

شاخص‌های سلامت نشان داده است (۳۸-۲۷). این روش یک نوع روش پژوهش بوده و می‌تواند در مستند نمودن فرآیندها و سنجش وضعیت فرآیند بعد از ارتقاء نیز بکار رود (۳۹). FOCUS-PDCA در تحلیل مشکلات، سنجش عملکرد فرآیند، ارتقاء کارایی و کیفیت خدمت کاربرد دارد (۴۰).

جدول ۱- روش ارتقاء FOCUS PDCA

مراحل ارتقاء	توضیح هر مرحله	ابزارهای مورد استفاده
Find	فرآیندی را برای ارتقاء انتخاب نمایید	نمودار پارتو نمودار قالبی، بارش افکار
Organize	با صاحبان فرآیند یک تیم تشکیل دهید	-
Clarify	وضعیت جاری فرآیند را شفاف کنید	فلوچارت، نمودار کنترل، هیستوگرام
Understand	علل نوسان فرآیند را تعیین نمایید	نمودار همگرایی، نمودار علت و معلول
Select	راهکار ارتقاء را انتخاب کنید	جدول اولویت‌بندی، روش گروه اسمی
Plan	برنامه ارتقاء را تهیه نمایید	جدول گانت
Do	ارتقاء را اجرا کنید	-
Check	نتایج را ارزشیابی نمایید	نمودار کنترل و شاخص‌های آماری
Act	برای تثبیت نتایج ارتقاء اقدام نمایید	نمودار کنترل

روش کار

در سال ۱۳۷۸ به‌کارگیری روش ارتقاء FOCUS PDCA در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی استان آذربایجان شرقی آغاز شد. برای نهادینه کردن فرهنگ ارتقاء مستمر کیفیت در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی رویکرد چندگانه آموزش و توانمندسازی، طراحی و اجرا شد. تشکیل کمیته آموزش و هماهنگی ارتقاء کیفیت، توانمندسازی کارکنان، انتخاب و گسترش روش ارتقاء FOCUS PDCA، طراحی الگوی آموزش ارتقاء کیفیت، ایجاد شبکه یادگیری (انتقال تجربیات)، ارزشیابی و نظام اطلاعات اختصاصی، تشکیل دبیرخانه ارتقاء در واحدهای ستادی و تشویق و قدردانی، عوامل مختلف این رویکرد را تشکیل می‌دادند.

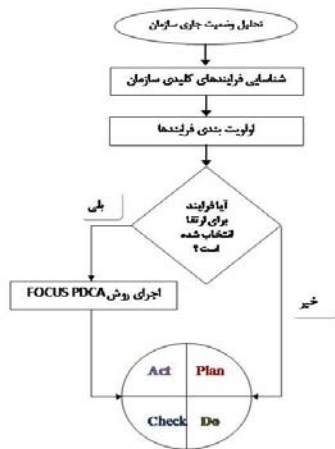
کمیته آموزش و هماهنگی ارتقاء مستمر کیفیت: این کمیته با هدف ایجاد و گسترش فرهنگ ارتقاء مستمر کیفیت، ایجاد زبان مشترک، ارتقاء دانش و مهارت کارکنان، ایجاد بستر مناسب جهت تحقق مدیریت جامع کیفیت، ایجاد نگرش فرآیندی، ارایه مشاوره برای طرح‌های ارتقاء و ارتقاء فرآیندهای تحت نفوذ کارکنان در مرکز بهداشت استان و ۱۹ شهرستان تشکیل یافت و هر هفته به صورت منظم تشکیل جلسه می‌داد. این کمیته برنامه استراتژیک و نظام اطلاعات کیفیت را طراحی نمود.

سازماندهی تیم‌های آموزشی ارتقاء مستمر کیفیت: برای آموزش کارکنان در سطوح مختلف روش آشنایی انتخاب شد. با تربیت ۲۵ مدرس از شهرستان‌های مختلف و نیز تشکیل ۵ مرکز آموزشی در سطح استان، کارکنان در رده‌های مختلف آموزش دیدند.

طولانی مدت مشتری گام برمی‌دارد (۱). برای بقا در دنیای پرقابلیت کنونی ادغام کیفیت در سازمان‌های سلامت امری ضروری است (۲). کیفیت، تأمین خواسته مشتری و حتی حرکت در راستای خوشحال کردن مشتری با پاسخ به فراتر از نیازهای فعلی اوست (۳). فلسفه مدیریت جامع کیفیت در صنعت پا به عرصه وجود گذاشت و بعد وارد نظام‌های ارایه خدمت شد و اکنون یک رویکرد اساسی در مدیریت نظام سلامت است (۴). ارتقاء مستمر کیفیت یک فلسفه مدیریتی است که بهبود مستمر فرآیندها و در نتیجه ارتقاء مستمر رضایت بیمار را دنبال می‌نماید (۵).

یکی از ارکان اساسی مدیریت کیفیت تمرکز روی فرآیندهاست. فرآیند به مجموعه عوامل مختلف که هدف خاصی را دنبال می‌نماید، اطلاق می‌گردد و عملکرد آن به ارتباط مشتری‌های مختلف بستگی دارد (۶). اغلب مشکلات کیفیت از نارسایی در ارتباط و هماهنگی فرآیندها ایجاد می‌گردد. ارتقاء در یک فرآیند با نارسایی در فرآیند دیگر خنثی می‌گردد. اگر ارایه‌دهندگان مختلف مانند تیم عمل نموده و به سوی اهداف مشترک حرکت نمایند، می‌توان به کیفیت دست یافت (۷). نگاه مجزا به بخش‌های مختلف فرآیندهای سلامت از ارایه خدمت جامع به بیمار جلوگیری می‌کند (۸) و استانداردسازی فرآیند از وقوع خطا پیشگیری می‌کند (۹).

سازمان‌های سلامت در سراسر جهان دستیابی به کیفیت را یک استراتژی اساسی قرار داده‌اند (۱۰). به‌کارگیری مفاهیم ارتقاء مستمر کیفیت و مدیریت جامع کیفیت در اغلب بیمارستان‌های انگلستان شروع شده است (۱۱). بیمارستان‌ها استفاده از ابزارهای ارتقاء مستمر کیفیت را از سال ۱۹۷۰ شروع کردند (۱۲). تجربیات مختلف در زمینه به‌کارگیری مفاهیم ارتقاء مستمر کیفیت در نظام سلامت گزارش شده است (۲۳-۱۳). برای ارتقاء فرآیند روش‌های مختلفی وجود دارد. هر سازمان باید یکی از این روش‌ها را انتخاب و همه کارکنان را آموزش دهد. به‌کارگیری یک روش ارتقاء در سراسر سازمان ضرورت تام دارد (۲۴). روش FOCUS-PDCA برای ارتقاء عملکرد فرآیندها توسط انجمن بیمارستان‌های آمریکا در سال ۱۹۸۹ تدوین شد تا تیم‌های سلامت به کارها به عنوان فرآیندهای قابل ارتقاء نگاه کنند. این روش مبتنی بر داده است و کار تیمی و مشارکت را تشویق می‌کند (۲۵). این روش می‌تواند به عنوان الگوی خودارزیابی در سازمان‌ها مورد استفاده واقع گردد. ارزشیابی درون‌سازمانی می‌تواند به عنوان حرکت آغازین ارتقاء ظرفیت‌های سازمانی عمل نماید (۲۶). مطالعات متعدد تأثیر روش FOCUS PDCA را در بهبود عملکرد فرآیندها و ارتقاء



شکل ۱- فلوچارت برنامه ریزی تفصیلی مبتنی بر فرآیندها

تشکیل دبیرخانه ارتقاء در واحدهای ستادی: دبیرخانه کمیته به منظور ایجاد ارتباط بهتر با هسته‌های شهرستانی، توزیع کتب، جزوات و نشریات، انعکاس اخبار و اطلاعات، جمع‌آوری آمار و بررسی عملکرد هسته‌ها، انتشار عملکرد کمیته استانی، ایجاد بایگانی منسجم، انجام مکاتبات و تنظیم صورت جلسات، تشکیل گردید.

طراحی و آموزش دوره آشنایی با نمودارهای کنترل: نمودارهای کنترل ابزارهای آماری هستند که برای پایش و ارتقاء عملکرد یک فرآیند استفاده می‌شوند. برای آشنایی کارکنان نظام سلامت با این نمودارها و استفاده از آنها در پایش خدمات سلامت، بسته آموزش ساده و کاربردی طراحی و آموزش داده شد.

ارتقاء فرآیندهای کلیدی: با نظارت مستمر کمیته هماهنگی در سطوح مختلف ارایه خدمت، فرآیندهای دارای اولویت شناسایی و با روش FOCUS PDCA مورد ارتقاء قرار گرفتند. برای انتخاب فرآیندهای دارای اولویت در پروژه ارتقاء، فرآیندها در سه سطح فرآیندهای خدمات، پشتیبانی و مدیریتی، شناسایی و تعریف شدند.

ارزیابی ارتقاء فرآیند: فرآیندهای ارتقاء یافته با چکلیست اختصاصی توسط یک کارشناس خبره در زمینه ارتقاء مستمر کیفیت مورد بررسی قرار گرفت. چکلیست بر اساس مراحل ارتقاء، ابزارهای ارتقاء و مقدار بهبود عملکرد فرآیند طراحی شد. در این بررسی فرآیندهای ارتقاء یافته از نظر نوع فرآیند، تیم ارتقاء، درستی ابزارهای مورد استفاده بر اساس روش استاندارد آن، مشارکت مردم و جامعه، مقدار ارتقاء (میزان بهبود شاخص عملکردی فرآیند بر اساس مقادیر کمی)، شاخص ارزشیابی و استراتژی ارتقاء مورد مطالعه قرار گرفتند.

توانمندسازی کارکنان: در فاصله سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۷۸ در مجموع ۱۳۱ کارگاه در ۴۷۳ روز و برای ۲۵۷۸ نفر برگزار شد که از آنها ۲۶۹ نفر پزشک بودند. در این راستا مجموعه‌های راهنمای تدریس مربیان ارتقاء مستمر کیفیت، مجموعه آموزشی ارتقاء مستمر کیفیت برای به‌روزان و مجموعه آموزشی برای مربیان آموزشی انتشار یافت. برای انتقال تجارب دانشگاه، ۱۰ کارگاه برای سازمان‌های برون‌بخشی و برای ۲۷۶ نفر برگزار شد. همچنین دوره‌های آموزش در عمل ارتقاء مستمر کیفیت برای اثربخش نمودن روش آموزش طراحی و اجرا شد.

راه‌اندازی شبکه یادگیری (انتقال تجارب): در این راستا، کمیته مزبور، نشریه ارتقاء را به صورت فصل‌نامه منتشر نمود. هر سال همایش کشوری ارتقاء مستمر کیفیت را در استان اجرا نمود که تا سال ۱۳۸۱ سه همایش کشوری و ۱۰ همایش منطقه‌ای با هدف بازآموزی کارکنان، ارتباط کارکنان با یکدیگر و آشنایی با طرح‌های ارتقاء برگزار شد.

برگزاری روز کیفیت: در مرکز بهداشت استان و شهرستان‌ها هر هفته روز کیفیت تشکیل می‌شد. در فاصله سال‌های ۸۰-۷۹ در مجموع ۸۲ روز کیفیت در مرکز بهداشت استان با شرکت کارکنان از واحدهای مختلف برگزار شد. در هر روز کیفیت، بخشی از روش ارتقاء مستمر کیفیت آموزش داده شده و یک فرآیند در حال ارتقاء مورد نقد قرار می‌گرفت. در ادامه جلسه، درسی اختصاصی در رابطه با مدیریت کیفیت ارایه و در نهایت به سؤالات پاسخ داده می‌شد.

گردهمایی هسته‌های آموزشی و هماهنگی: در هر سال ۴ نشست تخصصی ارتقاء مستمر کیفیت در سطح استان با حضور افراد علاقمند و اعضای هسته‌های آموزشی و هماهنگی شهرستان‌ها تشکیل می‌یافت که در این نشست‌ها بحث‌های تخصصی و سیاست‌گذاری‌های کلان در این زمینه صورت می‌پذیرفت.

تشکیل هسته مربیان ارتقاء کیفیت: با شرکت در هسته‌های شهرستانی و نیز مشارکت در برنامه‌های آموزشی در سطح استان، ۱۰۰ فرد علاقمند با عنوان مربیان ارتقاء کیفیت انتخاب و در هسته مربیان کیفیت عضو شدند. این هسته به صورت منظم و هر شش ماه نشست‌های اختصاصی تشکیل می‌داد.

طراحی مدل برنامه‌ریزی تفصیلی مبتنی بر فرآیندها: برای ادغام برنامه‌های ارتقاء کیفیت در کارهای روزانه کارکنان و گسترش فرهنگ ارتقاء در سرتاسر سازمان روش برنامه‌ریزی عملیاتی مبتنی بر فرآیندها طراحی و اجرا شد. در این روش تیم‌ها بر محور فرآیندها تشکیل و برنامه پایش و ارتقاء سالانه را بر اساس داده‌های موجود تدوین می‌کردند.

نتایج

زنان، ۱۶٪ در زمینه سلامت محیط، ۱۴/۶٪ در مورد مراقبت بیمارهای مزمن، و ۸/۲٪ در زمینه فرآیندهای پشتیبان بود. ۵۲/۳٪ فرآیندها در مراکز بهداشتی درمانی و ۳۰/۸٪ در مراکز بهداشت شهرستان ارتقاء یافته بود و به طور کلی ۶۹/۲٪ طرح‌های ارتقاء در واحدهای ارائه خدمت اجرا شد. در ۴۰٪ موارد، مقدار ارتقاء (تفاضلی میانگین شاخص قبل و بعد از ارتقاء) بیش از دو برابر و در ۳۷٪ مقدار ارتقاء در حدود ۲-۱/۴ برابر بود. شایع‌ترین راهکارهای انتخاب شده برای تغییر عملکرد فرآیند به ترتیب استانداردسازی (۲۱/۴٪)، تغییر نحوه ارائه خدمت (۲۰/۷٪)، تدوین برنامه پیگیری (۱۹/۲٪) و تواناسازی مشتری (۱۶/۵٪) بود. بیشترین شاخص‌های ارتقاء به ترتیب پوشش خدمت (۳۱٪)، زمان صرف شده برای ارائه خدمت (۱۷/۷٪)، تعداد خدمت ارائه شده در واحد زمانی مشخص (۱۵٪) و تأخیر در مراقبت بهداشتی (۱۲/۳٪) بود (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی شاخص‌های ارتقاء در فرآیندهای ارتقاء یافته در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در استان آذربایجان شرقی

مورد سنجش	فراوانی	درصد
آگاهی کارکنان	۱۷	۶/۵
زمان صرف شده برای ارائه خدمت	۴۶	۱۷/۷
تأخیر در مراقبت	۳۲	۱۲/۳
تعداد خدمت در واحد زمان مشخص	۳۹	۱۵
پوشش خدمت	۸۱	۳۱/۱
نقص در خدمت ارائه شده	۲۴	۹/۲
ارایه به موقع خدمت	۷	۲/۷
اثر خدمت در مشتری	۹	۳/۵
سایر	۵	۲
جمع	۲۶۰	۱۰۰

شاخص‌های ارزیابی در ۵۹/۳٪ موارد، نتیجه‌محور و در ۴۰/۷٪ فرآیندمحور و در ۵۰٪ موارد اختصاصی همان فرآیند بود. در ۱۴/۷٪ موارد استراتژی انتخاب شده متناسب و اختصاصی نبود و در ۶۳/۹٪ موارد معیارهای اولویت‌بندی راهکارهای ارتقاء، خوب نبودند. در ۴۵٪ موارد امتیازدهی در جدول اولویت‌بندی درست انجام نشده بود و در ۲۰/۶٪ موارد، برنامه تغییر با استراتژی همسو نبود. در ۱۳/۴٪ موارد جدول اولویت‌بندی کاملاً درست و در ۸/۹٪ کاملاً غلط و در بقیه موارد از یک صحت نسبی برخوردار بود. میانگین اعضای تیم ۵/۸ نفر (۶/۱-۵/۵) بود (نمودار ۱).



نمودار ۱- نمودار ستونی فراوانی اعضای تیم‌های ارتقاء

بهار ۸۹، دوره سیزدهم، شماره اول

در فاصله سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۷۸ در مجموع ۱۳۱ کارگاه در ۴۷۳ روز و برای ۲۵۷۸ نفر برگزار شد که از آنها ۲۶۹ نفر پزشک بودند. برای انتقال تجارب دانشگاه، ۱۰ کارگاه برای سازمان‌های برون‌بخشی و برای ۲۷۶ نفر برگزار شد. در فاصله سال‌های ۸۰-۷۹ حدود ۴۷۵ فرآیند برای ارتقاء انتخاب شده بود و از این تعداد ۲۶۰ فرآیند به مرحله پایانی رسیده و مستندات به دبیرخانه مرکز بهداشت استان ارسال شده بود. نتایج یک مطالعه که پنج سال پس از آغاز برنامه ارتقاء مستمر کیفیت در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی (۱۳۸۴) و بر اساس مدل‌های ارزشیابی کیفیت انجام گرفت، حاکی از تغییر فرهنگ سازمانی در جهت انطباق با کیفیت بود. کارکنان مصاحبه شده به طور متوسط، هر کدام در ۰/۸ ± ۳ برنامه ارتقاء شرکت نموده و حدود ۶۲/۲٪ آنها حداقل در یک برنامه ارتقاء فرآیند شرکت داشتند. بیشترین تغییر در روحیه مشارکت‌پذیری کارکنان، ارتباط مؤثر مدیران و کارکنان، فرهنگ کار تیمی، انتقادپذیری، توجه به صدای مشتری و استانداردسازی فرآیندها صورت گرفته بود. ارتقاء مستمر کیفیت ادبیات رایج مدیران و کارکنان را تغییر داد و واژه‌های کیفیت، مشتری‌محوری و مدیریت مبتنی بر فرآیندها را تا سطح ارائه خدمت نفوذ داد. سه اتفاق کلیدی زیر در طول پنج سال اتفاق افتاد: آشنایی با فلسفه مدیریت جامع کیفیت^۱ در عمل؛ ایجاد زبان مشترک؛ ایجاد و گسترش فرهنگ سازمانی ارتقاء.

روش FOCUS-PDCA در عین جامعیت، روشی بسیار ساده و کاربردی بود. به طوری که در همایش‌های ارتقاء کیفیت سالانه دانشگاه علوم پزشکی تبریز از بهورز خانه‌های بهداشت تا فوق تخصص جراحی قلب، مقالات با متدولوژی فوق‌ارایه می‌دادند. در این میان، فرهنگ ارتقاء همانند چسبی قوی تمامی بخش‌ها، واحدها و کارکنان را به هم نزدیک کرده و همدلی و یکپارچگی بین سطوح مختلف سازمانی (افقی و عمودی) ایجاد کرده بود. فرهنگ ارتقاء موجب اشتیاق فوق‌العاده برای فراگیری دانش و مهارت گردیده بود، به طوری که همه به طور مستمر طالب فراگیری مطالب جدید و انتقال آن به دیگران بودند که نمود بارز آن را می‌توان در تعاملات موجود در کارهای تیمی، محتوای برنامه روزهای کیفیت و جشنواره‌های کیفیت (همایش‌های سالانه) سراغ گرفت. در واقع در سازمان محیطی همیشه در حال یادگیری ایجاد شده بود. به طور کلی، ۴۱/۷٪ فرآیندهای ارتقاء یافته در زمینه مراقبت مادر و کودک و سلامت

^۱ Total Quality Management (TQM)

نمودار کنترل در ۴۳٪ (۱۱۱ مورد)، نمودار دایره‌ای در ۲۲٪ (۵۸ مورد) و نمودار ستونی در ۳۵٪ (۹۱ مورد) استفاده شد. میانگین زمان صرف شده برای یک خدمت از ۲۲ روز به ۳/۸ روز تقلیل یافت. تأخیر در مراجعه برای دریافت یک مراقبت بهداشتی از ۳۳/۳ روز به ۱۱/۷ روز کاهش یافت. پوشش یک خدمت بهداشتی از ۳۵/۳ به ۷۵/۶٪ افزایش یافت (جدول ۳).

جدول ۳- میانگین مقدار ارتقاء (میزان بهبود عملکرد فرآیند) در ۲۵۶ فرآیند ارتقاء یافته در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی استان آذربایجان شرقی. (لازم به توضیح است که مقدار ارتقاء از کم کردن میانگین شاخص قبل از ارتقاء از میانگین آن بعد از ارتقاء به دست آمده است. فاصله اطمینان از فرمول میانگین \pm خطای معیار محاسبه شد.)

مقدار ارتقاء	p	بعد از ارتقاء		قبل از ارتقاء		شاخص ارتقاء
		فاصله اطمینان	میانگین	فاصله اطمینان	میانگین	
۱۸/۲	۰/۰۰۵	۲ - ۵/۶	۳/۸	۵ - ۳۹	۲۲	زمان ارایه یک خدمت
۵۲/۹	۰/۰۳	۵/۷ - ۷۳/۳	۳۹/۵	۲۸/۴ - ۱۵۶/۴	۹۲/۴	زمان به روز
۱۹/۵	۰/۰۰۲	۸/۶ - ۲۶/۲	۱۷/۴	۲۰/۲ - ۵۳/۴	۳۶/۸	زمان به ساعت
۲۱/۶	۰/۰۲	۵/۴ - ۱۸/۳	۱۱/۷	۲۱/۵ - ۴۵/۱	۳۳/۳	زمان به دقیقه
۳۱/۵	۰/۰۰۰۵	۱۸/۲ - ۳۳	۲۵/۶	۴۹/۸ - ۶۴/۲	۵۷	تأخیر به روز
۴۰/۳	۰/۰۰۰۵	۲۱ - ۸۰/۲	۷۵/۶	۳۰/۱ - ۴۰/۵	۳۵/۳	نسبت نقص در ارایه خدمت
۲۶/۲	۰/۰۰۵	۲۳/۳ - ۹۶/۹	۶۰/۱	۱۱/۵ - ۵۶/۷	۳۳/۹	پوشش فرآیند
۱۱/۱	-	۲/۱ - ۵/۲	۳/۲	۷/۴ - ۱۱/۱	۷/۹	تعداد خدمت
						تعداد نقص در یک خدمت

بحث و نتیجه گیری

یک نوع مشارکت همگانی در عرصه دانش و علم ایجاد می‌نماید (۴۱). توجه به نتایج ارزشیابی فرآیندهای ارتقاء یافته نشان می‌دهد که تقریباً تمام طرح‌های ارتقاء به نتیجه رسیده بودند و مقدار تغییر در فرآیندهای مختلف متفاوت بود. در یک ارزشیابی طرح‌های ارتقاء کیفیت در فرانسه نشان داده شد که ۸۲٪ موارد به بیش از ۵۰٪ اهداف دست یافته بودند. در ۶۵٪ طرح‌ها، مدیران حمایت مستمر انجام داده بودند (۴۲). مهم‌ترین نقطه در استقرار کیفیت در سازمان، ادغام آن در کار روزانه کارکنان است و کارکنان نباید بین کار روزانه و طرح‌های ارتقاء احساس فاصله نمایند. یکی از عوامل مهم در ادغام کیفیت در سازمان توجه به انتخاب درست فرصت‌های ارتقاء است. در انتخاب فرآیندها برای ارتقاء، باید مسأله از دیدگاه مشتری نگریسته شده و از همان ابتدا با صاحبان اصلی فرآیند ارتباط برقرار شود (۴۳). پوشش خدمت شایع‌ترین شاخص ارزیابی مورد استفاده در این مطالعه بود. انتخاب شاخص درست در موفقیت یک برنامه ارتقاء نقش بسزایی دارد. تصور سخت بودن سنجش کیفیت، اغلب سازمان‌ها را از شروع ارتقاء کیفیت منصرف می‌نماید (۴۴).

در به کارگیری ابزارهای مورد استفاده اشکالات متعدد مشاهده شد. در یک مطالعه نشان دادند که هر ارتقاء بطور میانگین ۱۳ ماه طول کشیده و هر تیم ۱۴ جلسه ۱/۵ ساعته داشته است. برنامه‌های ارتقاء، روی بیماران و کارکنان تأثیر می‌گذارد ولی روی کاهش هزینه‌ها تأثیر نگذاشته و این بازنگری در روش‌های ارتقاء را طلب می‌نماید (۴۵). در یک مطالعه در تبریز نشان داده شد که میزان آگاهی مدیران و کارکنان در این دانشگاه ۵۲/۲٪

۴۷/۷٪ تیم‌های ارتقاء ۶-۴ نفر عضو داشتند. در ۶۴/۹ موارد تیم به طور متناسب با فلچارت تشکیل یافته بود. در ۲۳/۴٪ تیم‌های ارتقاء مدیران حضور داشتند. در ۳۹/۶٪ تیم‌های محیطی کارشناسان ستادی و در ۳۶/۲٪ تیم‌های ارتقاء کارکنان پشتیبانی حضور داشتند. در ۱۶/۷٪ تیم‌های ارتقاء به‌روزان و در ۱۲/۵٪ تیم‌های ارتقاء مردم حضور داشت. برای نمایش داده‌ها،

جدول ۳- میانگین مقدار ارتقاء (میزان بهبود عملکرد فرآیند) در ۲۵۶ فرآیند ارتقاء یافته در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی استان آذربایجان شرقی. (لازم به توضیح است که مقدار ارتقاء از کم کردن میانگین شاخص قبل از ارتقاء از میانگین آن بعد از ارتقاء به دست آمده است. فاصله اطمینان از فرمول میانگین \pm خطای معیار محاسبه شد.)

در استقرار مدیریت کیفیت، تمایز بین فلسفه کیفیت، رویکرد استقرار و توسعه کیفیت و روش‌های ارتقاء فرآیندها، امری ضروری است. تغییر چارچوب ذهنی مدیران و تعهد آنها در نهادینه‌سازی فرهنگ کیفیت در سازمان نقشی اساسی دارد. سه رویکرد کاملاً متمایز را می‌توان در شروع ادغام کیفیت در فرهنگ یک سازمان بکار گرفت. رویکرد بالا به پایین که در آن برنامه کلان و سیاست‌های کلی در سطح مدیران ارشد تدوین شده و به صورت آشنایی به سطوح پایین انتقال می‌یابد. رویکرد پایین به بالا که در آن طرح‌های ارتقاء پراکنده در سطح پایین صورت گرفته و به تدریج سر و صدای راه افتاده به سطوح بالاتر نیز انتقال می‌یابد. رویکرد افقی که همزمان از بالا و پایین یک سازمان شروع شده و در سطح بالا، مدیران ارشد سازمان با تدوین سیاست‌های حمایت‌گرانه تعهد خود را نشان داده و در سطوح پایین با آموزش روش ارتقاء ساده، حرکت پیش‌رونده کیفیت را آغاز می‌نمایند. در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی از رویکرد سوم استفاده شد (رویکرد افقی). ابتدا کارکنان روش FOCUS PDCA را آموزش دیده و طرح‌های ارتقاء فرآیند را شروع نمودند. در طول برگزاری کارگاه‌های آموزش FOCUS PDCA و تشکیل تیم‌های ارتقاء، مدیران ارشد بستر مناسب را آماده ساختند. چرخه FOCUS PDCA در واقع باعث تولید دانش از طریق ایجاد تغییرات کوچک می‌شود. پژوهش اغلب تولید دانش را در انحصار محققان قرار می‌دهد و از توسعه آن در بدنه سازمان‌ها جلوگیری می‌کند. روش ارتقاء FOCUS PDCA با یک روش ساده تولید دانش را همگانی می‌سازد و

تصمیم‌گیری و ایجاد نظام اطلاعات کیفیت نقش اساسی در توسعه ارتقاء کیفیت داشته است (۵۵). گنجاندن روش‌های ارتقاء کیفیت در دوره‌های آموزشی دانشجویان رشته‌های پزشکی، آنها را برای فردا آماده می‌کند و این در رشته‌های مختلف پرستاری و پزشکی شروع شده است (۵۶ و ۵۷).

از نقاط قوت توسعه ارتقاء مستمر کیفیت در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی می‌توان به شروع همزمان برنامه در سطوح بالا و پایین سازمان، مشارکت همگانی در امر آموزش و ایجاد شبکه‌های یادگیری اشاره نمود. از مهم‌ترین چالش‌های این برنامه ادغام نیافتن کیفیت در کار روزانه کارکنان و بروز فرهنگ دوگانه انجام وظایف و ارتقاء کیفیت، تشویق نتایج کوتاه‌مدت، تمایل بیشتر روی فرهنگ مکانیستیک در استقرار کیفیت، تجربه رویکردهای مختلف ارتقاء و جدا بودن آن از برنامه کلان سازمان را می‌توان نام برد. نقطه ضعف دیگر در استقرار فرهنگ کیفیت در این مرکز، عدم توسعه و ترویج یکسان آن در بخش‌های مختلف سازمان بود. چالش دیگر تمایل بعضی از مدیران برای حفظ مدیریت سنتی (مقاومت در برابر تغییر) در کنار تغییرات بوجود آمده بود و در عمل قادر به کنار گذاشتن مدیریت سنتی نبودند. این امر خود می‌تواند ناشی از عدم درک صحیح فلسفه و باور قلبی به آن باشد. این موضوع سبب می‌شد که انطباق مورد انتظار روش‌ها و فلسفه جدید با کارهای روزانه مدیران و کارکنان در حد مطلوبی نباشد. چالش مهم دیگر وابسته بودن فعالیت‌های ارتقاء و اجرای مدیریت جامع کیفیت، به افراد کلیدی (همانند خیلی از برنامه‌ها و کارهای دیگر) بود. با جایجایی افراد کلیدی فعالیت‌ها نیز متوقف و یا از سرعت آنها کاسته می‌شود.

برای ایجاد فرهنگ ارتقاء کیفیت مستمر، آموزش و توانمندسازی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت امری ضروری است. باید با انتخاب روش ساده و آسان ارتقاء و تدوین برنامه جامع تربیت مربیان ارتقاء، فرهنگ ارتقاء تدریجی و مستمر کیفیت را در کار روزانه کارکنان در سازمان ادغام نمود. FOCUS PDCA روشی آسان برای ارتقاء عملکرد فرآیندهاست و به سهولت می‌توان آن را به مدیران و کارکنان آموزش داد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از کلیه مدیران و ارایه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سطح استان آذربایجان شرقی به خاطر مشارکت فعال در برنامه‌های ارتقاء مستمر کیفیت و انجام طرح‌های ارتقاء تشکر و سپاسگزاری نمایند.

بوده است و این می‌تواند در به‌کارگیری ابزارها اشکال ایجاد نماید (۴۶). میانگین اعضای تیم ۵/۸ نفر بوده است. اندازه تیم مهم است و تیم‌های ۴-۶ نفره مطلوب هستند (۴۷). برای ارتقاء کارایی در سازمان‌ها کار تیمی ضروری است. تیم‌ها سازمان را آماده تغییرات داخلی و خارجی می‌سازند و محیط مشارکت فعال را ایجاد می‌نمایند (۴۸). در موفقیت کار تیمی، هدف مشترک، ارتباط، شفافیت وظایف، رضایت فرد، پاسخگویی و توانمندسازی مؤثر هستند (۴۹). در مطالعات متعدد ضرورت مشارکت و درگیری تمام کارکنان در سطوح مختلف در مدیریت کیفیت تأکید شده است (۵۰).

از مردم خیلی کمتر در تیم‌های ارتقاء (۱۲/۵٪) استفاده شده است. دمیگ یاد داد که پاسخ به خواسته مشتری بدون نوسان، مستلزم رهبری و تفکر سیستمیک و احساس غرور کار است (۵۱). مشارکت بخش‌های دیگر فقط در ۶ مورد صورت گرفته که در آنها ارتقاء قابل توجهی رخ داده است و این اهمیت تیم‌های بین بخشی را می‌رساند که بایستی برای تشکیل این تیم‌ها برنامه‌ریزی گردد. اغلب تیم‌ها را افراد دارای رشته‌های مختلف شغلی و از واحدهای مختلف سازمان تشکیل می‌دادند که این امر به ویژه در واحدهای محیطی چشم‌گیر بوده است و این خبر از جا افتادن تیم‌های کراس فانکشنال و حسابی و مدیریت فرآیندها را می‌رساند.

نمودار جریان داده در تقریباً نصف موارد ارتقاء داده شده استفاده شده که آن هم در حد ابتدایی و بدون تفسیر بوده است. در مواردی که از نمودار جریان داده استفاده نشده است، تیم می‌توانست با تغییر شاخص و با همان اهداف از نمودار جریان داده استفاده نماید و در ۱۱/۲٪ موارد هم با همان شاخص می‌توانست از نمودار جریان داده استفاده نماید. با توجه به اهمیت نمودار جریان داده در ارتقاء و تثبیت آن، برنامه‌ریزی در این زمینه ضروری است. یکی از عوامل اساسی در ارتقاء کیفیت تکیه بر داده‌های واقعی است و این آموزش روش‌های آماری ساده و کاربردی را ضروری می‌سازد تا از جمع‌آوری داده‌های مقطعی پرهیز شود و تحلیل بر اساس داده‌های عملکرد فرآیند صورت گیرد (۵۲). نتایج اولیه نشان می‌دهد که اجرای برنامه‌های ارتقاء با روش PDCA FOCUS مشکلات خاصی را دارد. این مشکلات در سطوح مختلف اتفاق می‌افتد و شامل مدیریت تغییر، ارتقاء فرآیندها، دسترسی به داده‌ها و ارتباط مؤثر است (۵۳). ارتقاء کیفیت از شواهد برای ایجاد تغییر و اجرای روش‌های اثربخش استفاده می‌نماید و بیشتر به دنبال بهترین اجرای روش‌های ثابت شده با تحقیقات بالینی است (۵۴). در بیمارستان‌های کره به‌کارگیری مهارت‌های علمی در

References

- 1- Terry H W, Kent V R. Total quality commitment and performance in Canadian health care organizations. *Int J Health Care Qual Assur* 1998; 11(4): i-vii.
- 2- Dianis NL, Cummings C. An interdisciplinary approach to process performance improvement. *J Nurs Care Qual* 1998; 12(4): 49-59
- 3- Oakland JS. *Total quality management*. 4th ed. Oxford: Butterworth Heinemann; 1998: 4-5.
- 4- Lamee A. *Quality Management Principles*. 3rd ed. Tehran: National committee of quality improvement; 2001; 85-100.
- 5- Mary L. Quest for quality in Canadian health care continuous quality improvement. 2000. 2nd ed. Canada. [cited 2010 May]; Available from: URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/quest/index.html>.
- 6- Chrysler Corporation, Ford Motor Company, and General Motors Corporation. *Statistical process control: reference manual*. 2nd ed. Michigan: Chrysler Corporation, Ford Motor Company, and General Motors Corporation; 1995.
- 7- Vaarama M. Quality management. In: Nies H, Berman PC, eds. *Integrating Services for Older People: A resource book for managers*. 1st ed. Ireland: European Health Management Association (EHMA); 2004: 195-210.
- 8- Mur-Veeman I, Hardy B, Steenburgen M, et al. Development of integrated care in England and the Netherlands: Managing across public- private boundaries. *Health Policy* 2003; 65(3):227-41.
- 9- Oakland JS. *Statistical Process Control*. 5th ed. Oxford: An imprint of Elsevier Science; 2003.
- 10- Molly IR, Brent MW. Service quality as a competitive opportunity. *The journal of services marketing* 1998; 12(3): 223-35.
- 11- Cheung MH, Koch H. Establishing Continuous Quality Improvement in a Hong Kong Hospital. *Int J Health Care Qual Assur* 1994; 7(2): 19-25.
- 12- Kennedy K , Mirmirani S, Spivack R. Continuous quality improvement in health maintenance organizations: an application of the HEDIS model. *Int J Health Care Qual Assur* 1996; 9(4): 4-9.
- 13- Garcia M, Cabrera A, lana A, et al. Continuous quality improvement in primary health care A five year Project. *Eur J Public Health* 1999; 9(2): 131-6.
- 14- Sandra FS, John FS. A Continuous Quality Improvement Pilot Study: Impact on Nutritional Care Quality. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7(8): 480-5.
- 15- Harris S, Buchinski B, Gryzbowski S, et al. Induction of labor: a continuous quality improvement and peer review program to improve the quality of care. *CMAJ* 2000; 163(9): 1163-6.
- 16- Rubenstein LV, Meredith LS, Parker LE, et al. Impacts of Evidence-Based Quality Improvement on Depression in Primary Care: A Randomized Experiment. *J Gen Intern Med* 2006; 21(10): 1027-35.
- 17- Saxena S, Ramer L, Shulman IA. A comprehensive assessment program to improve blood-administering practices using the FOCUS-PDCA model. *Transfusion* 2004; 44(9): 1350-6.
- 18- Chow-Chua CFP, Goh MA. A quality roadmap of a restructured hospital. *Managerial Auditing Journal* 2000; 15(1): 29-41.
- 19- Simmons SF, Schnelle JFA. Continuous Quality Improvement Pilot Study: Impact on Nutritional Care Quality. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7: 480-5.
- 20- Engels Y, Hombergh P, Henk M, et al. The effects of a team- based continuous quality improvement intervention on the management of primary care: a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 781-7.
- 21- Lindenfeld S, Vlcek D. Engaging physicians in continuous quality improvement. *Adv Ren Replace Ther* 2001; 8(2): 120-4.
- 22- Cox S, Wilcock P, Young J. Improving the repeat prescribing process in a busy general practice. A study using continuous quality improvement methodology. *Qual Health Care* 1999; 8: 119-25.
- 23- David JB, Barbara S, Robert SH. Health care quality improvement across the Baylor Health Care System: the first century. *Bumc proceedings* 2004; 17: 277-88.
- 24- Ransom SB, Joshi MS, Nash DB. *The healthcare quality book: Vision, Strategy, and Tools*. Chicago: Health Administration Press; 2005.
- 25- Edmonds J, Zagami M. QI team shares ownership and gets results. *J Healthc Qual* 1992; 14(5): 24-8.
- 26- Riitta S. Internal evaluation of a management-development initiative: a public-sector case. *Journal of Management Development* 2005; 24(1): 45-56.
- 27- Hoskins EJ, Sayger SA, Westman JS. Quality improvement in patient distribution at a major university student health center. *J Am Coll Health* 2002; 50(6): 303-8.
- 28- Gerard JC, Arnold FL. Performance improvement with a hybrid FOCUS-PDCA methodology. *Jt Comm J Qual Improv* 1996; 22(10): 660-72.
- 29- Letort NR, Boudreaux J. Incorporation of continuous quality improvement in a hospital dietary department's quality management program. *J Am Diet Assoc* 1994; 94(12): 1404-8.
- 30- Flynt G, Caraway C. Using OASIS Data to Improve Skin Care: Management Matters. *Home Healthc Nurse* 2002; 20(4): 263-6.
- 31- Miller LJ, Clark GB. Quality improvement in the cutaneous micrographic surgery laboratory. *Clin Lab Manage Rev* 1994; 8(6): 574-6.
- 32- Hoskins EJ, Abdul al-Hamid Noor F, Ghasib SH. Implementing TQM in a military hospital in Saudi Arabia. *Jt Comm J Qual Improv* 1994; 20(8): 454-64.
- 33- Ramirez O, Lawhon J. Quality improvement team uses FOCUS-PDCA method to reduce laboratory STAT volume and turnaround time. *Clin Lab Manage Rev* 1994; 8(2):130-41.
- 34- Provance L, Alvis D, Silfen E. Quality improvement and public health- tetanus immunization in the emergency department. *Am J Med Qual* 1994; 9(4): 165-71.
- 35- Watrous J, Zappia P. Application of the FOCUS-PDCA model to home care equipment management. *Am J Med Qual* 1993; 8(2): 94-6.

- 36- Donald K, Jaideep M, Beth C. Quality improvement efforts at St Mary's Hospital: a case study. *Managing Service Quality* 1998; 8(4): 235-40.
- 37- Bader MK, Palmer S, Stalcup C, et al. Using a FOCUS-PDCA quality improvement model for applying the severe traumatic brain injury guidelines to practice: process and outcomes. *Evid Based Nurs* 2003; 6: 6-8.
- 38- Draugalis JR, Slack MK. A Continuous Quality Improvement Model for Developing Innovative Instructional Strategies. *Am J Pharm Educ* 1999; 63: 345-58.
- 39- Stanford school of medicine. FOCUS PDCA. [cited 2010 May]; Available from: URL: <http://domrg.stanford.edu/compliance/focus.html>.
- 40- Mary A A.FOCUS-PDCA: Evolving from fire fighting to problem-solving. [cited 2010 April 20]; Available from: URL: <https://webapp.walgreens.com/cePharmacy/programsHTML/FOCUS.html>.
- 41- Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ* 1996; 312: 619-22.
- 42- Georges M, Marie E, Jean Louis T, et al. evaluation of 60 continuous quality improvement projects in French hospitals. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(2): 89-97.
- 43- Alemi F, Moore S, Headrick L, et al. Rapid improvement teams. *Jt Comm J Qual Improv* 1998; 24(3): 119-29.
- 44- Alemi F, Safaie FK, Neuhauser D. A survey of 92 quality improvement projects. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27(11): 619-32.
- 45- Dale BG. Sustaining a process of continuous improvement: definition and key factors. *The TQM Magazine* 1996; 8(2): 49-51.
- 46- Tabibi J, Gholizade M. KAP study of Tabriz University of Medical Sciences about CQI in 1380. 3rd congress of CQI in health system: TQM and Health Reform. Tabriz. 8-9 DEC 2002: 37-8.
- 47- Sheard AG, Kakabadse AP. A process perspective on leadership and team development. *Journal of Management Development* 2004; 23(1): 7-106.
- 48- Kirkpatrick D, Wyatt J. A group is not a team: Key factors that determine team forming and team performance. *Human Resource Management International Digest* 2003; 11(3):12-15.
- 49- Bower P, Campbell S, Bojke C, et al. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 273-9.
- 50- Zoe SD. Total involvement in quality management. *Team Performance Management: An International Journal* 2000; 6 (7/8): 117-21.
- 51- Best M, Neuhauser DW. Edwards Deming: Father of quality management, patient and composer. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 310-2.
- 52- Farahbakhsh M. Statistical process control in health cares. 2nd congress of CQI in health care: HSR and CQI. 30-31 DEC 2001:29-31.
- 53- Baker GR. Strengthening the contribution of quality improvement research to evidence based health care. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 150-1.
- 54- Sunhee L, Kui-Son C, Hye-Young K, et al. Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation: experience in Korean hospitals. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(5): 383-91.
- 55- Locock L. Healthcare redesign: meaning, origins and application. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 53-8.
- 56- Kyrkjebø JM, Hanssen TA, Haugland B, et al. A systems-based practice curriculum. *Med Educ* 2004; 38: 545-76.
- 57- Landis Se, Schwarz M, Curran DR. North Carolina Family Medicine Residency Programs' Diabetes Learning Collaborative. *Fam Med* 2006; 38(3):190-5.

The Use of FOCUS-PDCA in Primary Health Care Performance Improvement: Case Study of East Azerbaijan Health Centers

Farahbakhsh M^{*1} (MD), Tabrizi JS² (MD, PhD), Nikniaz A³ (MD)

¹Department of Health Data Management, East Azerbaijan Province Health Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Department of Public Health and Management, Faculty of Health & Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Received: 2 Nov 2009, Accepted: 9 May 2010

Abstract

Introduction: Quality management improves longstanding satisfaction of the customers. FOCUS-PDCA is one of the methods of quality management and process improvement which was designed by American hospital association in 1989. This case study explores the implementation and evaluation of continuous quality improvement (CQI) in primary health care system of East Azerbaijan Province.

Methods: CQI was implemented with institution of steering committees, creation of learning networks, cascade education of employee, and improvement of key processes. 260 improved processes in health houses, health centers and district health centers in 2001- 2002 were evaluated by a specific checklist, assessing process type, improvement team, tools that were used, community participation, amount of improvement, measurement indicator and improvement strategy.

Results: Assessment of the processes five years after implementation of quality management showed that organization culture was in concordance and alignment with quality. The biggest change was seen in staff participation, effective communication, team work, acceptance of criticism, attention to the voice of customers and process standardization. CQI changed traditional literature of managers and employees and expanded the use of quality, and customer and process based management to the service delivery point. The average number of the people participated in each teams was 5.8. In 43% of the projects, the improvement teams used control charts.

Conclusion: For establishing CQI culture in any organizations, it is necessary to educate the service providers about it. FOCUS-PDCA is a simple method for performance improvement which can be easily taught to managers and staff.

Key words: Management Quality Circles, FOCUS-PDCA, Total Quality Management

Hakim Research Journal 2010; 13(1): 40- 48.

*Corresponding Author: East Azerbaijan Province Health Center, Front of Manba-e-Ab, End of Seghat-ol-eslam Ave, Tabriz, Iran. Tel: +98- 411- 2339748, Fax: +98- 411- 2330196, Email: mfarahbakhsh@gmail.com