

بررسی میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران

علی محمد مصدق‌راد^۱، محمد عرب^۱، نیوشا شهیدی‌صادقی^{۲*}

۱- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

* نویسنده مسؤل: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۱۹۴۸۵۶۲۷۶
نمابر: ۸۸۸۳۳۳۴

پست الکترونیک: sadeghi.niusha@gmail.com

دریافت: ۹۵/۳/۳ پذیرش: ۹۵/۶/۲

چکیده

مقدمه: اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی می‌تواند منجر به ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی و درمانی و افزایش پاسخگویی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها شود. این پژوهش با هدف تعیین میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد.

روش کار: برای انجام این پژوهش توصیفی، بنیادی و مقطعی از یک پرسشنامه با روایی و پایایی بالا استفاده شد. پرسشنامه‌ها در اختیار مدیران و مسؤلین حاکمیت بالینی ۱۴۴ بیمارستان شهر تهران قرار گرفت. تحلیل داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: تعداد ۹۲ بیمارستان در این پژوهش شرکت کردند. میزان موفقیت حاکمیت بالینی در این بیمارستان‌ها 0.71 ± 0.02 از ۵ امتیاز بود. بیشترین میزان موفقیت بیمارستان‌ها در محور تعامل با بیمار و کمترین موفقیت در محور ممیزی بالینی بود. مدیریت و رهبری، ممیزی بالینی و مدیریت اطلاعات بیشترین تأثیر را بر موفقیت حاکمیت بالینی داشتند. میزان تعهد مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها در اجرای حاکمیت بالینی در حد متوسط ارزیابی شد. پزشکان در حدود ۷۰٪ بیمارستان‌ها مشارکت کمتر از متوسط در اجرای حاکمیت بالینی داشتند. بین تعهد مدیران، کارکنان و پزشکان و میزان موفقیت حاکمیت بالینی رابطه آماری معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران در حد متوسط بوده است. توجه به نقاط ضعف موجود و رفع آن‌ها به منظور اجرای موفق حاکمیت بالینی ضروری است. بکارگیری مدل مناسب حاکمیت بالینی، مدیریت و رهبری قوی، ایجاد ساختار سازمانی و فرهنگ کیفیتی مناسب، توسعه منابع مورد نیاز و آموزش و توانمندسازی کارکنان در اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها نقش بسزایی دارد.

کلواژگان: حاکمیت بالینی، موفقیت، بیمارستان، مدیریت کیفیت، ایمنی بیمار

مقدمه

مدیران بیمارستان‌های کشور با چالش‌های زیادی در زمینه‌های کارایی، کیفیت، عدالت، شفافیت و پاسخگویی مواجه هستند (۱ و ۲). بیماران خواهان خدمات کامل با کیفیت بالا و قیمت پایین هستند. ضرورت کاهش هزینه‌ها، تقاضای فزاینده برای خدمات سلامتی اثربخش و کارآمد، فشار بازار رقابت و ملاحظات اخلاقی منجر شده است که مدیران بیمارستان‌ها توجه ویژه‌ای به کیفیت خدمات خود داشته باشند. مدیریت کیفیت می‌تواند یک راه کار مناسب برای پاسخگویی به این چالش‌ها باشد. مدیریت کیفیت از طریق بهبود ساختارها و فرایندهای کاری به بهبود کیفیت خدمات، رضایت مشتری و بهره‌وری بیشتر کمک می‌کند (۳). برای اجرای مدیریت کیفیت از استراتژی‌های مختلفی استفاده می‌شود. مدیریت کیفیت فراگیر پاییز ۹۵، دوره نوزدهم، شماره سوم، پیاپی ۷۴

مدیران بیمارستان‌های کشور با چالش‌های زیادی در زمینه‌های کارایی، کیفیت، عدالت، شفافیت و پاسخگویی مواجه هستند (۱ و ۲). بیماران خواهان خدمات کامل با کیفیت بالا و قیمت پایین هستند. ضرورت کاهش هزینه‌ها، تقاضای فزاینده برای خدمات سلامتی اثربخش و کارآمد، فشار بازار رقابت و ملاحظات اخلاقی منجر شده است که مدیران بیمارستان‌ها توجه ویژه‌ای به کیفیت خدمات خود داشته باشند. مدیریت کیفیت می‌تواند یک راه کار مناسب برای پاسخگویی به این چالش‌ها باشد. مدیریت کیفیت از طریق بهبود ساختارها و فرایندهای کاری به بهبود کیفیت خدمات، رضایت مشتری و بهره‌وری بیشتر کمک می‌کند (۳). برای اجرای مدیریت کیفیت از استراتژی‌های مختلفی استفاده می‌شود. مدیریت کیفیت فراگیر

با توجه به این که مدیریت کیفیت فراگیر از اصول مدیریت ژاپنی نشأت گرفته و در مؤسسات صنعتی غرب توسعه یافته است، ممکن است به راحتی در بخش خدمات (مثل بخش سلامت) و در کشوری دیگر (مثل ایران) قابل اجرا نباشد. تفاوت‌های موجود در فرهنگ‌های ملی و سازمانی، سیستم‌های بهداشتی و درمانی مختلف، سبک‌های رهبری متفاوت، روابط کاری بین کارکنان و نیازها و انتظارات متفاوت مشتریان بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر و نتایج حاصل از آن اثر می‌گذارد (۱۴ و ۱۵). بنابراین، نیاز به یک مدل مناسب مدیریت کیفیت برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی به طور عام و برای کشور ایران به طور خاص است.

برای این که یک مدل مدیریتی نتایج خوبی برای سازمان داشته باشد، باید یک مدل مناسب، به درستی در یک محیط مناسب بکار گرفته شود (۱۴). یک مدل مدیریتی شامل دو قسمت اصول بنیادی و روش‌های اجرایی است. بنابراین، یک مدل مدیریتی زمانی کامل و اثربخش است که دارای اصول بنیادی کامل و روش‌های اجرایی مناسب باشد (۱۶). متأسفانه مدل‌های مدیریت کیفیت به کار گرفته شده در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران دارای نواقصی بوده (اصول بنیادی و روش اجرای آن‌ها کامل و جامع نبوده) و محیط (ساختار و فرهنگ سازمانی) پذیرای آن مدل‌ها نبوده است. بنابراین، اجرای این مدل‌ها منجر به بهبود مستمر کیفیت نشد و بعد از مدتی یک مدل دیگر به کار گرفته شد. بکارگیری نادرست این مدل‌های مدیریتی علاوه بر صرف هزینه زیاد و اتلاف منابع سازمانی منجر به بی‌انگیزگی کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. در نتیجه، آن‌ها اعتماد خود را نسبت به سیستم‌های مدیریتی از دست داده و در مقابل اجرای سایر مدل‌های مدیریتی در سازمان از خود مقاومت نشان خواهند داد.

دولت انگلستان حاکمیت بالینی را از سال ۱۹۹۷ میلادی به عنوان چارچوبی برای بهبود کیفیت خدمات سلامت بکار گرفت تا میزان خطاها و مخاطرات احتمالی را در سازمان‌های بهداشتی و درمانی کاهش دهد و میزان مسؤلیت‌پذیری و پاسخگویی مدیران و کارکنان بهداشتی و درمانی را افزایش دهد (۱۷). حاکمیت بالینی از طریق بهبود کیفیت بالینی، عملکردی و مالی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، کیفیت خدمات آن‌ها را ارتقا می‌دهد (۱۸). دولت انگلستان در حالی نظام حاکمیت بالینی را در سازمان‌های بهداشتی و درمانی این کشور بکار گرفته بود که نظام‌های مدیریت کیفیت از دهه ۱۹۵۰ میلادی در این سازمان‌ها بکار گرفته شده بود. بنابراین، این سازمان‌ها با مفاهیم

یکی از این استراتژی‌ها است که از اوایل دهه ۱۹۸۰ میلادی مورد استقبال سازمان‌های تولیدی و خدماتی واقع شده است. در مدیریت کیفیت فراگیر، مدیران با مشارکت پیمانکاران، کارکنان و مشتریان به بهبود مستمر کیفیت ساختارها و فرایندهای کاری می‌پردازند که در نهایت به جلب رضایت مشتری منجر می‌شود (۴). هدف مدیریت کیفیت فراگیر بهبود کیفیت کالاها و خدمات از طریق مشارکت فراگیر همه کارکنان، تمرکز بر نیازهای مشتریان و بهبود مستمر کیفیت است.

موفقیت مدیریت کیفیت فراگیر در جهان، منجر به تشویق سیاست‌گذاران و مدیران بهداشت و درمان ایران جهت بکارگیری آن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی شد. در نتیجه، سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران از سال ۱۳۷۵ شروع به بکارگیری این استراتژی با استفاده از سیستم مدیریت ایزو ۹۰۰۱ و ابزار FOCUS-PDCA نمودند. اگرچه مدیریت کیفیت فراگیر تا حدی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران با مزایایی همراه بوده است (۸-۵)، ولیکن، منجر به بهبود مستمر و پایدار در کیفیت خدمات، رضایت مشتریان و بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی نشد (۳ و ۹). بکارگیری مدل‌های نامناسب مدیریت کیفیت فراگیر، ضعف مدیریت و رهبری، انگیزه پایین کارکنان، عدم وجود فرهنگ کیفیتی، عدم تعهد و حمایت مدیران، کمبود منابع، آموزش ناکافی، عدم آگاهی مشتریان خدمات بهداشتی و درمانی نسبت به حقوق خود و عدم وجود رقابت در صنعت سلامت از دلایل عمده شکست مدیریت کیفیت فراگیر در بخش بهداشت و درمان ایران عنوان شده است (۱۳-۱۰).

برخی از مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی بدون این که بر روی دلایل عدم موفقیت مدیریت کیفیت فراگیر در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران متمرکز شوند، شروع به اجرای سایر مدل‌ها یا روش‌های مدیریت کیفیت نظیر مدل مدیریت کیفیت اروپا^۱ و روش ارزیابی متوازن عملکرد^۲ کردند. این مدل‌ها نیز منجر به ارتقای مستمر کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی نشدند. حاکمیت بالینی نیز یکی از آن مواردی بوده است که در کشور ما بدون مطالعه امکان‌سنجی از سال ۱۳۸۸ طی بخشنامه وزارت بهداشت در بیمارستان‌های ایران به کار گرفته شده است و منجر به افزایش بار کاری کارکنان بدون ایجاد اثربخشی و کارایی قابل ملاحظه شده است.

^۱ European Foundation for Quality Management (EFQM)

^۲ Balanced Score Card (BSC)

خبریه) انجام شد. تعداد ۹۲ بیمارستان در این پژوهش شرکت کردند. برای انجام این مطالعه از پرسشنامه‌ای دارای سه بخش استفاده شد. بخش اول پرسشنامه شامل ۹ سؤال مربوط به اطلاعات عمومی بیمارستان و بخش دوم آن شامل ۱۰ سؤال بسته و ۵ سؤال باز مرتبط با فرد تکمیل‌کننده پرسشنامه بود. بخش سوم پرسشنامه دارای ۳۵ سؤال بود که میزان موفقیت بیمارستان را در هر یک از محورهای هفتگانه حاکمیت بالینی (هر محور پنج سؤال) می‌سنجید. سؤالات این بخش بر اساس مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای با ارزش عددی ۵-۰ تنظیم شد. امتیاز صفر برای گزینه هرگز و امتیاز ۵ برای گزینه خیلی زیاد استفاده شده است. روایی و پایایی پرسشنامه قبلاً تأیید شده بود (۲۲). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۹۷ بوده است. پرسشنامه باید توسط افراد با اطلاعات کامل از اجرای کلیه ابعاد هفت‌گانه حاکمیت بالینی تکمیل می‌شد. بنابراین، جامعه پژوهش شامل مدیران بیمارستان‌ها، مترونها و کارشناسان مسؤول حاکمیت بالینی بیمارستان‌ها بود. این افراد با توجه به مشارکت فعال در اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها و اشراف کامل بر ابعاد حاکمیت بالینی، بهترین اشخاص برای تکمیل پرسشنامه‌ها بودند. در صورتی که هر سه فرد در اجرای برنامه حاکمیت بالینی مشارکت کامل داشتند، هر سه نفر مورد پرسش قرار می‌گرفت و در نهایت میانگین داده‌ها برای بیمارستان محاسبه می‌شد. ملاحظات اخلاقی نظیر جلب رضایت آگاهانه، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان در پژوهش و بی‌طرف بودن پژوهشگر در این پژوهش رعایت شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شدند. آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار برای هر یک از سؤالات پرسشنامه محاسبه شد. به منظور تعیین تفاوت معنادار میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مختلف از تجزیه و تحلیل واریانس (ANOVA) و به منظور تعیین همبستگی بین متغیرها از همبستگی اسپیرمن و پیرسون استفاده شد. نمرات ممکن برای میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد مطالعه، بین ۰ تا ۵ متفاوت بوده است. بنابراین، کسب امتیاز کمتر از ۱، بین ۱ و ۲، بین ۲ و ۳، بین ۳ و ۴ و بیشتر از ۴ بیانگر میزان موفقیت بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد مطالعه بود. فرضیه آماری پژوهش عبارت بود از:

$$H1: \mu \geq 3.00 \text{ (حاکمیت بالینی موفق بوده است)}$$

بازرسی کیفیت، کنترل کیفیت، تضمین کیفیت، مدیریت کیفیت، مدل اروپایی مدیریت کیفیت، اثربخشی سازمانی و بالینی، ممیزی کیفیت خدمات بیمارستانی و ایمنی بیمار آشنا بودند. با این وجود، در سال ۱۹۹۵ میلادی بروز خطاهای سیستمی در بیمارستان قلب اطفال بریستول منجر به مرگ تعدادی نوزاد شد که حاکی از عدم اجرای صحیح استانداردهای تدوین شده و عدم مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی برخی از مدیران و کارکنان بود. در نتیجه، دولت وقت انگلستان تصمیم گرفت که حاکمیت سازمانی^۳ را که در بخش خصوصی از سال ۱۹۹۲ برای افزایش پاسخگویی و شفافیت عملکرد مدیران شرکت‌های سهامی بکار گرفته بود، در بخش سلامت اجرا کند و آن را حاکمیت بالینی نامید (۱۹). حاکمیت بالینی سیستمی برای تضمین کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است و سازمان‌های بهداشتی و درمانی را نسبت به کیفیت خدمات ارائه شده مسؤول و پاسخگو می‌کند (۲۰). به عبارتی، حاکمیت بالینی یک رویکرد سیستمی برای بهبود مستمر و تضمین کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی از طریق توسعه یک ساختار و فرهنگ سازمانی مناسب و پاسخگو نمودن کارکنان بهداشتی و درمانی نسبت به تدوین، ارتقا، حفظ و پایش منظم استانداردهای بالینی است. اجرای حاکمیت بالینی شامل مدیریت و رهبری، آموزش کارکنان، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مدیریت خطرات احتمالی، مدیریت اطلاعات و مشارکت بیمار و جامعه در ارائه خدمات سلامت است (۲۱). با توجه به این که چند سالی از اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران می‌گذرد، اطلاعاتی در زمینه میزان موفقیت یا شکست این استراتژی سازمانی وجود ندارد. اکثر پژوهش‌هایی که در این حوزه انجام شده است، به نحوه پیاده‌سازی و موانع اجرایی این مدل در بیمارستان‌های ایران اشاره دارند. تعیین میزان موفقیت اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های کشور و شناسایی علل موفقیت یا شکست آن منجر به توسعه راه‌کارهای عملیاتی برای ارتقای مدل حاکمیت بالینی مورد استفاده در بیمارستان‌های ایران برای دستیابی به نتایج بهتر خواهد شد. بنابراین، این مطالعه به بررسی میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران پرداخته است.

روش کار

این پژوهش به صورت توصیفی و مقطعی در سال ۱۳۹۳ در بیمارستان‌های شهر تهران شامل ۱۴۴ بیمارستان (بیمارستان‌های دانشگاهی، تأمین اجتماعی، نظامی، خصوصی و

³ Corporate Governance

نتایج

جدول ۱ مشخصات بیمارستان‌های شهر تهران را نشان می‌دهد. بیشترین بیمارستان‌های مورد مطالعه از نوع عمومی بودند. میانگین تعداد تخت بیمارستان‌های شهر ۲۰۲ تخت بود (حداقل ۲۶ و حداکثر ۹۲۷ تخت). بیمارستان‌های مورد مطالعه به طور میانگین ۶۱۳ نفر کارمند داشتند.

جدول ۱- مشخصات بیمارستان‌های مورد پژوهش

| درصد | فراوانی | نوع بیمارستان | از نظر مالکیت |
|------|---------|---------------------|---------------|
| ۳۹/۱ | ۳۶ | دانشگاهی آموزشی | |
| ۶/۵ | ۶ | دانشگاهی غیر آموزشی | |
| ۳۰/۴ | ۲۸ | خصوصی | |
| ۳/۳ | ۳ | تأمین اجتماعی | |
| ۵/۴ | ۵ | نیروهای مسلح | |
| ۱۵/۳ | ۱۴ | سایر | |
| ۱۰۰ | ۹۲ | جمع کل | |
| ۴۴/۵ | ۴۱ | عمومی | از نظر تخصص |
| ۲۲/۹ | ۲۱ | تک تخصصی | |
| ۳۲/۶ | ۳۰ | فوق تخصصی | |
| ۱۰۰ | ۹۲ | جمع کل | |

بیمارستان‌ها (۱۵/۲٪) به خاطر احساس نیاز مدیران و کارکنان بیمارستان برای بهبود کیفیت خدمات بود. تعداد ۲۸ بیمارستان برای اجرای حاکمیت بالینی از خدمات مشاوره افراد و سازمان‌های دیگر استفاده کردند. میزان تعهد مدیران ارشد در اجرای حاکمیت بالینی در حدود یک سوم بیمارستان‌ها زیاد بود. در حدود ۷۰٪ از بیمارستان‌های مورد مطالعه تعهد و همکاری کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی در حد متوسط و کمتر بوده است. در حدود ۷۰٪ بیمارستان‌های شهر تهران، پزشکان در اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران میزان مشارکت کمتر از حد متوسط داشتند (جدول ۳). رابطه مثبت و معناداری بین میزان تعهد مدیران بیمارستان‌ها به اجرای برنامه حاکمیت بالینی و مشارکت کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی ($p=0/01$ و $r=0/548$) وجود داشت.

جدول ۳- میزان تعهد مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها به اجرای حاکمیت بالینی

| مدیران ارشد | کارکنان | پزشکان | خیلی کم | کم | متوسط | زیاد | بسیار زیاد |
|-------------|---------|--------|---------|----|-------|------|------------|
| ۱۰/۸ | ۴ | ۴۰ | ۴۳/۴ | ۲۵ | ۲۱/۸ | ۶/۶ | ۱ |
| ۸/۷ | ۲۳ | ۲۵ | ۲۷/۲ | ۲۵ | ۲۱/۸ | ۶/۶ | ۱ |
| ۴۱/۴ | ۴۰ | ۴۳/۵ | ۲۱/۸ | ۲۰ | ۲۳/۹ | ۶/۶ | ۱ |
| ۲۹/۴ | ۲۲ | ۲۳/۹ | ۶/۶ | ۶ | ۲۳/۹ | ۶/۶ | ۱ |
| ۹/۷ | ۳ | ۳/۲ | ۱ | ۱ | ۳/۲ | ۱ | ۱ |

میانگین میزان موفقیت بیمارستان‌های شهر تهران در اجرای حاکمیت بالینی برابر با $0/71 \pm 0/28$ از ۵ امتیاز بوده است (حداقل ۱/۰۳ و حداکثر ۴/۲۳). این میزان کمتر از ارزش عددی فرضیه پژوهش ($3/00$) بود و با توجه به انجام آزمون T یک نمونه‌ای، فرضیه پژوهش رد می‌شود. به عبارتی، حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد مطالعه به صورت موفقیت‌آمیز اجرا نشد. میزان موفقیت حاکمیت بالینی در حدود ۸۰٪ از بیمارستان‌های شهر تهران در حد متوسط و پایین‌تر از آن بوده است. بیشترین میزان موفقیت بیمارستان‌ها در محور تعامل با بیماران و کمترین موفقیت در محور ممیزی بالینی گزارش شده است (جدول ۴).

میزان موفقیت در اجرای محور مدیریت و رهبری در حدود یک سوم بیمارستان‌ها، زیاد و بسیار زیاد بود. بیشترین میزان موفقیت در این محور مربوط به میزان تعهد و پاسخگویی مدیریت ارشد بیمارستان نسبت به مشتریان و جامعه بود (۳/۲۸). مدیریت علمی و تصمیم‌گیری بر مبنای واقعیت‌ها و مشارکت فعال مدیران رده‌های مختلف بیمارستان در اجرای حاکمیت بالینی به ترتیب بیشترین تأثیر را در اجرای موفق این محور حاکمیت بالینی داشتند. میزان موفقیت در اجرای محور آموزش و مدیریت

جدول ۲ اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد. بیشترین شرکت‌کنندگان زن و دارای سابقه کار کمتر از ۵ سال بودند. بیشتر مسؤولین اجرای حاکمیت بالینی، بیش از ۳ سال در حیطه حاکمیت بالینی فعالیت داشتند (۴۳/۴٪).

جدول ۲- مشخصات کارشناسان حاکمیت بالینی شرکت‌کننده در پژوهش

| درصد | متغیر |
|------|----------------|
| ۲۶/۱ | زیر ۳۰ سال |
| ۲۸/۲ | ۳۰ تا ۳۹ سال |
| ۳۸/۱ | ۴۰ تا ۴۹ سال |
| ۷/۶ | بالای ۵۰ سال |
| ۲۱/۷ | کمتر از ۵ سال |
| ۱۷/۵ | ۵-۱۰ سال |
| ۱۶/۲ | ۱۱-۱۵ سال |
| ۱۵/۳ | ۱۶-۲۰ سال |
| ۱۶/۳ | ۲۱-۲۵ سال |
| ۷/۷ | ۲۶-۳۰ سال |
| ۵/۳ | بالای ۳۰ سال |
| ۷۱ | زن |
| ۲۹ | مرد |
| ۵/۴ | کمتر از لیسانس |
| ۴۸/۹ | لیسانس |
| ۳۳/۹ | فوق لیسانس |
| ۴/۲ | پزشک عمومی |
| ۷/۶ | دکترای تخصصی |

میانگین زمان اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران $18/9 \pm 27$ ماه بود. حاکمیت بالینی در حدود یک سوم بیمارستان‌ها بین دو تا سه سال و در ۲۵٪ بیمارستان‌ها بین یک تا دو سال اجرا شد. بیشتر بیمارستان‌های شهر تهران (۸۴/۸٪) به واسطه ابلاغ دانشگاه‌های تابعه و وزارت بهداشت اقدام به اجرای حاکمیت بالینی کردند. اجرای حاکمیت بالینی در سایر مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

ارزیابی و کاهش خطرات احتمالی بیمارستان و انجام اقدامات اصلاحی برای کاهش خطرات احتمالی و بهبود ایمنی بیمار در بیمارستان نقش قابل توجهی در موفقیت محور مدیریت خطرات احتمالی داشت.

میزان موفقیت محور تعامل با بیمار در یک سوم بیمارستان‌ها زیاد یا بسیار زیاد بود. ثبت و بررسی شکایات بیماران و مراجعین، بیشترین امتیاز را در این محور کسب کردند (۳/۴۴). ثبت و بررسی شکایات بیماران و تعهد و تلاش کارکنان بیمارستان برای تأمین رضایت بیماران بیشترین نقش را در اجرای موفقیت‌آمیز این محور داشتند. در سه چهارم بیمارستان‌ها میزان رعایت مؤلفه‌های محور مدیریت اطلاعات در حد متوسط و کمتر بود. از میان مؤلفه‌های مدیریت اطلاعات، آموزش کارکنان برای ثبت داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز به‌منظور اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان بیشترین امتیاز را به دست آوردند (۲/۸۰). استفاده صحیح کارکنان از فن‌آوری و سیستم‌های اطلاعاتی و ایجاد زیرساخت‌ها و امکانات لازم برای جمع‌آوری، تحلیل و استفاده از اطلاعات بیمارستان بیشترین نقش را در اجرای موفقیت‌آمیز این محور حاکمیت بالینی داشتند.

بر اساس نتایج جدول ۵ رابطه معناداری بین محورهای حاکمیت بالینی به دست آمد ($p=0/01$). رابطه بین محور مدیریت و رهبری و مدیریت کارکنان از سایر روابط معنادارتر بود. کمترین ارتباط بین محور مدیریت و رهبری و تعامل با بیمار گزارش شد.

کارکنان، در حدود یک چهارم بیمارستان‌ها، زیاد و بسیار زیاد بود. بیشترین میزان موفقیت در این محور در برگزاری دوره‌های آموزشی توانمندسازی کارکنان بیمارستان گزارش شده است (۳/۲۸). اهمیت دادن مدیران بیمارستان به آموزش مداوم کارکنان و بهبود رضایت شغلی کارکنان بیشترین تأثیر را در موفقیت محور آموزش و مدیریت کارکنان داشت. در ۸۷٪ بیمارستان‌ها میزان موفقیت در مؤلفه‌های محور اثربخشی بالینی، متوسط و پایین‌تر از متوسط بود. توجه به خط‌مشی‌ها، گایدلاین‌ها و پروتکل‌ها در درمان بیماران بیشترین امتیاز این محور حاکمیت بالینی را به خود اختصاص داد (۲/۷۴). مشارکت فعال کارکنان بالینی در فعالیت‌های مبتنی بر شواهد و بکارگیری طبابت و مراقبت مبتنی بر شواهد توسط کارکنان بیمارستان بیشتر در موفقیت محور اثربخشی بالینی اثر داشتند. میزان رعایت مؤلفه‌های محور ممیزی بالینی در حدود ۸۳٪ بیمارستان‌ها در حد متوسط و پایین‌تر از متوسط بود. بیشترین میزان موفقیت در این محور مربوط به آموزش کارکنان در زمینه ممیزی بالینی بود (۲/۴۴). مشارکت فعال کارکنان در فعالیت‌های ممیزی بالینی و انجام ممیزی‌های بالینی دوره‌ای به منظور حصول اطمینان از اثربخشی خدمات بالینی، بیشترین تأثیر را در موفقیت محور ممیزی بالینی داشتند. میزان موفقیت محور مدیریت خطر در ۲۵٪ بیمارستان‌ها زیاد یا بسیار زیاد بود. آموزش کارکنان در زمینه مدیریت خطرات احتمالی در بیمارستان بیشترین امتیاز را در محور مدیریت خطر کسب کرد (۳/۰۶). داشتن یک برنامه مدیریت خطرات احتمالی برای شناسایی،

جدول ۴- توزیع فراوانی و درصد و میانگین و انحراف معیار موفقیت بیمارستان‌ها در اجرای محورهای حاکمیت بالینی از ۵ امتیاز

| نام محور | خیلی کم | | کم | | متوسط | | زیاد | | خیلی زیاد | | انحراف معیار |
|----------------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|-----------|------|--------------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | |
| مدیریت و رهبری | ۱۷ | ۱۸/۴ | ۱۴ | ۱۵/۲ | ۲۸ | ۳۰/۴ | ۲۷ | ۲۹/۳ | ۶ | ۶/۵ | ۱/۰۱ |
| مدیریت کارکنان | ۱۳ | ۱۴/۱ | ۱۵ | ۱۶/۳ | ۴۱ | ۴۴/۵ | ۱۹ | ۲۰/۶ | ۴ | ۴/۳ | ۰/۸۴ |
| اثربخشی بالینی | ۲۷ | ۲۹/۳ | ۲۶ | ۲۷/۵ | ۲۹ | ۳۱/۵ | ۱۰ | ۱۰/۸ | ۲ | ۲/۱۷ | ۰/۹۷ |
| ممیزی بالینی | ۳۲ | ۳۴/۷ | ۱۶ | ۱۷/۳ | ۲۹ | ۳۱/۵ | ۱۴ | ۱۵/۲ | ۱ | ۱/۰۶ | ۱/۰۶ |
| مدیریت خطر | ۱۲ | ۱۳ | ۱۱ | ۱۱/۹ | ۴۶ | ۵۰ | ۱۶ | ۱۷/۳ | ۷ | ۷/۶ | ۰/۸۶ |
| تعامل با بیمار | ۱۶ | ۱۷/۳ | ۸ | ۸/۶ | ۳۷ | ۴۰/۲ | ۲۵ | ۲۷/۱ | ۶ | ۶/۵ | ۰/۹۳ |
| مدیریت اطلاعات | ۲۲ | ۲۳/۹ | ۲۱ | ۲۲/۸ | ۲۸ | ۳۰/۴ | ۲۰ | ۲۱/۷ | ۱ | ۱/۰۳ | ۰/۹۰ |
| حاکمیت بالینی | ۱۱ | ۱۱/۹ | ۳۰ | ۳۲/۶ | ۳۳ | ۳۵/۸ | ۱۸ | ۱۹/۵ | - | - | ۰/۷۱ |

جدول ۵- ماتریس همبستگی بین محورهای هفتگانه حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران

| ضریب همبستگی | مدیریت و رهبری | آموزش کارکنان | اثربخشی بالینی | ممیزی بالینی | مدیریت خطر | تعامل با بیمار | مدیریت اطلاعات |
|---------------------------------|----------------|---------------|----------------|--------------|------------|----------------|----------------|
| مدیریت کارکنان | ۰/۸۰۵** | | | | | | |
| اثربخشی بالینی | ۰/۶۸۲** | ۰/۶۰۹** | | | | | |
| ممیزی بالینی | ۰/۴۹۹** | ۰/۴۹۴** | ۰/۶۱۸** | | | | |
| مدیریت خطر | ۰/۵۳۴** | ۰/۵۰۹** | ۰/۴۱۲** | ۰/۵۶۴** | | | |
| تعامل با بیمار | ۰/۳۹۴** | ۰/۴۴۵** | ۰/۲۵۷** | ۰/۴۰۷** | ۰/۵۵۹** | | |
| مدیریت اطلاعات | ۰/۵۱۴** | ۰/۴۶۰** | ۰/۴۷۵** | ۰/۴۰۵** | ۰/۶۱۹** | ۰/۴۹۵** | |
| اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی | ۰/۸۲۵** | ۰/۸۰۲** | ۰/۷۹۲** | ۰/۷۷۴** | ۰/۷۳۴** | ۰/۶۱۸** | ۰/۷۰۵** |

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

حاکمیت بالینی بیان کردند (۲۷). زیاری و همکاران (۱۳۹۳) کمبود منابع مالی، چالش‌های مرتبط با منابع انسانی، نقص سیستم‌های ثبت و مستندسازی، فرهنگ سازمانی نامناسب، کمبود آگاهی مدیران و کارکنان، نظارت و ارزشیابی نامناسب، فقدان هماهنگی بین بخشی و رهبری سازمانی ضعیف را از موانع مهم استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بیان کردند (۲۸).

دهنویه و همکاران (۱۳۹۱) کمبود متخصص در زمینه حاکمیت بالینی، انگیزه پایین کارکنان، کمبود نیروی انسانی، تعهد پایین مدیران، جابجایی بالای مدیران، ارتباطات ضعیف سازمانی، آموزش ناکافی کارکنان، تعجیل در دستیابی به نتایج، عدم احساس نیاز به تغییر، کار تیمی ضعیف، محدودیت مالی، کمبود منابع، و دسترسی محدود به داده‌ها و اطلاعات را از موانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی کرمان دانستند (۲۹). در مطالعه‌ای دیگر، مصدق‌راد و قربانی (۱۳۹۵)، موانع مربوط به نیروی انسانی، موانع مدیریتی و موانع ساختاری را مهم‌ترین عوامل شکست حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان معرفی کردند. عدم مشارکت پزشکان، کمبود منابع مالی، بروکراسی زیاد حاکمیت بالینی، عدم وجود یک سیستم مدیریت اطلاعات مناسب، اولویت نداشتن حاکمیت بالینی برای مدیران سازمان، خلاقیت و نوآوری کم در سازمان، تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آنها و مدیریت و رهبری ضعیف در سازمان به ترتیب بیشترین اثر منفی را بر اجرای حاکمیت بالینی در این بیمارستان‌ها داشتند (۳۰).

مدیریت و رهبری نقش قابل توجهی در موفقیت حاکمیت بالینی دارد. مطالعات دیگر نیز بر اهمیت تقویت مدیریت بیمارستان‌ها در راستای اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی تأکید کردند (۲۷-۳۰). این پژوهش نشان داد که مشارکت کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی تا حدود زیادی به میزان تعهد مدیران بیمارستان‌ها به اجرای برنامه حاکمیت بالینی وابسته است. اجرای حاکمیت بالینی در بیشتر بیمارستان‌های شهر تهران حالت دستوری داشته است. تعداد کمی از مدیران بیمارستان‌ها به خاطر احساس نیاز به بهبود کیفیت خدمات، از این استراتژی سازمانی استفاده کردند. بنابراین، مدیران ارشد بیمارستان‌ها تعهدی نسبت به اجرای درست آن نداشتند. در صورت عدم تعهد مدیران به اجرای برنامه، امکانات لازم را برای اجرای آن فراهم نمی‌کنند و کارکنان دارای انگیزه لازم در این زمینه نخواهند بود. به دلیل ماهیت ویژه بیمارستان‌ها، به مدیران توانا و با تجربه نیاز است. مدیران برای اداره اثربخش و کارآمد بیمارستان‌ها باید

مدیریت و رهبری، ممیزی بالینی و مدیریت اطلاعات بیشترین تأثیر را بر موفقیت حاکمیت بالینی داشتند. این سه محور حدود ۹۰٪ موفقیت حاکمیت بالینی را توضیح می‌دهند. توجه به خطمشی‌ها، کایدلاین‌ها و پروتکل‌ها در درمان بیماران، انجام اقدامات اصلاحی به منظور کاهش خطرات احتمالی و بهبود ایمنی بیمار در بیمارستان، اهمیت دادن مدیریت و کارکنان بیمارستان به ارائه خدمات مبتنی بر شواهد، بهبود ارتباط بین کارکنان و مدیران بیمارستان و تعهد و تلاش کارکنان بیمارستان برای تأمین رضایت بیماران کمک قابل توجهی به موفقیت حاکمیت بالینی کرده است. بین میزان موفقیت حاکمیت بالینی و میزان مشارکت و تعهد مدیران ($r = 0/487$ و $p = 0/001$)، مشارکت و تعهد کارکنان ($r = 0/321$ و $p = 0/002$) و مشارکت و تعهد پزشکان ($r = 0/424$ و $p = 0/001$) در اجرای حاکمیت بالینی رابطه آماری معناداری مشاهده شد. بین موفقیت حاکمیت بالینی و استفاده از مشاوره افراد و سازمان‌های دیگر در اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان رابطه آماری معناداری مشاهده نشد ($p = 0/710$).

بحث

این پژوهش با هدف تعیین میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران و شناسایی عوامل موثر بر موفقیت آن انجام شد. میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مذکور در حد متوسط (۲/۸۲ از ۵ امتیاز) ارزیابی شد. در پژوهشی که در سال ۱۳۹۳ در بیمارستان‌های استان خوزستان انجام شد، میزان موفقیت حاکمیت بالینی در حد متوسط (۳/۲۸ از ۵ امتیاز) ارزیابی شد (۲۲). ابراهیم‌پور و همکاران نیز در پژوهشی در یک بیمارستان تأمین اجتماعی اردبیل میزان موفقیت اجرای حاکمیت بالینی را در حد متوسط ارزشیابی کردند (۲۳). این در حالی است که مطالعات خارجی بیانگر موفقیت بالای حاکمیت بالینی در دستیابی به اهداف تعیین شده است (۲۴-۲۶). بنابراین، به نظر می‌رسد که موانع جدی بر سر راه اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران وجود دارد.

پژوهش‌های متعددی به بررسی چالش‌ها و موانع اجرایی حاکمیت بالینی در ایران پرداختند. به عنوان مثال، کریمی و همکاران (۱۳۹۱) بزرگ‌ترین موانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد را کمبود پرسنل و حجم بالای کاری آن‌ها، عدم حمایت و تعهد مدیران، آگاهی ناکافی کارکنان از حاکمیت بالینی، عدم وجود سیستم انگیزشی مناسب، فرهنگ نامناسب سازمانی و عدم اجرای کامل برنامه

مدیریت کیفیت نظیر حاکمیت بالینی که خواستار شفافیت، مشتری‌مداری، مسؤلیت‌پذیری و پاسخگویی است، دشوار باشد. در واقع پزشکان ترجیح می‌دهند به جای حضور در جلسات مختلف که از آن‌ها خواسته می‌شود تا استانداردها، پروتکل‌ها و مقررات مدیریتی را اجرا کنند و یا در کلاس‌های آموزشی حضور یابند؛ به ویزیت و درمان بیماران خود بپردازند که برای آن‌ها درآمدزا نیز است.

هوغان^۴ در سال ۲۰۰۷ به بررسی نگرش متخصصان پزشکی به حاکمیت بالینی پرداخت. عدم تمرکز بر بهبود کیفیت و روابط ضعیف بین متخصصان پزشکی موجب نگرش منفی ایشان نسبت به حاکمیت بالینی و مشارکت کمتر آن‌ها شده بود. متخصصان پزشکی پیشنهاد دادند که تدوین اهداف کیفیتی و مشارکت دادن متخصصان در فرایند هدف‌گذاری و دستیابی آن‌ها، تلاش مدیران برای رفع موانع کیفیت و داشتن ساختارها و فرایندهای پشتیبان حاکمیت بالینی، می‌تواند به ایجاد نگرش مثبت نسبت به حاکمیت بالینی و افزایش مشارکت متخصصان پزشکی کمک کند (۳۷). در پژوهش دیگری که در سال ۲۰۰۸ در انگلستان بر روی گروهی از متخصصان تغذیه انجام شد، موانع عمده عدم مشارکت متخصصان در فعالیتهای حاکمیت بالینی مواردی چون کمبود وقت، بودجه ناکافی و امکانات پژوهشی کم و مهارت‌های ارزیابی انتقادی ناکافی بیان شد (۳۸). بیمارستان‌های شهر تهران در اجرای دو محور اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی زیاد موفق نبودند. یکی از دلایل مهم این موضوع، مشارکت پایین پزشکان است. آموزش کارکنان در زمینه‌های اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی، اهمیت قائل شدن برای مراقبت‌های مبتنی بر شواهد، توجه به خط‌مشی‌ها، گایدلاین‌ها و پروتکل‌ها در درمان بیماران و حمایت و پشتیبانی از کارکنان در ارائه خدمات و مراقبت‌های مبتنی بر شواهد، تأکید بر ارتقای کیفیت فرایندهای بالینی، انجام ممیزی‌های بالینی دوره‌ای به منظور حصول اطمینان از اثربخشی خدمات بالینی، پیگیری مشکلات شناسایی شده ناشی از داده‌های ممیزی بالینی و انجام اقدامات اصلاحی از راه‌کارهای مفید برای موفقیت بیمارستان‌ها در این دو محور مهم حاکمیت بالینی است.

در این پژوهش، محور مدیریت خطر حاکمیت بالینی نیز موفقیت زیادی بدست نیاورد. مدیران بیمارستان‌ها باید یک سیستم مدیریت خطرات احتمالی با تمرکز بر ایمنی بیمار ایجاد کرده و یک برنامه مدیریت خطرات احتمالی برای شناسایی، ارزیابی و کاهش خطرات احتمالی بیمارستان تدوین کنند.

ترکیبی از دانش، تجربه و مهارت‌ها را داشته باشند تا بتوانند تصمیم‌های مناسب را به موقع اتخاذ کنند. برنامه‌ها، استراتژی‌ها، تاکتیک‌ها و سیاست‌های لازم را تدوین کرده، کارکنان را برای دستیابی به اهداف سازمانی هدایت و رهبری کنند، منابع لازم را در اختیار آن‌ها قرار دهند و در نهایت، مدیران باید با نظارت و کنترل به موقع، دستیابی به اهداف سازمان را تسهیل کنند (۳۱). اصول حاکمیت بالینی باید در برنامه استراتژیک و عملیاتی بیمارستان‌ها لحاظ شود.

هدف بیمارستان‌ها ارائه خدمات با کیفیت بالا و ایمن تشخیصی، درمانی و بازتوانی به بیماران است. بدون مدیریت صحیح منابع انسانی امکان دستیابی به این هدف وجود ندارد. کارکنان مهم‌ترین سرمایه سازمان هستند. دانش، مهارت و تجربه کارکنان نقش به‌سزایی در توسعه شایستگی‌های اصلی و موفقیت سازمان در بلندمدت دارند. بهره‌وری سازمان‌ها تا حد زیادی بستگی به کارکنان و تلاش منسجم آن‌ها برای دستیابی به اهداف سازمانی دارد (۴). این پژوهش نشان داد که آموزش، مشارکت و تعهد کارکنان تأثیر قابل توجهی بر موفقیت حاکمیت بالینی دارد. با این وجود، رواقی و همکاران در پژوهشی نتیجه گرفتند که علی‌رغم اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها، میزان آگاهی کارکنان در مورد آن پایین است و اهداف حاکمیت بالینی به خوبی به کارکنان منتقل نشده است (۳۲). بنابراین، باید دوره‌های آموزشی لازم در راستای حاکمیت بالینی برای توانمندسازی کارکنان ارائه شود. ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت بالا، به کارکنان دارای دانش، مهارت و توانایی و انگیزه بالا نیاز دارد. کارکنانی که انگیزه بالایی دارند و به سازمان خود متعهد هستند، مشارکت بیشتری در سازمان داشته و نقش به‌سزایی در موفقیت سازمان دارند (۳۳). نتایج پژوهش غضنفری و همکاران در سال ۱۳۹۱ تأثیر مدیریت منابع انسانی بر اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران را تأیید کرد (۳۴). بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید رویکرد خود را به سمت مدیریت مؤثر کارکنان معطوف کرده و به کیفیت زندگی کاری کارکنان و نیازهای آن‌ها توجه بیشتری کنند.

اگرچه پزشکان نقش قابل توجهی در موفقیت حاکمیت بالینی دارند، ولیکن، آن‌ها در این پژوهش مشارکت کمتری در اجرای حاکمیت بالینی داشتند. پژوهش‌های متعددی مشارکت پزشکان را در برنامه‌های مختلف مدیریت کیفیت، چالشی بزرگ بیان کردند (۱۴، ۳۵ و ۳۶). روش پرداخت کارانه به پزشکان موجب می‌گردد تا مجاب کردن آن‌ها به مشارکت در برنامه‌های

^۴ Hogan

این پژوهش نشان داد بیمارستان‌هایی که مدت زمان بیشتری را صرف اجرای حاکمیت بالینی کردند، موفقیت بیشتری به دست آوردند. دستیابی به نتایج حاکمیت بالینی نیاز به اجرای تغییرات هدفمند و برنامه‌ریزی شده در ساختار، فرهنگ و فرایندهای سازمانی دارد که زمانبر هستند. بنابراین، مدیران و کارکنان سازمان‌ها باید صبور باشند. بدون نهادینه‌سازی اصول مدیریت کیفیت و حاکمیت بالینی در ساختار و فرهنگ سازمانی امکان دستیابی به نتایج مثبت پایدار مقدور نیست. حاکمیت بالینی ابزاری برای ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی است اما برخی از مدیران آن را هدف قلمداد کرده و حاکمیت بالینی را در قالب اقداماتی در برخی از محورهای ساده آن نظیر آموزش کارکنان اجرا می‌نمایند و در محورهای دیگر به ویژه محورهایی که نیاز به تغییر ساختار و فرهنگ سازمانی دارد (نظیر ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی و مشارکت بیمار و جامعه) سرمایه‌گذاری نمی‌کنند. لذا در نهایت، موفقیت‌چندانی از اجرای حاکمیت بالینی حاصل نمی‌شود. در نتیجه، پس از مدتی این استراتژی سازمانی جای خود را به استراتژی دیگری خواهد داد. در بسیاری از بیمارستان‌های کشورهای توسعه یافته اجرای این استراتژی‌ها منجر به افزایش قابل توجه کیفیت و ایمنی خدمات شده است، اما در کشورهایی که ابزار تبدیل به هدف می‌شود، نتایج چشمگیری مشاهده نمی‌گردد. چنین موضوعی در مورد اعتباربخشی بیمارستان‌ها نیز در حال روی دادن است. در حالی که، اعتباربخشی در سایر کشورها منجر به بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌ها شده است (۴۳-۴۰)، متأسفانه نتوانسته شاخص‌های بالینی، مالی و عملکردی بیمارستان‌های کشور را ارتقا دهد (۴۶-۴۴). هدف مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها در ایران کسب گواهی اعتباربخشی شده است، در حالی که مدیران باید به اعتباربخشی به عنوان ابزاری برای بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان توجه داشته باشند. با ارایه خدمات با کیفیت و استاندارد علاوه بر دستیابی به مزیت برتری، گواهینامه اعتباربخشی هم به دست خواهد آمد.

بیمارستان یک سازمان اجتماعی بسیار پیچیده است. مدیریت اثربخش و کارآمد چنین سازمانی بدون داشتن یک سیستم مدیریت جامع امکان‌پذیر نیست. مدیران بیمارستان‌ها به جای استفاده ابزاری از مدل‌ها و استراتژی‌های توسعه یافته در صنایع تولیدی غرب باید نسبت به توسعه سیستم مدیریت بیمارستان‌های خود اقدام کنند. در یک سیستم مدیریتی ساختارها و فرایندهای لازم (توانمندسازها) طراحی و اجرا

کارکنان باید در زمینه مدیریت خطرات احتمالی در بیمارستان آموزش‌های لازم را دریافت کنند، اختیارات لازم را به دست آورند و برای توسعه یک فرهنگ ایمنی و کاهش خطرات تلاش کنند. باید ارزیابی‌های دوره‌ای از سیستم مدیریت خطرات احتمالی بیمارستان به عمل آید و اقدامات اصلاحی برای کاهش خطرات احتمالی و بهبود ایمنی بیمار در بیمارستان انجام شود. در این پژوهش بیشترین میزان موفقیت بیمارستان‌های شهر تهران در محور تعامل با بیماران گزارش شد. اجرای مدیریت کیفیت و حاکمیت بالینی در ایران نقش قابل توجهی در افزایش آگاهی کارکنان بیمارستان‌ها نسبت به حقوق بیماران داشته است. در نتیجه، مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها با انجام رضایت‌سنجی‌های ادواری و بررسی شکایات بیماران در جهت ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌ها تلاش می‌کنند. از طرف دیگر، اجرای این سیستم‌های مدیریت کیفیت منجر به افزایش آگاهی بیماران از حقوق خود هم شده است. به عنوان مثال، خمرنیا و همکاران، اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دولتی شهر شیراز را در افزایش شکایات بیماران موثر دانستند. بیشتر شکایات مربوط به کیفیت خدمات و برخورد کارکنان بیمارستان‌ها با بیماران بوده است و در هفته اول ثبت آن‌ها در بیمارستان، مورد رسیدگی قرار گرفتند که بیانگر تسریع در روند بررسی شکایات بیماران ناشی از اجرای الزامات حاکمیت بالینی است (۳۹). مدیریت اطلاعات نقش قابل توجهی در ارتقای محور تعامل با بیمار در حاکمیت بالینی دارد و یافته‌های این پژوهش نیز این موضوع را تأیید کرد. مستندسازی شکایات بیماران به صورت صحیح، منجر به پاسخگویی مناسب و به موقع به شکایات بیماران و برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری درست برای رفع شکایات مراجعین خواهد شد.

در این پژوهش میزان موفقیت بیمارستان‌ها در محور مدیریت اطلاعات در حد متوسط گزارش شد. مدیران باید در این راستا زیرساخت‌ها و امکانات لازم را برای جمع‌آوری، تحلیل و استفاده از اطلاعات بیمارستان ایجاد کنند و همچنین، آموزش‌های لازم برای کارکنان جهت ثبت داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز اجرای حاکمیت بالینی و استفاده صحیح از فن‌آوری و سیستم‌های اطلاعاتی ارایه شود. سیستم مدیریت اطلاعات بیمارستان باید دسترسی به داده‌ها و اطلاعات صحیح، دقیق، معتبر و به روز را برای مدیران فراهم کند تا آن‌ها بتوانند از اطلاعات بیمارستانی در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و ارزشیابی‌ها به درستی استفاده کنند.

فرهنگ کیفیتی مناسب، ارتقای آگاهی و دانش مدیران و کارکنان در مورد حاکمیت بالینی، تأمین منابع مورد نیاز، آموزش و توانمندسازی کارکنان، تقویت ارتباطات اثربخش و کار تیمی و مشارکت فعال پزشکان در اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها نقش بسزایی دارد. اگرچه این پژوهش یکی از پژوهش‌های معدودی است که میزان موفقیت حاکمیت بالینی را در بیمارستان‌های ایران مستند کرده است، ولیکن، در بیمارستان‌های شهر تهران انجام شده است. بنابراین، نتایج این پژوهش به سایر بیمارستان‌های کشور قابل تعمیم نیست. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر استان‌ها نیز انجام شود تا تصویر بهتری از وضعیت اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های کشور به دست آید.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

پژوهش حاضر نشان داد که بکارگیری مدل‌های مدیریت کیفیت بدون بومی‌سازی و توجه به ساختار و فرهنگ سازمانی سازمان‌های بهداشتی و درمانی کشور، نتایج مثبت زیادی به دنبال نخواهد داشت. گاهی اوقات اجرای استراتژی‌ها و روش‌های مدیریتی بیشتر در راستای اهداف سیاسی مدیران است. مدیران برای این که از قافله مدیریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی دنیا عقب نباشند، بدون تعمق بر ماهیت مدل‌های مدیریتی، میزان اثربخشی آن‌ها و الزامات و پیش‌نیازهای بکارگیری آن‌ها، شروع به اجرای آن مدل‌ها در سازمان‌های خود می‌کنند که هزینه‌های زیادی به سازمان تحمیل می‌کند. برخورداری از یک برنامه هدفمند و بلندمدت فراگیر و پایدار یکی از الزامات پیاده‌سازی مدیریت کیفیت در بخش بهداشت و درمان است. این مهم به همان میزان که نیازمند تعهد و مشارکت مدیران و کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی است، نیازمند توجه و اهتمام سیاست‌گذاران به بومی‌سازی مدل‌های مدیریت کیفیت و اجرای پایلوت آن به منظور انتخاب مدل مناسب، جلب حمایت ذی‌نفعان و فراهم‌سازی منابع و ساختارهای مورد نیاز می‌باشد. پیشنهاد بکارگیری مدل‌ها و روش‌های مدیریتی توسط وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی به بیمارستان‌ها باید هماهنگ با برنامه‌های اصلاحات نظام سلامت کشور باشد تا نتایج بهتری ارایه نماید.

می‌شوند تا به طور هدفمند به نتایج مورد انتظار دست یافت. هر استراتژی یا روش مدیریتی که در قالب سیستم مدیریتی سازمان اجرا شود، اثر سینرژیک داشته و نتایج بهتری را به دنبال خواهد داشت. در چنین حالتی، کارکنان حتی متوجه نمی‌شوند که مدیران از استراتژی‌هایی نظیر حاکمیت بالینی و اعتباربخشی استفاده می‌کنند. حاکمیت بالینی یک سیستم مدیریتی کامل نیست. متناسب با شرایط انگلستان در آن زمان و نیاز سازمان‌های بهداشتی و درمانی آن، تعداد شش توانمندساز (شامل مدیریت و رهبری، آموزش و مدیریت کارکنان، ممیزی بالینی، مدیریت خطر، مشارکت بیمار و جامعه و مدیریت اطلاعات) و یک نتیجه (اثربخشی بالینی) در مدل حاکمیت بالینی دیده شده است. سایر کشورها برای دستیابی به نتایج بهتر تغییراتی در محورهای حاکمیت بالینی خود اعمال کردند.

اجرای برخی از محورهای حاکمیت بالینی نظیر ممیزی و اثربخشی بالینی و مشارکت بیمار در فرایند درمان در بیمارستان‌های ایران، نیاز به پیش‌نیازهایی دارد. بنابراین، در مدل حاکمیت بالینی در کشور ما نیز باید تغییراتی اعمال شود. به عنوان مثال، مصدق‌راد یک مدل مدیریت کیفیت (شامل هشت توانمندساز و پنج نتیجه) برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران توسعه داد (۴۷) که اجرای آن منجر به افزایش تعهد سازمانی و رضایت شغلی کارکنان (۵۰-۴۸)، بهبود کیفیت خدمات (۵۱)، افزایش رضایت بیماران (۵۱)، کاهش هزینه‌های غیر ضروری و افزایش بهره‌وری و درآمد بیمارستان‌ها (۵۴-۵۲) شده است. به عبارتی، اجرای یک سیستم مناسب مدیریت کیفیت منجر به ارتقای کلیه شاخص‌های بالینی، عملکردی و مالی بیمارستان‌ها خواهد شد. بنابراین، اساتید دانشگاه‌ها و پژوهشگران باید نقش پررنگ‌تری در ترجمان دانش ایفا کنند و ضمن مرور مدل‌ها و سیستم‌های پیشرفته مدیریت صنعتی و در نظر گرفتن نقاط قوت و ضعف آن‌ها و ویژگی‌های بارز ساختاری و فرهنگی سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران، مدل‌های بومی مناسب به مدیران این سازمان‌ها پیشنهاد کنند.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران در حد متوسط بوده است، توجه به نقاط ضعف موجود در اجرای محورهای مختلف و رفع آن‌ها به منظور اجرای موفق حاکمیت بالینی ضروری به نظر می‌رسد. بکارگیری یک مدل مناسب حاکمیت بالینی، مدیریت و رهبری قوی، تعهد و حمایت مدیران ارشد، ایجاد ساختار سازمانی و

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان "بررسی میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران" بود که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شد. نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از همکاری کلیه کارشناسان مسؤول حاکمیت بالینی بیمارستان‌های شرکت کننده در این

پژوهش تشکر و قدردانی کنند. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، قدردانی می‌کنند. تعارض منافع: نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی برای این مطالعه ذکر نکردند.

References

- 1- Azami A, Akbarzadeh K. Patient satisfaction of medical services in Ilam hospitals. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2004; 12: 10-16. (in Persian)
- 2- Tabibi J, Maleki MR, Mojdehkar R. Measuring Ayat Allah Kashani hospital performance by using Bldridge model. *Journal of Iranian medical Association* 2010; 27 (1): 23-30. (In Persian)
- 3- Mosadeghrad AM. A survey of total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations. *International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating Leadership in Health Services* 2005; 18 (3): 12-34.
- 4- Mosadeghrad AM. Principles of healthcare management. First edition. Tehran: Dibagran Tehran; 2003: 220. (in Persian)
- 5- Aghlmand S, Akbari F, Lameei A, Mohammad K, Small R, Arab M. Developing evidence-based maternity care in Iran: A quality improvement study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008; 8 (1): 20.
- 6- Askarian M, Heidarpoor P, Assadian O. A total quality management approach to healthcare waste management in Namazi Hospital, Iran. *Waste Management* 2010; 30 (11): 2321-6.
- 7- Hamidi Y, Tabibi J. A survey of TQM implementation in Hamadan healthcare organizations. *Journal of Hamadan University of medical sciences* 2004; 11 (1): 37-43. (in Persian)
- 8- Mohammadi M, Mohammadi F, Hedges JR, Zohrabi M, Ameli O. Introduction of a quality improvement programme in a children's hospital in Tehran: design, implementation, evaluation and lessons learned. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; 19 (4): 237 - 243.
- 9- Dargahi H. Factors affecting TQM failure in healthcare organisations. *Teb and tazkieh* 2003; 50: 49-61. (in Persian)
- 10- Hamidi Y. Strategic leadership for effectiveness of quality managers in Medical Sciences Universities: What skills are necessary? *Australian Journal of Basic and Applied Sciences* 2009; 3(3): 2563-2569.
- 11- Torani S, Tabibi J, Shahbazi B. Influencing factors on implementation of total quality management at teaching hospitals affiliated with Iran University of Medical Sciences. *Hakim Health Sys Res* 2008; 11 (2): 22-32. (in Persian)
- 12- Mosadeghrad AM. Why TQM does not work in healthcare organisations. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2014; 27 (4): 320-335.
- 13- Mosadeghrad AM, Shaali F, & TajmirRiahi Z. The applicability of ISO 9001:2000 in university hospitals: The managers' perspectives. *Information and Management in health* 2006; 2 (2): 1-10. (in Persian)
- 14- Mosadeghrad A.M. Why TQM programs fail? A pathology approach. *The TQM Journal* 2014; 26 (2): 160-187.
- 15- Mosadeghrad A.M. Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2013; 26 (2): 147- 173.
- 16- Mosadeghrad AM, Ferlie E. Total Quality Management in Healthcare in. In: Örtenblad A, Löfström CA, Sheaff R, eds. *Management innovations for healthcare organizations: adopt, abandon or adapt?* 1st ed. New York: Routledge; 2016: 378-396.
- 17- Som CV. Clinical governance: a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal* 2004; 9 (2): 87- 90.
- 18- Scally G, Donaldson L. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317(7150): 61-5.
- 19- McSherry R, Pearce P. *Clinical governance: A guide to implementation for healthcare professionals*. 3rd ed. New Delhi: John Wiley & Sons, 2011:11
- 20- McSherry R, & Haddock J. Evidence-based health care: its place within clinical governance. *British Journal of Nursing*, 1999; 8 (2), 113-17.
- 21- Haxby E, Hunter D, Jaggar S. *An introduction to clinical governance and patient safety*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
- 22- Mosadeghrad AM, Sadoughi F, & Ghorbani M. The role of information management in the successful implementation of clinical governance. *Journal of Health Based Research* 2016; 2(3): 207-222. (in Persian)
- 23- Ebrahimpour H, Yaghubi NM & Zahedi SS. Organizational Learning Capacity and Clinical Governance Implementation in Social Security hospital, the Hospital, 2016; 15 (2): 75- 83. (in Persian)
- 24- Campbell SM, Sheaff R, Sibbald B, Marshall MN, Pickard S, Gask L, et al. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:9-14.
- 25- Sweeney G, Sweeney K, Greco, M & Stead J. Implementing clinical governance within primary care. *Journal of Clinical Excellence* 2002; 4:108-10.

- 26- Sweeney G, Ellis A, & Powell R. Making an impact: exploring delegates' perceptions of the clinical governance development programme. *Clinical governance: an international journal* 2003; 8 (3): 262-270.
- 27- Karimi M, Raufi S, Moraveji M, Adel A. A survey of clinical governance barriers in Mashad university hospitals: Staff perspectives. *The First Congress on Clinical Governance and Continuous Quality Improvement*; 2012 May 16-17; Tabriz: Tabriz University of medical science. 2012. (In Persian)
- 28- Ziari A, Abachizadeh K, Rassouli M, Heidarnia M, Mohseny M. Barriers of implementing clinical governance in educational hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of medical sciences: A qualitative study. *The Hospital* 2014; 13 (4): 93-103. (in Persian)
- 29- Dehnavieh R, Ebrahimpour H, Jafarizadeh M, Dianat M, Noori-Hekmat S, Mehroolhassani MH. *Clinical Governance: The Challenges of Implementation in Iran*. *International Journal of Hospital Research* 2013; 2(1):1-10.
- 30- Mosadeghrad AM, & Ghorbani M. The barriers of clinical governance implementation in Khuzestan province hospitals. *Journal of Health in the Field*, 2017; 4(4): 44-56. (in Persian)
- 31- Mosadeghrad AM. *Essentials of healthcare organisation and management*, Tehran: Dibagran Tehran, Iran; 2015: 15. (in Persian)
- 32- Ravaghi H, Khodayari-Zarnaq R, Adel A, Badpa M. A survey on clinical governance awareness among clinical staff: A Cross-Sectional Study, *Global Journal of Health Science* 2014; 6 (6): 37-42.
- 33- Mosadeghrad AM, Ferlie E, & Rosenberg D. A study of relationship between job satisfaction, organisational commitment and turnover intention among hospital employees. *Health Services Management Research* 2008; 21 (4): 211-227.
- 34- Ghazanfari F, Mobaraki H. The Study Of Influence Of Human Resource Management (HRM) On Implementation Of Clinical Governance In Tehran University Of Medical Sciences Hospitals. *Payavarde salamat* 2011; 7 (6): 468-78. (In Persian)
- 35- McNulty T, and Ferlie E. *Reengineering Health Care: The Complexities of Organizational Transformation*, Oxford University Press, Oxford; 2002: 309.
- 36- Ransom SB, Joshi MS, and Nash DB. *The Healthcare Quality Book*, AUPHA Press, Washington, DC; 2005: 19.
- 37- Hogan H, Basnett L, McKee M. Consultants' attitudes to clinical governance: Barriers and incentives to engagement 2007; 8: 614-22.
- 38- Shakeshaft A M. A study of the attitudes and perceived barriers to undertaking clinical governance activities of dietitians in a welsh national health service trust. *Journal of human nutrition and dietetics* 2008; 21 (3): 225-38.
- 39- Khamarnia M, Kavosi Z, Ghanbari-Jahromi M, & Moradi A. Impact of Clinical Governance on Patients' Compliance in Shiraz Public Hospitals. *Journal of School of allied medical sciences (Payavarde-salamat)* 2016; 10: 93-103. (in Persian)
- 40-El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *Int J Qual Health Care* 2008; 20 (5):363-371.
- 41- Duckett S. Changing hospitals: the role of hospital accreditation. *Soc Sci Med* 1983; 17:1573-9.
- 42- Verstraete A, van Boeckel E, Thys M etal. Attitude of laboratory personnel towards accreditation. *Int J Qual Health Care* 1998; 11:27-30.
- 43- Chen J, Rathore SS, Radford MJ, Krumholz HM. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Affairs* 2003; 22(2):243-54.
- 44- Zoleikani P. The impact of implementing accreditation standards of hospital emergency and accident departments on the performance of Sari hospitals' emergency and accident departments. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2015. (in Persian)
- 45- Shahebrahimi Sh. Evaluation of hospitals' performance in Tehran province using Data mining and Data Envelopment Analysis. Tehran: Iran University of Science and Technology; 2016. (in Persian)
- 46- Moradi R, Nemati A, Bahmanziari N, Shokri A, Mohammadi M. The impact of accreditation on services of Isfahan University hospitals. *Health care Management Journal*. 2015; 6 (3): 67-76. (in Persian)
- 47- Mosadeghrad A.M. Towards a theory of quality management: an integration of strategic management, quality management and project management. *International Journal of Modelling in Operations Management* 2012; 2 (1): 89-118.
- 48- Mosadeghrad A.M. Strategic collaborative quality management and employee job satisfaction. *International Journal of Health Policy and Management* 2014; 2 (4): 167-174.
- 49- Mosadeghrad A.M, Afshari M. The impact of quality management on job satisfaction of operating theatre department employees of Valiasr Hospital in Tehran: A Participatory Action Research. *Journal of Health Based Research* 2016; 2(2): 147-158. (in Persian)
- 50- Mosadeghrad, A.M. & Ashrafi, E. The impact of quality management on employees' job satisfaction in Respiratory Intensive Care Unit at Labbafinejad Hospital. *the Hospital* 2015; 14 (4): 41-50. (in Persian)
- 51- Mosadeghrad AM. Implementing Strategic Collaborative Quality Management in Health Care Sector. *International Journal of Strategic Change Management* 2012; 4 (3/4): 203-228.
- 52- Mosadeghrad AM, & Afshari M. The impact of quality management on reducing cancelled elective operations: a Participatory Action Research. *Journal of Health in field* 2015; 3 (4): 41-48. (in Persian)
- 53- Mosadeghrad AM, & Khalaj F. The impact of quality management in reducing Surgical Site Infection: an Action Research. *Medical Council Journal* 2015; 33 (2): 110-118. (in Persian)
- 54- Mosadeghrad AM, Arab M, & Afshari M. The impact of quality management on reducing bill deductions at operating theatre department of Valiasr Hospital: A participatory action research, *the Hospital* 2017; 16 (1):93-101. (in persian)

A survey of clinical governance success in Tehran hospitals

Mosadeghrad AM¹ (PhD), Arab M¹ (PhD), Shahidi Sadeghi N^{2*} (PhD Student)

¹ *Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

² *Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Original Article

Received: 23 May 2016, Accepted: 23 Aug 2016

Abstract

Introduction: Successful implementation of clinical governance improves the quality and safety of healthcare services and enhances the accountability of managers and employees. This study aimed to examine the success of clinical governance implementation in Tehran hospitals.

Methods: A valid and reliable questionnaire was used for the aim of this study. 144 questionnaires were distributed among the hospital managers. Data analysis was performed using SPSS software and descriptive and analytical statistics.

Results: 92 questionnaires were returned and analyzed. Clinical governance implementation was moderately successful in Tehran hospitals (the mean score of 2.82 out of 5). The most and least success were achieved in patient involvement and clinical audit respectively. Managers and employees' commitment in implementing clinical governance was assessed as moderate. The involvement of about 70 percent of physicians was less than average. There was a statistical meaningful correlation between managers' commitment and clinical governance success.

Conclusion: Implementation of clinical governance in Tehran city hospitals was not successful. Using an appropriate model for implementing clinical governance, management and leadership commitment, clinical staff involvement and information and process management are necessary for successful implementation of clinical governance.

Key words: Clinical Governance, Success, Hospital, Quality Management, Patient Safety

Please cite this article as follows:

Mosadeghrad AM, Arab M, Shahidi Sadeghi N. A survey of clinical governance success in Tehran hospitals *Hakim Health Sys Res* 2017; 19(3): 129- 140.

* Corresponding Author: PhD Student Health services Management, School of Health Management and Information Science, Tehran, Iran. Tel:+98- 9194856276, E-mail: sadeghi.niusha@gmail.com