

بررسی رابطه بین حاکمیت بالینی و عملکرد سازمانی بیمارستان‌های اردبیل

حبيب ابراهيم پور^{۱*}، حسن خلیلی^۲، محمد پورعلی مغانلو^۳

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۱۸

چکیده:

زمینه و هدف: حاکمیت بالینی برای نخستین بار توسط NHS/انگلیس به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی مطرح شد. حاکمیت بالینی به طور همزمان روی مسئولیت‌پذیری جهت حفظ سطح مراقبت‌های کنونی و نیز ارتقاء وضعیت کیفی مراقبت‌های آتی تأکید دارد.

مواد و روش‌ها: هدف از انجام این پژوهش، بررسی رابطه بین حاکمیت بالینی و عملکرد سازمانی بیمارستان‌های اردبیل می‌باشد که با استفاده روش پیمایشی و ابزار پرسشنامه در بین ۴۷۴ نفر از بیماران، کارکنان، پزشکان و مدیران بیمارستان‌های اردبیل به روش نمونه‌گیری تصادفی ترکیبی انجام گرفته است. جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق از آزمون همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون استفاده گردید.

نتایج: با توجه به نتایج آزمون همبستگی، بین حاکمیت بالینی و عملکرد سازمانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به ضرایب تعیین اکثر مولفه‌های حاکمیت بالینی بر عملکرد تأثیر مثبت و معناداری دارد. در بین مولفه‌های حاکمیت بالینی، مولفه ممیزی بالینی با توجه به سطح بالای خطا، بر عملکرد تأثیر ندارد. به علاوه، مولفه مدیریت کارکنان با مقدار ۰/۹۰۸ بیشترین تأثیر را بر عملکرد بیمارستان دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج آزمون رگرسیون، مولفه مدیریت کارکنان بیشترین نقش را در تبیین عملکرد سازمانی دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که کارکنان سازمانی به عنوان مهمترین دارایی سازمان تأثیر به سزایی در بهبود عملکرد و توجه به جنبه‌های مشتری، مالی، رشد و یادگیری و فرایندهای داخلی دارد. لذا، جهت حصول به نتایج مورد انتظار بیمارستان می‌بایست استراتژی‌های سازمانی با مشارکت و تعامل کارکنان کلیدی سازمان تهیه و تدوین گردد.

کلمات کلیدی: حاکمیت بالینی، ممیزی بالینی، مشارکت بیمار و جامعه، عملکرد سازمانی

^۱- دانشیار دانشکده علوم انسانی دانشگاه محقق اردبیلی

^۲- کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، دانشگاه شاهد (*نویسنده مسئول) Email: management.khalili@gmail.com

^۳- کارشناسی ارشد مدیریت اجرایی، دانشگاه آزاد واحد گرمی

مقدمه

مأموریت اصلی بیمارستان‌ها تأمین مراقبت با کیفیت برای بیماران و برآوردن نیازها و انتظارات آنها است. برآوردن این رسالت مهم مستلزم نهادینه شدن کیفیت در بیمارستان‌ها می‌باشد (۱۴ و ۱۱). در کشورهای مختلف روش‌ها و ابزارهای متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامت تا به امروز بکار گرفته شده است. از میان این روش‌ها، حاکمیت بالینی برای نخستین بار در سال ۱۹۹۸ به وسیله NHS انگلیس به عنوان استراتژی ارائه شده از سوی دولت (۱) و به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی مطرح شد (۱۶ و ۱۷). حاکمیت بالینی، رویکردی یکپارچه و سیستماتیک می‌باشد (۲).

آنچه اهمیت آن روشن است لزوم بهبود کارایی، اثربخشی و ایمنی بیمار است (۱۵). بدین منظور، مسئولیت‌پذیری مراکز ارائه خدمات سلامت می‌بایست افزایش یابد تا از ناهمسانی خدمات ارایه شده به بیماران کاسته شود. و این مسئولیت‌پذیری از طریق حاکمیت بالینی ممکن خواهد بود. چرا که حاکمیت بالینی مبنایی معتبر و استوار در ارایه خدمات سلامت است (۳). هدف حاکمیت بالینی فراهم کردن رضایت کامل بیماران (۲) و عاملی در جهت کمک به خدمات بالینی و حرکت به سمت خدمات با کیفیت می‌باشد (۴). حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارایه دهنده خدمات بالینی، در قبال بهبود دائمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند. حاکمیت بالینی قصد دارد تا تمامی فعالیت‌های مربوط به مراقبت‌های بالینی را ادغام نموده و آنها را در قالب یک استراتژی واحد در بیاورد. حاکمیت بالینی شامل مفاهیمی نظیر: بهبود کیفیت اطلاعات، ارتقاء مشارکت و همکاری بیماران، بهبود کار گروهی و اجرایی نمودن پزشکی مبتنی بر شواهد است و همانند چتری است که به حفظ و ارتقای استانداردهای مراقبت از بیمار کمک می‌کند (۱).

حاکمیت بالینی دستور العمل‌هایی ارایه می‌دهد که دستور کار روشنی برای فعالیت‌ها و اقدامات در راستای توسعه خدمات سلامت و اجرای حاکمیت بالینی در سازمان‌ها فراهم می‌کند (۵). مدل حاکمیت بالینی در کشورهای مختلف دارای ۵، ۷ یا ۱۲ ستون و شاخص می‌باشد. در ایران مدل ۷ ستونی بر اساس الگوی کشور انگلیس، انتخاب و اجرا شده است که شامل، آموزش^۱، مدیریت خطر^۲، مؤثر بودن خدمات^۳، استفاده

بهینه از اطلاعات^۴، مشارکت عمومی^۵، ممیزی بالینی^۶ و مدیریت پرسنل^۷ می‌باشند (۱۴ و ۱۶). کلسن^۸ مشارکت بیمار و جامعه را در سطوح فردی و جمعی تبیین می‌نماید. از دیدگاه وی مشارکت فردی اشاره به مشارکت فرد در اتخاذ تصمیمات درمانی در خصوص جوانب سلامتی خود دارد و مشارکت جمعی به مشارکت فعال گروهی افراد یا یک فرد به عنوان نماینده گروه در تعیین خط‌مشی‌ها، سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های نظام سلامت گفته می‌شود.

با توجه به اینکه مشارکت افراد امری داوطلبانه است، از این رو تا زمانی که این مشارکت متضمن منافع فردی و یا جمعی آنان نشود، محقق نخواهد شد. لذا تبیین شفاف خط‌مشی‌ها و سیاست‌ها و درک متقابل مردم و جامعه از برنامه‌ها و طرح‌های نظام سلامت، از اصول درگیر نمودن و جلب مشارکت فعال مردم محسوب می‌شود که منجر به مشارکت طولانی مدت طرفین خواهد شد. حاکمیت بالینی نیازمند فرهنگ یادگیری است و آن را کلید موفقیت در مسیر ارتقای کیفیت می‌داند. سازمانی می‌تواند ادعا کند که توانایی اجرای حاکمیت بالینی را دارد که مدیریت خطر را تحت کنترل داشته باشد، ولی برای مدیریت خطر نیازمند کارکنانی مجرب و دارای دانش و مهارت کافی می‌باشد. آموزش، مهارت آموزی و توسعه دانش پرسنل، یک فرایند یکپارچه در حاکمیت بالینی است. این امر نه فقط به پرسنل برای ارتقای مهارت‌هایشان کمک می‌کند، بلکه باعث کمک و حمایت از آنها برای انجام کار به شیوه‌های مختلف می‌شود. توسعه مستمر دانش و مهارت‌های شغلی عبارت است از فرایند یادگیری مداوم برای تمام افراد و تیم‌های حرفه‌ای، که بتوانند توانایی‌های خود در مواجهه با نیازهای بیماران، گسترش داده و به ارایه خدمات سلامت بپردازند. اساس توسعه دانش و مهارت شغلی این است که مختص کارکنان بالینی مانند پزشکان نیست. شواهد متعددی، اهمیت نیازسنجی را قبل از طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی، نشان می‌دهد (۱). ممیزی بالینی و اثربخشی بالینی از اجزاء اساسی حاکمیت بالینی به منظور بهبود و تضمین کیفیت هستند. ممیزی بالینی فرایند ارزشیابی سیستماتیک و بهبود فعالیت‌های بالینی می‌باشد که منجر به ارتقاء کیفیت خدمات سلامت، کارآیی و اثربخشی سازمان و فرآیندها می‌شود (۲). هدف اثربخشی بالینی که در قالب عملکرد بالینی مبتنی بر شواهد ایجاد می‌شود، بهبود در ارایه خدمات است. اثربخشی بالینی

⁴- Use of Information

⁵- Patient and Public Involvement

⁶- Clinical Audit

⁷- Staff Management

⁸- Kelson

¹- Education & Training

²- Risk Management & Patient Safety

³- Clinical Effectiveness

دو تقویت و مدلی جامع برای ارزیابی عملکرد این واحدها ارائه می‌گردد. در ضمن، اگرچه توجه به تمامی شاخص‌های عملکردی در بهبود وضعیت بیمارستان‌های ناکارای مورد بررسی لازم است، اما اولویت‌بندی این پیشنهادات توسط مدیران راهگشا خواهد بود.

در تحقیق حاضر به بررسی رابطه بین حاکمیت بالینی و عملکرد سازمان پرداخته می‌شود. هدف اصلی حاکمیت خدمات بالینی ارتقاء مستمر کیفیت خدمات است و چارچوبی را فراهم می‌نماید که در قالب آن سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت می‌توانند به سمت رشد، توسعه و تضمین کیفیت خدمات بالینی برای بیماران حرکت کنند. با توجه به جدید بودن موضوع تحقیق حاضر، انجام آن برای کمک به سه حوزه زیر ضرورت دارد:

موجبات معرفی موضوع جدید حاکمیت بالینی به شکل تحقیقی در جامعه ایران می‌شود و به توسعه علمی و عملی این موضوع در ایران کمک می‌کند.

با معرفی حوزه جدید زمینه تحقیقات علمی و دانشگاهی راه برای پژوهشگران ایران فراهم می‌کند.

با تأکید بر نقش اساسی حاکمیت بالینی نقاط قوت و ضعف این مدل را استخراج و برای استفاده مناسب از آن در بیمارستان‌ها کمک‌های فکری لازم را ارائه می‌کند.

حاکمیت بالینی به عنوان متغیر مستقل شامل هفت شاخص مشارکت بیمار و جامعه، آموزش و یادگیری، استفاده از اطلاعات، مدیریت خطر، اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی و مدیریت کارکنان می‌باشد. برای اندازه‌گیری عملکرد سازمانی بیمارستان از مدل کارت امتیازی متوازن^۱ (BSC) استفاده خواهد شد. یکی از مشهورترین و شناخته شده‌ترین مدل‌های سیستم ارزیابی عملکرد مدل کارت امتیازدهی متوازن است که توسط کاپلان و نورتن در سال ۱۹۹۲ ایجاد و سپس گسترش و بهبود یافته است. این مدل پیشنهاد می‌کند که به منظور ارزیابی عملکرد هر سازمانی بایستی از یک سری شاخص‌های متوازن استفاده کرد تا از این طریق مدیران عالی بتوانند یک نگاه کلی از چهار جنبه مهم سازمانی داشته باشند. این جنبه‌های مختلف، پاسخگویی به چهار سوال اساسی زیر را امکان پذیر می‌سازد.

- ۱- نگاه‌ها به سهامداران چگونه است؟ (جنبه مالی)
- ۲- در چه زمینه‌هایی بایستی خوب عمل کنیم؟ (جنبه داخلی کسب و کار)
- ۳- نگاه مشتریان به ما چگونه است؟ (جنبه مشتری)
- ۴- چگونه می‌توانیم به بهبود و خلق ارزش ادامه دهیم؟ (جنبه یادگیری و نوآوری).

در مورد انجام کار درست، در زمان مناسب، برای بیمار مناسب بوده و با بهبود کیفیت و عملکرد ارتباط دارد(۱).

شپس(۷) در تحقیقی با عنوان «مرزهای جدید و رویکرد به حاکمیت بالینی از دیدگاه آمریکای شمالی» به بررسی مرزهای جدید و رویکرد حاکمیت بالینی در آمریکای شمالی پرداخته و به این نتیجه رسید که یک عنصر مهم در رفع چالش‌های جدید در حاکمیت بالینی تغییر در فرهنگ مدیریتی و بالینی است.

وال و همکاران(۸) در تحقیقی با عنوان «حمایت از حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه» به بررسی حمایت از حاکمیت بالینی پرداخته و به این نتیجه رسید که حمایت از کارکنان خط مقدم مراقبت‌های اولیه به منظور بهبود تجربه بیمار براساس اصول حاکمیت بالینی و از طریق تمرین روز به روز و ارائه آموزش‌های آنلاین و طبق برنامه آموزشی برای توسعه مدیران مراقبت‌های اولیه و کار مشترک با طیف وسیعی از همکاران در فعالیت خود ایجاد شده است.

چاندرا(۹) در تحقیقی به منظور کمک به اجرای حاکمیت بالینی از طریق بررسی درک حاکمیت بالینی در سطوح مختلف در سازمان NHS به این نتیجه رسید که حاکمیت بالینی ابهام، بحث و اختلاف نظر در کیفیت مراقبت ایجاد کرده است و بیشتر به یک موضوع بحث‌انگیز تبدیل شده و نوعی یکنواختی و ثبات را به وجود آورده است که این می‌تواند تبدیل به یک مانع عمده‌ای در دستیابی به بهبود مستمر کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی شود.

اسعدی و همکاران(۱۰) در پژوهشی تحت عنوان «ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دولتی استان یزد» به تعیین کارایی نسبی ۱۳ بیمارستان دولتی استان یزد با استفاده از تلفیق تکنیک تحلیل پوششی داده‌ها (DEA)، کارت امتیازی متوازن (BSC) و مدل سروکوال پرداختند. از کارت امتیازی متوازن به عنوان ابزاری برای طراحی شاخص‌های ارزیابی عملکرد و از تحلیل پوششی داده‌ها به عنوان ابزاری برای ارزیابی عملکرد و رتبه‌بندی استفاده کردند. آنها به این نتیجه رسیدند که در سال ۱۳۸۷ میانگین کارایی نسبی بیمارستان‌های مورد مطالعه ۰/۹۴۵ بوده و ۹ بیمارستان از مجموع ۱۳ بیمارستان روی مرز کارایی قرار گرفته و ۴ بیمارستان دارای کارایی کمتر از یک و بیمارستان شماره ۳ دارای بیشترین کارایی و بیمارستان شماره ۱۰ دارای کمترین کارایی بوده است. طبق نظر آنها در این تحقیق با استفاده از ترکیب دو مدل ارزیابی عملکرد DEA و BSC سعی شده است تا شاخص‌های ارزیابی عملکرد واحدهای درمانی شناسایی شده و با تلفیق این دو مدل، ضمن کاهش معایب دو مدل محاسن آن

^۱- Balanced Scorecard

روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت و روش، توصیفی-پیمایشی است. جامعه آماری تحقیق کلیه بیماران، کارکنان، پزشکان و مدیران بیمارستانهای اردبیل می باشد. شهرستان اردبیل دارای هفت بیمارستان دولتی و خصوصی می باشد که شامل بیمارستانهای امام خمینی (ره)، بوعلی، علوی، فاطمی، سبلان، آرتا و قائم می باشد که از این بین، سه بیمارستان امام (ره)، سبلان و بوعلی در حال اجرای نظام حاکمیت بالینی می باشند و از این رو، جامعه آماری تحقیق را این سه بیمارستان تشکیل می دهند. از طریق نمونه-گیری از سه بیمارستان مذکور، تعداد ۴۷۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب گردید. جدول شماره ۱، چگونگی توزیع جامعه و نمونه را نشان می-دهد. بر مبنای جدول، تعداد بیماران بستری (تخت فعال) ۵۰۰ نفر، کارکنان ۳۰۰ نفر، پزشکان و مدیران نیز هر کدام ۵۰ نفر می باشد. روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای می باشد. از فرمول نمونه گیری یامان (۱۳) جهت نمونه گیری استفاده شد. به طور مثال، بر مبنای این فرمول، تعداد نمونه برای پزشکان و مدیران به تعداد ۴۴ نفر می باشد.

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)} = \frac{500}{1 + 500(.05)^2} = 217$$

فرمول نمونه گیری بیماران

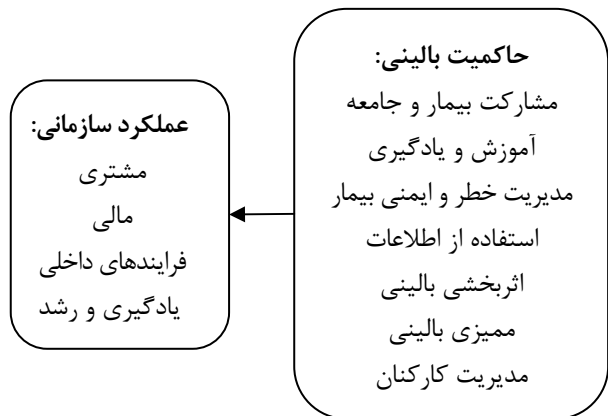
$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)} = \frac{300}{1 + 300(.05)^2} = 169$$

فرمول نمونه گیری کارکنان

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)} = \frac{50}{1 + 50(.05)^2} = 44$$

فرمول نمونه گیری پزشکان و مدیران

کارت امتیازی متوازن روش جدیدی است که در سال-های اخیر به عنوان سیستمی برای اندازه گیری وضعیت سازمان و تحلیل آن و نیز برنامه ریزی و مدیریت سازمان تدوین شده است. در کارت متوازن نه تنها عملکرد گذشته به کمک معیارهای مالی اندازه گیری می شود، بلکه در هر مقطع زمانی عواملی اندازه گیری می شوند که تعیین کننده عملکرد آینده است. همچنین از طریق معیارهای مالی تنها عملکرد کوتاه مدت اندازه گیری می شود، در حالی که کارت امتیازی متوازن مقدار عوامل متوازن تأثیرگذار بر عملکرد درازمدت سازمان را نیز نشان می دهد (۱۰). با توجه به مباحث گفته شده، مدل تجربی تحقیق به شکل نمودار شماره ۱ می باشد.



نمودار شماره ۱: مدل تجربی تحقیق

جدول شماره ۱: تعداد جامعه و نمونه آماری

نوع جامعه	تعداد جامعه هر بیمارستان	تعداد کل N	تعداد نمونه n
بیماران بستری (تخت فعال)	بیمارستان امام (ره) ۲۸۰ نفر	۵۰۰	۲۱۷
	بیمارستان سبلان ۱۴۰ نفر		
	بیمارستان بوعلی ۸۰ نفر		
کارکنان	بیمارستان امام (ره) ۱۵۰ نفر	۳۰۰	۱۶۹
	بیمارستان سبلان ۱۰۰ نفر		
	بیمارستان بوعلی ۵۰ نفر		
پزشکان	بیمارستان امام (ره) ۲۵ نفر	۵۰	۴۴
	بیمارستان سبلان ۱۵ نفر		
	بیمارستان بوعلی ۵ نفر		
مدیران	بیمارستان امام (ره) ۲۵ نفر	۵۰	۴۴
	بیمارستان سبلان ۱۵ نفر		
	بیمارستان بوعلی ۵ نفر		

کرونباخ محاسبه شده برای پرسشنامه نشان می‌دهد که این ابزار از پایایی لازم برخوردار می‌باشد. فرضیه‌های تحقیق عبارتند از:

۱. حاکمیت بالینی بر عملکرد بیمارستان تأثیر دارد.
۲. مشارکت بیمار و جامعه بر عملکرد بیمارستان تأثیر دارد.
۳. آموزش و یادگیری کارکنان بر عملکرد بیمارستان تأثیر دارد.
۴. استفاده از اطلاعات بر عملکرد بیمارستان تأثیر دارد.
۵. اثربخشی بالینی بر عملکرد بیمارستان تأثیر دارد.
۶. مدیریت خطر بر عملکرد بیمارستان تأثیر دارد.
۷. ممیزی بالینی بر عملکرد بیمارستان تأثیر دارد.
۸. مدیریت کارکنان بر عملکرد بیمارستان تأثیر دارد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های تحقیق از مدل همبستگی و رگرسیون استفاده شده است.

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه با طیف لیکرت پنج گزینه‌ای استفاده گردید، پرسشنامه شامل دو بخش حاکمیت بالینی و عملکرد بیمارستان می‌باشد. عملکرد بیمارستان بر مبنای کارت امتیازی متوازن اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه در بین چند گروه (بیماران، کارکنان، پزشکان و مدیران بیمارستان‌ها)، توزیع گردید تا رابطه بین متغیرهای تحقیق با یک رویکرد جدید و متفاوت (تکنیک اهمیت نسبی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. به منظور اندازه‌گیری پایایی پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید. جدول ۲ ضریب آلفای کرونباخ و وضعیت پرسشنامه را نشان می‌دهد. همان طور که در جدول شماره ۲ مشخص است، تمام مقادیر آلفای کرونباخ برای عامل‌ها بزرگتر از ۰/۷ می‌باشد؛ بنابراین آلفای

جدول شماره ۲: متغیرهای پرسشنامه و ضریب آلفای کرونباخ

شاخص	جامعه هدف	گویه‌ها	تعداد سئوالات	ضریب آلفا
مشارکت بیمار و جامعه	بیماران	نحوه برخورد پرسنل پذیرش و راهنمایی لازم برای ادامه مراحل بستری میزان رضایت از زمان ویزیت و نحوه برخورد پزشکان میزان رضایت از دریافت اطلاعات ضروری از پزشک معالج در خصوص مراحل تشخیص، درمان و بستری میزان رضایت از نحوه برخورد پرستاران و پاسخگویی آنها میزان رضایت از انجام به موقع دستورات دارویی و مراقبت‌های پرستاری میزان رضایت از نظافت محیط بخش، اتاق‌ها و سرویس بهداشتی میزان رضایت از سکوت و آرامش در بخش میزان رضایت از انجام به موقع آزمایشات، رادیوگرافی، سونوگرافی و ... میزان رضایت از انجام عمل در موعد مقرر امکانات رفاهی موجود در بخش شامل تلفن، تلویزیون، یخچال و ... میزان رضایت از نحوه برخورد پرسنل واحد ترخیص میزان رضایت از پیگیری‌های مسئولین بیمارستان در صورت ارائه پیشنهادات و شکایات	۲۰	۰/۸۹۷
آموزش و یادگیری	کارکنان	ارائه اطلاعات مفید و مناسب در مورد بیماری و فرایند درمان به بیمار و همراهان استفاده بهینه از امکانات موجود در جهت رفاه حال بیماران آموزش‌های ارائه شده جهت افزایش حوصله، ظرفیت شغلی، ایجاد توانمندی در شغل، جلوگیری از هدر رفت منابع در واحد کاری، افزایش اعتماد به نفس برای انجام وظایف، بهبود شرایط فیزیکی محیط کار، کاهش استرس شغلی آموزش‌های ارائه شده در افزایش انگیزه و اشتیاق به کار، افزایش سرعت و دقت کاری، افزایش توان تخصصی و رشد و تعالی فرهنگی و اجتماعی	۲۰	۰/۸۶۱
مدیریت خطر و ایمنی بیمار	پزشکان	اجرای برنامه‌های: ایمنی بیمار و مدیریت خطر در بیمارستان، کنترل عفونت، استفاده ایمن داروها، ایمنی محیط مراقبت و درمان، ایمنی تجهیزات گزارش وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار و تجزیه و تحلیل آن محرمانه بودن سیستم گزارش دهی وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار انجام کمیته مرگ و میر در بیمارستان گرفتن بازخورد از بیماران و مراقبین آنها	۲۰	۰/۸۸۹

شاخص	جامعه هدف	گوبه‌ها	تعداد سئوالات	ضریب آلفا
		انجام بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار انجام مطالعات پیمایشی در سطح جامعه در زمینه مدیریت خطر اخذ بازخورد در مورد ایمنی بیماران از کارکنان تهیه و اجرای راهنماهای جراحی ایمن در بیمارستان مطلوب بودن ساختار سازمانی پیشگیری کنترل عفونت اجرای راهنماهای تزریق خون و فرآورده‌های خونی ایمن		
استفاده از اطلاعات	پزشکان	تدوین شاخص‌های عملکردی که باید به صورت روزانه، هفتگی و ماهانه به اطلاع رییس و مدیر بیمارستان، مترون، و سرپرستان و مدیران بخش‌ها برسند تهیه فرم‌های لازم جهت جمع و اعلام شاخص‌های عملکردی اجرای طرح شاخص‌های عملکردی میزان همکاری رابط فناوری و مسئول سیستم HIS میزان آموزش به پرسنل در خصوص آشنایی با سیستم HIS و اهمیت ورود داده‌ها تعریف و طبقه‌بندی مشخص از وقایع ناخواسته و خطاهای محتمل، به ویژه وقایع فاجعه آمیز وجود فرآیند مستند شیوه ثبت، گزارش دهی، بازخوانی و تحلیل خطا با تأکید بر بازه‌های زمانی استخراج اطلاعات ایمنی بیمار از داده‌های HIS بیمارستان شناسایی و استفاده از شاخص‌های ایمنی بیمار در واحدها و فرم‌های آماری تهیه و انجام فرآیند تریاژ، تحلیل و اقدام پس از شکایات و بازخوانی نتایج رضایت سنجی ارائه گزارش‌های شش ماهه ایمنی بیمار امکان دسترسی آنلاین یا کتبی بیماران برای انتقال تجربیات خود از سیر درمان بیماری و رخدادهای دوره بستریشان	۲۰	۰/۷۷۳
اثربخشی بالینی	پزشکان	برگزاری مرتب کمیته اثربخشی بالینی در بیمارستان اجرایی کردن اولویت‌های گایدلاین‌ها یا دستورالعمل‌ها ارایه گزارش پیش وضعیت اجرای گایدلاین‌ها تعیین فرایندهای پزشکی، پرستاری، آزمایشگاهی و رادیولوژی بیمارستان برقراری مشوق‌های مختلف برای اجرای راهکارها اجرای پروتکل (دستورالعمل‌های درمانی و بالینی) اطلاع رسانی کافی و صحیح به بیماران جهت اجرای راهکارهای بالینی تعیین فرایندهای اولویت‌دار جهت دستورالعمل یا گایدلاین تهیه دفترچه نحوه اجرای فرایندها در هر بخش ارائه ابزارهای ارتقای کیفیت تعیین هزینه اثربخش بودن خدمات و مراقبت‌ها بومی سازی راهکارهای علمی میزان حمایت سیاستگذاران سلامت از راهکارها	۲۰	۰/۹۴۷
ممیزی بالینی	پزشکان	برگزاری مرتب کمیته ممیزی بالینی در بیمارستان اولویت‌بندی لیست موضوعات و تعیین اولویت رسیدگی در کمیته ممیزی بالینی بیمارستان تعیین استاندارد با ارجاع موضوع به کمیته اثر بخشی بالینی انجام مقایسه وضعیت با استاندارد موجود طراحی و تصویب مداخله در کمیته ممیزی بالینی بیمارستان انتشار نتایج حاصله در سطح بیمارستان کامل بودن پرونده‌ها کامل بودن گزارش پرستاری	۲۰	۰/۹۳۷

شاخص	جامعه هدف	گویه‌ها	تعداد سئوالات	ضریب آلفا
		کدبندی بیماران میزان اتوماسیون دستورات اجرای سیستم اتوماتیک هشدار بالینی اثربخش (مانیتورینگ) سهولت دسترسی بیماران و ارائه دهندگان خدمات به پرونده‌های پزشکی تعیین میزان بروز خطاها و عوارض آنها وجود شواهدی برای استخراج استانداردها		
مدیریت کارکنان	مدیران	میزان انطباق کارکنان با شرایط محیط کاری میزان عدم جابجایی کارکنان میزان عملکرد کارکنان و مهارت کافی در انجام کار میزان برخورد منصفانه با کارکنان از نظر تنبیه و تشویق میزان ایجاد انگیزش در کارکنان میزان نگرش به شغل خود توسط کارکنان میزان مهارت در انجام وظایف محوله توسط کارکنان میزان تعهد به کار خود توسط کارکنان میزان یکپارچگی کارکنان در رسیدن به اهداف سازمانی میزان رعایت اصول اخلاقی کار توسط کارکنان میزان پاسخگویی و گزارش دهی توسط کارکنان میزان رعایت عدالت در مورد کارکنان میزان آشنایی با قوانین و مقررات سازمانی توسط کارکنان میزان آشنایی با ارزش‌های حاکم بر محیط کار توسط کارکنان میزان آشنایی با هنجارها و رفتارهای صحیح توسط کارکنان میزان احترام به بیمار توسط کارکنان میزان شفافیت و عدم مخفی کاری توسط کارکنان میزان رعایت سلسله مراتب اداری توسط کارکنان میزان گردش شغلی و غنی سازی شغلی کارکنان میزان مشارکت کارکنان در تصمیم گیری‌ها	۲۰	۰/۸۶۱
عملکرد بیمارستان	مدیران	جنبه مشتری جنبه فرایندهای داخلی جنبه رشد و یادگیری جنبه مالی	۲۰	۰/۸۸۸

یافته‌های پژوهش

نتایج به دست آمده در مورد توزیع فراوانی مدیران بر حسب سمت نشان داد که ۱۳/۲ رئیس، ۱۸/۴ مدیر، ۱۳/۲ مترون، ۵۵/۳ مسئول بخش می‌باشند، به علاوه توزیع فراوانی کارکنان بر حسب عنوان شغلی نشان دهنده این است که ۳۳/۷ پزشک، ۴۸/۶ پرستار، ۹/۶ بهیار، ۶ درصد پاراکلینیک و ۲/۱ می‌باشند. توزیع فراوانی بیماران بر حسب میزان مراجعه به مرکز نیز مبین این است که ۹۲/۴ کمتر از ۵ بار، ۶/۷ در بازه ۵ تا ۱۰ بار، ۱ درصد نیز بیش از ۱۰ بار به بیمارستان مراجعه کرده‌اند. جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون

استفاده گردید. با توجه به نتایج جدول ۲، نتایج آزمون همبستگی پیرسون (R) نشان دهنده این است که مدیریت کارکنان با ضریب همبستگی ۰/۹۵۳، بیشترین ارتباط را با عملکرد سازمانی دارد. به علاوه، اثربخشی بالینی با ضریب ۰/۵۶۰، کمترین همبستگی را با عملکرد سازمانی دارد. سطح معنی‌داری آزمون برای اکثر مولفه‌های تحقیق ۰/۹۹ است که کمتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه فرضیه‌های اول تا پنجم، هفتم و هشتم تحقیق تأیید می‌شود، فقط با توجه به عدم معناداری فرضیه ششم می‌توان گفت که فرضیه ششم تأیید نمی‌شود و بین ممیزی بالینی و عملکرد سازمانی رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

جدول شماره ۲: ضرایب همبستگی و رگرسیون مولفه‌های تحقیق

P	F	SE	B	R ²	R	مولفه‌های تحقیق
۰/۰۰۱	۱۶۱۰/۵۹	۰/۰۲۳	۰/۹۱۰	۰/۷۶۷	۰/۸۷۷	حاکمیت بالینی
۰/۰۰۱	۱۳۲۲/۵۴	۰/۰۲۶	۰/۹۳۴	۰/۸۲۹	۰/۹۱۱	مشارکت بیمار و جامعه
۰/۰۰۱	۴۳۵/۵۳	۰/۰۴۲	۰/۸۶۷	۰/۷۳۶	۰/۸۵۸	آموزش و یادگیری کارکنان
۰/۰۰۱	۷۱/۰۸	۰/۱۰۶	۰/۷۸۲	۰/۵۰۸	۰/۷۱۳	استفاده از اطلاعات
۰/۰۰۱	۸/۲۲	۰/۱۷۶	۰/۵۰۴	۰/۳۱۴	۰/۵۶۰	اثر بخشی بالینی
۰/۰۰۱	۷۱/۰۸	۰/۱۰۶	۰/۸۹۱	۰/۷۴۰	۰/۸۶۰	مدیریت خطر
۰/۰۷۸	۳/۴۹	۰/۲۰۴	۰/۳۸۱	۰/۱۶۳	۰/۴۰۳	ممیزی بالینی
۰/۰۰۱	۲۷۷/۸۱	۰/۰۶۴	۱/۰۶	۰/۹۰۸	۰/۹۵۳	مدیریت کارکنان

ششم تأیید نمی‌شود. همچنین نتایج حاصل از ضریب رگرسیون نشان داد حاکمیت بالینی بر عملکرد سازمانی بیمارستان تأثیر مثبت و معناداری دارد. با توجه به نتایج آزمون رگرسیون خطی، مولفه مدیریت کارکنان بیشترین نقش را در تبیین و پیش‌بینی عملکرد سازمانی دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که کارکنان سازمانی به عنوان مهم‌ترین دارایی سازمان تأثیر به‌سزایی در بهبود عملکرد و توجه به جنبه‌های مشتری، مالی، رشد و یادگیری و فرایندهای داخلی دارد. لذا، جهت حصول به نتایج مورد انتظار بیمارستان می‌بایست استراتژی‌های سازمانی با مشارکت و تعامل کارکنان کلیدی سازمان تهیه و تدوین گردد. این نتیجه مطابق با یافته‌های همکاران (۱۲) می‌باشد. برعکس، عدم همسویی اهداف کارکنان با اهداف سازمانی و عدم انطباق نظام انگیزش و ارزیابی عملکرد کارکنان با اهداف و استراتژی‌های سازمان، موجب عدم تحقق استراتژی‌ها شده و در نتیجه استراتژی‌های سازمان در مرحله اجرا با مقاومت کارکنان مواجه خواهد شد.

مشارکت بیمار و جامعه نیز با توجه به مقدار ($F=1322/54$) در جدول رگرسیون خطی در تبیین عملکرد سازمانی نقش به‌سزایی دارد. بنا به گزارش وزات بهداشت (۱) در نظام خدمات سلامت کشورهای پیشرفته تغییرات رویکردی رخ داده است. و این تغییرات شامل تغییر ارزش‌ها، باورها و نگرش‌های مردم مبتنی بر تغییر انتظارات جامعه، تغییر الگوی بیماری‌ها، افزایش امید به زندگی و تأکید روزافزون بر حداکثر سطح سلامت و کیفیت زندگی به‌ویژه در سال‌های انتهایی عمر منتج از نظرخواهی از جامعه و عموم مردم است. یکی از اساسی‌ترین اصول و سیاست‌های نظام جدید سلامت در این کشورها، ارزش‌گذاری بر حقوق بیمار و قلمداد کردن آن به عنوان محور ارائه خدمات و تأکید ویژه بر مفهوم مشارکت بیمار و عموم مردم به مفهوم ایجاد فرصت برای عامه برای تعیین چگونگی دریافت خدمات سلامت است.

از سوی دیگر، طبق نتایج جدول مقدار سطح معناداری F مشاهده شده برای مولفه‌های تحقیق، سطح اطمینان ۰/۹۹ است. بنابراین می‌توان گفت که نتایج آزمون تحلیل واریانس استفاده از مدل خطی رگرسیون را مجاز می‌داند. همچنین با توجه به ضرایب تعیین همه مولفه‌های حاکمیت بالینی بر عملکرد تأثیر مثبت و معناداری دارد. در بین مولفه‌های حاکمیت بالینی، مولفه ممیزی بالینی با سطح خطای ۰/۰۷۸، بالاتر از سطح معناداری ۵ درصد بوده و در نتیجه تأثیر معناداری بر عملکرد ندارد. همچنین، مولفه مدیریت کارکنان با مقدار ۰/۹۰۸ بیشترین تأثیر را بر عملکرد بیمارستان دارد. این نتیجه مبین این است که مدیریت کارکنان از طریق ایجاد انگیزش در کارکنان، میزان برخورد منصفانه با آنها، انطباق آنها با شرایط محیط کاری، یکپارچگی کارکنان در رسیدن به اهداف سازمانی، رعایت اصول اخلاقی کار، پاسخگویی و گزارش دهی توسط کارکنان و مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها باعث بهبود عملکرد بیمارستان می‌شود. ضریب B، ضریب مربوط به مدل رگرسیونی برآورد شده را نشان می‌دهد که در این تحقیق میزان ضریب رگرسیون برآورد شده برای حاکمیت بالینی ۰/۹۱۰ و خطای معیار (SE) ۰/۰۲۳ می‌باشد، یعنی حاکمیت بالینی به میزان ۰/۹۱۰ واحد بر عملکرد بیمارستان تأثیر دارد. سایر نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحلیل فرضیات نشان داد بین حاکمیت بالینی و عملکرد سازمانی بیمارستان رابطه معنی‌داری وجود دارد. مولفه‌های حاکمیت بالینی شامل مشارکت بیمار و جامعه، آموزش و یادگیری کارکنان، بین استفاده از اطلاعات، اثر بخشی بالینی، مدیریت خطر، مدیریت کارکنان نیز ارتباط مثبت و معناداری با عملکرد دارند. ولیکن مولفه ممیزی بالینی با عملکرد سازمانی رابطه معنی‌داری ندارد؛ در نتیجه، فرضیه

قدرت خلاقیت و ابتکار، بالا بردن روحیه و انگیزه، رشد شخصیت کارکنان ندارد.

از سوی دیگر، ایجاد محیطی مناسب برای کارکنان جهت کسب اطلاعات به روز در خصوص حاکمیت بالینی و برگزاری دوره‌های مدیریت بحران نیز برای افزایش کارایی مدیران در شرایط ویژه می‌تواند راهگشا باشد. با توجه به اهمیت مدیریت کارکنان در پیش‌بینی عملکرد بیمارستان‌ها، پیشنهاد می‌گردد؛ کارکنان سازمان در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت داده شوند و جهت ایمنی کارکنان، اجرای برنامه ایمنی کارکنان و بیماران و کنترل عفونت‌های بیمارستانی در اولویت برنامه‌های مدیران قرار گیرد. به علاوه، جهت تحلیل بیشتر عملکرد، عملکرد بیمارستان با استفاده از داده‌های کمی و گزارشات موجود مقایسه شود.

با توجه به نتایج به دست آمده از تحقیق، مشارکت دادن بیماران در امور درمان، استفاده از اطلاعات و اجرای طرح شاخص‌های عملکردی، تخصیص اعتبار ویژه برای بحث آموزش کارکنان و استفاده از تخصص کارکنان نخبه و باتجربه در حوزه آموزش کارکنان امری ضروری محسوب می‌گردد.

بهبود و بهسازی نیروی انسانی به منظور افزایش بهره‌وری سازمان همواره مدنظر هر سازمان انتفاعی و غیرانتفاعی است. به زعم صاحب‌نظران مدیریت و سازمان، ارزیابی عملکرد یک راهکار مناسب جهت بهسازی نیروی انسانی است. یعنی هدف از ارزیابی عملکرد باید بهبود و ارتقاء توانمندی کارکنان سازمان باشد. مدیریت سازمان جهت ایجاد سازمانی با نیروی انسانی کارآمد و توانمند راهی جز توجه به امر آموزش، تقویت

References

1. Ministry of Health, Principles of clinical governance, 1390, Vol. 1. [in Persian]
2. Fong, N. Western Australian Clinical Governance Guidelines, Department of health government of Western Australia, 2005, Available from URL: <http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au>.
3. Currie, L. Clinical governance: an RCN resource guide, 2003, Available from URL: http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0011/78581/002036.pdf.
4. Hopkins Medicine. Organization and governance of the Johns Hopkins University School of Medicine, 2010, Available from URL: <http://www.hopkinsmedicine.org/som/PDF/bylaws.pdf>.
5. Hadizadeh, F., Khalifinezhad, N. & Adaii, M. Entrance to clinical governance and excellence clinical service, 1387, Vol. 1, Medicine Science Isfahan University, Adineh publication. [in Persian]
6. Zahir, K. Clinical governance in the UK NHS, DFID's Health Systems Resource Centre, 2001, Available from URL: <http://www.eldis.org/assets/Docs/11761.html>.
7. Sheps, S. New frontiers and approaches to clinical governance, Clinical Governance: An International Journal, 2006, Vol. 1, Iss. 2, pp. 141-147.
8. Wall, D., Gerada, C., Conlon, M., Ombler-Spain, S. & Warner, L. Supporting clinical governance in primary care, Clinical Governance: An International Journal, 2006, Vol. 11, Iss. 1, pp. 30-38.
9. Chandra, S. Sense making of clinical governance at different levels in NHS hospital trusts, Emerald Group Publishing Limited: Clinical Governance, An International Journal, 2009, Vol. 14, No. 2, pp. 98-112.
10. Asaadi, M.M., MirGhafori, S.H., Sadeghie Arani, Z. & Khosravian, H.R. Performance appraisal of Yazd public hospitals with use models, Journal of Medicine Science Shahid Sadoghi Yazd, 1389, Vol. 18, No. 6, pp. 569-559. [in Persian]
11. Mohammadi A. Provided the appropriate model for TQM hospitals Zanjan province based on perceptions and expectations of service recipients and providers of care quality of service Azmvlfhhay TQM [Dissertation]. Tehran. Medical Sciences University. 2004-2005. [in Persian]
12. Barati, A., Maleki, M.R., Golestani, M. & Imani, A. Evaluation of Semnan Hospital staff performance management using BSC, Health Management, 2007, Vol. 9, No. 25, pp. 47-54. [in Persian]
13. Yamane, T. Statistics, An Introductory Analysis, 1967, 2nd Ed., New York: Harper and Row.
14. Ravaghi, H., Mohseni, M., Rafiei, S., Shaarbafchi Zadeh, N., Mostofian, F. Heidarpoor, P. Clinical governance in Iran: theory to practice, Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2014, Vol. 109, pp. 1174-1179.
15. Arulkumaran, S. Clinical governance and standards in UK maternity care to improve quality and safety, Midwifery, 2010, Vol. 26, pp. 485-487.
16. Levy, B. & Rockall, T. The role of clinical audit in clinical governance, Determining Surgical Efficacy (Surgery), 2009, Vol. 27, No. 9, pp. 367-370.
17. Webb, V., Stark, M., Cutts, A., Tait, S., Randle, J. & Green, G. One model of healthcare provision lessons learnt through clinical governance, Journal of Forensic and Legal Medicine, 2010, Vol. 17, pp. 368-373.

A survey of The Relationship between Clinical Governance and organizational Performance in Ardabil hospitals

Ebrahimpour, H¹. Khalili, H. *² PourAli Moqhanlo, M³

Submitted: 26.12.2013

Accepted: 7.4.2014

Abstract

Background: The England NHS initially introduced clinical governance to enhance the quality of clinical cares. Clinical governance emphasizes both on being responsible for maintaining the current level of cares and improving the quality of future care.

Materials & Methods: The aim of this study was to investigate the relationship between clinical governance and organizational performance in Ardabil hospitals using an applied method with questionnaire as the tool to collect data. The population comprises 474 patients, doctors; employees and hospitals managers of Ardabil selected using the random sample method. Pierson correlation and regression analysis were used in order to examine the hypothesis.

Results: Considering the correlation test's results, there is a significant relationship between organizational performance and clinical governance. Furthermore, the coefficients of all the components of clinical governance have a positive and significant effect on performance. Among the components of clinical governance, clinical audit has no effect on hospital performance because of the high level of error, but staff management component has the most effect on hospital performance with a 0.908 scale.

Conclusion: According to the regression results, staff management component has the main role in determining organizational performance. This shows that the employees as the organization's main asset have an effective role in performance improvement considering the customer, financial issues, learning and internal processes. Therefore, organizational strategies should be planned with the effective engagement of key employees so that the hospital can reach its expected results.

Keywords: Clinical Governance, Clinical Audit, Patient and Public Involvement, Hospital Performance

¹- Associate professor, Department of Public Administration, Faculty of Humanities, University of Mohaghegh Ardabili

²- MA in Public Administration, Department of Public Administration, Shahed University (*Corresponding Author)
management.khalili@gmail.com)

³- EMBA, Germe Branch, Islamic Azad University