمان‌های سلامت وجود دارد. اغلب این رویکردها از روش‌ها و ابزارهای مشابه استفاده می‌کنند. نکته حائز اهمیت این است که در یک سازمان روش‌ها، اصول و ابزارها تحت نام یک رویکرد جامع ارائه شده و کارکنان تغییر فرهنگ سازمان را با یک رویکرد جامع ادامه دهند. کارکنان در برابر راه‌های متعدد و متنوع مقاومت نشان می‌دهند و از طرف دیگر تغییرات سریع رویکردها از ضعف تعهد مدیریت ارشد سازمان و نداشتن برنامه استراتژیک حکایت می‌کند. برای استقرار فرهنگ کیفیت در یک سازمان پذیرش فلسفه کیفیت و تغییر مدل ذهنی پایه و اساس تغییر به شمار می‌رود. تغییر مدل ذهنی یک کار خودسازی و ارتقای فردی است که باید در سازمان اتفاق بیفتد. برای تغییر فرهنگ سازمانی در راستای مدیریت کیفیت، باید یک روش آسان و ساده ارتقاء را در سازمان آموزش به دهیم.

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از مدیران و کارکنان مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی و معاونت دارو، دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی، پیراپزشکی و پرستاری، مراکز آموزشی درمانی الزهرا، سینا، کودکان، رازی و امام خمینی و آزمایشگاه مرکزی استان به خاطر همکاری در انجام این مطالعه تقدیر و تشکر نمایند. همچنین از مرکز کشوری مدیریت سلامت به خاطر کمک‌های بی‌دریغ در انجام این تحقیق قدردانی می‌شود.

این مطالعه به عنوان قسمتی از پروژه از بخش مدیریت سازمان بهداشت جهانی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز طرح تحقیقاتی شماره ۴۱/۳۴ اداره ارتباط با صنعت دانشگاه تبریز اجرا شد.

10. Dale BG, Zairi M, Van der wile A, Williams A R T. Quality is dead in Europe-long live excellence: True or False? *Measuring Business Excellence* 2000; 4(3): 4-10.
11. Eriksson H, Hansson JT the impact of TQM on financial performance. *Measuring Business Excellence* 2003; 7(1): 36-50
12. Faraji HR. Quality pioneers. *Tadbir* 2003; 4(137):30-33.[Persian]
13. Alwan A, Hornby P. The implications of health sector reform. *Bull world health organization* 2002; 80(1): 56-60
14. Asian Development Bank. Millennium development goals: reveals and challenges.2003 [Cited 2010 June 14]: [16 SCREENS]. Available from: [http://www.adb.org/Documents/Reports/ADF/IX/MDG\\_ADF\\_IX\\_Donors\\_Meeting\\_Tokyo.pdf](http://www.adb.org/Documents/Reports/ADF/IX/MDG_ADF_IX_Donors_Meeting_Tokyo.pdf).
15. Stephen Bach. Health Sector Reform, State Policy and Industrial Relations: Britain in Comparative Perspective. *ESRC Labour Studies Seminar Series* 2004. [Cited 2010 June 14]: [5 SCREENS]. Available at: <http://www.warwick.ac.uk/fac/soc/complabstuds/confsem/Bach.htm>.
16. Annual Report of the EMRO Regional Director. health policy and management. *The Work of WHO in the Eastern Mediterranean Region* 2000. [Cited 2010 June 14]: [8 SCREENS]. Available at: <http://www.emro.who.int/Rd/AnnualReports/2000/chapter2.htm>.
17. WHO. Orientation to the Management Effectiveness Programme. *World health organization. Management Effectiveness Programme* 2000. [Cited 2010 June 14]: [1 SCREENS]. Available at: <http://www.emro.who.int/mei/mep/orientation.htm>.
18. Green PL, Plsek PE. Coaching and leadership for the diffusion of innovation in health care: a different type of multi-organization improvement collaborative, *Jt Comm J Qual Improv* 2002 ; 28(2): 55-71
19. Davies C, et al. links between governance, incentives and outcomes: review of the literature. Report for the National Co-coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R&D (NCCSDO) 2004. [Cited 2010 June 14]: [167 SCREENS]. Available at: <http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/66-final-report.pdf>.
20. Karia N, Ahmad ZA. Quality practices that pay: Empowerment and teamwork. *Malaysian Management Review* 2000; 35(2): 66-76.
21. Karia N, Asaari MH. The effects of total quality management practices on employees' work-related attitudes. *The TQM Magazine* 2006; 18(1): 30-43.
22. Ntungo C. Quality Culture in Government: The Pursuit of a Quality Management Model. *Total Quality Management* 2007; 18(1-2): 135-145.
23. Lindberg E, Rosenqvist U. Implementing TQM in the health care service A four-year following-up of production, organisational climate and staff wellbeing. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2005; 18(5): 370-384.
24. Lau R, Zhao X, Xiao M. Assessing quality management in China with MBNQA criteria. *International Journal of Quality & Reliability Management* 2004; 21(7): 699-713.
25. Mosadegh Rad AM. A survey of total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations. *Leadership in Health Services* 2005;18(3): 12-34.

# Comparing Total Quality Management (TQM) and Management Effectiveness Program (MEP) in Improving of Health Facilities Management

Farahbakhsh M.<sup>1</sup> / Nikniaz A.R.<sup>2</sup> / Tajaddini N.<sup>3</sup> / Entezar S.<sup>4</sup> / Hasanzade A.R.<sup>5</sup>

## Abstract

**Introduction:** Quality management through human resource active participation play a key role to pass over the limited resources, demographic and epidemiologic changes, globalization and advanced technologies challenges in health systems. Different approaches are used to improve services quality in health systems. This study was aimed to compare two human resources empowerment approaches in Eastern Azerbaijan.

**Methods:** In this analytic study we review two groups: for TQM group 6 hospitals, 3 colleges, and 2 policies making offices; and for MEP group were 2 hospitals, 1 college and 1 policy making office. Both groups start with quality principles. After two years MEP group continued with MEP; but other group continued in previous approach. The change in management style from staff views in comparison of 5 years ago were studied with specific questionnaire, by 10 points scores. Data analyzed by SPSS 16 software, and are presented as means and changes for a 5 year interval.

**Results:** There were improved leadership scores 0.7 and 1.03 units respectively in MEP and TQM groups. These figures in planning were 1.12, and 1.76, in Costumer Management (CM) 1 and 1.48, in Human Resource Management (HRM) 0.9 and 1.46, in information management 1.05 and 1.32, in process management 1 and 1.36 respectively. The differences in HRM, planning and CM are statistically significant.

**Discussion:** Using one innovative and uniform approach is better than various methods.

**Keywords:** *TQM, MEP, Health System*

• Received: 21/Oct/2009 • Modified: 28/Agu/2010 • Accepted: 21/Sep/2010

1. Director of PHC data management group, East Azerbaijan province Health Center, Tabriz University of Medical Sciences; Corresponding author (mfarahbakhsh@gmail.com)

2. Professor of Pediatrics, Pediatrics Hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3. MSc Research Expert, NPMC, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4. MSc Student of Psychology, NPMC, Tabriz University of Medical Sciences. Tabriz, Iran.

5. Pharmacologist East Azerbaijan Province Health Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran