

## عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر سوگند تورانی<sup>۱\*</sup>، دکتر سید جمال‌الدین طبیبی<sup>۱</sup>، بهرام شهبازی<sup>۲</sup>

۱- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران ۲- کارشناس مسؤول آموزش مدیران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دریافت: ۸۶/۵/۲۸ پذیرش: ۸۷/۳/۱۱

**Title:** *Influencing factors on implementation of total quality management at teaching hospitals affiliated with Iran University of Medical Sciences*

**Authors:** *Tourani S, (PhD); Tabibi SJ, (PhD); Shahbazi B, (MSc).*

**Introduction:** *Perspective to retrieval of equity, access to services, effectiveness, efficiency, social acceptability, and strive for continuous improvement of services, Total Quality Management (TQM) has broadened new horizons in health sector. Hence it can result in efficiency and renovation of health services delivery system. Therefore we aimed to determine the influencing factors on implementation of TQM at teaching hospitals affiliated with Iran University of Medical Sciences in Tehran, Iran.*

**Methods:** *We assessed the views of all the 90 managers and supervisors of the hospitals under investigation about the eight factors influencing on implementation of TQM. In a descriptive cross-sectional study, we used an eight-part questionnaire with 75 Likert-type questions for data collection. Validity of the questionnaire was verified with Delphi method. Chi square and t tests and analysis of variance were used for statistical analysis.*

**Results:** *We assumed an average of 50% for responses indicative of desirability as the minimum acceptable level in each of the eight factors. Of the eight factors studied customer orientation (59.7%), organizational communication (55%), and appropriate organizational structure (50%) proved to be acceptable. The other five factors ranked average (40-50%). There was significant difference among the total means of influencing factors in the studies hospitals ( $p = 0.001$ ).*

**Conclusion:** *After five years have passed since the implementation of TQM in the studied hospitals, attention of managers to organizational culture, staff participation, human resources development, teamwork, and leadership commitment can result in improvement of the services, effectiveness of the activities, and social acceptability of hospitals.*

**Keywords:** *Total quality management, Teaching hospital, Iran University of Medical Sciences.*

*Hakim Research Journal 2008; 11(2): 22- 32.*

\* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتر از ظفر، نبش کوچه شهید بابک بهرامی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، کدپستی ۰۱۴۳۴۳۴۴۶۹. تلفن: ۸۸۷۸۸۸۲۹، نامبر: ۸۸۷۸۸۸۲۷، تلفن همراه: ۰۹۱۲۳۴۵۸۰۷۷  
پست الکترونیک: sogandtourani@yahoo.com

## چکیده

مقدمه: مدیریت کیفیت فراگیر در بخش بهداشت و درمان با نگاه به برقراری عدالت، دسترسی به خدمات، کارایی، مقبولیت اجتماعی، اثربخشی و اقتصادی بودن و تلاش مداوم برای بهبود خدمات، افق‌های جدیدی را فرا روی این سیستم فراهم نموده است و می‌تواند به کارآمدی و نوسازی نظام عرضه سلامت منجر گردد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد.

روش کار: در راستای این هدف از دیدگاه ۹۰ نفر از مدیران و سرپرستان نسبت به وضعیت هشت عامل تأثیرگذار بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر سنجیده شد. لذا با انجام مطالعه توصیفی و مقطعی و با استفاده از پرسشنامه‌ای در هشت بخش و با ۷۵ سؤال که از طریق روش شبه دلفی به تأیید نهایی رسید، پژوهش انجام گردید. به علت کوچک بودن جامعه نمونه‌گیری انجام نگرفت و نمونه همان جامعه در نظر گرفته شد. سؤالات پرسشنامه بر اساس طبقه‌بندی لیکرت تنظیم گردید و داده‌ها از طریق آزمون‌های آماری کای دو  $\chi^2$  آزمون  $t$  و روش آنالیز واریانس با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS و Excel تحلیل گردید.

یافته‌ها: با توجه به فرض ۵۰٪ حداقل قابل قبول از بین هشت عامل مؤثر، توجه به مشتری ۵۹/۷٪، ارتباطات مناسب سازمانی ۵۵٪ و ساختار مناسب ۵۰٪، از وضعیت خوب برخوردار بودند. ولی ۵ عامل دیگر در وضعیت متوسط یعنی بین ۴۰٪ تا ۵۰٪ قرار داشتند. بدیهی است یافته‌های حاصل با فرض ۵۰٪ یعنی حداقل قابل قبول محاسبه گردید. بین میانگین کل عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بین بیمارستان‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود داشت.  $p = 0.001$

نتیجه‌گیری: با گذشت پنج سال از اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در جامعه مورد مطالعه، توجه مدیران به فرهنگ سازمانی، مشارکت کارکنان، توسعه منابع انسانی، کار تیمی و تعهد رهبری می‌تواند به بهبود خدمات، اثر بخشی فعالیت‌ها و مقبولیت اجتماعی بیمارستان‌های کشور منتهی شود.

کلواژگان: مدیریت کیفیت فراگیر، بیمارستان‌های آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

## مقدمه

افزایش مستمر هزینه‌های بهداشت و درمان در کشور و نگرانی‌های ناشی از آن ایجاب می‌کند که برای کاهش نسبی یا کنترل معقول آن کاری صورت پذیرد. تنها اندیشه و ابتکاری که می‌تواند از فشارهای وارده بر اقتصاد دولت و جامعه بکاهد، به کارگیری مدیریت کیفیت فراگیر<sup>۱</sup> می‌باشد (۱). بر اساس پژوهش‌های انجام شده معلوم شده که سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی که مدیریت کیفیت فراگیر را به طور موفقیت‌آمیزی اجرا نموده‌اند، به عوامل مؤثر و تأثیرگذاری توجه داشتند که منافع بلندمدت آنان را تضمین نموده است. از جمله این عوامل، تعهد رهبری، نیروی کار توانمند و فعال، تنظیم برنامه‌ها، فرآیندها، ساختارها و سیستم عملیاتی در راستای تقویت کیفیت، فرهنگ‌سازی سازمانی و آموزش را می‌توان نام برد (۲). کارن پارسلی<sup>۲</sup> به شش عامل مؤثر دیگری که در تعیین

کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و مدیریت جامع آن دخیل است اشاره می‌کند. دسترسی به خدمات<sup>۳</sup>، اعتماد و اطمینان به مورد نیاز بودن<sup>۴</sup>، کارایی<sup>۵</sup>، مقبولیت اجتماعی<sup>۶</sup>، عدالت<sup>۷</sup>، اثربخشی و اقتصادی بودن<sup>۸</sup> شش عامل مؤثر از دیدگاه او می‌باشند (۳). وگار و روناکو<sup>۹</sup> در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که صرف داشتن برنامه‌های کیفیت منجر به بهبود عملکرد سازمان نمی‌گردد. آنچه از اهمیت بیشتری برخوردار است وجود عاملی تحت عنوان تعهد رهبری در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در سازمان است (۴). لامعی معتقد است که مدیران باید خود مسؤولیت مدیریت کیفیت فراگیر را به عهده گیرند، جهت حرکت

<sup>3</sup> Access to Services

<sup>4</sup> Relevance to need

<sup>5</sup> Efficiency

<sup>6</sup> Social Acceptability

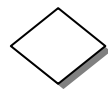
<sup>7</sup> Equity

<sup>8</sup> Effectiveness Economy

<sup>9</sup> Wagar & Ronacuo

<sup>1</sup> Total Quality Management (TQM)

<sup>2</sup> Paresley, Karen



جهت تعیین وضعیت و میزان موفقیت طرح به عمل نیامده است. لذا هدف از انجام این پژوهش، ارتقای کارایی و اثربخشی اجرای طرح مدیریت کیفیت فراگیر از طریق بررسی عوامل مؤثر بر اجرای آن بوده است. سنجش عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر از دیدگاه مدیران و سرپرستان امکان شناخت عوامل مؤثر پیش برنده و عوامل بازدارنده بر اجرای طرح را فراهم می‌نماید.

## روش کار

این پژوهش به مدت یک‌سال به منظور بررسی عوامل مؤثر<sup>۱۶</sup> بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر از دیدگاه مدیران و سرپرستان در بیمارستان حضرت رسول اکرم، بیمارستان حضرت علی‌اصغر، بیمارستان فیروزگر، بیمارستان شفا یحیائیان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، بیمارستان حضرت فاطمه، بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد، بیمارستان شهید مطهری، روانپزشکی ایران و بیمارستان شهدای هفتم تیر و پس از سپری شدن ۵ سال از تاریخ شروع اجرایی مدیریت کیفیت فراگیر یعنی سال ۱۳۷۸ انجام شد (۱۳). این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۸ بخش و ۷۵ سؤال بوده. برای مقایسه نظرات سه سطح از مدیران، نسبت به تعهد رهبری، ساختار مدیریت کیفیت فراگیر، میزان توجه به مشتری، میزان مشارکت کارکنان در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر، وضعیت ارتباطات سازمانی، توسعه منابع انسانی، فرهنگ سازی و بالاخره کار تیمی، آزمون کای دو<sup>۱۷</sup> و تست تی<sup>۱۸</sup> انجام شد. بر اساس نتایج این آزمون با خطای ۵٪، p محاسبه گردید.

میانگین و انحراف معیار عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر به تفکیک بیمارستان‌های مورد پژوهش محاسبه شد و برای مقایسه میانگین امتیاز کل بیمارستان‌ها با یکدیگر از روش آنالیز واریانس استفاده گردید. با تعیین بیشترین میانگین امتیاز و کمترین میانگین امتیاز هر یک از عوامل مؤثر به تفکیک بیمارستان‌ها، علاوه بر تعیین وضعیت هر یک از بیمارستان‌های مورد پژوهش، رتبه کسب شده هر یک از عوامل مؤثر نیز مشخص گردید. جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوایی استفاده شد. بدین ترتیب که از طریق مطالعه

را نشان دهند و رهبری قوی اعمال کنند و زمینه را برای فراگیر شدن فعالیت‌های ارتقای کیفیت در سراسر سازمان فراهم نمایند (۵). پال دیوید<sup>۱۰</sup> نیز در پژوهشی که اخیراً به انجام رسانده، به این نتیجه می‌رسد که بین رهبری و اجرای مدیریت کیفیت فراگیر، رابطه بسیار قوی وجود دارد. وی در نهایت خاطر نشان می‌کند که رهبری عامل کلیدی موفقیت در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر می‌باشد (۶).

از دیدگاه پیرمن<sup>۱۱</sup> اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان یک استراتژی بسیار مهم می‌باشد. با اجرای آن می‌توان در هزینه‌ها صرفه‌جویی نمود و در ساختار سازمانی نیز تغییرات لازم را ایجاد کرد (۷ و ۸). تاونز<sup>۱۲</sup> مدیریت کیفیت فراگیر را در سه بخش اتاق عمل، جراحی و بیهوشی مرکز پزشکی جراحی در دانشگاه آمریکا<sup>۱۳</sup> اجرا نموده است. از نظر او موفقیت اجرای این فلسفه مدیریتی، ارتباط تنگاتنگ با رهبری شایسته و آموزش دیده سازمانی دارد (۹). بارکر<sup>۱۴</sup> و هارینگتون<sup>۱۵</sup> در اهمیت اجرای مدیریت کیفیت فراگیر چنین اظهار می‌نمایند که به کارگیری آن تنها در سازمان‌های تولیدی نمی‌باشد بلکه انقلابی در روح و روان بشریت به وجود آورده است و سازمان‌های قرن بیست و یکم را با تحولی عظیم مواجه ساخته است (۱۰).

طبیعی اذعان دارد که مدیریت کیفیت فراگیر یک رویکرد عقلانی است که بر مسؤولیت جمعی، اختیار مشارکتی، بهبود مداوم و اهداف طرح‌های انعطاف‌پذیر تأکید می‌نماید (۱).

به گفته مدنی، تا پایان سال ۱۳۷۹، تعداد ۲۵۳۲ نفر از مدیران شاغل در بخش‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی، دوره‌های ارتقای مستمر کیفیت، FOCUS- PDCA و مدیریت کیفیت فراگیر را گذرانده و با شیوه‌های نوین مدیریت آشنا می‌شوند (۱۱).

از آنجایی که پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در ۷۰٪ از سازمان‌های آمریکایی شکست خورده است (۱۲) و از بین تمامی کوشش‌هایی که در جهت اجرای مدیریت کیفیت فراگیر به عمل می‌آید کمتر از ۳۵٪ از طرح‌ها با موفقیت روبرو می‌شوند (۱۰)، علی‌رغم سپری شدن پنج سال از زمان اجرای طرح جامع مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران تاکنون هیچ‌گونه ارزیابی

منظور از عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در این پژوهش، اصول و اجزای کلیدی هستند که اگر در پی اجرای موفق مدیریت کیفیت فراگیر هستیم می‌بایست آن‌ها را رعایت نماییم. بدیهی است بدون سنجش و انجام صحیح اجزای کلیدی امکان اجرای موفقیت‌آمیز طرح میسر نخواهد بود.

<sup>17</sup> X<sup>2</sup>

<sup>18</sup> T Test

<sup>10</sup> Pual David

<sup>11</sup> Pearman

<sup>12</sup> Townes

<sup>13</sup> Academic Surgery Setting

<sup>14</sup> Barker

<sup>15</sup> Harrington

برای تبدیل میانگین امتیازات حاصله به درصد از فرمول زیر استفاده شد:

$$\text{درصد} = 100 \times \frac{\text{میانگین حاصله}}{\text{ماکزیمم (Range) اینجا ماکزیمم نمبر ۴}}$$

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید، بدین ترتیب که داده‌های کسب شده، در جداول توزیع فراوانی دسته‌بندی شد و از شاخص‌های موجود در آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. از نرم‌افزارهای Excel و SPSS نیز برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

### نتایج

یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از آن است که میانگین کل امتیازات در زمینه میزان تعهد رهبری (۱/۹۲) با انحراف معیار ۱۰/۹۹ بوده که برابر با ۴۸٪ می‌باشد. (جدول ۱) نتایج مربوط به آزمون کی‌دو بین نظرات سطوح مختلف مدیران در سطح خطای ۵٪ تفاوت معناداری را نشان داد  $p=0.025 < 0.05$  میانگین کل امتیازات در زمینه ساختار سازمانی مدیریت کیفیت ۲ با انحراف معیار ۰/۷۴ بوده که برابر ۵۰٪ می‌باشد (جدول ۱). بر اساس نتایج آزمون کی‌دو بین نظرات سطوح مختلف مدیران در سطح خطای ۵٪ تفاوت معناداری وجود دارد.  $p=0.034 < 0.05$

کتاب، نشریات، پایان‌نامه‌ها و رساله‌ها، جستجو در اینترنت و با استفاده از نظرات اساتید فن اصلاحات لازم در پرسشنامه اعمال شد (روش شبه دلفی) و پرسشنامه نهایی آماده گردید.

سؤالات پرسشنامه بر اساس طبقه‌بندی لیکرت از خیلی زیاد تا خیلی کم تقسیم‌بندی گردید که نمبر کامل هر سؤال ۴ در نظر گرفته شد. تعداد پرسشنامه‌های توزیع شده در هر مرکز آموزشی درمانی ۹ عدد و جمعاً از ۱۰ مرکز آموزشی و درمانی یاد شده ۹۰ پرسشنامه تکمیل شده، جمع‌آوری گردید.

برای محاسبه امتیاز هر یک از متغیرها یا عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر (نظیر میزان تعهد رهبری و غیره) نمبر هر یک از سؤالات تشکیل دهنده آن متغیر را با یکدیگر جمع کرده و چون تعداد سؤالات هر یک از متغیرها با یکدیگر متفاوت بودند نمبر مجموع به دست آمده را به تعداد سؤالات تقسیم نموده تا نمبر استاندارد به دست آید.

دامنه تغییرات نمبر استاندارد بین ۰ تا ۴ می‌باشد (بدین ترتیب امکان و قابلیت مقایسه نمرات استاندارد با یکدیگر فراهم گردید). برای دسته‌بندی نمرات به صورت زیر عمل شد: نمبر کمتر از ۱ به عنوان کم، (۱-۰) کم؛ نمبر بین ۱ تا ۲ را به عنوان متوسط، (۲-۱) متوسط؛ نمبر بین ۲ تا ۳ را به عنوان زیاد، (۳-۲) زیاد؛ نمبر بین ۳ تا ۴ را به عنوان بسیار زیاد، (۴-۳) بسیار زیاد.

جدول ۱- درصد فراوانی (میزان تعهد رهبری در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر) و (ساختار سازمان مدیریت کیفیت) بر اساس سؤالات مربوطه

ردیف	امتیازات	سؤالات				
		خیلی کم (درصد)	کم (درصد)	متوسط (درصد)	زیاد (درصد)	خیلی زیاد (درصد)
۱	مشارکت در اجرای TQM	۱۵/۶	۱۸/۹	۳۰	۲۸/۹	۶/۷
۲	پذیرش ارزش‌های سازمان	۸/۹	۱۵/۶	۳۵/۶	۲۴/۴	۱۵/۶
۳	تطابق عملکرد فرد با ارزش‌های TQM	۱۶/۷	۲۱/۱	۳۳/۳	۲۴/۴	۴/۴
۴	مشارکت در کارهای گروهی و فعالیتهای بهبود کیفیت	۱۶/۷	۲۳/۳	۲۰	۲۸/۹	۱۱/۱
۵	تأمین منابع مورد نیاز برای انجام فعالیتهای بهبود	۱۳/۳	۲۳/۳	۴۰	۱۴/۴	۸/۹
۶	شناسایی و اولویت‌بندی زمینه‌های بهبود کیفیت	۸/۹	۱۵/۶	۴۱/۱	۲۳/۳	۱۱/۱
۷	توجه به نظرات و ایده‌های ارزشمند کارکنان	۱۲/۲	۱۵/۶	۴۱/۱	۲۴/۴	۶/۷
۸	قدردانی از کار تیم‌ها و افراد	۱۸/۹	۱۶/۷	۳۳/۳	۲۲/۲	۸/۹
۹	پیگیری منسجم فعالیتهای بهبود کیفیت	۱۷/۸	۱۸/۹	۳۵/۶	۱۵/۶	۱۲/۲
۱۰	بازنگری مستمر سیستم بهبود کیفیت	۲۲/۲	۱۵/۶	۳۴/۴	۱۲/۱	۶/۷
		۰/۹۹		۱/۹۲ (کل ۴۸٪)		
۱۱	مشخص بودن اهداف و مأموریت‌ها و سیاست‌ها	۱۰	۱۲/۲	۴۱/۱	۲۷/۸	۸/۹
۱۲	تشریح اهداف، مأموریت‌ها و سیاست‌ها برای کارکنان	۶/۷	۳۱/۱	۳۶/۷	۲۰	۵/۶
۱۳	هم‌سویی اهداف بیمارستان و اهداف کارکنان	۱۳/۳	۳۱/۱	۳۰	۲۲/۲	۳/۳
۱۴	مدون و مستند بودن ساختار سازمانی بیمارستان	۷/۸	۲۴/۴	۳۳/۳	۲۷/۸	۶/۷
۱۵	بازنگری ساختار بیمارستان بر طبق ارزش‌های TQM	۱۲/۳	۲۸/۹	۳۷/۸	۱۵/۶	۴/۴
۱۶	اصلاح و ساده‌سازی روش‌ها و قوانین توسط مدیران	۴/۴	۲۴/۴	۳۲/۲	۲۷/۸	۱۱/۱
۱۷	عدم تمرکز در تصمیم‌گیری	۸/۹	۲۱/۱	۴۰	۲	۱۰
۱۸	تفویض اختیار به کارکنان در خصوص حل مسایل کاری	۵/۶	۱۴/۴	۴۲/۲	۲۸/۹	۸/۹
۱۹	مشخص بودن مسؤولیت‌ها و وظایف افراد در بیمارستان	۴/۴	۱۵/۶	۳۵/۶	۳۶/۷	۷/۸
		۰/۷۴		۲ (کل ۵۰٪)		

بیمارستان‌های مورد پژوهش، تفاوت معناداری وجود دارد.  $(p=0.0001)$ . میانگین و انحراف معیار عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر به تفکیک بیمارستان‌های مورد پژوهش نتایج زیر را نشان می‌دهد. (جدول ۵).

عامل تعهد رهبری در مقایسه با سایر عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر رتبه چهارم را با میانگین  $۱/۹۲$  (برابر با  $۴۸\%$ ) کسب نموده. میانگین امتیاز «ساختار مدیریت کیفیت» در بیمارستان‌های مورد بررسی ۲ با انحراف معیار  $۰/۷۴$  (برابر با  $۵۰\%$ ) می‌باشد که در این میان مدیران و سرپرستان بیمارستان شهید اکبرآبادی بیشترین امتیاز را با میانگین  $۱/۸۱$  و انحراف معیار  $۰/۸۰$  (برابر با  $۷۰/۲۵\%$ ) کسب نموده و در مقابل مدیران و سرپرستان بیمارستان شفا حیائیان کمترین امتیاز را با میانگین  $۱/۴۱$  و انحراف معیار  $۰/۶۱$  (برابر با  $۳۵/۲۵\%$ ) را به دست آوردند. برای مقایسه نظرات مدیران و سرپرستان بیمارستان‌ها با یکدیگر نسبت به ساختار مدیریت کیفیت از روش آنالیز واریانس استفاده شد که بر اساس این جدول بین نظر مدیران و سرپرستان بیمارستان‌های مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد  $(p=0.003)$ .

عامل میزان توجه به مشتری در مقایسه با سایر عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر، رتبه سوم را با میانگین ۲ (برابر با  $۵۰\%$ ) کسب نمود. میانگین امتیاز «میزان توجه به مشتری» در بیمارستان‌های مورد بررسی  $۲/۳۹$  با انحراف معیار  $۰/۸۱$  (برابر با  $۵۹/۷۵\%$ ) می‌باشد که در میان مدیران و سرپرستان بیمارستان شهید اکبرآبادی بیشترین امتیاز را با میانگین  $۳/۵۷$  و انحراف معیار  $۰/۴۵$  (برابر با  $۸۹/۲۵\%$ ) کسب نموده و در مقابل مدیران و سرپرستان بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد کمترین امتیاز را با میانگین  $۱/۹۷$  و انحراف معیار  $۰/۸۷$  (برابر با  $۴۹/۲۵\%$ ) به دست آوردند. برای مقایسه نظرات مدیران و سرپرستان بیمارستان‌ها با یکدیگر نسبت به میزان توجه به مشتری از روش آنالیز واریانس استفاده شد که بر اساس نتایج این جدول بین نظر مدیران و سرپرستان بیمارستان‌های مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد  $(p=0.001)$ . عامل ارتباطات سازمانی در مقایسه با سایر عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر، رتبه دوم را با میانگین  $۲/۲۰$  (برابر با  $۴۶/۷۵\%$ ) به دست آورد که در این میان مدیران و سرپرستان شهید اکبرآبادی بیشترین امتیاز را با میانگین  $۳/۲۸$  و انحراف معیار  $۱/۱۶$  (برابر با  $۸۲\%$ ) کسب نموده و در مقابل مدیران و سرپرستان بیمارستان حضرت علی‌اصغر کمترین امتیاز را با میانگین  $۱/۰۳$  و انحراف معیار  $۰/۵۹$  (برابر با  $۲۵/۵۷\%$ ) به دست آوردند.

میانگین کل امتیازات در زمینه توجه به مشتری  $(۲/۳۹)$  با انحراف معیار  $۰/۸۱$  است، که برابر با  $۵۹/۷۵\%$  می‌باشد (جدول ۲). بر اساس نتایج آزمون کی‌دو بین نظرات سطوح مختلف مدیران در سطح خطای  $۵\%$ ، تفاوت معناداری وجود ندارد  $(p=0.163>0.05)$ .

میانگین کل امتیازات در زمینه مشارکت کارکنان در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر،  $۱/۸۶$  با انحراف معیار  $۰/۹۶$  است که برابر با  $۴۶/۵\%$  می‌باشد. (جدول ۲) بر اساس نتایج آزمون کی‌دو بین نظرات سطوح مختلف مدیران، در سطح خطای  $۵\%$ ، تفاوت معناداری وجود ندارد  $(p=0.21>0.05)$ .

میانگین کل امتیازات در زمینه برقراری ارتباطات سازمانی،  $(۲/۲۰)$  با انحراف معیار  $۰/۹۱$  است که برابر با  $۵۵\%$  می‌باشد. (جدول ۳). بر اساس نتایج آزمون کی‌دو بین نظرات سطوح مختلف مدیران، در سطح خطای  $۵\%$  تفاوت معناداری وجود دارد  $(p=0.0001<0.05)$ .

میانگین کل امتیازات در زمینه توسعه منابع انسانی،  $۱/۸۷$  با انحراف معیار  $۰/۹۰$  است که برابر با  $۴۶/۷۵\%$  بود. (جدول ۳) بر اساس نتایج آزمون کی‌دو بین نظرات سطوح مختلف مدیران در سطح خطای  $۵\%$ ، تفاوت معناداری وجود ندارد  $(p=0.174>0.05)$ .

میانگین کل امتیازات در زمینه فرهنگ‌سازی برای اجرای مدیریت کیفیت فراگیر  $۱/۸۰$  با انحراف معیار  $۰/۸۹$  بوده که برابر با  $۴۵\%$  می‌باشد. (جدول ۴) بر اساس نتایج آزمون کی‌دو بین نظرات سطوح مختلف مدیران، در سطح خطای  $۵\%$  تفاوت معناداری وجود دارد  $(p=0.004<0.05)$ .

میانگین کل امتیازات در زمینه کار تیمی جهت اجزای مدیریت کیفیت فراگیر،  $۱/۹۱$  با انحراف معیار  $۰/۹۳$  است که برابر با  $۴۷/۷۵\%$  می‌باشد. (جدول ۴) بر اساس نتایج آزمون کی‌دو بین نظرات سطوح مختلف مدیران، در سطح خطای  $۵\%$  تفاوت معناداری وجود دارد  $(p=0.007<0.05)$ .

میانگین امتیاز «میزان تعهد رهبری» در بیمارستان‌های مورد بررسی  $۱/۹۲$  با انحراف معیار  $۰/۹۹$  (برابر با  $۴۸\%$ ) می‌باشد. که در این میان مدیران و سرپرستان بیمارستان شهید اکبری بیشترین امتیاز را با میانگین  $۳/۳۱$  و انحراف معیار  $۰/۹۰$  (برابر با  $۸۲/۷۵\%$ ) کسب نموده و در مقابل مدیران و سرپرستان بیمارستان حضرت فاطمه کمترین امتیاز را با میانگین  $۱/۳۰$  و انحراف معیار  $۰/۸۵$  (برابر با  $۳۲/۵۰\%$ ) را به دست آوردند.

برای مقایسه نظرات مدیران و سرپرستان بیمارستان‌ها با یکدیگر، نسبت به تعهد رهبری، از روش آنالیز واریانس استفاده شد که بر اساس نتایج این جدول بین نظر مدیران و سرپرستان

جدول ۲- درصد فراوانی (میزان توجه به مشتری) و (مشارکت کارکنان در اجرای TQM) بر اساس سؤالات مربوطه

ردیف	سؤالات	امتیازات						انحراف معیار
		خیلی کم فراوانی (درصد)	کم فراوانی (درصد)	متوسط فراوانی (درصد)	زیاد فراوانی (درصد)	خیلی زیاد فراوانی (درصد)	میانگین	
۱	برنامه‌ریزی برای همکاری با مراجعه‌کنندگان در بیمارستان	۱/۱	۶/۷	۲۲/۲	۳۵/۶	۱۴/۴	۲/۵۶	-/۸۶
۲	پیروی از برنامه مشخص جهت تماس و ارتباط با مراجعه‌کنندگان	۵/۶	۱۵/۶	۳۲/۲	۳۶/۷	۱۰	۲/۳۰	۱/۰۳
۳	برنامه‌ریزی جهت استفاده از نظرات و آرای مراجعه‌کنندگان	۴/۴	۱۰	۴۸/۹	۲۴/۴	۱۲/۲	۲/۳۰	-/۹۷
۴	تحلیل و بررسی شکایت‌های به دست آمده از مراجعه‌کنندگان	۵/۶	۱۴/۴	۳۰	۳۴/۴	۱۵/۶	۲/۴۰	۱/۰۹
۵	پیگیری و ردیابی خدمات ارائه شده، به مراجعه‌کنندگان	۲/۲	۱۰	۴۲/۲	۲۶/۷	۱۸/۹	۲/۵۰	-/۹۹
۶	اندازه‌گیری سطح رضایت مراجعه‌کنندگان از خدمات ارائه شده	۲/۲	۷/۸	۳۶/۷	۳۴/۴	۱۸/۹	۲/۶۰	-/۹۶
۷	شناسایی عوامل مؤثر بر رضایت مراجعه‌کنندگان	۳/۳	۱۱/۱	۳۴/۴	۳۷/۸	۱۳/۳	۲/۴۷	-/۹۷
۸	استفاده از عوامل کیفیت برای جلب رضایت و اعتماد مراجعه‌کنندگان	۳/۳	۲۳/۳	۳۴/۴	۳۷/۸	۱۱/۱	۲/۲۰	۱/۰۳
۹	میزان مشخص نمودن روش‌های ارائه خدمات مطلوب به مراجعه‌کنندگان	۱/۱	۱۸/۹	۲۶/۷	۳۷/۸	۵/۶	۲/۲۸	-/۸۷
۱۰	میزان انعکاس باز خورد فعالیت‌های مربوط به مشتری	۴/۴	۱۶/۷	۳۱/۱	۳۳/۳	۱۴/۴	۲/۳۷	۱/۰۶
							۲/۳۹ کل ۵۹/۵۷٪	-/۸۱
۱۱	وجود نظام مدون جهت مشارکت کارکنان در فرآیندهای بهبود کیفیت	۱۱/۱	۲۳/۳	۴۰	۱۵/۶	۱۰	۱/۹۰	۱/۱۱
۱۲	برگزاری کلاس‌های آموزش توجیهی جهت آشنایی پرسنل با فلسفه وجودی نظام مشارکت و مأموریت آن	۲۱/۱	۱۸/۹	۳۵/۶	۱۴/۴	۱۰	۱/۷۳	۱/۲۳
۱۳	بررسی پیشنهادات کارکنان	۵/۶	۱۸/۹	۳۷/۸	۲۸/۹	۸/۹	۲/۱۷	۱/۰۲
۱۴	فعالیت کارکنان در قالب تیم‌های حل مسأله برای حل مشکلات	۱۴/۴	۱۸/۹	۴۴/۴	۱۱/۱	۱۱/۱	۱/۸۶	۱/۱۵
۱۵	عضویت پرسنل در گروه‌های بهبود کیفیت	۱۴/۴	۲۵/۶	۳۶/۷	۱۴/۴	۸/۹	۱/۷۸	۱/۱۴
۱۶	تشکیل منظم و مستمر جلسات گروه‌های بهبود کیفیت	۱۵/۶	۳۰	۲۸/۹	۱۴/۴	۱۱/۱	۱/۷۶	۱/۲۱
۱۷	آزادی عمل تیم‌های ارتقای کیفیت در انجام کارها یا انتخاب موضوعات	۱۶/۷	۱۰	۳۸/۹	۲۵/۶	۸/۹	۲	۱/۱۸
۱۸	تأثیر نظام مشارکت بیمارستان در مشارکت و درگیری پرسنل در کار و ایجاد حس تعلق پرسنل به بیمارستان	۱۶/۷	۱۱/۱	۴۲/۲	۱۸/۹	۱۱/۱	۱/۹۷	۱/۱۹
۱۹	افزایش امنیت شغلی و پاداش‌های مالی توسط نتایج تصمیمات مشارکتی که در بهبود و ارتقای فرآیندهای بیمارستان مؤثر بوده‌اند	۲۰	۲۱/۱	۴۱/۱	۱۳/۳	۴/۴	۱/۶۱	۱/۰۹
							۱/۸۶ کل ۴۶/۱۵٪	-/۹۶

میزان توجه به مشتری

مشارکت کارکنان در اجرای TQM

جدول ۳- درصد فراوانی (ارتباط سازمانی) و (توسعه منابع انسانی) بر اساس سؤالات مربوطه

ردیف	سؤالات	امتیازات						انحراف معیار
		خیلی کم فراوانی (درصد)	کم فراوانی (درصد)	متوسط فراوانی (درصد)	زیاد فراوانی (درصد)	خیلی زیاد فراوانی (درصد)	میانگین	
۱	احساس مسؤولیت مدیران نسبت به مشکلات کارکنان	۷/۸	۷/۸	۳۲/۲	۳۵/۶	۱۶/۷	۲/۴۶	۱/۱۰
۲	احساس مسؤولیت مدیران نسبت به مشکلات شخصی و خانوادگی کارکنان	۱۸/۹	۱۴/۴	۴۰	۲۰	۶/۷	۱/۸۱	۱/۱۶
۳	ارائه اطلاعات لازم در مورد کار توسط مدیران به کارکنان	۴/۴	۱۳/۳	۲۸/۹	۴۱/۱	۱۲/۲	۲/۴۳	۱/۰۲
۴	سرعت و کیفیت انتقال اطلاعات به کارکنان توسط بالادستی‌ها	۶/۷	۸/۹	۴۰	۳۲/۲	۱۲/۲	۲/۶۷	۲/۳۹
۵	اطلاع‌رسانی به کارکنان در مورد تغییرات تصمیم‌گیری‌های جدید توسط مدیران بیمارستان	۵/۶	۲۰	۳۱/۱	۳۱/۱	۱۲/۲	۲/۳۴	۱/۰۸
۶	مشخص بودن ارتباطات درون سازمانی بیمارستان	۴/۴	۲۲/۲	۴۴/۴	۲۱/۱	۷/۸	۲/۰۶	-/۹۶
۷	اطلاع‌رسانی به کارکنان در مورد فرصت‌های ارتقای شغلی، انتصاب و سایر امتیازات شغلی بیمارستان توسط مدیران بیمارستان	۱۰	۲۴/۴	۲۴/۴	۳۰	۱۱/۱	۲/۰۸	۱/۱۸
۸	مشخص بودن ارتباطات درون سازمانی بیمارستان	۵/۶	۲۰	۵۱/۱	۱۵/۶	۷/۸	۲	-/۹۵
۹	مشخص بودن ارتباط افراد در کارهای گروهی	۶/۷	۱۸/۹	۴۶/۷	۱۷/۸	۱۰	۲/۰۶	۱/۰۲
							۲/۲۰ کل ۵۵٪	-/۹۱
۱۰	تدوین خط‌مشی‌ها و راهبردهای مرتبط با آموزش و توانمندسازی کارکنان	۱۳/۳	۱۵/۶	۴۲/۲	۲۱/۱	۷/۸	۱/۹۴	۱/۱۱
۱۱	شناخته بودن شاخص‌های مورد استفاده در سنجش کارایی و ارزیابی کارکنان برای آنها	۱۲/۲	۱۶/۷	۳۶/۷	۲۷/۸	۶/۷	۲	۱/۱۰
۱۲	رضایت کارکنان از نحوه ارزیابی	۱۶/۷	۲۱/۱	۳۳/۳	۲۲/۲	۶/۷	۱/۸۱	۱/۱۶
۱۳	تلاش در جهت استقرار سیستم بررسی و شناخت نیازهای آموزشی	۱۲/۲	۱۸/۹	۳۰	۲۵/۶	۱۳/۳	۲/۰۹	۱/۲۱
۱۴	توجه به پیگیری و استمرار آموزش کارکنان	۱۲/۲	۲۰	۳۵/۶	۲۰	۱۲/۲	۲	۱/۱۸
۱۵	وجود برنامه‌های آموزشی در راستای یادگیری و به کارگیری ابزارهای مورد نیاز TQM	۱۱/۱	۳۱/۱	۳۴/۴	۱۵/۶	۷/۸	۱/۷۸	۱/۰۹
۱۶	تخصیص منابع برای رفع نیازمندی‌های آموزشی کارکنان	۲۱/۱	۳۲/۲	۳۳/۳	۱۶/۷	۶/۷	۱/۵۶	۱/۱۹
۱۷	مطابقت و هماهنگی آموزش‌های انجام شده با نیازهای بیمارستان	۸/۹	۱۵/۶	۳۸/۹	۲۶/۷	۱۰	۲/۱۳	۱/۰۸
۱۸	ایجاد فرصت برای آشنایی با شاخص‌های سیستم ارتقاء برای کارکنان	۱۴/۴	۳۰	۳۳/۳	۱۴/۴	۷/۸	۱/۷۱	۱/۱۲
۱۹	رضایت از عملکرد نظام ارتقاء در بیمارستان	۱۴/۴	۲۷/۸	۴۱/۱	۸/۹	۷/۸	۱/۶۸	۱/۰۸
							۱/۸۷ کل ۴۶/۷۵٪	-/۹۰

ارتباط سازمانی

توسعه منابع انسانی

جدول ۴- فرهنگ‌سازی برای اجرای TQM) و (کار تیمی جهت اجرای TQM) بر اساس سؤالات مربوطه

ردیف	سؤالات	امتیازات					میانگین	انحراف معیار
		خیلی کم (درصد)	کم (درصد)	متوسط (درصد)	زیاد (درصد)	خیلی زیاد (درصد)		
۱	توجه به بسترسازی فرهنگ کیفیت توسط مدیران بیمارستان	۱۰	۲۷/۸	۳۰	۲۴/۴	۷/۸	۱/۹۲	
۲	تعهد مدیران بیمارستان به ارزش‌های سازمانی	۷/۸	۱۰	۲۸/۹	۳۱/۸	۱۲/۲	۲/۳۰	
۳	ایجاد ارزش‌های تعریف شده یک محیط مطلوب برای پیاده‌سازی و حرکت به سمت کیفیت فراگیر در بیمارستان	۱۶/۷	۲۰	۴۱/۸	۱۶/۷	۵/۶	۱/۷۴	
۴	هم‌سویی اهداف بیمارستان با اهداف کارکنان	۱۰	۳۶/۷	۴۵/۶	۱۱/۸	۶/۷	۱/۷۸	
۵	وجود عدم تمایز بین مدیران و کارکنان	۱۸/۹	۱۴/۴	۳۸/۹	۱۸/۹	۸/۹	۱/۸۴	
۶	اهمیت دادن به موفقیت‌های عمده ناشی از بهبود مستمر	۲۲/۲	۳۱/۸	۳۳/۳	۶/۷	۶/۷	۱/۴۴	
۷	به موقع و کافی بودن جریان اطلاعات برای کارکنان در همه سطوح	۱۴/۴	۲۴/۴	۳۷/۸	۱۵/۶	۷/۸	۱/۷۸	
۸	شناخت و آگاهی کارکنان از عملکرد جاری کسب و کار	۲۱/۸	۱۴/۴	۴۷/۸	۱۲/۲	۴/۴	۱/۶۴	
							۱/۸۰ کل ۴۵٪	
۹	فعالیت گروه‌های کاری با ساختار و اهداف مشخص در بیمارستان	۶/۷	۲۰	۴۶/۷	۱۷/۸	۸/۹	۲/۰۲	
۱۰	تشکیل منظم جلسات گروه‌های کاری در دوره‌های زمانی مشخص	۱۱/۸	۱۶/۷	۴۰	۱۷/۸	۱۴/۴	۲/۰۸	
۱۱	انتقال منظم گزارش جلسات کاری به کمیته‌های اجرایی	۸/۹	۲۱/۸	۳۳/۳	۲۱/۸	۱۴/۴	۲/۱۱	
۱۲	وجود گروه‌های خودمختار که مسئولیت انجام فرآیند و یا بخشی از فرآیند را به عهده داشته باشند	۱۱/۸	۳۱/۸	۳۳/۳	۱۶/۷	۷/۸	۱/۷۹	
۱۳	مشخص بودن حیطه اختیارات و مسئولیت گروه‌ها	۷/۸	۱۵/۶	۴۵/۶	۲۱/۸	۱۰	۲/۱۰	
۱۴	تعریف شدن شاخص‌ها جهت ارزیابی عملکرد تیم‌ها	۱۴/۴	۲۱/۸	۳۶/۷	۱۶/۷	۱۱/۸	۱/۸۹	
۱۵	استفاده از گروه‌های کنترل کیفی جهت حل مسایل کیفی	۱۸/۹	۲۳/۳	۳۱/۸	۲۱/۸	۵/۶	۱/۷۱	
۱۶	استفاده از گروه‌های کاری جهت ارتباط و تعامل با مراجعه‌کنندگان	۱۱/۸	۲۱/۸	۴۱/۸	۲۱/۸	۵/۶	۱/۸۹	
۱۷	وجود محیط لازم و مساعد برای فعالیت تیم‌ها	۱۳/۳	۲۷/۸	۳۷/۸	۱۴/۴	۶/۷	۱/۷۳	
۱۸	ترغیب افراد به انجام کار تیمی به وسیله سیستم ارزشیابی	۲۳/۳	۲۱/۸	۳۵/۶	۱۳/۳	۶/۷	۱/۸۸	
							۱/۹۱ کل ۴۷/۷۵٪	
							۰/۹۳	

فرهنگ‌سازی برای اجرای TQM  
انجام کار تیمی

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار (عوامل مؤثر بر اجرای TQM) به تفکیک بیمارستان‌های مورد پژوهش

بیمارستان	امتیاز	میزان تعهد رهبری		ساختار مدیریت کیفیت		میزان توجه به مشتری		مشارکت کارکنان		ارتباطات		توسعه منابع انسانی		فرهنگ‌سازی		کار تیمی		امتیاز کل	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
حضرت رسول اکرم	۲/۴۵	۰/۴۰	۲/۵۳	۰/۴۸	۲/۰۷	۰/۸۰	۲/۰۷	۰/۳۸	۱/۷۰	۰/۴۷	۱/۹۱	۰/۳۳	۱/۶۲	۰/۳۶	۲/۱۲	۰/۴۵	۱/۸۸	۲/۰۳	۰/۲۷
شهید هاشمی نژاد	۱/۶۹	۰/۹۰	۱/۸۶	۰/۷۱	۱/۹۷	۰/۸۷	۱/۹۷	۰/۹۸	۱/۷۲	۰/۶۰	۱/۶۰	۱/۰۱	۱/۵۸	۱/۱۲	۱/۵۹	۱/۸۲	۱/۷۶	۰/۸۹	
شهید مطهری	۱/۶۲	۰/۷۵	۱/۸۵	۰/۷۰	۲/۲۰	۰/۸۶	۲/۲۰	۰/۸۸	۱/۲۷	۰/۴۰	۲/۲۲	۰/۵۲	۲/۲۱	۱/۹۰	۰/۳۸	۱/۸۷	۱/۸۹	۰/۴۹	
حضرت علی اصغر	۱/۹۵	۰/۹۳	۱/۹۵	۰/۶۴	۲/۶۲	۰/۷۸	۲/۲۲	۱/۱۸	۲/۲۲	۱/۰۱	۱/۹۵	۰/۵۹	۱/۰۳	۱/۴۱	۰/۶۷	۲/۰۳	۱/۸۹	۰/۶۷	
فیروزگر	۱/۹۴	۰/۸۹	۲/۱۲	۰/۴۷	۲/۳۶	۰/۴۵	۲/۳۶	۰/۷۱	۱/۸۶	۰/۳۱	۲	۰/۶۶	۲/۰۷	۲/۱۸	۰/۹۴	۲/۱۱	۲/۰۸	۰/۵۶	
شفایحیاتیان	۱/۳۱	۰/۷۴	۱/۴۱	۰/۶۱	۲/۳۱	۰/۸۰	۲/۳۱	۰/۵۲	۱/۲۳	۰/۷۶	۱/۹۶	۰/۷۷	۱/۶۳	۱/۲۷	۰/۵۴	۱/۷۶	۱/۶۴	۰/۵۹	
شهید اکبرآبادی	۳/۳۱	۰/۹۰	۲/۸۱	۰/۸۰	۳/۵۷	۰/۴۵	۳/۳۳	۰/۹۳	۳/۴۸	۰/۵۹	۳/۲۸	۱/۱۶	۳/۰۵	۳/۱۸	۰/۸۶	۳/۱۴	۳/۲۵	۰/۷۹	
شهادی هفتم تیر	۱/۶۰	۰/۷۶	۱/۹۶	۰/۸۳	۲/۴۶	۰/۸۶	۲/۴۶	۰/۷۸	۱/۷۷	۰/۸۰	۲/۳۲	۰/۶۱	۱/۴۴	۱/۶۲	۰/۴۵	۱/۲۷	۱/۸۲	۰/۶۵	
حضرت فاطمه	۱/۳۰	۰/۸۵	۱/۸۳	۰/۶۸	۲/۱۲	۰/۴۶	۲/۱۲	۰/۶۱	۱/۷۵	۰/۶۰	۲/۰۲	۰/۵۳	۱/۸۳	۱/۰۵	۰/۸۲	۱/۲۸	۱/۶۵	۰/۵۶	
روانپزشکی ایران	۱/۷۸	۱/۱۹	۱/۷۳	۰/۷۱	۲/۳۴	۰/۷۴	۲/۳۴	۰/۹۷	۱/۷۴	۱/۳۹	۲/۵۱	۱/۹۶	۱/۸۳	۱/۷۳	۰/۹۲	۱/۷۳	۱/۹۴	۰/۸۲	
کل	۱/۹۲	۰/۹۹	۲	۰/۷۴	۲/۳۹	۰/۸۱	۲/۳۹	۰/۹۶	۱/۸۶	۰/۹۱	۲/۲۰	۱/۸۷	۱/۸۰	۱/۹۱	۰/۸۹	۱/۸۸	۲	۰/۷۶	
	(۴۸٪)	(۵۰٪)	(۵۹/۷۵٪)	(۴۶/۵٪)	(۴۵٪)	(۴۷/۷۵٪)	(۵۰٪)	(۵۵٪)	(۴۶/۵٪)	(۴۵٪)	(۴۷/۷۵٪)	(۴۵٪)	(۴۷/۷۵٪)	(۴۵٪)	(۴۷/۷۵٪)	(۴۵٪)	(۵۰٪)		
p	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	

عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر تفاوت معناداری وجود دارد ( $p=0.0001$ ).

میانگین امتیاز کل عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های مورد بررسی ۲ با انحراف معیار ۰/۷۶ (برابر با ۵۰٪) می‌باشد که در این میان عامل «میزان توجه به مشتری» بیشترین امتیاز را با میانگین ۲/۳۹ و انحراف معیار ۰/۸۱ (برابر با ۵۹/۷۵٪) به دست آورد و در مقابل عامل «فرهنگ سازی» کمترین امتیاز را با میانگین ۱/۸۰ و انحراف معیار ۰/۸۹ برابر با ۴۵٪ کسب نمود ( $p=0.0001$ ).

برای مقایسه میانگین کل عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر از روش آنالیز واریانس استفاده شد که بر اساس نتایج این جدول، بین میانگین کل عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد ( $p=0.0001$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران که مجموعاً ۱۰ مرکز آموزشی درمانی می‌باشد انجام گرفت برای نیل به این هدف، هشت هدف ویژه به قرار زیر در نظر گرفته شد:

تعیین میزان تعهد رهبری در اجرای برنامه مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های مورد پژوهش؛ تعیین وضعیت ساختار مدیریت کیفیت در بیمارستان‌های مورد پژوهش؛ تعیین میزان توجه به مشتری در بیمارستان‌های مورد پژوهش؛ تعیین میزان مشارکت کارکنان در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های مورد پژوهش؛ تعیین چگونگی ارتباطات در بیمارستان‌های مورد پژوهش؛ تعیین میزان توسعه منابع انسانی در بیمارستان‌های مورد پژوهش؛ تعیین میزان توجه به فرهنگ‌سازی در جهت اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های مورد پژوهش؛ تعیین میزان توجه به کار تیمی در جهت اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های مورد پژوهش.

در زمینه تعهد رهبری در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر عامل «بازنگری مستمر سیستم بهبود کیفیت» امتیاز نسبتاً پایینی را کسب نموده است.<sup>۱۹</sup> مطابق نتایج حاصل از این پژوهش مدیران

برای مقایسه نظرات مدیران و سرپرستان بیمارستان‌ها با یکدیگر نسبت به ارتقای منابع انسانی از روش آنالیز واریانس استفاده شد که بر اساس نتایج این جدول بین نظر مدیران و سرپرستان بیمارستان‌های مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد ( $P=0.0001$ ).

عامل «توسعه منابع انسانی» در مقایسه با سایر عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر، رتبه ششم را با میانگین ۱/۸۷ (برابر با ۴۶/۷۵٪) کسب نمود. میانگین امتیاز «فرهنگ‌سازی» در بیمارستان‌های مورد بررسی ۱/۸۰ با انحراف معیار ۰/۸۹ (برابر با ۴۵٪) می‌باشد که در این میان مدیران و سرپرستان بیمارستان شهید اکبرآبادی بیشترین امتیاز را با میانگین ۳/۰۵ و انحراف معیار ۰/۸۶ (برابر با ۷۶/۲۵٪) کسب نموده و در مقابل مدیران و سرپرستان حضرت فاطمه کمترین امتیاز را با میانگین ۱/۰۵ و انحراف معیار ۰/۸۲ (برابر با ۲۶/۲۵٪) به دست آوردند.

برای مقایسه نظرات مدیران و سرپرستان بیمارستان‌ها با یکدیگر نسبت به فرهنگ‌سازی از روش آنالیز واریانس استفاده شد که بر اساس نتایج این جدول بین نظر مدیران و سرپرستان بیمارستان‌های مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد ( $p=0.0001$ ).

عامل فرهنگ‌سازی در مقایسه با سایر عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر رتبه هشتم را با میانگین ۱/۸۰ (برابر با ۴۵٪) کسب نموده. میانگین امتیاز «کار تیمی» در بیمارستان‌های مورد بررسی ۱/۹۱ با انحراف معیار ۰/۹۳ (برابر با ۴۷/۷۵٪) می‌باشد که در این میان مدیران و سرپرستان بیمارستان شهید اکبرآبادی بیشترین امتیاز را با میانگین ۳/۱۸ و انحراف معیار ۱/۱۴ (برابر با ۷۹/۵٪) کسب نموده و در مقابل مدیران و سرپرستان بیمارستان حضرت فاطمه کمترین امتیاز را با میانگین ۱/۲۸ و انحراف معیار ۰/۷۲ (برابر با ۳۲٪) به دست آوردند  $p=0.001$ .

برای مقایسه نظرات مدیران و سرپرستان بیمارستان‌ها با یکدیگر نسبت به کار تیمی از روش آنالیز واریانس استفاده شد که بر اساس نتایج این جدول بین نظر مدیران و سرپرستان بیمارستان‌های مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد.

عامل کار تیمی در مقایسه با سایر عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر رتبه چهارم را با میانگین ۱/۹۱ (برابر با ۴۷/۷۵٪) کسب نمود.

برای مقایسه میانگین امتیاز کل بیمارستان‌ها با یکدیگر از روش آنالیز واریانس استفاده شد که بر اساس نتایج این جدول بین میانگین امتیاز کل بیمارستان‌های مورد پژوهش جهت

حداقل امتیاز قابل قبول ۵۰٪ در نظر گرفته شد، شایان ذکر است که میانگین حد فاصل امتیازات مربوط به متغیرهای تأثیرگذار بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر بین ۴۵٪ تا ۵۹/۷٪ به دست آمده است.



در وضعیت متوسطی قرار دارد که نیازمند تقویت و بهبود مستمر می‌باشد (۱۷). تقی‌پور (۱۳۸۰) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که هنوز مفهوم واقعی مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های ما نهادینه نشده است که این خود یکی از موانع اجرای مدیریت کیفیت فراگیر می‌باشد (۱۴).

با توجه به نتایج حاصل در زمینه میزان توجه به مشتری که در حد خوبی قرار دارد و با عنایت به امتیاز نسبتاً خوب عامل «توجه به بررسی و اندازه‌گیری سطح رضایت مراجعه‌کنندگان از خدمات ارائه شده»، به طور کلی در رده‌بندی امتیاز عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر، این عامل در مرتبه اول قرار دارد. در این راستا بیمارستان شهید اکبرآبادی بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده است.

رستمی در سال ۱۳۸۱ در ارزیابی عوامل بحرانی مدیریت کیفیت فراگیر به این نتیجه رسید که در جامعه مورد پژوهش ایشان توجه به مشتری نیمی از کل امتیاز را کسب کرده و ایجاب می‌کند که سازمان به این عامل حیاتی در آینده توجه بیشتری داشته باشد (۱۶). اولادی در سال ۱۳۸۰ در ارزیابی نیازهای اساسی اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مجتمع حضرت رسول اعلام می‌دارد که میزان توجه به مشتری در بیمارستان مورد پژوهش در وضعیت نسبتاً خوبی قرار دارد و علت این وضعیت را ماهیت ارائه خدمت در بخش بهداشت و درمان و لزوم توجه به بیماران ذکر نموده است (۱۸).

از جمله یافته‌هایی که پژوهشگران در زمینه اجرای میزان مشارکت کارکنان بدان دست یافتند، امتیاز نسبتاً پایین عامل «میزان افزایش امنیت شغلی و پاداش‌های مالی توسط نتایج تصمیمات مشارکتی» است. لذا مطابق نتایج این پژوهش میزان مشارکت کارکنان در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در حد قابل قبولی نبوده و نیاز به تقویت و بهبود مستمر می‌باشد. بیمارستان شهید اکبرآبادی در این زمینه نیز امتیاز بسیار خوبی را کسب نموده است. به طور کلی میزان مشارکت کارکنان در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های مورد پژوهش در وضعیت پایین‌تر از حد قابل قبول قرار دارد و در رده‌بندی امتیاز عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مرتبه هفتم قرار می‌گیرد.

دهنویه (۱۳۸۲) در بررسی نیازهای اساسی اجرای مدیریت کیفیت فراگیر برگزارهای کلاس‌های آموزشی توجیهی جهت آشنایی پرسنل با فلسفه وجودی نظام مشارکت را سودمند دانست، همچنین عامل مشارکت کارکنان را نیازمند تقویت می‌داند (۱۷). تقی‌پور (۱۳۸۰) در بررسی موانع اجرای مدیریت کیفیت فراگیر از دیدگاه مدیران مراکز بهداشتی و درمانی تبریز

و سرپرستان تعهد کافی در زمینه اجرای مدیریت کیفیت فراگیر را ندارند. در این راستا ما بین ۱۰ مرکز آموزشی درمانی مورد پژوهش، بیمارستان شهید اکبرآبادی امتیاز بسیار خوبی را به خود اختصاص داده است. به طور کلی، میزان تعهد رهبری در بیمارستان‌های مورد پژوهش پایین‌تر از حد قابل قبول می‌باشد و در رده‌بندی امتیاز عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مرتبه چهارم قرار گرفت.

تقی‌پور در سال ۱۳۸۰ در پژوهش خود با عنوان «بررسی موانع اجرای مدیریت کیفیت فراگیر از دیدگاه مدیران دانشگاه علوم پزشکی تبریز» به این نتیجه رسیده است که یکی از مهم‌ترین موانع اجرای مدیریت کیفیت فراگیر کمی حمایت و تعهد لازم مدیران در اجرای فرآیندها است (۱۴). همچنین توفیقی در سال ۱۳۷۸ در بررسی خود با عنوان «ارتقای کیفیت، موانع و راهکارها» بیان می‌دارد که یکی از مهم‌ترین موانع استقرار نظام کیفیت، کمی تعهد مدیران می‌باشد (۱۵). رستمی در سال ۱۳۸۱ در بررسی خود با عنوان «عوامل بحرانی مدیریت کیفیت فراگیر» به این نتیجه رسید که میزان شرکت نامنظم رهبران در کمیته‌های راهبردی بیانگر تعهد پایین آنان نسبت به این عامل می‌باشد (۱۶). دهنویه در سال ۱۳۸۲ در پژوهش خود با عنوان «ارزیابی نیازهای اساسی اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مجتمع حضرت رسول» دلیل بالا بودن تعهد رهبری را در بیمارستان‌های مورد پژوهش را، تحصیلات مرتبط مدیریت وقت بیمارستان (دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی) ذکر نموده است (۱۷).

در زمینه وضعیت ساختار مدیریت کیفیت، یافته‌ها حاکی از امتیاز نسبتاً پایین عامل «بازنگری ساختار سازمانی بیمارستان بر طبق ارزش‌های مدیریت کیفیت فراگیر» است. در این زمینه نیز بیمارستان شهید اکبرآبادی از امتیاز خوبی ما بین سایر بیمارستان‌ها برخوردار گردید. به طور کلی وضعیت ساختار مدیریت کیفیت در ۱۰ بیمارستان مورد پژوهش در طبقه متوسط (قابل قبول) قرار دارد و در رده‌بندی امتیاز عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مرتبه سوم قرار می‌گیرد.

توفیقی (۱۳۷۸) در بررسی خود به این نتیجه می‌رسد که یکی از مهم‌ترین موانع استقرار نظام کیفیت، عدم تناسب ساختار سازمانی با نظام کیفیت است (۱۵). اولادی (۱۳۸۰) در ارزیابی نیازمندی‌های اساسی اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در صنعت پتروشیمی به این نتیجه رسید که ساختار سازمانی مدیریت کیفیت فراگیر در سازمان مذکور ضعیف است (۱۸). دهنویه (۱۳۸۲) در بررسی خود در رابطه با وضعیت ساختار مدیریت کیفیت در بیمارستان حضرت رسول اعلام می‌کند که عامل فوق

نتیجه رسید که توسعه منابع انسانی در سازمان امتیاز بالایی کسب نموده است (۱۶). تقی‌پور (۱۳۸۰) در بررسی خود به این نتیجه رسید که عدم توجه و آموزش کارکنان و همچنین نبود آگاهی یا دانش کافی از مدیریت کیفیت فراگیر از مهم‌ترین موانع عمده در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر می‌باشد (۱۴).

در زمینه فرهنگ‌سازی جهت اجرای مدیریت کیفیت فراگیر امتیاز محاسبه شده از حد قابل قبول پایین‌تر می‌باشد و عامل «میزان اهمیت دادن به موفقیت‌های عمده ناشی از بهبود مستمر» میانگین نسبتاً پایین را به خود اختصاص داده است. نتیجتاً مطابق نتایج حاصله می‌توان چنین اظهار نمود که وضعیت فرهنگ‌سازی در حد قابل قبولی نمی‌باشد. و در رده‌بندی عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مرتبه آخر یعنی هشتم قرار دارد. در این زمینه، بیمارستان شهید اکبرآبادی بیشترین امتیاز را در مقام مقایسه با سایر بیمارستان‌ها کسب نموده است.

دهنویه (۱۳۸۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که در زمینه فرهنگ‌سازی برای اجرای مدیریت کیفیت فراگیر مجتمع حضرت رسول نیازمند تقویت می‌باشد (۱۷). کریمی (۱۳۸۲) نیز در بررسی سنجش میزان استفاده شرکت‌های برتر ایران از ابزار مدیریت کیفیت فراگیر به این نتیجه رسید که تلاش برای شناسایی و پاداش به موفقیت بهبود کیفی از جمله مفاهیم و موضوعاتی است که در شرکت‌های برتر ایران کمتر مورد توجه بوده و بیشترین اختلاف را با حد مطلوب دارند (۱۹). تقی‌پور (۱۳۸۰) در بررسی خود به این نتیجه رسید که عدم تشویق مدیران از تلاش‌ها و دستاوردهای کارکنان یکی از مهم‌ترین موانع عمده در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر می‌باشد (۱۴).

در زمینه میزان توجه به کار تیمی در جهت اجرای مدیریت کیفیت فراگیر امتیاز کسب شده نزدیک به حد قابل قبول می‌باشد. در این رابطه، میانگین امتیاز نسبتاً پایین عامل «میزان ترغیب افراد به انجام کار تیمی به وسیله سیستم ارزشیابی» قابل توجه می‌باشد. در بین بیمارستان‌های مورد پژوهش، بیمارستان شهید اکبرآبادی بیشترین امتیاز را کسب نموده و به طول کلی میزان توجه به کار تیمی در بیمارستان‌های مورد پژوهش در حد قابل قبولی نمی‌باشد و در رده‌بندی عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مرتبه پنجم قرار می‌گیرد. دهنویه (۱۳۸۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که زمینه کار تیمی برای اجرای مدیریت کیفیت فراگیر مجتمع حضرت رسول نیازمند تقویت می‌باشد (۱۷). کریمی (۱۳۸۲) نیز به این نتیجه رسید که در شرکت‌های ایران اغلب از کار تیمی حمایت نمی‌شود (۱۹). تقی‌پور (۱۳۸۰) نیز به این نتیجه رسید که یکی از مهم‌ترین موانع اجرای مدیریت کیفیت فراگیر سیستم

به این نتیجه رسید که عدم توجه و آموزش کارکنان در قالب کلاس‌های آموزشی یکی از مهم‌ترین موانع اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در این مراکز می‌باشد (۱۴).

شاید بتوان یکی از مهم‌ترین دلایل کم بودن میزان برگزاری کلاس‌های آموزش توجیهی برای کارکنان را عدم توجه و مشارکت کارکنان در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر دانست. کریمی (۱۳۸۲) در مطالعه میزان استفاده شرکت‌های برتر ایران از ابزار مدیریت کیفیت فراگیر به این نتیجه می‌رسد که در جامعه مورد بررسی‌اش مشارکت کارکنان که از اصول اساسی مدیریت کیفیت فراگیر است، به میزان مطلوب وجود ندارد و تفاوت زیادی با حد مطلوب دارد (۱۹). اولادی (۱۳۸۰) نیز وضعیت صنایع پتروشیمی را در زمینه مشارکت کارکنان در اجرای مدیریت کیفیت فراگیر ضعیف می‌داند (۱۸). در زمینه وضعیت ارتباطات سازمانی، امتیاز کسب شده از حد قابل قبول بالاتر می‌باشد. عامل «احساس مسؤلیت مدیران نسبت به مشکلات شخصی و خانوادگی کارکنان» امتیاز نسبتاً پایینی را به خود اختصاص داده است که توجه بیشتری را می‌طلبد. از بین بیمارستان‌های مورد پژوهش، بیمارستان شهید اکبرآبادی بیشترین و بالاترین امتیاز را کسب نموده است و به طور کلی وضعیت ارتباطات سازمانی در بیمارستان‌های مورد پژوهش در وضعیت نسبتاً خوبی قرار دارد و در رده‌بندی امتیاز عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مرتبه دوم قرار دارد. دهنویه (۱۳۸۲) به این نتیجه رسید که ارتباطات سازمانی در مجتمع حضرت رسول اکرم دارای وضعیت خوبی است (۱۷). تقی‌پور (۱۳۸۰) در بررسی خود به این نتیجه رسید که نارسایی و ناتوانی در نظام اطلاعات مدیریتی که از زیر ساخت استراتژیک سازمان تلقی می‌گردد یکی از مهم‌ترین موانع عمده در اجرای مدیریت فراگیر می‌باشد (۱۴).

در زمینه توسعه منابع انسانی، امتیاز محاسبه شده پایین‌تر از حد قابل قبول می‌باشد در این راستا عامل «تخصیص منابع برای رفع نیازمندی‌های آموزشی کارکنان» امتیاز پایینی به خود اختصاص داده است. در بین بیمارستان‌های مورد پژوهش بیمارستان شهید اکبرآبادی امتیاز بسیار خوبی را کسب نموده است. به طور کلی میزان توسعه منابع انسانی در بیمارستان‌های مورد پژوهش در حد قابل قبول نمی‌باشد و در رده‌بندی امتیاز عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مرتبه ششم قرار می‌گیرد. دهنویه (۱۳۸۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که در زمینه توسعه منابع انسانی مجتمع حضرت رسول نیازمند تقویت می‌باشد (۱۷). اولادی (۱۳۸۰) به این نتیجه رسید که در زمینه توسعه منابع انسانی، صنایع پتروشیمی دارای وضعیت ضعیفی می‌باشد (۱۸). رستمی (۱۳۸۱) در بررسی خود به این

رفته بیمارستان‌های مورد پژوهش در خصوص تعهد رهبری، کار تیمی، توسعه منابع انسانی، مشارکت کارکنان و فرهنگ‌سازی نیازمند تقویت و توجه ویژه می‌باشند. نهایتاً آن که امتیاز کسب شده توسط بیمارستان‌های مورد مطالعه نشانگر آن است که بیمارستان شفا یحیائیان حداقل امتیاز و بیمارستان شهید اکبرآبادی بیشترین امتیاز را از بین ۸ عامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر به خود اختصاص داده‌اند و بقیه بیمارستان‌ها به ترتیب حداکثر بودن امتیاز عبارتند از: فیروزگر، حضرت رسول اکرم، روانپزشکی ایران، حضرت علی اصغر، شهید مطهری، شهدای هفتم تیر، شهید هاشمی‌نژاد و حضرت فاطمه.

ارزشیابی نامناسب در محیط کار می‌باشد (۱۴). به طور کلی میانگین امتیاز کسب شده توسط عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های مورد مطالعه بین دو مقدار حداقل ۴۵٪ (فرهنگ‌سازی) و حداکثر ۵۹/۷۵٪ (میزان توجه به مشتری) قرار گرفت و بقیه عوامل نیز به ترتیب: ارتباطات مناسب سازمانی، ساختار سازمانی، تعهد رهبری، کار تیمی، توسعه منابع انسانی، مشارکت کارکنان در این فاصله قرار می‌گیرند. در واقع در بین ۸ عامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های مورد پژوهش «میزان توجه به مشتری»، «ارتباطات سازمانی»، «ساختار سازمانی» در وضعیت خوب قرار گرفته و ۵ عامل دیگر در وضعیت متوسط می‌باشند که روی هم

## References

- 1- Tabibi, SJ, Ebadi Azar F, Tourani S. Total Quality Management in Healthcare system, 1st ed. Tehran: Jahan Rayaneh; 2002: 5- 6, 48- 49.
- 2- Mark Graham B, Hitchcock E, Willard L. Why TQM Fails and What to do About it. 1sted. New York: Mc Graw Hill; 1994: 132.
- 3- Parsley K. Pushing Evidence in to Practice, Quality Improvement in Healthcare. UK; 1999: 158- 159.
- 4- Wager TH, Rondeua KV. Total Quality, Commitment and Performance in Canadian Healthcare Quality Assurance. 1sted; 1998: 1- 7.
- 5- Lamei, A. Introduction to Quality Management 2nd ed. Tehran; National Committee of Quality Development, Ministry of Health and Medical Education; 2002, B.
- 6- David P. Effective Leadership for Total Quality Management. Dissertation, University of Missouri: Rolla: 2002: 137.
- 7- Hamidi Y. A Study on Total Quality Management in Healthcare System and Designing a Model for Iran, PhD Dissertation, Islamic Azad University; 2002: 8, 16.
- 8- Pearman, LKo. Link Between a Total Quality Management Initiative An the Accounting and Control System in Healthcare Services. 1sted. Agency for Healthcare Policy & Research (AHCPR); 1994: 96- 96.
- 9- Townes C, Petit B, young B. Implementing Total Quality Management in a Academic Surgery Setting: Lesson Learned. Switzerland; Swiss- Surgery; 1995: 15- 17.
- 10- Harrington D, Barker W. Quality Management in Irish Healthcare; International Journal of Healthcare Quality Assurance, 2000; 2 (6): 234.
- 11- Madani SM. Possibility of Total Quality Management Application in Isfahan Teaching Hospitals. M.S. Thesis, School of Management and Information, Iran University of Medical Sciences; 2000: 176.
- 12- Spechler J. Managing Quality in American's Most Admired Companies. Sanfrancisco: Berreh Koehler Publisher; 1999: 7.
- 13- Zayandeh M. Activities Report of the National Committee of Quality Development, Special Scientific Report. Tehran: Beheshti Medical University Publication. No. 3 March 2000: Introduction and 2.
- 14- Taghipoor Hakhaskhani S. Executive Limitations of TQM from the Managers Point of View at the Teaching and curative Centers, Tabriz University of Medical Sciences. M.S. Thesis, Islamic Azad University; 2000.
- 15- Toufighi Sh. "Quality Development, Limitations and Strategies". Hospital. 1(2): 40- 43.
- 16- Rostami M. Critical Factors Evaluation and Total Quality Success. M.A. Thesis, Faculty Training University; 2003.
- 17- Dehnaviyeh R. Evaluation of the Fundamental Needs for TQM Application in Rasul Akram Teaching Hospital. M.S. Thesis, School of Management and Information, Iran University of Medical Sciences; 2004.
- 18- Ouladi R. Evaluation of the Fundamental needs for TQM Application in Iran's Petrochemical Industry. M.S. Thesis, Faculty Training University; 2002.
- 19- Karimi, M. Examination of Usage Rate of TQM Tools, Techniques and Concepts in Iran's Superior Corporations. M.S Thesis, Faculty Training University; 2004.