

بررسی معیارهای توانمندساز در مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی بر اساس الگوی بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت

ژیلا عابدسعیدی^۱، مصیب مظفری^{۱*}، مهرنوش بازارگادی^۱، حمید علوی‌مجد^۲

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۲- گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان ولیعصر، نبش نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تلفن: ۰۲۱-۳۳۹۹۰۴۳۶، نمابر: ۰۸۴۱-۳۳۶۳۲۸۳
پست الکترونیک: mozafaric@yahoo.com

دریافت: ۸۹/۶/۲۴ پذیرش: ۸۹/۱۰/۶

چکیده

مقدمه: مدل بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت چهارچوب مناسبی جهت استقرار یا ارزیابی مدیریت کیفیت جامع در سازمان است. این مطالعه جهت بررسی معیارهای توانمندساز شامل رهبری، خط مشی و راهبرد، کارکنان، منابع و مشارکت‌ها و فرآیندها بر حسب مدل فوق در مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی انجام شده است.

روش کار: ۳۹۹ پایگاه مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی شهری و جاده‌ای و واحدهای ستادی مراکز ایلام، بوشهر، مازندران، اردبیل، آذربایجان غربی، یزد، تهران، خراسان رضوی، اصفهان و سیستان و بلوچستان و کلیه کارکنان (۱۵۷۶ نفر) و مدیران آنها (۳۲۸ نفر) انتخاب شدند. مطالعه با استفاده از یک مقیاس رتبه‌بندی ۱۸۹ گویه‌ای برای ارزیابی سازمان و ۲ پرسشنامه جهت بررسی سبک رهبری و جو توانمندسازی، طی ۱۴ ماه انجام گردید.

یافته‌ها: مراکز منتخب، از ۵۰۰ امتیاز معیارهای توانمندساز، میانگین (۳۴/۶) (۱۶۸/۴) امتیاز را کسب نمودند و در گروه سازمان‌های مبتدی که در ابتدای مسیر کیفیت هستند قرار گرفتند. در مقایسه، مراکز تهران، خراسان رضوی و اصفهان با امتیاز بالاتر، واجد شرایط گواهی اهتمام به کیفیت هستند. معیار رهبری کمترین (۹/۴ ± ۲۶/۶) و معیار کارکنان بیشترین میانگین امتیاز (۳۵/۱ ± ۵/۶) را کسب کرد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه ایجاد بسترهای لازم جهت استقرار مدیریت فرآیند، ترویج مشتری‌مداری، نهادینه کردن فرهنگ بهبود مستمر، توانمندسازی و مشارکت کارکنان، ایجاد گروه‌های کیفیت و دیگر اجزاء اساسی مدیریت کیفیت، نیازمند تغییرات بنیادین در آگاهی و نظام فکری مدیران و کارکنان است، پیشنهاد می‌شود مرکز از طریق آموزش‌های تخصصی در زمینه ارتقاء کیفیت، آنان را توانمند سازد تا قابلیت لازم برای استقرار مدیریت کیفیت جامع مهیا گردد.

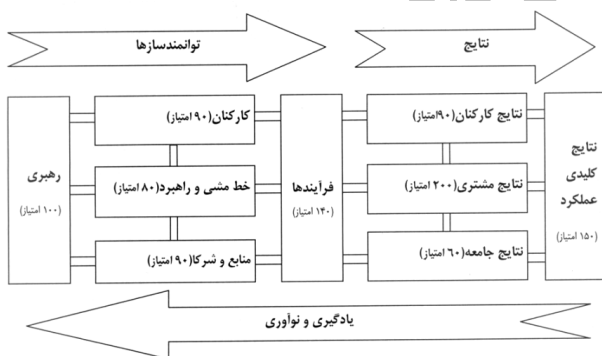
کلواژگان: بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، معیار توانمندساز، مدیریت کیفیت جامع

مقدمه

مدیریت ارشد رهبری می‌شود (۲). مؤسسات بهداشتی درمانی برای حفظ بقاء خود، لازم است در هر سطح از عملیات خود، کیفیت‌گرایی را مدنظر داشته باشند (۳). در سالیان اخیر عواملی چون فشار دولت‌ها و انتظار عمومی برای ارتقاء کیفیت مراقبت و کاهش هزینه، کمبود منابع مالی، پیچیدگی زیاد سیستم‌ها و مؤسسات بهداشتی و درمانی، اهمیت کارایی و اثربخشی زمستان ۸۹، دوره سیزدهم، شماره چهارم

بررسی مکاتب مدیریتی روز نشان داده است که مدیریت کیفیت جامع یکی از بهترین انتخاب‌هایی است که می‌تواند زمینه‌ساز طراحی و استقرار نظام کیفیت باشد (۱). مدیریت کیفیت جامع فرآیندی متمرکز بر مشتریان، کیفیت محور، مبتنی بر حقایق و متکی بر تیم‌هاست که برای دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان از طریق ارزیابی مستمر فرآیندها توسط

کارکنان، منابع و مشارکت‌ها و فرآیندها هستند. در حوزه رهبری، رهبران آرمان و مأموریت سازمان را تدوین و دستیابی به آنها را تسهیل می‌کنند، ارزش‌ها و سیستم‌های مورد نظر برای موفقیت پایدار سازمان را ایجاد و با عمل و رفتار مناسب خود آنها را اجرا می‌کنند، در دوران تغییر، ثبات در مقاصد دارند و اگر لازم باشد قادرند جهت‌گیری سازمان را متحول ساخته و کارکنان را به پیروی از آن ترغیب کنند. در حوزه خط مشی و راهبرد، سازمان‌های متعالی مأموریت و آرمان خود را از طریق ایجاد تدوین یک استراتژی متمرکز بر منافع ذی‌نفعان و با در نظر گرفتن بخشی که در آن فعالیت می‌کنند به اجرا در می‌آورند. خط مشی‌ها، برنامه‌ها، اهداف و فرآیندها به منظور تحقق استراتژی‌ها تدوین و جاری می‌شوند. در حوزه کارکنان، سازمان‌های متعالی تمامی توان بالقوه کارکنان خود را در سطوح فردی، تیمی و سازمانی اداره کرده، توسعه بخشیده و از آن بهره می‌گیرند. آنها عدالت و برابری را ترویج کرده، کارکنان را در امور مشارکت داده و به آنان تفویض اختیار می‌کنند. در حوزه شرکا و منابع، سازمان‌های متعالی، شرکا، تأمین‌کنندگان و منابع داخلی خود را به منظور پشتیبانی از خط مشی و استراتژی و اجرای اثربخش فرآیندهای و برنامه‌هایشان مدیریت می‌کنند. در حوزه فرآیندها، سازمان‌های متعالی فرآیندهای خود را به منظور کسب رضایت کامل و ایجاد ارزش فزاینده برای مشتریان و سایر ذی‌نفعان طراحی نموده، مدیریت کرده و بهبود می‌بخشند (۱۸).



شکل ۱- الگوی بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت

در بخش سلامت و بهداشت ایران که مدیریت کیفیت به عنوان استراتژی تحول مطرح است، استفاده از یک الگوی برتری سازمانی برای ارتقاء کیفیت و عملکرد، مزایای زیادی برای بخش‌های مختلف آن خواهد داشت. در این میان مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی که متولی رسمی پوشش فوریت‌ها و حوادث پزشکی در کشور است دارای مسؤولیت خطیری در ارتقاء سلامت جامعه است و نیاز است که

سازمان‌های بهداشتی، فرآیند تخصص‌گرایی و تقویت موقعیت مشتری، سبب شده‌اند که ورود سیستم‌های مدیریت کیفیت به بخش بهداشت و درمان با استقبال زیادی روبرو شود (۴ و ۵). استقرار مدیریت کیفیت اگر به درستی انجام شود حاوی منافع بسیاری برای سازمان‌های بهداشتی درمانی است. در این رابطه مطالعاتی وجود دارد که نشان می‌دهد استقرار مدیریت کیفیت جامع منجر به ارتقاء کیفیت برخی فرآیندهای مشکل‌زا، ایجاد تغییرات فرهنگی مثبت در فعالیت‌های گروهی و ترویج مشتری‌گرایی و فرآیندگرایی شده است (۶). استقرار مدیریت کیفیت جامع در سازمان نیازمند برخی بسترهای اساسی است که موفقیت سازمان را در اجرای آن تعیین می‌کنند. بنابراین استقرار مدیریت کیفیت نیازمند ارزیابی سازمان از نظر شرایط اساسی به منظور شناسایی زمینه‌های بهبود، نقاط قوت سازمان، برنامه‌های مناسب برای ایجاد تغییرات و آگاهی مدیران از قابلیت‌های سازمان است (۷). در این زمینه مدل‌های تعالی سازمانی، ابزارهایی مفید به شمار می‌روند که مسیر فعالیت مدیران را برای بهبود عملکرد شناسایی و تعیین می‌کنند (۸).

مدل بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت^۱ (شکل ۱) به عنوان مدل تعالی کسب و کار شامل ۹ معیار در دو دسته توانمندساز و نتایج است و نشان‌دهنده مزیت‌های پایداری است که یک سازمان متعالی باید به آنها دست یابد (۹). ساختار داخلی مدل سرآمدی EFQM پیش‌فرض‌های اساسی مدیریت کیفیت جامع را در برمی‌گیرد و نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که مدل سرآمدی EFQM چارچوب مناسبی برای هدایت استقرار سیستماتیک مدیریت کیفیت جامع در سازمان است (۱۳-۱۰). برخی مطالعات نشان داده‌اند که در بیشتر تحقیقات راجع به مدیریت کیفیت جامع از مدل تعالی سازمانی EFQM استفاده شده است (۱۴). همچنین نتایج مطالعات نشان داده است که مدل تعالی سازمانی EFQM از طریق معیارها، زیرمعیارها و اصول راهنمای خود می‌تواند در بررسی سازمان از نظر کیفیت مفید باشد (۱۱ و ۱۷-۱۵). در سازمانی که تجربه‌ای از استقرار مدیریت کیفیت جامع نداشته است، بررسی شامل خودارزیابی از نظر معیارهای توانمندساز می‌شود زیرا این توانمندسازها هستند که نتایج را ایجاد می‌کنند (۱۸). لازم به ذکر است که ارزیابی توانمندسازها توسط برخی پژوهشگران در دنیا انجام شده (۱۹) و پرسشنامه‌هایی برای ارزیابی آنها طراحی شده است (۲۰). معیارهای توانمندساز سازمان شامل رهبری، خط مشی و راهبرد،

¹ European Foundation for Quality Management (EFQM)

شده است. هر کدام از گویه‌های مقیاس رتبه‌ای یک رویکرد را مورد بررسی قرار می‌داد (جدول ۱ و ۲). پرسشنامه‌ها شامل پرسشنامه سبک رهبری و جو توانمندسازی Scott & Jaffe بود (۲۲). اعتبار محتوایی و صوری همه ابزارها با استفاده از نظر اساتید و تطبیق با متون علمی تأیید شد، سپس با استفاده از مطالعه راهنما ارزیابی شده و اشکالات آنها رفع گردید. پایایی پرسشنامه‌ها به روش آزمون- بازآزمون و محاسبه همبستگی بین نتایج دو اجرا (پرسشنامه سبک رهبری = ۰/۷۶، پرسشنامه جو توانمندسازی = ۰/۹۵) و همبستگی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ (پرسشنامه سبک رهبری = ۰/۸۲، پرسشنامه جو توانمندسازی = ۰/۸۲) بررسی و تأیید گردید. لازم به ذکر است که مقادیر بیش از ۰/۷، قابل قبول شناخته شده است (۲۱).

جمع‌آوری اطلاعات طی ۱۴ ماه انجام شد. مقیاس رتبه‌ای با حضور در مراکز ستادی و پایگاه‌های مراکز مورد بررسی با استفاده از مصاحبه، مشاهده مستندات و عملکرد مراکز تکمیل گردید، سپس طی ۱۵-۱۲ روز پرسشنامه‌ها توزیع و تکمیل می‌شد. داده‌های این پژوهش شامل تعدادی شواهد از رویکردهای مراکز بود که پس از استخراج با استفاده از روش موسوم به منطق RADAR^۲ امتیازدهی شدند. عناصر منطق رادار در بخش توانمندسازها شامل رویکرد، جاری‌سازی، و ارزیابی و بازنگری می‌باشند. رویکرد به آنچه که سازمان برای اجرا برنامه‌ریزی کرده است و دلیل اتخاذ آن اشاره دارد. جاری‌سازی شامل دو بخش اجرای رویکرد و اجرای نظام‌مند رویکردها است. اجرا به میزان پوشش و استفاده از رویکرد و نظام‌مندی به اجرای برنامه‌ریزی شده رویکرد اشاره دارند. ارزیابی و بازنگری به اندازه‌گیری‌های مربوط به رویکرد، یادگیری و بهبود ناشی از اجرای آنها اشاره دارد. اندازه‌گیری، شامل سنجش منظم اثربخشی رویکرد و جاری‌سازی آن با تمرکز بر روش و نه بر مقادیر کمی است و یادگیری به فعالیت‌های یادگیری به منظور شناسایی و استفاده از بهترین تجارب برون و درون سازمانی اشاره دارد. بهبود، خروجی اصلی مورد انتظار حاصل از دو فعالیت فوق در شناسایی، اولویت‌بندی، طوری که از دو فعالیت فوق در شناسایی، اولویت‌بندی، برنامه‌ریزی و اجرای بهبودها استفاده می‌شود (۹ و ۱۸).

به هر کدام از عناصر فوق بر حسب میزان وجود شواهد، امتیازی بین ۱۰۰-۰٪ داده شد و میانگین این ۳ عدد، امتیاز کلی رویکرد می‌باشد. میانگین نمرات رویکردها، امتیاز زیرمعیار

شاخص‌های عملکردی خود را به طور مستمر بهبود دهد. بهبود مداوم این شاخص‌ها نیازمند استقرار ساز و کاری مداوم، مددجو محور، کیفیت‌مدار و با پایش و بازنگری منظم است که تحت نظارت مدیریت ارشد و از طریق اقدامات جامعی که تمام سازمان را پوشش دهد می‌تواند منجر به بهبود مستمر کیفیت شود. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه مشخصی در خصوص استقرار و یا بررسی شرایط اساسی مورد نیاز برای استقرار مدیریت کیفیت جامع در مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور انجام نشده است پژوهشگران بر آن شدند که با استفاده از مدل بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت وضعیت معیارهای توانمندساز را به عنوان شرایط اساسی استقرار مدیریت کیفیت در مرکز مذکور بررسی نمایند.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی- مقطعی بوده و نمونه آن شامل مراکز اداری و ۳۹۹ پایگاه فوریت، ۱۵۷۶ نفر از کارکنان و ۳۲۸ نفر از مدیران ۱۰ مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی شامل تهران، ایلام، بوشهر، سیستان بلوچستان، اصفهان، مازندران، خراسان رضوی، اردبیل، آذربایجان غربی و یزد بود. انتخاب مراکز به صورت هدفمند بوده است و از هر تیپ دانشگاهی (۱، ۲، ۳) سه دانشگاه، به علاوه اورژانس شهر تهران انتخاب گردیدند. در مراکز اصفهان، سیستان و بلوچستان، تهران و خراسان رضوی با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده از هر ناحیه شهری و محور جاده‌ای، ۲ پایگاه اورژانس به تعداد ۱۶۹ پایگاه و در سایر مراکز، کلیه پایگاه‌های اورژانس شهری و جاده‌ای به تعداد ۲۳۰ پایگاه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. همچنین کلیه کارکنان و مدیران ستادی و کارکنان پایگاه‌های منتخب، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل یک مقیاس رتبه‌ای به عنوان ابزار اصلی و ۲ پرسشنامه بود. مقیاس رتبه‌ای ابزاری است که در آن مشاهده‌گر به پدیده‌ها بر حسب نقاط در طول یک پیوستار رتبه می‌دهد. مقیاس رتبه‌ای می‌تواند در تلفیق با چک‌لیست استفاده شود. این روش باعث می‌شود اطلاعات بیشتری در مورد پدیده تحت مشاهده به دست آید (۲۱). از آنجایی که الگوی تعالی سازمانی EFQM شواهد را بر حسب میزان وجود یا استقرار رتبه‌بندی می‌کند لذا از مقیاس رتبه‌ای استفاده شد. مقیاس رتبه‌ای دارای ۱۸۹ گویه بود که بر اساس معیارهای توانمندساز مدل EFQM در ۵ معیار و ۲۴ زیرمعیار ساماندهی

² Results-Approach- Deployment- Assessment- Review

بهشتی تأیید شده است و بررسی مراکز استان‌ها با اجازه و معرفی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور انجام شده است.

نتایج

میانگین (انحراف معیار) امتیاز کل معیارهای توانمندساز برابر (۳۴/۶) (۱۶۸/۴) بود و ۳۳/۷٪ از کل امتیاز معیارهای توانمندساز تأمین شده است. معیار رهبری کمترین (۲۶/۶٪) و معیار کارکنان بیشترین درصد امتیاز (۳۹٪) را تأمین کردند. معیارهای فرآیند، خط مشی و راهبرد، و منابع و مشارکت‌ها به ترتیب رتبه‌های دوم تا چهارم را کسب کردند. نتایج مربوط به معیارها و زیرمعیارها در جداول ۱ و ۲ ذکر شده است.

را تشکیل داده و از مجموع آنها امتیاز معیارهای توانمندساز محاسبه می‌شود. حداکثر مجموع امتیاز معیارهای توانمندساز ۵۰۰ می‌باشد. بر اساس راهنمای مدل در هر مورد بر حسب درجه وجود شواهد طبق روش زیر امتیازدهی شد: وجود شواهد جامع: ۱۰۰-۸۶٪، وجود شواهد روشن: ۸۵-۶۱٪، وجود شواهد مناسب: ۶۰-۳۶٪، وجود شواهد اندک: ۳۵-۱۱٪ و عدم وجود شواهد: ۱۰-۰٪. نتایج مطالعه سبک رهبری و جو توانمندسازی، به عنوان شواهد به ترتیب در معیارهای رهبری و کارکنان وارد شده و امتیازدهی شدند.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون تی استیودنت برای مقایسه میانگین‌ها، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون‌های همبستگی و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۴ تحلیل شدند. مطالعه انجام شده توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و درصد تأمین امتیاز معیارهای رهبری و خط مشی و راهبرد در کل مراکز مورد بررسی

معیار	زیرمعیار (تعداد گویه)	میانگین (انحراف معیار) درصد تأمین امتیاز (%)
رهبری*	ایجاد مأموریت، آرمان، ارزش‌ها و اصول و ایفای نقش الگو توسط رهبران (۶)	۲۹/۷ (۲/۶) ۵/۹
	مشارکت رهبران در ایجاد، توسعه و استقرار سیستم‌های مدیریت کیفیت (۱۲)	۱۸/۲ (۱/۶) ۲/۶
	تشریک مساعی رهبران با ذی‌نفعان (۶)	۲۷/۴ (۲/۸) ۵/۳
	تقویت فرهنگ تمالی (۴)	۸/۲ (۱/۸) ۳/۶
خط مشی و راهبرد**	شناسایی و راهبری تغییرات (۲۴)	۴۱/۱ (۱/۸) ۸/۲
	امتیاز کل معیار	۲۶/۶ (۹/۴) ۲۶/۶
	برنامه‌ریزی خط مشی و استراتژی بر اساس انتظارات بیماران (۶)	۲۸/۷ (۲/۷) ۷/۷
	برنامه‌ریزی خط مشی و راهبرد بر اساس اطلاعات حاصل از اندازه‌گیری عملکرد، تحقیقات، یادگیری و فعالیت‌های خلاقانه (۵)	۴۰/۸ (۲/۴) ۸/۲
معیار	بازنگری خط مشی و استراتژی (۴)	۱۱/۷ (۲/۵) ۲/۳
	جاری کردن خط مشی و استراتژی (۴)	۳۱/۷ (۱/۹) ۶/۳
	امتیاز کل معیار	۳۰/۵ (۸/۷) ۲۴/۴

حداکثر امتیاز هر زیرمعیار ۲۰ و امتیاز کل معیار ۱۰۰ می‌باشد؛ *حداکثر امتیاز هر زیرمعیار ۲۰ و امتیاز کل معیار ۸۰ می‌باشد.

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و درصد تأمین امتیاز معیارهای کارکنان، منابع و مشارکت‌ها و فرآیندها در کل مراکز مورد بررسی

معیار	زیرمعیار (تعداد گویه)	میانگین (انحراف معیار) درصد تأمین امتیاز (%)
کارکنان***	مدیریت منابع انسانی (۶)	۵۵ (۱/۴) ۹/۹
	شناسایی و نگهداری دانش و شایستگی کارکنان (۱۵)	۴۵/۱ (۰/۸) ۸/۱
	مشارکت کارکنان (۶)	۱۱/۷ (۱/۳) ۲/۱
	گفت‌وگو بین کارکنان و مرکز (۵)	۳۵/۷ (۰/۹) ۶/۴
	تشویق و تقدیر کارکنان (۹)	۴۷/۸ (۱/۷) ۸/۶
معیار	امتیاز کل معیار	۳۹ (۵/۶) ۳۵/۱
منابع و مشارکت‌ها***	مدیریت همکاری‌های بیرونی (۷)	۲۰/۹ (۰/۶) ۳/۸
	مدیریت منابع مالی (۸)	۱۲/۹ (۲/۱) ۲/۶
	مدیریت ساختمان‌ها، تجهیزات و مواد (۹)	۵۲/۶ (۱) ۹/۵
	مدیریت فناوری (۴)	۴۳/۹ (۱/۲) ۷/۹
	مدیریت اطلاعات و دانش (۷)	۳۶/۷ (۱/۷) ۶/۲
معیار	امتیاز کل معیار	۳۳/۳ (۵/۹) ۳۰
فرآیندها****	مدیریت نظام‌مند فرآیندها (۹)	۲۷/۹ (۱/۹) ۷/۸
	بهبود نوآورانه فرآیندها (۵)	۳۷/۹ (۱/۵) ۱۰/۶
	طراحی جامعه محور خدمات (۱۵)	۴۳/۴ (۱/۳) ۱۲/۱
	تولید و پشتیبانی خدمات (۷)	۳۹/۳ (۲/۸) ۸/۲
	مدیریت و تقویت ارتباط با ذی‌نفعان (۴)	۴۷/۷ (۱/۶) ۱۳/۴
معیار	امتیاز کل معیار	۳۷/۲ (۵/۹) ۵۲/۱

حداکثر امتیاز هر زیرمعیار ۱۸ و امتیاز کل معیار ۹۰ می‌باشد؛ *حداکثر امتیاز هر زیرمعیار ۲۸ و امتیاز کل معیار ۱۴۰ می‌باشد.

نصاب ارتقاء کیفیت (۵۰٪) بود ($p < 0/05$). نتایج مربوط به استان‌ها در جدول ۳ ذکر شده است. همچنین نتایج آزمون واریانس یکطرفه نشان داد که در معیار رهبری میانگین امتیاز مرکز تهران از سایر مراکز بیشتر و میانگین امتیاز مرکز ایلام به صورت معنادار از امتیاز مراکز اصفهان، مازندران، بوشهر و

بررسی امتیاز زیرمعیارها به تفکیک مراکز نشان می‌دهد که مرکز تهران در ۱۷ از ۲۴ زیرمعیار بیشترین امتیاز و مرکز ایلام در ۱۲ از ۲۴ زیرمعیار کمترین امتیاز را تأمین کرده است. مراکز تهران، اصفهان و خراسان رضوی، امتیازی در محدوده (۳۰۰-۱۸۱) کسب نمودند و امتیاز سایر مراکز کمتر از امتیاز حد

دارد و میانگین مؤلفه‌های آن کمتر از میانگین مورد قبول (۲/۸) بوده است ($p < 0/05$) و به جز رفتار عادلانه که در حد ضعیف ارزیابی شد (۱/۸) سایر مؤلفه‌ها در حد متوسط ارزیابی شدند. مؤلفه‌های ارتباطات، قدرشناسی و رفتار عادلانه کمترین و مؤلفه‌های کار گروهی و وضوح هدف بیشترین میانگین را داشتند. نتایج مطالعه سبک رهبری نیز نشان داد که در مجموع مراکز، ۶۲/۸٪ از ۳۲۸ مدیری که پرسشنامه سبک رهبری را تکمیل کرده‌اند تلفیقی از سبک‌های مشارکتی و استبدادی را به کار برده و سایرین از سبک استبدادی بهره جسته‌اند و هیچکدام از سبک مشارکتی استفاده نکرده‌اند. همچنین میانگین کل امتیاز سبک رهبری برابر (۴) ۴۲/۴ و در محدوده سبک تلفیقی قرار گرفت (جدول ۴).

جدول ۳- امتیاز معیارهای توانمندساز به تفکیک مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی

مرکز	معیار (امتیاز)	رهبری (۱۰۰)	خط مشی و راهبرد (۸۰)	کارکنان (۹۰)	منابع و مشارکت‌ها (۹۰)	فرآیندها (۱۴۰)	جمع کل امتیازات میانگین امتیاز کل (انحراف معیار) (۵۰۰)	فاصله اطمینان تفاوت میانگین (%۹۵)	t
اصفهان	۳۲/۶	۳۷/۹۵	۳۸/۵۷	۳۱/۰۸	۵۷/۹۷	۱۸۸/۱۷	۳۷/۶ (۱۲)	-۲۷/۳- (۲/۵)	-۲/۳
سیس- بلوچ	۲۲/۳۸	۱۹/۲	۳۱/۰۶	۲۷/۵۶	۴۵/۶۹	۱۴۵/۸۹	۲۹/۲ (۱۰/۳)	-۳۳/۶- (-۸)	-۴/۵**
آذر- غربی	۲۲/۱۲	۲۰/۷۶	۲۹/۷۹	۲۷/۵۴	۴۷/۷۷	۱۴۷/۹۸	۲۹/۶ (۱۰/۸)	-۳۳/۸- (-۷)	-۴/۲۲**
مازندران	۲۶	۲۱/۴۲	۳۴/۰۷	۳۰/۶۷	۵۲/۸۹	۱۶۵/۰۵	۳۳ (۱۲/۱)	-۳۲- (-۲)	-۳/۱**
یزد	۲۳/۸۲	۱۸/۹	۳۶/۷۸	۳۱/۳۲	۴۹/۵۴	۱۶۰/۳۶	۳۲/۱ (۱۱/۹)	-۳۲/۷- (-۳/۱)	-۳/۴**
اردبیل	۱۷/۹	۱۸/۶۷	۳۰/۰۸	۲۳/۰۴	۴۵/۸۹	۱۳۵/۵۷	۲۷/۱ (۱۱/۶)	-۳۷/۲- (-۸/۵)	-۴/۴**
بوشهر	۳۱/۳	۲۵/۵	۳۶/۳۳	۳۰/۹۶	۵۵/۰۳	۱۷۹/۱۶	۳۵/۸ (۱۱/۴)	-۲۸/۶۳- (-۱/۲)	-۲/۸**
خ- رضوی	۲۸/۳	۲۹/۵	۳۸/۷۷	۳۰/۶۶	۶۰/۱۱	۱۸۷/۳	۳۷/۵ (۱۳/۳)	-۲۹/۱- (-۴)	-۲/۱
ایلام	۱۳/۹۲	۱۷/۳۴	۲۸/۶۷	۲۳/۳۱	۴۶	۱۲۹/۲۴	۲۵/۸ (۱۲/۶)	-۳۹/۸- (-۸/۵)	-۴/۳**
تهران	۴۷/۷	۴۶/۳۹	۴۷/۱	۴۴/۲	۵۹/۹۳	۲۴۵/۳۳	۴۹/۱ (۶/۲)	-۸/۶۵- (-۶/۸)	-۰/۳۴
میانگین امتیازات در کل مراکز	۲۶/۶	۲۴/۴	۳۵/۱	۳۰	۵۲/۱	۱۶۸/۴	۳۲/۷ (۷/۴۲)	-۲۹/۸- (-۲/۸)	-۳/۴۶**

** تفاوت میانگین از ۵۰٪ امتیاز کل به عنوان حد نصاب بهبود کیفیت با استفاده از آزمون تی استیوننت تک نمونه‌ای؛ $p < 0/05$

۳۳/۷٪ از کل امتیاز معیارهای توانمندساز تأمین شده است. معیار کارکنان بیشترین امتیاز و معیارهای فرآیند، منابع و مشارکت‌ها، خط مشی و راهبرد و رهبری امتیازات بعدی را تأمین کرده‌اند. مرکز ایلام و مرکز اردبیل به ترتیب با امتیاز ۱۲۹/۲۴ و ۱۳۵/۵۷ کمترین امتیاز را کسب کرده‌اند.

تطبیق وضعیت عمومی مراکز با ویژگی‌های سطح سازمانی که توسط برخی پژوهشگران توصیف شده است (۱۸ و ۲۰) نشان از صحت ارزیابی است. وجود واحد ارتقاء کیفیت با عملکرد مناسب، مدیریت آموزش تخصصی با برنامه‌های مدون، مشارکت بیشتر کارکنان، سیستم‌های بهتر برای پرداخت، وجود اتاق فکر با برنامه منظم، آغاز برنامه مدیریت کیفیت در مرکز (برنامه کارت امتیازی متوازن)، آگاهی و تعهد مدیر و معاونان سازمان نسبت به مدیریت کیفیت و ارتقاء مستمر از جمله دلایل قرارگیری مراکز تهران، اصفهان و خراسان رضوی در گروه سازمان‌های بهبود یافته است.

بررسی زیرمعیارهای رهبری که کمترین امتیاز معیارهای توانمندساز را کسب کرده است، نشان داد که جز در مرکز تهران،

خراسان رضوی کمتر ($p < 0/05$) بود. در معیار خط مشی و راهبرد میانگین امتیاز مرکز تهران به صورت معنادار از سایر مراکز به جز خراسان رضوی بیشتر بود ($p < 0/05$). در سایر معیارها بین مراکز تفاوت معنادار وجود نداشت. در مجموع میانگین امتیاز کل مرکز تهران از سایر مراکز بیشتر و میانگین امتیاز کل مراکز خراسان رضوی و اصفهان از امتیاز مراکز سیستان و بلوچستان، آذربایجان غربی و اردبیل بیشتر بود ($p < 0/05$). میانگین امتیاز کل مرکز ایلام نیز به صورت معنادار از امتیاز مراکز مازندران، بوشهر، اصفهان و خراسان رضوی کمتر بود ($p < 0/05$).

نتایج مطالعه جو توانمندسازی در این پژوهش نشان می‌دهد که در مجموع، امتیاز توانمندسازی کارکنان در حد متوسط قرار

جدول ۴- فراوانی مدیران مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی بر حسب سبک رهبری و میانگین و انحراف معیار امتیاز سبک رهبری

مرکز	سبک رهبری	مشارکتی (تعداد %)	استبدادی (تعداد %)	تلفیقی (تعداد %)	میانگین (انحراف معیار)
تهران	.	۱۷ (۳۸/۶)	۲۳ (۶۱/۴)	۴۲ (۳/۳)	
ایلام	.	۶ (۳۷/۵)	۱۰ (۶۲/۵)	۴۲ (۵/۵۲)	
اصفهان	.	۱۹ (۴۷/۵)	۲۱ (۵۲/۵)	۴۳ (۴/۳۷)	
آذربایجان غربی	.	۱۲ (۴۶/۴)	۲۱ (۶۳/۶)	۴۱ (۶/۳۹)	
اردبیل	.	۱۴ (۵۳/۸)	۱۲ (۴۶/۲)	۴۳ (۳/۷)	
مازندران	.	۲۳ (۵۳/۵)	۲۰ (۴۶/۵)	۴۳ (۴)	
خراسان رضوی	.	۹ (۲۱/۴)	۳۳ (۷۸/۶)	۴۳ (۳/۷)	
یزد	.	۵ (۱۸/۵)	۲۲ (۸۱/۵)	۴۱ (۱/۳)	
سیستان بلوچستان	.	۱۶ (۵۹/۳)	۱۱ (۴۰/۷)	۴۳ (۵/۶/۲)	
بوشهر	.	۳ (۱۰)	۲۷ (۹۰)	۴۰ (۴/۶/۲)	
جمع	.	۱۲۲ (۳۷/۲)	۲۰۶ (۶۲/۸)	۴۲ (۲/۴)	

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج، مرکز تهران و پس از آن مراکز اصفهان و خراسان رضوی در زمره سازمان‌های بهبود یافته^۳ و سایر مراکز در گروه سازمان‌های مبتدی قرار می‌گیرند. میانگین نمره کل معیارهای توانمندساز در مجموع مراکز برابر (۳۴/۶) ۱۶۸/۴ بود و

³ Improver

به صورت منظم و سازمان یافته بر بهبود کیفیت و ترویج فرهنگ تعالی سازمانی تأکید کافی نشده است. عدم تحصیلات مدیران در رشته‌های مدیریت، عدم آشنایی مدیران با مفاهیم و اصول ارتقاء کیفیت و مدیریت کیفیت، کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی غیرمؤثر، وجود انتظارات زودرس یا نامعقول از مدیریت کیفیت، سبک رهبری متمایل به استبدادی و ترویج پروژه انگاری مدیریت کیفیت جامع از دلایل پایین بودن امتیاز معیار رهبری می‌باشد. دلگشایی و همکاران (۱۳۸۳) دلیل احتمالی بالا بودن امتیاز رهبری در مطالعه خود را وجود مدیر بیمارستان با تحصیلات مرتبط (مدیریت) ذکر کرده‌اند (۲۳). در حالی که در این مطالعه تحصیلات تمام مدیران در رشته‌های پزشکی و پرستاری بوده است. در این رابطه ناقص بودن اطلاعات مدیران عامل مهمی در عدم توفیق برنامه‌های بهبود کیفیت برشمرده شده است (۶).

نتیجه این مطالعه نشان داد که سبک رهبری مدیران در تلفیقی از سبک مشارکتی و استبدادی با تمایل بیشتر به سوی سبک استبدادی قرار دارد. به طور مشابه نتایج مطالعه اورژانس پیش بیمارستانی شهر مکزیکوسیتی نشان می‌دهد که مدیریت آن غیرمشارکتی بوده است (۲۴). با وجود عدم توافق در خصوص سبک رهبری در محیط‌های اورژانس، امروزه نشان داده شده است که مدیریت یک سازمان سرآمد بایستی مشارکتی باشد (۱۹). نتایج یک مطالعه که سبک رهبری در گروه بیهوشی را با استفاده از شبیه‌سازی مورد بررسی قرار داده است نشان می‌دهد که گروه‌های با عملکرد بهتر از الگوی رهبری مشارکتی استفاده کرده‌اند (۲۵). همچنین نتایج بررسی شرایط اساسی مدیریت کیفیت جامع در سازمان خدمات اورژانس و آتش‌نشانی شهر مشارکتی - سنتی است (۲۶). Kushma و همکاران (۲۰۰۸) قایل به در نظر گرفتن موقعیت به عنوان عامل اساسی انتخاب سبک رهبری هستند. آنها سبک استبدادی را مناسب صحنه حوادث اورژانس می‌دانند و سبک مشارکتی را مناسب برنامه‌ریزی و زمان پس از حادثه دانسته و در عین حال تأکید می‌کنند که مدیران اورژانس سعی کنند در کاربرد سبک استبدادی احساس مسؤولیت را جانشین استبداد کنند (۲۷).

بررسی معیار خط مشی و راهبرد نشان داد که برنامه راهبردی در جهت اهداف اصلی سازمان و بهبود شاخص‌های کمی قرار دارد اما شواهدی از تأکید بر شاخص‌های کیفی دیده نمی‌شود و تاکنون نیز مورد بازنگری قرار نگرفته است. در مجموع اهداف برنامه راهبردی در مواردی مانند تأمین نیروی انسانی، تجهیزات،

آمبولانس، پایگاه، پوشش راه‌های فرعی، پوشش روستاها و عشایر تحقق نیافته است. استانداردهای تکلیف شده تنها در مورد مراکز پیام و فرماندهی ارتباطات در کلیه مراکز و تعدادی پایگاه جاده‌ای در برخی مراکز محقق شده است. نتایج بررسی سیستم اورژانس شهر Ventura در ایالت کالیفرنیا نشان می‌دهد که از ۱۱۱ بخش مورد بررسی در ۸ حوزه سازمانی، در ۱۹ مورد (برنامه تروما و مدیریت داده‌های تروما، دسترسی به امداد هوایی، امداد در شرایط خاص مانند یخبندان، ارزشیابی منظم روند انتقال، گزارش دهی، حساسی اقدامات حفظ حیات، استفاده از ماهواره، ارزیابی نیازهای حین بحران و نقش اورژانس‌های خاص مانند اورژانس اطفال در بحران) حداقل استاندارد تأمین نشده بود، در ۱۲ بخش الزامات بیش از حداقل استاندارد تأمین شده بود و برای ۷۸ بخش نیز برنامه‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت تنظیم شده بود که ۴۶ مورد از آنها در حال اجرا بودند (۲۸). نتایج بررسی دپارتمان آتش‌نشانی و اورژانس شهر Burnsville در ایالت مینه‌سوتای آمریکا نشان می‌دهد که از استانداردهای وضع شده هیچ کدام تأمین نشده است (۳۰). نتایج بررسی وضعیت اورژانس در شهر مکزیکوسیتی نشان می‌دهد که اصولاً استاندارد واحدی در خصوص زمان واکنش، برنامه آموزشی، مراقبت حداقل و تضمین کیفیت در مؤسسات اورژانس این شهر وجود ندارد که به آن عمل شود (۲۴). مطالعه حاضر نشان داد که راهبرد در میان کارکنان چندان اشاعه نیافته و تفکر راهبردی که مدیریت کیفیت جامع را شکل و جهت دهد، در همه ابعاد سازمان رسوخ نیافته است. این در حالی است که ایجاد هر گونه تحول سازمانی نیازمند کارکنان آگاه و متعهد به اهداف است. در این رابطه بررسی نظرات کارکنان سازمان اورژانس شهر Gresham نشان داده است که مأموریت و اهداف سازمان ارزش اندکی برای آنها داشته است و آنها را بنای تصمیمات خود نمی‌دانسته‌اند (۲۶). همچنین نتایج مطالعه سازمان اورژانس شهر Alameda نیز نشان داد که تضمین کیفیت در راهبرد کل سازمان ادغام نشده است (۳۰).

مطالعه ما نشان داد که در مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی واحدی به نام کنترل کیفیت پیش‌بینی شده است که اغلب شامل یک کارشناس با وظایف متعدد دیگری است. در این رابطه بررسی سازمان اورژانس شهر Alameda آمریکا نشان می‌دهد ساختار مدیریت کیفیت در دو بخش شامل گروه بهبود کیفیت و شورای کیفیت طراحی شده است (۳۰). به نظر می‌رسد ارتقاء کیفیت در سازمان، نیازمند واحدی منسجم با برنامه مشخص و اختیارات مناسب است. برخی محققان تجربه ایجاد

در انتخاب نیروهای خود بر اساس ویژگی‌هایی عمل می‌کنند که در قوانین وزارت بهداشت یا انجمن‌های ملی ذکر شده‌اند (۳۳)، در حالی که هیچ برنامه‌ای برای تضمین صلاحیت نیروی انسانی در مؤسسات اورژانس مکزیکوسیتی وجود نداشته است (۲۴). در مطالعه حاضر عدم وجود نظام پاداش و تشویق با ملاک‌های معین و اعلام شده، عدم وجود نظام پرسش و پاسخ و مذاکره با کارکنان، ضعف نظام پیشنهادات، عدم تشکیل گروه‌های کیفیت و عدم وجود نیروی انسانی کافی در بخش عملیات از جمله مواردی هستند که در مراکز مورد بررسی با درجات مختلف مشاهده شد و می‌توانند به شکست برنامه‌های کیفیت منتهی شوند. در این رابطه دلگشایی و همکاران (۱۳۸۳) در نتایج پژوهش خود قدردانی رهبران از افراد و گروه‌ها را ضعیف گزارش کرده‌اند (۲۳).

در حوزه منابع و مشارکت‌ها، در مدیریت تجهیزات و ساختمان درصد مناسب از امتیاز تأمین شده است، اما در مدیریت منابع مالی و همکاری‌های تجاری به خاطر عدم استقلال مالی، روند امور توسعه‌ای و کیفی مراکز کند شده است. در مدیریت فناوری، روند کاربری و نگهداشت فناوری و تجهیزات جدید عموماً در شرایط قابل قبول قرار دارد. با این حال کمبود برخی تجهیزات مانند مکان‌یاب ماهواره‌ای که بر بهبود عملکرد مراکز اثر اساسی دارد مشهود است.

در حوزه مدیریت اطلاعات، تقریباً در تمام مراکز مورد بررسی پایگاه معتبر داده‌ها وجود دارد با این حال جز در مراکز تهران، اصفهان و خراسان رضوی سامانه‌ای برای اطلاع‌رسانی مناسب و تحلیل اطلاعات وجود ندارد. بنابراین به نظر می‌رسد مراکز چندان از داده‌های خود در تصمیم‌گیری بهتر سود نبرند. حمیدی و طبیبی (۱۳۸۳) در مطالعه خود از شبکه‌های بهداشتی درمانی استان همدان نقص اطلاعات را گزارش می‌دهند (۶) در حالی که طبیبی و همکاران (۱۳۸۸) مانند نتایج این مطالعه، اطلاعات را کافی ارزیابی می‌کنند اما ضعف در به کارگیری اطلاعات را گزارش می‌دهند (۳۲). مراکزی مانند مرکز ثبت تروما یا ثبت بیماری‌های قلب و عروق نیز به صورت منسجم مشاهده نشد. در این رابطه بررسی سامانه اورژانس ۳۶ کشور نشان می‌دهد که تنها ۶ کشور دارای مرکز داده و مرکز ثبت تروما و بیماری‌های قلب و عروق بوده‌اند و از این مسأله به عنوان مهم‌ترین مانع ارتقاء کیفیت اورژانس پیش‌بیمارستانی یاد شده است (۳۵).

در معیار فرآیندها، جز در مرکز تهران، در سایر مراکز روند شناسایی و ترسیم فرآیند آغاز نشده است. گردش امور، سنتی، روزانه و مبتنی بر حل مشکل بوده و در قالب مدیریت فرآیند

این واحدها در سازمان‌های بوروکراتیک را مفید ارزیابی کرده‌اند (۳۱). نتایج این مطالعه نشان داد که ساختار مراکز به صورت عمودی و فاقد گروه‌های کاری است که با فلسفه مدیریت کیفیت جامع که بر استقرار گروه‌ها در سازمان و تصمیم‌گیری مشارکتی مبتنی است، مغایرت دارد. در این رابطه نتایج مطالعه اورژانس شهر Gresham نشان داده است که هرم مدیریت در سازمان اورژانس این شهر نسبتاً سنتی بوده و تصمیم‌گیری در آن مبتنی بر بحران و نه بر اساس اهداف، مأموریت و یا اولویت است. تحقیقات مشتری و بازخورد در آن وجود ندارد و هیچ مکانیسمی برای تعیین کیفیت خدمات ارائه شده وجود ندارد. پژوهشگر پیشنهاد کرده است که اصلاح ساختار مدیریت، تدوین برنامه راهبردی و استقرار یک برنامه مدیریت کیفیت بایستی مدنظر مدیران سازمان قرار گیرد (۲۶).

در معیار کارکنان، مشارکت و تفویض اختیار به کارکنان از امتیاز بسیار کمی برخوردار شده است. بررسی اطلاعات نشان می‌دهد که دوره و یا کارگاهی در مورد روش‌های سرپرستی برای مدیران برگزار نشده است. طبیبی و همکاران (۱۳۸۸) نیز میزان مشارکت کارکنان در امور مدیریت بیمارستان مورد بررسی را محدود (۳۲) و حمیدی و طبیبی (۱۳۸۳) نیز سطح مشارکت ۵۵٪ کارکنان را متوسط و مشارکت سایرین را پایین اعلام کرده‌اند (۶). دلگشایی و همکاران (۱۳۸۳) نیز نتیجه مشابهی را گزارش کرده‌اند (۲۳). وجود حساسیت‌های اجتماعی، سیاسی و فنی در مراقبت‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی و کمبود مهارت‌های مدیریتی سبب شده است مدیران کمتر تفویض اختیار کنند و خود شخصاً نظارت بر تمام امور سازمان را عهده‌دار شوند. آموزش حین خدمت نیروی انسانی جز در مراکز بزرگ منظم نبود، ارزشیابی عملکرد به طور مؤثر بازخورد داده نمی‌شد و رضایت شغلی کارکنان نیز سنجیده نمی‌شد. در این رابطه، مطالعه اورژانس ۵ کشور اسکانداویژی (۳۳)، و نیز مطالعه‌ای که اورژانس کرواسی را مورد بررسی قرار داده است (۳۴) نتایج مشابهی را در مورد نروژ و کرواسی گزارش کرده‌اند. همچنین در سازمان اورژانس شهر Gresham هیچ گونه آموزش رسمی و یا استاندارد برای آموزش پایه وجود ندارد (۲۶)، اما در اورژانس شهر Alameda برنامه‌های منظم آموزش مداوم و آموزش اخلاق حرفه‌ای وجود داشته است (۳۰). مطالعه حاضر نشان داد در مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی ایران تربیت تکنیسین اورژانس از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت می‌گیرد و جذب نیروی انسانی مبتنی بر داشتن صلاحیت‌های ویژه است. مؤسسات خدمات اورژانس کشورهای اسکانداویژی

عقب‌ماندگی واضح هستند و جهت گام گذاشتن در مسیر کیفیت لازم است هرچه زودتر نسبت به استقرار برنامه‌های کیفیت اقدام کنند. همچنین نتایج نشان داد که مدل EFQM می‌تواند تمام اجزاء مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی را با معیارهای خود و به صورت نظام‌مند بررسی نماید و درک بهتری از ورودی‌ها، خروجی‌ها، فرآیندها و بازخوردهای آن را فراهم آورد. بنابراین مدیران مراکز با استناد به نتایج آن می‌توانند زمینه‌های بهبود را تعیین و برنامه‌های اصلاحی متناسب را طراحی و اجرا نمایند. مقیاس رتبه‌ای که در این پژوهش فراهم آمده است با تمرکز بر اجزاء و عملکردهای مرکز مذکور و بر حسب الگوی EFQM تدوین شده است و می‌تواند ابزار مناسبی برای ارزیابی‌های دوره‌ای، استقرار مدیریت کیفیت جامع و پایش عملکرد باشد. با توجه به اینکه ایجاد هرگونه تحول اعم از ایجاد مدیریت فرآیند، ترویج مشتری‌مداری، نهادینه کردن فرهنگ بهبود مستمر، توانمندسازی و مشارکت کارکنان، ایجاد گروه‌های کیفیت و دیگر اجزاء اساسی مدیریت کیفیت نیازمند تغییرات بنیادین در آگاهی و نظام فکری مدیران و کارکنان است، پیشنهاد می‌شود مرکز از طریق آموزش‌های تخصصی در زمینه ارتقاء کیفیت، آنان را توانمند سازد تا قابلیت لازم برای استقرار مدیریت کیفیت جامع مهیا گردد.

لازم به ذکر است هیچ گونه تعارض منافی توسط مؤلفان این مقاله بیان نشده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه مقطع دکترای پرستاری آقای مصیب مظفری به راهنمایی خانم دکتر عابد سعیدی و طرح پژوهشی مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ۶۶۰۱-۸۶-۰۱-۸۸ می‌باشد. بدین وسیله از مدیران و معاونان مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی در معاونت سلامت وزارت متبوع، مدیران و کارشناسان محترم و کارکنان مراکز مورد بررسی به خاطر همکاری ارزنده و مساعدت بی‌دریغ در طول انجام پژوهش قدردانی می‌شود.

قرار ندارد. شاخص‌های مورد اتکای مراکز شامل شاخص زمان رسیدن، تعداد کل نجات‌یافتگان و نسبت آمبولانس و پایگاه به جمعیت و مسافت است و در سایر حوزه‌های عملکردی شاخص تدوین نشده است. همچنین جز در مراکز تهران، خراسان رضوی و اصفهان فرآیند مشخصی برای بررسی منظم شاخص‌ها و فرآیندی برای نظرسنجی خدمت‌گیرندگان وجود نداشت. اما در همه مراکز امکان ارتباط کارکنان و نیز عموم مردم با مدیران از طرق مختلف وجود دارد. در اورژانس Burnsville وجود برنامه نظرسنجی دو سالانه توسط سازمان اورژانس گزارش شده است (۲۹) اما در شهر مکزیکوسیتی و نیز اورژانس و آتش‌نشانی شهر Gresham هیچ گونه نظرسنجی انجام نشده و برنامه‌ای نیز در مورد آن وجود نداشته است (۲۴ و ۲۶). در مجموع، مدیریت فرآیند در مراکز شکل نگرفته است و نیازمند برنامه‌ریزی منسجم است.

انجام این مطالعه با برخی محدودیت‌ها همراه بود. دسترسی ناکافی به برخی اطلاعات مورد نیاز، وجود داده‌های متناقض، عدم همکاری کافی برخی مدیران، دسترسی نسبتاً دشوار به برخی مدارک و مستندات مانند برنامه راهبردی و مستندات آموزشی از جمله این محدودیت‌ها بودند که ممکن است بر نتایج اثر داشته باشند. بنابراین در تفسیر نتایج لازم است این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. همچنین افزایش تجربه پژوهشگر مسؤول جمع‌آوری اطلاعات در طول ۱۴ ماه انجام مطالعه که می‌تواند بر کیفیت مشاهدات و جمع‌آوری اطلاعات موثر باشد را نباید از نظر دور داشت. با این حال، این مطالعه دارای برخی نکات قوت نیز بود؛ در نوع خود گسترده‌ترین مطالعه بسترهای اساسی مدیریت کیفیت در مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی به شمار می‌رود و نمونه پژوهش آن معرف مناسبی از مراکز مذکور در کشور بوده است. این مطالعه همچنین علاوه بر شاخص‌های معمول، مراکز اورژانس را با دیدگاه مدیریت کیفیت جامع (به عنوان نیاز آینده این سازمان‌ها) مورد بررسی قرار داده است.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی در حوزه معیارهای توانمندساز دچار

References

- 1- Salmanzadeh H, Maleki M. Excellence quality: Change and improvement with a FOCUS-PDCA based strategy. *Journal of Health Information Management* 2001;4(9):48-58. (Article in Persian)
- 2- Riahi B. *New Theory of TQM in Iran Governmental Section*. 1st ed. Tehran: IRTCI - Publishing; 2005:49. (Text in Persian)
- 3- Dianis NL, Cummings C. An interdisciplinary approach to process performance improvement. *J Nurs Care Qual* 1998;12(4):49-59.
- 4- Kennedy MP, Boyce NW, Logan ME. Quality management in Australian emergency medicine: Translation of theory into practice. *Int J Qual Health Care* 1999;11(4):329-36.
- 5- Glickman SW, Baggett KA, Krubert CG, Peterson ED, Schulman KA. Promoting quality: the health-care

- organization from a management perspective. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):341.
- 6- Hamidi Y, Tabibi J. Results of implementation of total quality management in Hamedan province health networks. *Journal of Hamedan University of Medical Sciences* 2004;11(1):37-43. (Article in Persian)
 - 7- Rezayatmand A, Ghasemi S. *Self-assessment tools for excellence*. 1st ed. Tehran: Barin Danesh-pezhuhan Publishing; 2006: 56. (Text in Persian)
 - 8- Jelodari B. *Organization Excellence*. 2nd ed. Tehran: IRTCI Publishing; 2006: 43. (Text in Persian)
 - 9- Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *Intl J Qual Health Care* 2000;12(3):191-201.
 - 10- Ghobadian A, Woo HS. Characteristics, benefits and shortcomings of four major quality awards. *International Journal of Quality and Reliability Management* 1996;13(2):10-44.
 - 11- Eskildsen JK. Identifying the vital few using the European Foundation for Quality Management Model. *Total Quality Management* 1998; 9(4/5): S92-S95.
 - 12- Van Der Wiele A, Williams ART, Dale BG. ISO 9000 series registration to business excellence: the migratory path. *Business Process Management Journal* 2000;6(5):417-27.
 - 13- Westlund AH. Measuring environmental impact on society in the EFQM system. *Total Quality Management* 2001;12(1):125-35.
 - 14- Wu CC, Wang SH. Using the EFQM model to share the experience of TQM and develop improvement strategies for SMEs. [cited 2010 Aug 10]; Available from: <http://www.bm.nsysu.edu.tw/tutorial/iyllu/12th%20ICIT/01-05.pdf>.
 - 15- Eskildsen JK, Dahlgaard JJ. A causal model for employee satisfaction. *Total Quality Management* 2000; 11 (8): 1081-1094.
 - 16- Prabhu V, Appleby A, Yarrow D, Mitchell Ed. The impact of ISO 9000 and TQM on best practice/performance. *The TQM Magazine* 2000;12(2):84-91.
 - 17- Bou-Llugar JC, Escrig-Tena AB, Roca-Puig V, Beltrán-Martín I. An empirical assessment of the EFQM Excellence Model: Evaluation as a TQM framework relative to the MBNQA Model. *Journal of Operations Management* 2009;27(1):1-22.
 - 18- Amiri MR, Sakaki MR. *Guideline for Assessing Organization Performance Using EFQM Excellence Model*. 1st ed. Tehran: IPHRD Publishing; 2005;20-45. (Text in Persian)
 - 19- Maleki M, Izadai A. Status of enablers in hospitals of social welfare organization in Tehran based on organizational excellence model. *Payesh* 2010;9(2):131-7.
 - 20- McCarthy G, Greatbanks R, Yang J. Guidelines for Assessing Organisational Performance Against the EFQM Model of Excellence Using the Radar Logic: Project in management Sciences, [cited 2009 Aug 20]; Available from: http://www.php.portals.mbs.ac.uk/Portals/49/docs/jyang/McCarthyYangGreatbanks_MSM_Guidelines_for_Selfassessm ent.pdf.
 - 21- Polit DF, Beck CT, Hungler B. *Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization*. Translated by Dehghan N, Asadi A. Tehran: Andishe Rafii Publishing; 2006:209-49. (Text in Persian)
 - 22- Jaffe DT, Scott CD. *Empowerment*. Translated by Iran nezhad M. 1st ed. Tehran: Institute for education and research in management; 2004:85-110. (Text in Persian)
 - 23- Delgoshaei B, Maleki MR, Dehnavieh R. An evaluation of the basic requirements for the implementation of total quality management at Rasoul Akram hospital, Tehran, Iran. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2004;3(3):211-7. (Text in Persian)
 - 24- Peralta LM. The prehospital emergency care system in Mexico City: A system performance evaluation. *Prehosp Disaster Med* 2006;21(2):104-11.
 - 25- Künzle B, Zala-Mezö E, Wacker J, Kolbe M, Spahn DR, Grote G. Leadership in anesthesia teams: the most effective leadership is shared. *Qual Saf Health Care* 2010;19(6):e46.
 - 26- Caton HR. An Investigation of the Elements of TQM and Their Application as Management Tools for Gresham Fire & Emergency Service. National Fire Academy. Januray 2001. [cited 2010 Jan 15]; Available from: www.usfa.dhs.gov/pdf/efop/efo32166.pdf.
 - 27- Kushma J, Benini JK, Holdeman E. Leadership Challenges in Emergency Management: A Moderated Panel Discussion. Emergency Information Infrastructure Project (EIIP). emforum.org (Virtual Forum: 5 Nov 2008). [cited 2009 Oct 10]; Available from: <http://www.emforum.org/vforum/081105.htm>.
 - 28- Ventura County Public Health Department. EMS Plan. county of Ventura, 2004. [cited 2010 Feb 10]; Available from: http://www.vchca.org/ems/EMS_PLAN.sflb.ashx.
 - 29- Larkin R. Evaluating a Quality Improvement program for the Emergency Medical Service in the Burnsville Fire Department. National Fire Academy. Feb 2003. [Cited 2010 Jan 15]; Available from: <http://www.usfa.dhs.gov/pdf/efop/efo35760.pdf>.
 - 30- Fanning ND. Assessment of the Status of Quality Management in the Alameda County EMS System: draft. Oct 2005. [cited 2010 Aug 20]; Available from: http://www.acgov.org/ems/Quality/Assessment_of_%20EM S_System_Quality_dft.pdf.
 - 31- Macinati M. The relationship between quality management systems and Organizational performance in the Italian National Health Service. *Health Policy* 2008;85(2):228-41.
 - 32- Tabibi SJ, Maleki MR, Mojdehkar R. Performance evaluation of Ayatollah Kashani hospital based on baldrige organizational excellence model. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2009;27(1):24-30. (Article in Persian)
 - 33- Langhelle A, Lossius HM, Silfvast T, Björnsson HM, Lippert FK, Ersson A, et al. International EMS systems: the Nordic countries. *Resuscitation* 2004;61(1):9-21.
 - 34- Anticevic HS. EMS System in Croatia. *Resuscitation* 2006;68(2):185-91.
 - 35- Arnold JL, Dickinson G, Tsai MC, Han D. A survey of emergency medicine in 36 countries. *CJEM* 2001;3(2):109-18.

Enabler Criteria in Centers for Management of Medical Emergencies and Accidents in Iran according EFQM Model

Abedsaeedi Z¹ (PhD), Mozafari M^{*1} (MSN), Pazargadi M¹ (PhD), Alavi majd H² (PhD)

¹Department of nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

²Department of Biostatistics. School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 15 Sep 2010, Accepted: 27 Dec 2010

Abstract

Introduction: Successful implementation of total quality management (TQM) needs committed leadership, customer-based approaches, process management, efficient communication, knowledge management, staff sharing and continuous improvement culture. European Foundation for Quality Management is the appropriate framework for introducing or assessing TQM in organizations. The aim of this study was to assess five enabler criteria including leadership, strategy, people, resources-partnerships and processes in Center for Management of Medical Emergencies and Accidents using European Foundation for Quality Management (EFQM) as framework.

Methods: 399 road and urban emergency medicine services (EMS) stations and all official units in Ilam, Bushehr, Mazandaran, Ardebil, West Azerbaijan, Yazd, Tehran, Sistan – Baluchestan, Khorasan-razavi and Isfahan centers along with their managers (328) and personnel (1576) were selected. The research was conducted in 14 months by a 189-item rating scale to evaluate organization, and two questionnaires to determine leadership style and status of organization empowering.

Results: Overall, the mean enabler criteria score was 168.4 ± 34.6 out of 500; therefore, the selected divisions were labeled as drifter organizations which were in early stage of quality improvement road. In comparison, the Tehran, Isfahan and Khorasan- razavi centers with higher score were labeled as improver organizations. The leadership criterion obtained the minimum score (26.6 ± 9.4) and people criterion obtained the maximum score (35.1 ± 5.6).

Conclusion: To provide the capability for TQM implementation, it is essential to enhance the knowledge and attitude of managers and personnel about quality and its requirements. In addition, EFQM is a proper framework for evaluation and monitoring of EMS performance and determining areas and plans for improvement.

Key words: European Foundation for Quality Management; Total Quality Management; Emergency Medical Services; Enabler criteria; Iran

Hakim Research Journal 2011; 13(4): 257- 266.

*Corresponding Author: Department of Nursing. Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Valiasr St, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 22257572, Fax: +98- 841- 2227123. Email: Mozafaric@yahoo.com