

«علوم تربیتی»

سال سوم - شماره ۱۲ - زمستان

ص.ص. ۱۰۶-۸۱

بررسی وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و ارائه راهکارهای مناسب بهبود

دکتر محمدعلی فرنی^۱

آمنه محمدپور ارمینان^۲

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر و ارائه راه کارهای مناسب بهبود در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام یافته است. روش تحقیق حاضر توصیفی (پیمایشی) و از لحاظ هدف کاربردی می باشد. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه مدیران گروه های آموزشی در معاونت آموزشی - پژوهشی، معاونت درمان، دانشکده ها و بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی به تعداد ۳۰۰ نفر می باشند. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۱۶۹ نفر به دست آمد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. روایی پرسشنامه از طریق بهره گیری از نظرات استاد راهنما و استاد مشاور و پایایی آن از طریق اجرای مقدماتی آن در بین ۳۰ نفر و با استفاده از فرمول آلفای کرانباخ محاسبه گردید که مقدار آن ۰/۹۶ به دست آمد. هم چنین از تکنیک تحلیل عاملی جهت دسته بندی سوالات استفاده گردید و ملاحظه شد که مقدار $KMO=0/91$ بدست آمده بزرگتر از ۰/۵ است پس تعداد نمونه ها برای اجرای تحلیل عاملی بسیار مناسب بوده است از آمار توصیفی برای پاسخگویی به سوالات و از آزمون تی تست، تحلیل واریانس یکطرفه (ANOVA) و ضریب همبستگی پیرسون برای آزمون فرضیه ها استفاده شده است. نتایج حاصله نشان داد وضعیت مؤلفه های مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی در حد متوسط قرار دارد. همچنین نتایج به دست آمده از آزمون ها نشان داد بین مدیران آموزشی به لحاظ جنسیت، مدرک تحصیلی، رشته تحصیلی، سابقه خدمت، سابقه مدیریت، مرتبه علمی و سمت آنها رابطه معنی دار وجود ندارد، ولی نسبت به محل اشتغال مدیران آنان معنی دار می باشد بطوریکه TQM^3 در EDC^4 بیشترین مقدار را کسب کرده است.

واژگان کلیدی: مدیریت کیفیت فراگیر، مدیران آموزشی، راه کار مناسب بهبود.

۱- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، گروه علوم تربیتی، تبریز، ایران.

۲- کارشناس ارشد مدیریت آموزشی

3- Total Quality Management

4- Education Development Central

مقدمه

سازمان‌های هزاره سوم دارای دو ویژگی اصلی، تحول و کیفیت می‌باشند بنابراین یکی از راه‌های کاهش نوسانات در فرایند سازمان‌های آموزشی که مدیران بتوانند از عهده خواسته‌های تازه و دشواری‌های ناگهانی برآیند و کیفیت آموزش را ارتقا دهند راهکار بهسازی یا بهبود کیفیت مدیریت است. زیرا عملکرد کیفیت کار مدیران آموزشی، عملکرد نظام آموزشی را در سطح جامعه رقم می‌زند و عملکرد مؤثر سازمان‌های آموزشی و خدماتی نیز اساس عملکرد یک جامعه و ملت را تشکیل می‌دهد.

بدون شک در حرکت به سمت جهانی شدن، کیفیت یک عامل تأثیرگذار است. در روند توسعه صنعت و بازرگانی، یکپارچگی اقتصاد جهانی و رشد و اشباع بازار، کیفیت نقش اصلی را ایفا کرده و یکی از مهم‌ترین عامل‌های رقابت سازمان و موفقیت در بازارهای ملی، منطقه‌ای و جهانی به شمار می‌آید.

در حقیقت، تحقق و به کارگیری TQM یکی از ثمرات و دستاوردهای ناشی از گسترش و بین‌المللی سازی مدیریت کیفیت طی سال‌های گذشته به حساب می‌آید. مقوله TQM به رغم عمومیت داشتن در کلیه زمینه‌ها، تاکنون فقط در کارخانه‌ها و برخی از مشاغل خدماتی رواج دارد. هرچند، اطلاعات زیادی در مورد اجرای TQM در بعضی از زمینه‌ها از قبیل آموزش، تحقیقات، مشاوره و... در دسترس نیست، لیکن با توجه به جامعیت مفاهیم و اهداف نهایی TQM در لزوم دستیابی به کیفیت برتر می‌توان با بهره‌گیری از الگوهای کیفی به کار گرفته شده در سایر زمینه‌ها و تلفیق آن با شاخص‌های تأثیرگذار در بهبود فرآیند آموزش به نتایج قابل قبولی در این زمینه دست یافت.

مدیریت کیفیت فراگیر روشی برای اداره یک سازمان است که اساس آن بر کیفیت و مشارکت همه اعضای سازمان استوار است و هدف آن نیل به موفقیت دراز مدت از طریق جلب رضایت مشتری و تأمین منافع همه افراد ذینفع است.

نظام‌های آموزشی به عنوان بارزترین نمود سرمایه‌گذاری نیروی انسانی در زمینه شکوفایی در جامعه نقش اصلی را برعهده دارد. امروز، این نظام‌ها سهم قابل توجهی از بودجه هر کشور را به خود اختصاص داده و با توجه به اهمیت و نقش آن در ابعاد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی جامعه ضروری است در جهت بهبود کیفیت نظام‌های آموزشی اقدامات اساسی صورت بگیرد و از هدر رفتن سرمایه‌های انسانی و مادی جلوگیری شود. مدیریت در این نظام‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اگر قرار است تحولی در آموزش صورت گیرد بایستی از مدیریت آن شروع شود. در بین عناصر اساسی TQM، تمرکز

بر مشتری احتمالاً مهم‌ترین عنصر است (سروانسی^۱، ۲۰۰۴، ص.ص. ۲۸۲-۲۸۳). بنابراین کلید اجرای موفق TQM، شناسایی متغیرهای کلیدی رضایت مشتری است (سلطانی^۲ و دیگران، ۲۰۰۴، ص ۴۰۸). TQM، ادغام وظایف و فرآیندهای داخل سازمان به منظور دستیابی به بهبود مستمر کیفیت کالاها و خدمات است و هدف آن رضایت مشتری است (کیول کارینی^۳، ۲۰۰۵). لاگروسن^۴ (۲۰۰۱): «TQM را سیستمی برای بهبود عملکرد سازمان‌ها و رضایت مشتریان است» تعریف می‌کند (از سوینسون^۵، ۲۰۰۵).

هم‌چنین مدیریت کیفیت فراگیر روشی است که می‌تواند این تحول را در آموزش ایجاد کند. همان طور که سالیس^۶ (حدیقی، ۱۳۸۰) نیز معتقد است، مدیریت کیفیت فراگیر فلسفه‌ای از بهبود مستمر است که قادر است مجموعه‌ای از ابزارهای عملی و فنون برای برآوردن نیازها، خواست‌ها و انتظارات فعلی و آینده هر مؤسسه آموزشی را فراهم سازد. با توجه به اینکه سازمان‌ها و واحدهای آموزشی، عوامل اصلی و تعیین کننده آماده‌سازی و تأمین نیروی انسانی دیگر نهادهای تولیدی و خدماتی در جامعه هستند، ضرورت مطالعه و پیاده کردن اصول مدیریت کیفیت فراگیر در آموزش بیش از پیش احساس می‌شود. بنابراین، باید به دنبال یک استاندارد ملی برای مدیریت کیفیت فراگیر در آموزش باشیم.

بررسی نقش مدیریت کیفیت فراگیر در سازمان‌های آموزشی و نیز تأثیرگذاری آموزش بر ارتقای کیفیت کار، عملکرد و محصول در سازمان‌ها از اهداف مهم این گزارش ویژه می‌باشد که در ادامه بر اهداف مذکور تأکید شده است.

در چارچوب تفکر سیستمی سازمان‌ها باید ظرفیت پذیرش تغییر را در خود افزایش دهند و سازمان‌های موفق امروزه آنهایی هستند که به استقبال تغییر می‌روند و باید در واکنش به محیط منعطف‌تر، در تبدیل ایده به عمل سریع‌تر و در اعمال تغییرات اساسی توانا تر باشند. سازمان‌هایی که هنوز در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند در واقع با قاعده بازی در این عصر آشنا نمی‌باشند. (ایران‌زاده، ۱۳۸۰، ص ۱۶۲)

رشد تفکر مدیریتی براساس مدیریت کیفیت جامع در کشورها با طرح مسائل بنیادی در سیستم مدیریتی، تغییرات شگرفی در نحوه اداره سازمان‌ها و جوامع ایجاد کرده است و امروزه سازمان‌های زیادی

-
- 1 - Sirvanci
 - 2 - Soltani
 - 3 - Kulkarini
 - 4 - Iagrosen
 - 5 - Svenson
 - 6 - Sallies

درست‌تر دنیا به دنبال آموختن و پیاده کردن آن درسیستم‌های خود، برای کسب موفقیت بیشتری هستند. مدیریت کیفیت جامع از نظر فلسفی بر محوریت فرآیندها، تمرکز بر مشتری و ارتقاء مستمر فرایندها پایه‌گذاری شده است که اگر سازمان‌ها سه موضوع فوق را درک کرده و در عمل بکارگیرند موفقیت آنها در قالب‌های پیچیده بازار و محیط متلاطم و تغییرپذیر، تضمین خواهد شد (نیک نیاز و همکاران، ۱۳۸۰، مقدمه).

در حالت ایده‌آل تمام افراد درون سازمان بایستی سازمان‌دهی و گروه‌بندی شوند. براساس تحقیقات دمینگ^۱ در سال ۱۹۸۶ (تولایی، ۱۳۸۸)، حدود ۹۴٪ از مشکلات مربوط به کیفیت مربوط به مدیریت و سیستم‌هایی می‌باشد که به وسیله آنها بوجود آمده است. بنابراین تعهد مدیران بایستی قبل از کارگران خط مقدم صورت پذیرد. مدیریت کیفیت جامع ایجاب می‌کند که تمام افراد درون سازمانی شامل کارگران خط مقدم در فرآیند درگیر شوند. پس تعریفی که از مدیریت کیفیت جامع در بالا آمده است، نشان دهنده یک وضعیت متعادل بین معنی واقعی کلمه و حالت ایده‌آل کلمه است (تولایی، ۱۳۸۸).

حاصل تجارب و آموزش، سال‌ها سابقه آموزشی، در زمینه آموزش مدیریت کیفیت جامع و هدایت بیش از ۳۰ مورد تحقیقاتی در ارتباط با بیش از ۱۰۰۰ موضوع مرتبط با مدیریت کیفیت جامع، در این مقاله آمده است. نتایجی که بدست آمده نشان‌دهنده آن است که به طور میانگین کمتر از ۲۰٪ موارد به نتیجه مورد نظر دست یافته‌اند. در حقیقت زمانی که برای اولین بار فرآیند مدیریت کیفیت جامع پیاده شده، از زمره همان اکثریت یعنی ۸۰٪ بوده است. وی به این نتیجه رسیده است که در این شکست‌ها، کارگران مقصر نبوده، بلکه به جای آنان، مدیران مسئول این شکست‌ها هستند. مدیران برای پیاده‌سازی برنامه‌ها و فراهم آوردن ابزار مناسب باید هرکاری چک کنند در این زمینه می‌توانند از چک لیست استفاده نمایند (تولائی، ۱۳۸۸). دمینگ قبل از آنکه فوت کند در کتاب خود یعنی اقتصاد نوین، آورده است که توانسته است تأثیر ساختار را از ۹۴٪ به ۹۷٪ تغییر دهد.

این سؤال مطرح می‌شود که سازمان‌ها از چه راهی می‌توانند مدیران شایسته و لایق خود را توسعه و بهبود دهند؟ جواب این سوال در یادگیری مستمر مدیران می‌باشد که این امر تنها در سازمان‌های یادگیرنده و آموزنده صورت می‌پذیرد. برای مثال، فورد^۲ بیان می‌کند که مدیریت کیفیت جامع محیط لازم برای ایجاد سازمان یادگیرنده را فراهم می‌سازد. موفقیت مدیریت کیفیت جامع ارتباط با توانایی یادگیری، جذب، تطابق و اجرای تغییر نگرش‌های سازمان و تلفیق آنها در سازمان دارد. باروو^۳ ادعان می‌کند که این ارتباط به دو طریق ظاهر می‌گردد، اول: یک رابطه علت و معلولی است، به طور مثال

1 - Deming

2 - Ford

3 - Barrow

سازمان یادگیرنده نتیجه اجرای مدیریت کیفیت جامع در سازمان است. دوم: همبستگی قوی‌ای بین این دو سیستم وجود دارد، بهبود فرآیند و یادگیری سازمانی، که به روشی یکپارچه و همزمان در حال اجرا هستند. گارورین^۱ شرح می‌دهد که اگر مدیریت کیفیت جامع به صورت یک فلسفه اجرا شود، به خوبی مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، می‌تواند چرخه‌ای برای یادگیری سازمان باشد (باران دوست و رحمانی، ۱۳۸۲).

در این ارتباط اصلی‌ترین و حیاتی‌ترین وظیفه را مدیران ارشد به عهده دارند. اگر قرار باشد که رهبری تلاش‌های کیفیت را در سازمان خود پیاده کنیم باید یادگرفت که مدیریت کیفیت جامع چیست؟ سپس آموخته‌های خود را بکار گرفته تا معرفت کسب کنیم. مسلماً پس از یادگیری و کسب معرفت صلاحیت‌های لازم را برای رهبری سازمان در راستای تحقق مدیریت کیفیت جامع پیدا خواهیم کرد. پس نباید فرصت را از دست داد که فردا دیر است (لامعی، ۱۳۸۷).

چاره چیست؟ و چه باید کرد؟ چاره این است که در عوامل مختلف تشکیل دهنده یک سازمان باید تغییر ایجاد کرد. یکی از عوامل مهم، افراد تشکیل دهنده آن، بخصوص مدیران می‌باشند. بعبارت دیگر اگر بخواهیم بهترین خدمات را ارائه دهیم باید مدیران متحول شوند و دانش و اطلاعات، شناخت‌ها، نگرش‌ها، مهارت‌ها و روش‌های کار آنان تغییر کند و شیوه مدیریت آنها بهبود یابد. به نظر می‌آید که توجه مدیران به مشتری، ارتباط سازمانی، مشارکت کارکنان، کار تیمی و تعهد رهبری باعث بهبود مدیریت خواهد شد.

تحقیقات مختلف در سازمان‌های آموزشی و خدماتی در این زمینه صورت گرفته است و مؤید این مطلب است که این عوامل در بهبود کیفیت نقش مهمی ایفا می‌کنند.

یکی از راه‌های کاهش نوسانات در سازمان‌های آموزشی و خدماتی این است که مدیران بتوانند از عهده خواسته‌های تازه و مسائل و دشواری‌های ناگهانی برآیند، استراتژی بهسازی با مدیریت کیفیت جامع است. و دانشگاه علوم پزشکی یکی از بزرگ‌ترین سازمان‌های اجتماعی محسوب می‌شود که در بهبود سلامت جامعه نقش اساسی دارد. برای دستیابی به اهداف کیفیتی، سازمان مستلزم برخورداری از افراد مناسب با مهارت‌های مناسب، در مکان مناسب و در زمان مناسب می‌باشد که همگی آنها در قلب مدیریت موفق قرار دارد. مدیریت کیفیت جامع نگرشی است که در دنیا، قدمتی بیش از ۵۰ سال دارد و در کشور ما تحقیقات محدودی در مورد TQM انجام شده است. در دنیای رقابتی امروزی، مدیران، از TQM برای اثر بخشی و کرائی در جهت ایجاد توانایی در سازمان و هم چنین توسعه، حفظ و بهبود عملکرد بهتر استفاده می‌کنند. بنابراین با توجه به نقشی که دانشگاه علوم پزشکی در نظام‌های سلامت بر عهده دارد، نیازمند نیروی انسانی کارآمد و آموزش دیده در زمینه‌های آموزش و بالینی دارد و این

نیازمند، مدیریت با کیفیت عالی در زمینه آموزش می‌باشد چه بسا، سلامت جامعه به برخورداری از مدیریت کارآمد و اثربخش وابسته است.

اصول مدیریت کیفیت فراگیر ساده است با وجود این بیشتر اوقات تغییرات ناشی از اجرای مدیریت کیفیت فراگیر مستلزم تغییرات انقلابی در مدیریت می‌باشد. متأسفانه بسیاری از مدیران قادر به اداره درست این تغییر و تحولات نبوده و در نتیجه بسیاری از سازمان‌هایی که تلاش کرده‌اند اصول مدیریت کیفیت را به کار گیرند در عمل با شکست مواجه شده‌اند (دلگشایی و همکاران، ۱۳۸۳).

در گزینش و انتخاب الگو و شیوه مدیریت کیفیت که به صورت اساسی برای واحدهای تجاری و صنعتی گسترش یافته است، توجه به تفاوت‌های خاص بین آموزش و صنعت همواره اهمیت خاص دارد. دانشگاه یک کارخانه نیست.

دانشجو یک محصول نیست.

ولی، آموزش دانشجو محصول است (اسلامی، ۱۳۸۸).

به رغم تلاش‌های زیادی که در بخش صنعت، آموزش و بهداشت با هدف افزایش کیفیت زندگی انجام می‌گیرد، هنوز سازمان‌ها و مراکز آموزشی ما از بسیاری جهات از جمله آموزش، از پایین بودن کیفیت رنج می‌برند. مدیریت فراگیر سازمان‌های آموزشی را در مواردی نظیر، فرایند ارزشیابی، شوق انگیز کردن محیط‌های آموزشی، بهبود برنامه‌های درسی و آموزشی، سرعت ارائه خدمات آموزشی بهتر و کاهش هزینه، بهبود می‌بخشد.

می‌توان گفت، مدیریت کیفیت فراگیر تغییر دائمی، در روشی است که دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی می‌توانند برای خود انتخاب کرده و به وسیله آن اداره شوند. فرایند حرکت به سوی کیفیت فراگیر در دانشگاه‌ها و مراکز و موسسات آموزشی، فرایندی آهسته و پیوسته است. تحول مدیریت کیفیت فراگیر زمان می‌برد. این تحول با صبر، بخشش، همیاری و کمک حاصل می‌شود.

دانشگاه‌ها و موسسات آموزشی زمانی می‌توانند در انجام مدیریت کیفیت فراگیر موفق شوند که مدیران در اجرای آن مشارکت داشته باشند. یعنی مدیران نسبت به TQM آگاهی، باور، اعتماد عمیق و مهارت داشته باشند. البته در این میان حمایت مدیران عالی و ارشد و میانی در دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی بسیار مؤثر است. عدم حمایت مدیران میانی و عالی به معنی عدم موفقیت TQM نیست، بلکه روند موفقیت را کند می‌سازد.

از زمانی که اولین سنگ بنای مدیریت کیفیت فراگیر نهاده شده، سال‌ها می‌گذرد. اما تا به حال برنامه‌ای با شیوه‌های مشخص برای تعریف و استانداردسازی مدیریت کیفیت فراگیر در آموزش صورت نگرفته است. هرچند تلاش‌های جسته و گریخته‌ای در جوامع مختلف انجام پذیرفته است، اما با توجه به تفاوت‌های معنی‌دار در برنامه‌های آموزشی سطوح مختلف و همچنین وابستگی شدید آن به سیاست‌های آموزشی هر کشور، عملاً فضای عملکرد محدودی را در این مقوله باقی می‌گذارد. هدف غایی مدیریت

کیفیت فراگیر رضایت مشتریان می‌باشد و مشتریان آموزش، دانشجویان، خانواده‌های آنها، متولیان آموزش و دولت، همگی خواستار این هستند که دانشجویان با کیفیت خوب آموزش ببینند.

مؤلفه‌های مؤثر در وضعیت مدیریت کیفیت در آموزش عالی شامل موارد زیر می‌باشند:

توجه به مشتری: یعنی آگاهی سازمان از نیازها، انتظارات مشتریان و سازگار نمودن فعالیت‌های خود در آن راستا (حیدری و همکاران، ۱۳۸۱، ص ۳۷۷).

کار تیمی: کار تیمی را می‌توان در مفهوم همکاری به جای رقابت بین دو واحد، تلاش مشترک بین سازمان و تدارک کننده آن، توافق دو جانبه بین مدیریت و کارکنان، اقدام مشترک بین کارکنان صفی و ستادی و مشارکت همه افراد در تصمیم‌گیری‌ها ذکر کرد (الن بیچ، ۱۳۸۲، ص ۱۱۴).

تعهد رهبری: تعهد سازمانی شاخصی از وفاداری فرد نسبت به سازمان و اینکه فرد سازمان را معرف خود بداند و به اصطلاح به وجود چنین سازمانی بر خود بیابد (رابینز^۱، ۱۳۸۴، ص ۴۶)

تعهد هیئت آموزشی و مدیر آموزشی برای حمایت از فعالیت‌های مدیریت کیفیت بطوری که به قول ادوارد دمینگ منتظر نتایج آنی و فوری نباشد (یغمائی، ۱۳۸۴، ص ۱۶).

توجه به مشارکت: درگیری ذهنی و عاطفی اشخاص در موقعیت‌های فردی و گروهی است که آنان را برمی‌انگیزاند تا برای دستیابی به هدف‌های گروهی یکدیگر را یاری دهند و در پذیرش مسئولیت کار شریک شوند (یغمائی، ۱۳۸۴، ص ۱۶).

ارتباط سازمانی: سازمان‌ها دارای نظام‌های ارتباطی منحصر به فردی هستند که رهبران از آنها برای برقراری ارتباط مؤثر و کارآمد استفاده می‌کنند. همه اعضاء یک سازمان ذاتاً میل دارند بدانند در مکان کاری آنها چه اتفاقی می‌افتد. این اطلاعات از طریق برقراری ارتباط با دیگران حاصل می‌شود (هرسی^۲ به نقل از کبیری، ۱۳۷۸، ص ۳۵۶).

در زمینه استفاده از مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه‌های علوم پزشکی در طی چند سال گذشته تلاش‌هایی در ایران صورت گرفته است، اما از میزان موفقیت یا عدم موفقیت آنها نتایج دقیقی در دست نیست (مدنی، ۱۳۷۸). با وجود تحقیقات محدودی که در این مقوله انجام شده و در اثر بررسی‌های متعدد پژوهشگر، موارد زیر دریافت گردیده است.

خورشیدی (۱۳۷۹) در تحقیقی با عنوان مدیریت کیفیت جامع در مراکز آموزش عالی در ایران انجام داده است که هدف اصلی آن ارایه چارچوبی برای شاخص‌های عملکردی نظام آموزش عالی کشور است،

1 – Stephen Robbins

2 – Paul Hrsy

نتایج این تحقیق حاکی از آن است که نداشتن نظام‌های منسجم ارزیابی مستمر عملکرد از مسایل اساسی مراکز آموزشی می‌باشد.

احمدی و همکاران (۱۳۸۲) در تحقیقی تحت عنوان بررسی راه‌های بهبود کیفیت مدیریت دبیرستان‌های اصفهان چنین نتیجه می‌گیرد که تأثیر عوامل پنج‌گانه (توجه به آموزش ضمن خدمت، تقویت و رهبری مشارکتی، از میان برداشتن موانع ارتباطی، توجه به رضایت شغلی مدیران و نظارت و ارزشیابی عملی و مستمر از عملکرد مدیران) بیش از سطح متوسط در بهبود کیفیت مدیریت دبیرستان‌ها مؤثر می‌باشد. اما میزان تأثیر هر یک از نظر پاسخ دهندگان یکسان نیست.

تقی‌پور نیز در پژوهش خود با عنوان «بررسی موانع اجرای TQM از دیدگاه مدیران دانشگاه علوم پزشکی تبریز» یکی از مهم‌ترین موانع اجرای TQM را قردرانی نکردن مدیران از تلاش‌ها و دستاوردهای کارکنان ذکر کرده است (تقی‌پور، ۱۳۸۰).

به‌طور کلی در بیمارستان مورد پژوهش عامل تعهد رهبری در مقایسه با بقیه نیازهای اجرای TQM، امتیاز بیشتری را کسب نموده است، (تورانی، ۱۳۸۷). اسماعیل‌پور، در بررسی نقش مدیریت عالی در سیستم مدیریت کیفیت جامع، مهم‌ترین مانع بر سر راه اجرای TQM را فقدان حمایت از طرف مدیریت شرکت می‌داند (اسماعیل‌پور، ۱۳۷۲). همچنین تقی‌پور بیان می‌دارد که یکی از مهم‌ترین موانع اجرای نظام کیفیت عدم حمایت و تعهد لازم مدیران در اجرای فرآیندها دانسته است (تقی‌پور، ۱۳۸۰). رستمی، به این نتیجه رسیده است که میزان شرکت رهبران در کمیته‌های راهبردی، بیانگر تعهد پایین رهبران شرکت صا ایران نسبت به این موضوع می‌باشد (رستمی، ۱۳۸۱).

حسین‌زاده (۱۳۸۶) در پژوهش خود مشخص کرده که وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر موجود در دبیرستان‌ها در سطح متوسطی قرار دارد. و از طرفی نیاز به مؤلفه‌های وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در سطح بالایی (۸۰٪) احساس کرده است. بر این مبنا یک چارچوب ادراکی را ترسیم کرده است که دارای ۵ مؤلفه (مشارکت و همکاری، آموزش، بهبود مستمر، مشتری‌گرایی و تعهد) می‌باشد.

در پژوهش دلگشایی با عنوان ارزیابی نیازهای اساسی اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مجتمع آموزشی- درمانی حضرت رسول اکرم(ص)، دانشگاه علوم پزشکی ایران نیز تعهد رهبری از درصد بالایی برخوردار بوده است. علاوه بر این ساختار مناسب سازمانی برای اجرای مدیریت کیفیت فراگیر ۵۹٪ مشارکت کارکنان، ۵۶٪، و میزان توجه به مشتری ۶۳٪، را به خود اختصاص داده است که وی به این نتیجه رسیده است فرهنگ سازی، کار تیمی، مشارکت کارکنان، توسعه منابع انسانی و ساختار سازمانی به عنوان نیاز اساسی برای اجرای TQM نیاز مند تقویت می‌باشد (دلگشایی و همکاران، ۱۳۸۳).

نتایج حاصله از تحقیقی (حمیدی و طیبی، ص ۳۷) که در مورد بررسی نتایج اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در شبکه‌های بهداشت و درمان استان همدان ۸۱-۱۳۷۹ انجام گرفته است، عبارتند از:

تغییرات مثبت در فرهنگ سازمانی،
 بهبود کیفیت در اثر کار تیمی
 افزایش فرآیند گرایی
 افزایش رضایت مشتری

وی مهم‌ترین عوامل پیش برنده در اجرای برنامه‌های TQM حمایت و تعهد مدیریت (۸۷٪)، آموزش‌های مستمر (۸۵٪)، برنامه‌ریزی استراتژیک (۷۳٪) و مشارکت کارکنان (۶۵٪) ذکر کرده است. با توجه به نتایج بدست آمده، اجرای TQM در شبکه‌های بهداشت درمان استان همدان نه تنها به ارتقاء کیفیت فرآیندهای کلیدی منجرگشته بلکه تحولات مثبت فرهنگی را نیز به همراه داشته است. چرخه PCDA که یکی از اجزای اصلی مدیریت کیفیت فراگیر می‌باشد یافته‌های حاصل از تحقیقی که در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است نشان داده است که کیفیت اجرای استراتژی PCDA در دانشگاه علوم پزشکی تبریز پایین بوده است و بیشترین عامل کاهنده کیفیت مربوط به اجرا در آوردن نوع‌آوری‌ها و خلاقیت می‌باشد. و به احتمال زیاد عامل اصلی کاهنده کیفیت به نهاده‌ها نشدن فرهنگ کیفیت در سازمان‌ها مربوط است (حسینی، ۱۳۸۱).

موسی‌خانی (۱۳۷۵) در تحقیقی تحت عنوان بررسی عوامل مؤثر در کامیابی و ناکامی نظام مدیریت کیفیت جامع در سازمان‌های آموزشی چنین نتیجه می‌گیرد که:

- ۱- آموزش‌های تخصصی نیروهای کار در موفقیت نظام کیفیت جامع مؤثر است.
- ۲- تعریف و تعبیر مدیران میانی به بالا در موفقیت نظام کیفیت تأثیر منفی دارد.
- ۳- وجود بخش پژوهش و توسعه در سازمان‌ها از عوامل مؤثر در موفقیت نظام کیفیت جامع است.
- ۴- استفاده هر چه بیشتر از روش‌های انگیزش معنوی به جای نوع مادی آن، نقش مؤثری در موفقیت نظام کیفیت جامع دارد.

در بخش بهداشت و درمان تبریز تلاش‌های مختلفی در بکارگیری از ابزارهای TQM من جمله چرخه PDCA و فرآیندهای متعددی توسط کارشناسان مربوط انجام گردیده و حدود ۶۵ درصد فرآیندهای بهداشت و حدود ۶۰ درصد از فرآیندهای معاونت درمان و تعدادی از فرآیندهای معاونت درمان و پشتیبانی به کمیته ارتقاء کیفیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال شده است (صومی و همکاران، ۱۳۸۰).

عظیمی (۱۳۸۶) در تحقیق خود «از بررسی راه‌های بهبود کیفیت مدارس راهنمایی براساس مدیریت کیفیت فراگیر در مدارس راهنمایی شهرستان میاندوآب» به نتایج زیر دست یافته است:

کیفیت آموزش در صورت بهبود کیفیت در مدارس راهنمایی بالا خواهد رفت و مشتریان آن یعنی دانش‌آموزان مهارت‌های لازم راکسب خواهند نمود و نظام آموزشی مطابق با تغییرات پیش خواهد رفت و

افت تحصیلی کاهش یافته و کارایی نظام آموزشی افزایش می‌یابد. و در مجموع کارایی درونی نظام آموزشی سیر صعودی به خود خواهد گرفت.

پژوهش جوشقانیزاده (۱۳۸۵) نیز که مدیریت کیفیت فراگیر و فرآیند حل مسائل آن را حدود یک دهه بعد از کریمی قهرودی و اقدسی بررسی کرده، نشان از استقرار نسبی این نظام در بسیاری از شرکت‌ها و سازمان‌ها برای همگام شدن با تحولات جهانی دارد.

همچنین تحقیقاتی نیز در دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفته که همگی حاکی از پیاده سازی TQM دارد. مثلاً، در تحقیقی که در بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، توسط دانیال (۱۳۸۸)، انجام گرفته است تفاوت معنی‌داری در بین گروهی که آموزش TQM را دریافت کرده‌اند و گروهی که چنین آموزش‌هایی را دریافت نکرده‌اند مشاهده شده است. و به این نتیجه رسیدند که آموزش TQM، باعث تعیین نیاز سنجی بهتر و مدون‌تری می‌شود.

احمدی و کرمی (۱۳۸۸)، در تحقیق خویش به این نتیجه دست یافتند که از بین اصول و مفاهیم نه‌گانه مدیریت کیفیت فراگیر، به کارگیری مفهوم پاداش و ترفیع در وضعیت نامطلوب قرار دارد و باید اقداماتی در راستای افزایش مشارکت فردی و گروهی، برگزاری دوره‌های آموزش مداوم، جمع‌آوری نظرات مراجعین و طراحی مجدد فرآیندها صورت گیرد.

نلسون (۱۹۹۴) در کاربرد اصول چهارگانه دمینگ در مدیریت کیفیت جامع در مدارس بر موارد زیر تأکید می‌کند.

۱- تغییر بازرسی عمومی به ارزیابی فردی (توسط آزمون‌های استاندارد شده)

۲- ارتقاء ارتباطات

۳- پاداش خدمت

۴- توانمندسازی در ارتقاء مهارت کارکنان

تریاس (۱۹۹۳) در تحقیق خود با عنوان مدیریت کیفیت جامع در آموزش این باور را مطرح ساخته است که اصولی از تجارب صنعتی به آموزش منتقل شده‌اند عبارتند از:

۱- فرآیند

۲- عدم وابستگی به بازرسی عمومی

در نتیجه هدف اصلی معلم قراردادن کیفیت در آموزش است که یادگیری را لذت بخش و شیرین می‌سازد. قراردادن کیفیت در آموزش به معنی تغییر دائمی و تعهد است.

اندرسون (۱۹۹۳) نیز در کار برد مطلوب TQM بر اصول زیر تأکید می‌کند:

تمرکز بر مشتری، تمرکز بر فرآیند، پیشگیری از خطا، تحریک نیروی کار، تصمیم‌گیری بر اساس حقایق و بازخورد.

آموزش در علوم پزشکی نیاز به مدیریت عملکرد خاص و مدل‌های تعالی به منظور بهبود کیفیت مواد درسی و ارائه خدمات دارد. در دنیای امروز رقابتی، ارائه کیفیت برای موفقیت مهم است و بسیاری از کارشناسان اعتقاد دارند که قوی‌ترین روند در شکل‌گیری رقابت، در حال حاضر بازاریابی و استراتژی کسب و کار خدمات کیفیت است (عبدالله، ۲۰۰۶^۱).

نجاتی^۲ (۲۰۰۷) در پژوهش خویش عنوان کرده است که:

تاکنون در آموزش عالی کیفیت، بر اساس میزان تطابق با استانداردها و اهداف از پیش تعیین شده استوار بوده است و می‌تواند به عنوان ویژگی‌ای که با برخی از استانداردها و الزامات از پیش تعریف شده سازگار است، پذیرفته شود.

وسترهجن^۳ در سال ۲۰۰۱ با مطالعه بر روی منابع مختلف در این زمینه، معتقد است که در تمام سطوح آموزش عالی، برای کیفیت بهتر و داشتن نتایج متفاوت‌تر به یک برنامه قوی نیاز است (نقل از نجاتی ۲۰۰۷).

راجی کامار^۴ در تحقیق خویش به این نتیجه رسیده است که هدف اولیه مدیریت کیفیت فراگیر در صنایع مختلف توجه به مشتری می‌باشد.

اهداف تحقیق^۵

هدف کلی^۶:

تعیین وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و رابطه آن با برخی ویژگی‌های دموگرافیک مدیران آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

اهداف اختصاصی^۷:

۱- تعیین رابطه بین جنسیت، مدرک و رشته تحصیلی، سابقه خدمت، سابقه مدیریت، مرتبه علمی و سن مدیران آموزشی و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز

1- Abdullah

2- Nejati

3- Westerheijden

4- Raj Kumar

5- Research objectives

6- General objective

7- Specific objective

سؤالات پژوهشی^۱:

- ۱- وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز چگونه است؟
- ۲- وضعیت تعهد رهبری در بین مدیران آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز چگونه است؟
- ۳- میزان توجه به مشتری در بین مدیران آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز چگونه است؟
- ۴- میزان توجه به مشارکت کارکنان در بین مدیران آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز چگونه است؟
- ۵- میزان توجه به ارتباط سازمانی مدیران آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز چگونه است؟
- ۶- میزان توجه به کار تیمی در بین مدیران آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز چگونه است؟

فرضیه‌های تحقیق^۲

- ۱- وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز براساس جنسیت مدیران آموزشی متفاوت است.
- ۲- وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز براساس مدرک تحصیلی مدیران آموزشی متفاوت است.
- ۳- وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز براساس رشته تحصیلی مدیران آموزشی متفاوت است.
- ۴- بین سابقه خدمت مدیران آموزشی و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز همبستگی وجود دارد.
- ۵- بین سابقه مدیریت مدیران آموزشی و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز همبستگی وجود دارد.
- ۶- وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز براساس مرتبه علمی مدیران آموزشی متفاوت است.
- ۷- بین سن مدیران آموزشی و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز همبستگی وجود دارد.

روش تحقیق

روش تحقیق پژوهش حاضر، توصیفی از نوع پیمایشی بوده، از لحاظ نوع، کاربردی و از لحاظ زمانی نیز مقطعی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام مدیران گروه‌های آموزشی در معاونت

1- Questions researcher

2- Research hypothesises

آموزشی - پژوهشی، معاونت درمان، دانشکده‌ها و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به تعداد ۳۰۰ نفر می‌باشند. برای تعیین حجم نمونه از جدول مورگان استفاده شد که حجم نمونه مورد نظر ۱۶۹ نفر بدست آمد برای نمونه‌گیری به دلیل وجود لیست و همگن بودن جامعه آماری از جدول اعداد تصادفی استفاده شد. و به منظور جمع‌آوری اطلاعات در حیطه کیفیت اجرای مدیریت فراگیر از یک پرسشنامه محقق ساخته بر مبنای طیف لیکرت که شامل ۵ شاخص ارزیابی اجرای مدیریت کیفیت فراگیر (تعهد رهبری، توجه به مشتری، مشارکت کارکنان در اجرای TQM، ارتباط سازمانی، انجام کار تیمی) است، استفاده شده است. برای سنجش روایی پرسشنامه از نظر چندین متخصص و همچنین از تکنیک تحلیل عاملی نیز استفاده شد. همچنین برای اندازه‌گیری پایایی ابزار اندازه‌گیری از پایلوت استادی و محاسبه فرمول آلفای کرونباخ استفاده شد که نتیجه حاصل از آن ۰/۹۶ به دست آمد. برای پاسخگویی به سؤالات از شاخص‌های آمار توصیفی و برای آزمون فرضیه شماره ۱، ۳ از آزمون تفاوت میانگین مستقل تی‌تست، برای آزمون فرضیه‌های شماره ۲، ۶ از تحلیل واریانس یکطرفه (ANOVA) و برای آزمون فرضیه‌های شماره ۴، ۵، ۷ از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول شماره‌ی (۱) توزیع پراکندگی وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر و مؤلفه‌های آن

در دانشگاه علوم پزشکی تبریز

متغیر	آماره‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	انحراف چارک‌ها		
							چارک اول	چارک دوم	چارک سوم
وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر	۱۶۹	۵۳/۸۵	۱۵/۱۷	۱۳/۵۴	۹۳/۱۱	۴۳/۱۱	۵۴/۸۱	۶۵/۵۲	
میزان تعهد رهبری	۱۶۹	۵۶/۱۳	۲۰/۳۳	۷/۵	۱۰۰	۴۰	۵۷/۵	۷۲/۵	
توجه به مشتری	۱۶۹	۵۶/۷۴	۱۹/۰۶	۵	۹۵	۴۵	۵۷/۵	۷۰	
توجه به مشارکت	۱۶۹	۵۱/۱۶	۱۶/۸۳	۲/۷۸	۹۷/۲۲	۴۱/۶۶	۵۲/۷۷	۶۱/۱۱	
توجه به روابط سازمانی	۱۶۹	۵۳/۹۶	۱۷/۷۶	۶/۲۵	۴۰/۶۲	۴۰/۶۲	۵۶/۲۵	۶۵/۶۲	
توجه به کار تیمی	۱۶۹	۵۱/۰۰۵	۱۶/۹۸	۲/۵۰	۱۰۰	۴۱/۲۵	۵۲/۵۰	۶۰	

بر اساس اطلاعات جدول (۱) ملاحظه می‌شود که متوسط وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز برابر ۵۳/۸۵ با انحراف استاندارد ۱۵/۱۷ بدست آمده است که حداقل وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر برابر ۱۳/۵۴ و حداکثر ۹۳/۱۱ می‌باشد، به طوریکه در ۲۵٪ مدیران وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر کمتر از ۴۳/۱۱، ۲۵٪ بین ۴۳/۱۱-۵۴/۸۱، ۲۵٪ بین ۵۴/۸۱-۶۵/۵۲ و ۲۵٪ نیز بالای ۶۵/۵۲ بوده است. متوسط میزان تعهد رهبری مدیران مورد مطالعه برابر ۵۶/۱۳ با انحراف استاندارد ۲۰/۳۳ بدست آمده است که حداقل میزان تعهد رهبری مدیران ۷/۵ و حداکثر ۱۰۰ می‌باشد، بطوریکه ۲۵٪ مدیران میزان تعهد رهبری‌شان کمتر از ۴۰، ۲۵٪ بین ۴۰-۵۷/۵، ۲۵٪ بین ۵۷/۵-۷۲/۵ و ۲۵٪ بیشتر از ۷۲/۵ بوده است که در مجموع می‌توان گفت تعهد رهبری مدیران در حد متوسط می‌باشد. متوسط میزان توجه به مشتری برابر ۵۶/۷۴ با انحراف استاندارد ۱۹/۰۶ بدست آمده است که حداقل میزان ۵ و حداکثر ۹۵ می‌باشد، بطوریکه ۲۵٪ مدیران مورد مطالعه توجه‌شان به مشتری کمتر از ۴۵،

۲۵٪ بین ۵۷/۵-۴۵، ۲۵٪ بین ۷۰-۵۷/۵ و ۲۵٪ نیز بالای ۷۰ بوده است که در مجموع می‌توان گفت میزان توجه به مشتری در حد متوسط می‌باشد. متوسط میزان توجه مدیران به مشارکت کارکنان برابر ۵۱/۱۶ با انحراف استاندارد ۱۶/۸۳ بدست آمده است که حداقل میزان توجه مدیران به مشارکت کارکنان برابر ۲/۷۸ و حداکثر ۹۷/۲۲ می‌باشد، بطوریکه ۲۵٪ مدیران توجه‌شان به مشارکت کمتر از ۴۱/۶۶، ۲۵٪ بین ۵۲/۷۷-۴۱/۶۶، ۲۵٪ بین ۶۱/۱۱-۵۲/۷۷ و ۲۵٪ نیز بالای ۶۱/۱۱ بوده است. متوسط میزان توجه مدیران به روابط سازمانی برابر ۵۳/۹۶ با انحراف استاندارد ۱۷/۷۶ بدست آمده است که حداقل میزان توجه مدیران بر روابط سازمانی برابر ۶/۲۵ و حداکثر ۱۰۰ می‌باشد، بطوریکه ۲۵٪ مدیران توجه‌شان به روابط درون سازمان کمتر از ۴۰/۶۲، ۲۵٪ بین ۴۰/۶۲-۵۶/۲۵، ۲۵٪ بین ۵۶/۲۵-۶۵/۶۲ و ۲۵٪ نیز بالای ۶۵/۶۲ بوده است. در مجموع می‌توان گفت میزان توجه به روابط سازمانی در حد متوسط می‌باشد. متوسط میزان توجه مدیران به کار تیمی برابر ۵۱/۰۰۵ با انحراف استاندارد ۱۶/۹۸ بدست آمده است که حداقل میزان توجه مدیران به کار تیمی برابر ۲/۵۰ و حداکثر ۱۰۰ می‌باشد، بطوریکه ۲۵٪ مدیران توجه‌شان به کار تیمی کمتر از ۴۱/۲۵، ۲۵٪ بین ۴۱/۲۵-۵۲/۵۰، ۲۵٪ بین ۵۲/۵۰-۶۰ و ۲۵٪ نیز بالای ۶۰ بوده است.

یافته‌های استنباطی تحقیق

آزمون اسمیرنوف کولموگروف جهت تشخیص نرمال بودن توزیع پراکندگی سازه‌های مورد مطالعه به منظور انتخاب آزمون‌های آماری مناسب جهت تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده لازم است تا نوع توزیع سازه‌ها به لحاظ نرمال بودن پراکندگی آنان ارزیابی شود که در این مورد از آزمون اسمیرنوف کولموگروف استفاده شد که در نهایت طبق اطلاعات جدول (۲) ملاحظه می‌شود که سطح معنی‌داری آزمون فوق در مورد همه سازه‌ها از ۰/۰۵ بزرگتر است. بنابراین می‌توان قضاوت نمود که توزیع پراکندگی نمرات سازه‌ها نرمال است و آزمون‌های پارامتری استفاده شده مناسب می‌باشند.

جدول (۲) آزمون اسمیرنوف کولموگروف برای مشخص کردن طبیعی بودن توزیع مقادیر سازه‌ها

سازه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت مثبت	تفاوت منفی	آزمون	سطح معنی‌داری
وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر	۱۶۹	۵۳/۸۵	۱۵/۱۷	۰/۰۴۶	-۰/۰۶۸	۰/۸۸	۰/۴۲۲
تعهد رهبری	۱۶۹	۵۶/۱۳	۲۰/۳۳	۰/۰۸۶	-۰/۰۷۹	۱/۱۱	۰/۱۶۳
ارتباط سازمانی	۱۶۹	۵۳/۹۶	۱۷/۷۶	۰/۰۷۲	-۰/۰۹۵	۱/۲۴۱	۰/۰۹۲
توجه به مشتری	۱۶۹	۵۶/۷۴	۱۹/۰۶	۰/۰۳۷	-۰/۰۵۴	۰/۷۰۷	۰/۷۰۰
توجه به مشارکت	۱۶۹	۵۱/۱۶	۱۶/۸۳	۰/۰۵۱	-۰/۰۹۴	۱/۲۲	۰/۱۰۱
کار تیمی	۱۶۹	۵۱/۰۰۵	۱۶/۹۸	۰/۰۶۲	-۰/۰۶۹	۰/۸۹۷	۰/۳۹۶

فرضیه ۱: وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز براساس جنسیت مدیران آموزشی متفاوت است.

براساس اطلاعات جدول شماره (۳) ملاحظه می‌شود که متوسط میزان مدیریت کیفیت در مدیران زن برابر $۱۴/۳۳ \pm ۵۲/۵۷$ و متوسط میزان مدیریت کیفیت در مدیران مرد برابر $۱۵/۹۵ \pm ۵۴/۸۹$ بدست آمده است که مطابق آزمون تفاوت میانگین مستقل t-test مقدار t برابر $۰/۹۶۵$ با سطح معنی‌داری $P=۰/۳۴$ می‌باشد و چون سطح معنی‌داری آزمون از $۰/۰۵$ بیشتر است، بنابراین می‌توان گفت میزان مدیریت کیفیت فراگیر در مدیران زن و مرد متفاوت نمی‌باشد. در نتیجه فرضیه تحقیق رد می‌شود.

جدول (۳) مقایسه میزان مدیریت کیفیت فراگیر به لحاظ جنسیت آنان

	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
مرد	۹۸	۵۴/۸۹	۱۵/۹۵	۰/۹۶۵	۱۶۳	۰/۳۴۱
زن	۶۷	۵۲/۵۷	۱۴/۳۳			

فرضیه ۲: وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز براساس مدرک تحصیلی مدیران آموزشی متفاوت است.

براساس اطلاعات جدول شماره (۴) ملاحظه می‌شود که میزان متوسط مدیریت کیفیت فراگیر مدیران که دارای تحصیلات لیسانس هستند برابر $۰/۰۰ \pm ۶۳/۱۱$ فوق لیسانس $۱۴/۳۰ \pm ۵۵/۰۴$ دکترا $۱۶/۰۴ \pm ۵۴/۰۴$ دکتری تخصصی $۱۵/۰۳ \pm ۵۴/۲۶$ بدست آمده است که مطابق آزمون تحلیل واریانس یکطرفه مقدار $F=۰/۱۳۷$ با سطح معنی‌داری $P=۰/۹۳۸$ می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت میزان مدیریت کیفیت فراگیر مدیران براساس مدرک تحصیلی آنان معنی‌دار نمی‌باشد. در نتیجه فرضیه تحقیق رد می‌شود.

جدول (۴) مدیریت کیفیت فراگیر مدیران براساس مدرک تحصیلی آنان

حد اکثر	حد اقل	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
۶۳/۱۱	۶۳/۱۱	۰	۶۳/۱۱	۱	لیسانس
۸۵/۸۳	۲۲/۶۴	۱۴/۳۰	۵۵/۰۴	۲۸	فوق لیسانس
۹۳/۱۱	۱۶/۴۳	۱۶/۰۷	۵۴/۰۴	۶۲	دکترا
۸۸/۶۹	۱۳/۵۴	۱۵/۰۳	۵۴/۲۶	۶۶	دکتری تخصصی
۹۳/۱۱	۱۳/۵۴	۱۵/۲۰	۵۴/۳۷	۱۵۷	کل

سطح معنی‌دار	مقدار F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
۰/۹۳۸	۰/۱۳۷	۳۲/۱۳	۳	۹۶/۳۹	بین گروه‌ها
		۲۳۵/۱۴	۱۵۳	۳۵۹۷۷/۰۵	درون گروه‌ها
			۱۵۶	۳۶۰۷۳/۴۴	کل

فرضیه ۳: وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز براساس رشته تحصیلی مدیران آموزشی متفاوت است.

براساس اطلاعات جدول شماره (۵) ملاحظه می‌شود که متوسط میزان مدیریت کیفیت فراگیر به لحاظ رشته تحصیلی آنان در رشته مدیریت برابر $19/11 \pm 49/34$ و متوسط میزان مدیریت کیفیت فراگیر در سایر رشته‌ها برابر $15/02 \pm 54/30$ بدست آمده است که مطابق آزمون تفاوت میانگین مستقل t-test مقدار t برابر $t=1/152$ با سطح معنی‌داری $P=0/251$ می‌باشد و چون سطح معنی‌داری آزمون از $0/05$ بیشتر است، بنابراین می‌توان گفت میزان مدیریت کیفیت فراگیر از لحاظ رشته تحصیلی آنان متفاوت نمی‌باشد. در نتیجه فرضیه تحقیق رد می‌شود.

جدول (۵) مقایسه میزان مدیریت کیفیت فراگیر به لحاظ رشته تحصیلی آنان

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
۱۴	۴۹/۳۴	۱۹/۱۱	۱/۱۵۲	۱۶۰	۰/۲۵۱
۱۴۸	۵۴/۳۰	۱۵/۰۲			
					مدیریت
					سایر رشته‌ها

فرضیه ۴: بین سابقه خدمت مدیران آموزشی و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز همبستگی وجود دارد.

از آنجا که سطح سنجش هر دو متغیر وابسته (مدیریت کیفیت فراگیر) و متغیر مستقل (سابقه خدمت) در سطح مقیاس فاصله‌ای سنجیده شده است، بنابراین از آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون استفاده کردیم که طبق اطلاعات جدول (۶) ملاحظه می‌شود که بین سابقه خدمت و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر مورد مطالعه همبستگی معنی‌دار وجود ندارد. به طوریکه ضریب همبستگی برابر $r=0/077$ با سطح معنی‌داری $P=0/336$ محاسبه شده است. بنابراین بین سابقه خدمت مدیران و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در نتیجه فرضیه تحقیق رد می‌شود.

جدول (۶) همبستگی بین سابقه خدمت مدیران و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در آنان

متغیرها	سابقه خدمت
مدیریت کیفیت فراگیر	ضریب همبستگی پیرسون
	سطح معنی‌داری
	حجم نمونه
	$r=0/077$
	$P=0/336$
	$n=159$

فرضیه ۵: بین سابقه مدیریت مدیران آموزشی و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز همبستگی وجود دارد.

از آنجا که سطح سنجش هر دو متغیر وابسته (مدیریت کیفیت فراگیر) و متغیر مستقل (سابقه مدیریت) در سطح مقیاس فاصله‌ای سنجیده شده است، بنابراین از آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون استفاده کردیم که طبق اطلاعات جدول (۷) ملاحظه می‌شود که بین سابقه مدیریت و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر مورد مطالعه همبستگی معنی‌دار وجود ندارد. به طوریکه ضریب همبستگی برابر $r=0/008$ با سطح معنی‌داری $P=0/930$ محاسبه شده است. بنابراین بین سابقه مدیریت مدیران و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در نتیجه فرضیه تحقیق رد می‌شود.

جدول (۷) همبستگی بین سابقه مدیریت مدیران و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در آنان

متغیرها	سابقه مدیریت
مدیریت کیفیت فراگیر	ضریب همبستگی پیرسون $r=0/008$
	سطح معنی‌داری $P=0/930$
	حجم نمونه $n=126$

فرضیه ۶: وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز براساس مرتبه علمی مدیران آموزشی متفاوت است.

براساس اطلاعات جدول (۸) ملاحظه می‌شود که میزان متوسط مدیریت کیفیت فراگیر مدیران که دارای مرتبه علمی مربی هستند برابر $15/44 \pm 54/49$ ، استادیار $15/53 \pm 55/32$ ، دانشیار $14/01 \pm 51/78$ ، استاد $15/04 \pm 54/81$ بدست آمده است که مطابق آزمون تحلیل واریانس یکطرفه مقدار $F=0/505$ با سطح معنی‌داری $P=0/679$ می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت میزان مدیریت کیفیت فراگیر مدیران براساس مرتبه علمی آنان معنی‌دار نمی‌باشد. در نتیجه فرضیه تحقیق رد می‌شود.

جدول (۸) مقایسه میزان مدیریت کیفیت فراگیر مدیران براساس مرتبه علمی آنان

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
۲۴	۵۴/۴۹	۱۵/۴۴	۲۲/۶۴	۸۵/۸۳
۷۰	۵۵/۳۲	۱۵/۵۳	۱۳/۵۴	۹۰/۲۸
۴۲	۵۱/۷۸	۱۴/۰۱	۱۸/۵۶	۷۴/۰۶
۲۰	۵۴/۸۱	۱۵/۰۴	۳۷/۹۴	۹۳/۱۱
۱۵۶	۵۴/۱۸	۱۴/۹۹	۱۳/۵۴	۹۳/۱۱

مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌دار
۳۴۴/۰۲۲	۳	۱۱۴/۶۷۴	۰/۵۰۵	۰/۶۷۹
۳۴۵۰۶/۵۵۹	۱۵۲	۲۲۷/۰۱۷		
۳۴۸۵۰/۵۸۱	۱۵۵			

فرضیه ۷: بین سن مدیران آموزشی و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز همبستگی وجود دارد.

از آنجا که سطح سنجش هر دو متغیر وابسته (مدیریت کیفیت فراگیر) و متغیر مستقل (سن مدیران) در سطح مقیاس فاصله‌ای سنجیده شده است، بنابراین از آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که طبق اطلاعات جدول (۹) ملاحظه می‌شود که بین سن مدیران و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر همبستگی معنی‌دار وجود ندارد. به طوریکه ضریب همبستگی برابر $r = -0.06$ با سطح معنی‌داری $P = 0.45$ محاسبه شده است. بنابراین بین سن مدیران و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در نتیجه فرضیه تحقیق رد می‌شود.

جدول (۹) همبستگی بین سن مدیران و وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر

متغیرها	سابقه مدیریت
مدیریت	ضریب همبستگی پیرسون
کیفیت فراگیر	سطح معنی‌داری
	حجم نمونه

مقایسه میزان مدیریت کیفیت فراگیر مدیران براساس محل اشتغال (دانشکده)

براساس اطلاعات جدول (۱۰) ملاحظه می‌شود که میزان متوسط مدیریت کیفیت فراگیر در دانشکده پزشکی برابر 50.74 ± 14.41 ، بهداشت و تغذیه 48.18 ± 20.28 ، دندانپزشکی 60.09 ± 14.15 دانشکده پرستاری 56.29 ± 17.80 ، توانبخشی 49.39 ± 23.34 ، داروسازی 55.20 ± 9.18 ، پیراپزشکی 60.95 ± 9.36 بیمارستان 48.08 ± 18.04 ، دانشکده نوین 54.81 ± 0 ، EDC 70.90 ± 9.44 و معاونت درمان 32.86 ± 23.24 بدست آمده است که مطابق آزمون تحلیل واریانس یکطرفه مقدار $F = 1.92$ با سطح معنی‌داری $P = 0.04$ می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت میزان مدیریت کیفیت فراگیر مدیران براساس محل اشتغال آنان معنی‌دار می‌باشد و مدیریت کیفیت فراگیر در EDC بیشترین و در معاونت درمان کمترین بوده است، که مقایسه دوجه‌دوی بخش‌ها با همدیگر طبق آزمون LSD در جدول (۱۱) آمده است.

جدول (۱۰) مقایسه میزان مدیریت کیفیت فراگیر مدیران براساس محل اشتغال (دانشکده)

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	
۴۱	۵۰/۷۴	۱۴/۴۱	۱۸/۵۶	۷۴/۸۹	دانشکده پزشکی
۱۰	۴۸/۱۸	۲۰/۲۸	۲۲/۶۴	۹۳/۱۱	بهداشت و تغذیه
۱۲	۶۰/۰۹	۱۴/۱۵	۳۸/۱۰	۸۴/۲۲	دندانپزشکی
۱۱	۵۶/۲۹	۱۷/۸۰	۲۷/۲۴	۷۷/۰۳	پرستاری
۵	۴۹/۳۹	۲۳/۳۴	۲۲/۵۰	۸۴/۹۲	توانبخشی
۹	۵۵/۲۰	۹/۱۸	۴۳/۴۶	۶۹/۷۸	داروسازی
۵	۶۰/۹۵	۹/۳۶	۴۷/۵۱	۷۰/۲۱	پیراپزشکی
۲۰	۴۸/۰۸	۱۸/۰۴	۱۳/۵۴	۸۸/۶۹	بیمارستان
۶	۷۰/۹۰	۹/۴۴	۵۶/۲۹	۸۵/۸۳	EDC
۲	۳۲/۸۶	۲۳/۲۴	۱۶/۴۳	۴۹/۳۱	معاونت درمان
۱۳۱	۵۲/۹۲	۱۶/۴۷	۱۳/۵۴	۹۳/۱۱	کل

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی دار	
۴۸۰۳۲/۹۳۶	۹	۵۳۳/۷۷۱	۲/۱۳۳	۰/۰۳۲	بین گروهها
۲۷۷۷۲/۲۷۳	۱۱۱	۲۵۰/۲۰۱			درون گروهها
۳۲۵۷۶/۲۰۹	۱۲۰				کل

طبق جدول (۱۱) مشخص شد که EDC^۱ با دانشکده پزشکی، بهداشت و تغذیه، توانبخشی، بیمارستانها و معاونت درمان اختلاف معنی داری دارد، معاونت درمان نیز با دندانپزشکی و پیراپزشکی با هم اختلاف معنی داری دارند.

جدول (۱۱) آزمون LSD برای معنی‌داری تفاوت در میزان کیفیت مدیریت فراگیر در دانشکده‌های مورد مطالعه

معاونت درمان	EDC	بیمارستان	پیراپزشکی	داروسازی	توانبخشی	پرستاری	دندانپزشکی	بهداشت و تغذیه	دانشکده پزشکی	دانشکده‌ها
-	*	-	-	-	-	-	-	-	-	دانشکده پزشکی
-	*	-	-	-	-	-	-	-	-	بهداشت و تغذیه
-	*	*	-	-	-	-	-	-	-	دندانپزشکی
-	*	-	-	-	-	-	-	-	-	پرستاری
-	*	-	-	-	-	-	-	-	-	توانبخشی
-	*	-	-	-	-	-	-	-	-	داروسازی
*	*	-	-	-	-	-	-	-	-	پیراپزشکی
-	*	-	-	-	-	-	*	-	-	بیمارستان
*	-	*	-	-	*	-	-	*	*	EDC
-	*	-	*	-	-	-	*	-	-	معاونت درمان

• بیانگر اختلاف معنی‌دار در بین دو گروه می‌باشد.

اولویت‌بندی مؤلفه‌های مدیریت استراتژیک در دانشگاه علوم پزشکی براساس نظر مدیران برای رتبه‌بندی مؤلفه‌های پنج‌گانه مدیریت فراگیر از آزمون ناپارامتریک فریدمن استفاده کردیم تا مشخص شود که کدامیک از مؤلفه‌ها از اهمیت برتر و کدامیک در رده آخر قرار دارد که براساس اطلاعات جدول (۱۲) ملاحظه می‌شود مؤلفه توجه به مشتری به عنوان اولین هدف و کار تیمی در دانشگاه علوم پزشکی از نظر مدیران در ردیف آخر قرار دارد.

جدول (۱۲) اولویت‌بندی مؤلفه‌های مدیریت استراتژیک در دانشگاه علوم پزشکی براساس نظر مدیران

n = ۱۶۹	میانگین رتبه‌ها	مؤلفه‌ها
f = ۲۱/۴۵	۳/۱۷	تعهد رهبری
df = ۴	۳/۳۶	توجه به مشتری
	۳/۰۱	روابط سازمانی
	۲/۸۰	توجه به مشارکت
p = ۰/۰۰۰	۲/۶۶	کار تیمی

بحث و نتیجه گیری

در تحقیق حاضر وضعیت مدیریت کیفیت فراگیر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد وضعیت موجود مؤلفه‌های مدیریت کیفیت فراگیر در حد متوسطی قرار دارد. این نتیجه با نتایج احمدی و کرمی (۱۳۸۸)، دلگشایی و همکاران (۱۳۸۳) همسو و با نتایج حسین‌زاده (۱۳۸۶)، هارینگتون^۱ (۱۹۹۹) مغایر می‌باشد.

همچنین وضعیت تعهد رهبری در بین مدیران آموزشی با میانگین ۵۶/۱۳ در حد متوسط قرار دارد. که تورانی (۱۳۸۷) عامل تعهد رهبری را در میان مدیران و سرپرستان ۷۰/۲۵٪ ارزیابی نموده و دلگشایی (۱۳۸۳) به این نتیجه رسیده است که میزان تعهد رهبری (۶۷٪) و در وضعیت خوب قرار دارد. نتایج حاصله از این پژوهش با نتایج تحقیقات اسماعیل‌پور (۱۳۷۲)، تقی‌پور (۱۳۸۰) و رستمی (۱۳۸۱) مغایرت دارد.

میزان توجه به مشتری در بین مدیران آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با میانگین ۵۶/۷۴ در حد متوسط می‌باشد.

اولادی (۱۳۸۰) میزان این مؤلفه را نسبتاً خوب ارزیابی کرده است و دلگشایی (۱۳۸۳) هم این میزان را ۶۳٪ اعلام کرده است. در پژوهش تورانی (۱۳۸۷)، این عامل بیشترین امتیاز (۵۹/۷٪) را به خود اختصاص داده که با نتیجه حاصل از آزمون اسمیرنف کولموگروف پژوهش حاضر، مؤلفه مذکور نیز بالاترین امتیاز به خود اختصاص داده است و از این لحاظ همسو می‌باشد.

میزان توجه به مشارکت کارکنان توسط مدیران با میانگین ۵۱/۱۶ در حد متوسط می‌باشد. چنانچه مقدار این مؤلفه را دلگشایی (۱۳۸۳)، ۵۶٪ بیان کرده و سلطانی (۱۳۸۰)، ادعان داشته است که مشارکت کلیه کارکنان در اجرای موفق مدیریت کیفیت فراگیر لازم است.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد میزان توجه به ارتباط سازمانی در بین مدیران آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با میانگین ۵۳/۹۶ در حد متوسط می‌باشد. که دلگشایی (۱۳۸۳) مقدار کسب شده توسط این مؤلفه را ۶۱/۳۷٪ و تورانی (۱۳۸۷) در پژوهش خویش مقدار این مؤلفه را ۵۵٪ عنوان کرده است، وی هیچ گونه رابطه معنی‌داری را بین مدیران سطوح مختلف پیدا نکرده است.

همچنین میزان توجه به کار تیمی در بین مدیران آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با میانگین ۵۱/۰۰۵ در حد متوسط قرار دارد و در مقایسه با سایر مؤلفه‌ها کمترین امتیاز را کسب کرده است. این مؤلفه در پژوهش دلگشایی (۱۳۸۳) کمترین امتیاز (۴۷/۷۵٪) را به خود اختصاص داده است. دهنوبه^۲ (۱۳۸۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که کار تیمی برای اجرای مدیریت کیفیت فراگیر مجتمع

1- Harrington

2- Dehnaviyeh

حضرت رسول نیاز مند تقویت می‌باشد. کریمی (۱۳۸۲) نیز به این نتیجه رسید که در شرکت‌های ایران، اغلب از کار تیمی حمایت نمی‌شود. همچنین نتیجه حاصل از این تحقیق با پژوهش حمیدی و طیبی در سال ۱۳۸۳ مغایرت دارد.

فرضیه یک توسط آزمون تفاوت میانگین مستقل t-test، فرضیه دوم با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یکطرفه، فرضیه سوم توسط آزمون تفاوت میانگین مستقل t-test، فرضیه چهارم با استفاده از آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون، فرضیه پنجم با استفاده از آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون، فرضیه ششم توسط آزمون تحلیل واریانس یکطرفه، فرضیه هفتم نیز توسط آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون فرضیه‌ها بین مؤلفه‌های مدیریت کیفیت فراگیر و متغیرهای دموگرافیک مدیران آموزشی رابطه معناداری پیدا نشد. که این فرضیه‌ها با تحقیقات احمدی و همکاران (۱۳۸۲)، عبدالله (۲۰۰۶)، حمیدی و طیبی (۱۳۸۳)، اندرسون (۱۹۹۳)، نلسون (۱۹۹۴)، نجاتی (۲۰۰۷)، همسو و با نتایج دهنویه (۱۳۸۲)، تقی‌پور (۱۳۸۰)، احمدی و کرمی (۱۳۸۸) و دلگشایی و همکاران مغایر می‌باشد.

مدیریت کیفیت فراگیر یک تغییر دائمی است که نیازمند زمان، صبر، بخشش، همیاری و کمک می‌باشد. مشارکت مدیران آموزشی دانشگاه، در اجرای TQM، باعث گسترش آگاهی، درک روشن و ایجاد باور عمیق از مدیریت کیفیت فراگیر در کارکنان شده و مشارکت کارکنان در اجرای آن را تسهیل می‌نمایند. همچنین مدیران با آگاهی از مؤلفه‌های مدیریت کیفیت فراگیر اهمیت آنها، میزان تعهد رهبری را افزایش داده، باعث افزایش رضایت مشتریان شده و کار تیمی را تقویت می‌کنند.

مآخذ

احمدی، غ.، رجایی‌پور، س.، و اکبری، ا.، (۱۳۸۲). بررسی راه‌های بهبود کیفیت مدیریت دبیرستان‌های شهر اصفهان از دیدگاه کارکنان آموزش و پرورش، فصلنامه مدیریت در آموزش و پرورش، شماره ۳۳ و ۳۴، ص ۱۴۳-۱۴۴.

احمدی، مریم و کرمی، زهرا (۱۳۸۸). بکارگیری اصول و مفاهیم مدیریت کیفیت فراگیر در بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مجله مدیریت سلامت، سال دوازدهم، شماره ۳۸.

اسلامی، م.، (۱۳۸۸). بررسی نقش مدیریت کیفیت فراگیر در آموزش سازمان‌های دانش آفرین، www.creativity.ir

اسماعیل‌پور، رضا (۱۳۷۲). بررسی نقش مدیریت عالی در سیستم مدیریت کیفیت جامع (TQM)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

- الن بیج (۱۳۸۲). **مدیریت کیفیت برای آموزش**، ترجمه: لامعی، ابوالفتح (۱۳۸۳)، [چاپ اول]، ارمیه: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی شاهد و ایثارگران دانشگاه علوم پزشکی.
- اولادی، رمضان (۱۳۸۰). **ارزیابی نیازمندی‌های اساسی اجرای مدیریت کیفیت جامع (TMQ) در صنایع پتروشیمی**، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- ایران‌زاده، سلیمان (۱۳۸۰). **جهانی شدن و تحولات استراتژیک در مدیریت و سازمان**، [چاپ اول]، تبریز: ناشر مؤلف.
- باران‌دوست، رامبد و رحمانی، شادی (۱۳۸۲). **بررسی رابطه تطبیقی مدیریت کیفیت جامع و سازمان یادگیرنده**، ماهنامه تدبیر، سال سیزدهم، شماره ۱۳۴.
- تقی‌پوردهخوارقانی، صمد (۱۳۸۰). **بررسی موانع اجرای TQM از دیدگاه مدیران مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز**، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- تورانی، سوگند و همکاران (۱۳۸۷). **عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران**، مجله پژوهشی حکیم، دوره یازدهم، شماره دوم، ص ص ۳۲-۲۳.
- تولایی، روح‌الله (۱۳۸۸). **بررسی نقش الگوی تعالی مدیریت کیفیت جامع در تغییر و تحول راهبردی سازمان**، ماهنامه توسعه انسانی پلیس، شماره ۲۱.
- جوشقانی‌زاده، مرتضی (۱۳۸۵). **مدیریت کیفیت جامع و فرایند حل مسائل آن**، مجله روش، دوره پنج، شماره ۱۰۵، آوند، ص ص ۵۶-۵۱.
- حسین‌زاده، امید علی (۱۳۸۶). **بررسی دیدگاه‌های متخصصان و کارکنان نسبت به مؤلفه‌های مدیریت کیفیت جامع (TMQ) به منظور ارائه چارچوب ادراکی برای دبیرستان‌های متوسطه آموزش و پرورش شهرستان اهر در سال تحصیلی ۸۶-۸۵**، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.
- حسینی، سیدفاضل (۱۳۸۱). **ارزیابی ارتقاء مستمر کیفیت (روش Focuses PCDA) از دیدگاه صاحبان فرآیند در دانشگاه علوم پزشکی تبریز**، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، مرکز آموزشی مدیریت دولتی آذربایجان شرقی.
- حمیدی، یدالله و دکتر طیبی، سیدجمال‌الدین (۱۳۸۳). **بررسی نتایج اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در شبکه‌های بهداشت و درمان استان همدان ۸۱-۱۳۷۹**، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، سال ۱۱، شماره ۱، بهار ۱۳۸۳، شماره مسلسل ۳۱.
- خورشیدی، ع. (۱۳۷۹). **مدیریت کیفیت جامع در مراکز آموزش عالی در ایران**، مجله دانش مدیریت، سال دوازدهم، شماره ۴۷، ص ص ۳۲-۴۳.
- دانیال، زهرا (۱۳۸۸). **تأثیر مدیریت کیفیت فراگیر در تعیین نیازهای آموزشی پرستاران بخش‌های ویژه**، مجله پرستاری مراقبت ویژه، دوره دوم، شماره ۳.
- دلگشایی، بهرام و همکاران (۱۳۸۳). **ارزیابی نیازهای اساسی اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در مجتمع آموزشی- درمانی حضرت رسول اکرم(ص)**، دانشگاه علوم پزشکی ایران، فصلنامه پایش، سال سوم، شماره سوم، ص ص ۲۱۲.
- دهنویه، رضا (۱۳۸۲) **ارزیابی عوامل بحرانی موفقیت مدیریت کیفیت فراگیر**، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

رستمی، رضا (۱۳۸۱). ارزیابی عوامل بحرانی موفقیت مدیریت کیفیت فراگیر، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

سالیس، ا.، (۱۳۸۰). مدیریت کیفیت فراگیر در آموزش، ترجمه: حدیقی، سید علی، تهران: نشر هوای تازه.
سلطانی، ایرج، دستاوردهای فرهنگی مدیریت کیفیت فراگیر، مجله تدبیر، شماره ۱۱۲، خرداد ۱۳۸۰، ص ۵۳
صومی، محمد حسین و همکاران (۱۳۸۰). بهبود فرآیندهای بیمارستانی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز، اولین همایش کشوری مدیریت جامع کیفیت، تهران.

عظیمی، جواد (۱۳۸۶). بررسی راه‌های بهبود کیفیت مدارس راهنمایی براساس مدیریت کیفیت فراگیر در مدارس راهنمایی شهرستان میاندوآب، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.
کریمی، م.، (۱۳۸۲). تکنیک‌ها و مفاهیم TQM در شرکت‌های برتر ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

لامعی، ابوالفتح (۱۳۸۲). مدیریت جامع کیفیت (اصول، کاربرد و درس‌هایی از یک تجربه)، ارومیه: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی شاهد و ایثارگران دانشگاه علوم پزشکی.
لامعی، ابوالفتح (۱۳۸۷). مبانی مدیریت کیفیت، تهران: انتشارات کمیته کشوری ارتقاء کیفیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

مدنی، سید مهدی (۱۳۷۸). بررسی امکان بهره‌گیری از TQM در بیمارستان‌های آموزشی اصفهان و آرایه راه حل، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
موسی‌خانی، م.، (۱۳۷۵). بررسی عوامل مؤثر در کامیابی یا ناکامیابی نظام کیفیت جامع و ارائه روش‌های بهبود و فراگیر کردن آن، مجله دانش مدیریت، شماره ۳۱، ص ۷۷.

نیک‌نیاز، علیرضا و همکاران (۱۳۸۰). الزامات مدیریت جامع کیفیت، تهران: خلاصه مقالات اولین همایش کشوری مدیریت جامع کیفیت.

Abdullah, F., (2006). Measuring service quality in higher education: HEDPERF versus VPERF, *Marketing Intelligence & Planning*, 24, 1.

Anderson, I., (1993). **Total Quality Management as the procedure**, for management of integrated Academics.

Harrington, D., (1999). Quality management in Irish health care, **Internal Journal of Health Care Quality Assurance**, 6: 234-237.

Kulkarni, S., (2005). **Graph theory and matrix approach for performance evaluation of TQM in industries**, *The TQM Magazine*, 17, 6: 509-526.

Nejati, M., Nejati, M., Bayat Nejad, F., (2007). Quality enhancement in medical Duction, **Lex ET Scientia International Journal**, 1, 4.

Raj Kumar, Dixit Garg, T.K., Garg, (2009). Total quality management in Indian industries: relevance, analysis and directions, **The TQM Journal**, 21, 6: 607-622.

Sirvanci, Mete B., (2004). TQM implementation: critical issues for TQM implementation in higher education, **The TQM Magazine**, 16, 6: 382-386.

-
- Soltani, E., & Vander Meer, R.B., & Genna, d.j., & Williams M.T., (2004). Have TQM organizations adjusted their performance management, **The TQM Magazine**, 16, 6:403-417.
- Svensson, Goran (2005). Corporate ethics in TQM: management versus employee expectations and perceptions, **The TQM Magazine**, 17, 2: 145 – 159.
- Tribus, m., (1993). **TQM in Education**, the theory and how to put in to work, **ERIK**.