

میزان موفقیت اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران

علی محمد مصدق‌راد^۱، محمد عرب^۲، نیوشا شهیدی صادقی^{۳*}

• پذیرش مقاله: ۹۸/۳/۲۵

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۸/۳/۲۳

• دریافت مقاله: ۹۷/۱۲/۱۶



چکیده

مقدمه: حاکمیت بالینی یک استراتژی سازمانی برای بهبود مستمر کیفیت و ایمنی خدمات سلامت و افزایش پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری مدیران و کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی از طریق توسعه ساختار و فرهنگ سازمانی مناسب و تدوین، اجرا و پایش منظم استانداردهای بالینی است. این پژوهش با هدف تعیین میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران انجام شد.

روش بررسی: برای انجام این پژوهش توصیفی-تحلیلی از پرسشنامه‌ای محقق ساخته استفاده شد که در اختیار مدیران و مسئولین حاکمیت بالینی ۳۹ بیمارستان دانشگاهی شهر تهران قرار گرفت. از آزمون‌های آماری پیرسون، اسپیرمن و رگرسیون لجستیک برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران ۵۸ درصد و در حد متوسط بود. بیشترین میزان موفقیت بیمارستان‌ها در محورهای تعامل با بیماران و مدیریت خطر و کمترین موفقیت در محورهای اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی حاکمیت بالینی بود. مدیریت و رهبری و ممیزی بالینی بیشترین تأثیر را بر موفقیت حاکمیت بالینی داشتند. میزان تعهد و مشارکت مدیران و کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی کمتر از متوسط و میزان مشارکت پزشکان در حد کم بود. بین مدت اجرای حاکمیت بالینی و مشارکت مدیران و کارکنان و موفقیت حاکمیت بالینی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران موفق نبود. مشارکت فعال مدیران در اجرای حاکمیت بالینی، توانمندسازی کارکنان، بیمار محوری، طبابت مبتنی بر شواهد، ممیزی‌های بالینی و انجام اقدامات اصلاحی، منجر به موفقیت حاکمیت بالینی می‌شود.

واژگان کلیدی: مدیریت کیفیت، حاکمیت بالینی، بیمارستان، عوامل موفقیت‌زا

ارجاع: مصدق‌راد علی محمد، عرب محمد، شهیدی صادقی نیوشا. میزان موفقیت اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۸؛ ۱۵(۱): ۱۶-۱۰۱.

۱. دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: تهران، میدان ونک، خیابان ولی‌عصر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

Email: sadeghi.niusha@gmail.com

تلفن: ۰۲۱۵۵۱۴۹۸۱۷

مقدمه

بروز خطاهای سیستمی ناشی از عدم اجرای صحیح استانداردها و پروتکل‌های درمانی و عدم پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری کارکنان بالینی بیمارستان در بازه زمانی ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۵ میلادی در بیمارستان قلب اطفال بریستول انگلستان منجر به مرگ تعدادی نوزاد شد. کمبود کارکنان، مدیریت و رهبری ضعیف، عدم انجام درست وظایف، بی‌توجهی به اصول ایمنی، عدم شفافیت عملکرد پزشکان و کمبود نظارت مدیریتی از دلایل اصلی بروز این واقعه بودند. در نتیجه، دولت وقت انگلستان با توجه به تجربه موفق حاکمیت سازمانی (Corporate Governance) در بخش خصوصی از سال ۱۹۹۲ میلادی در افزایش پاسخگویی و شفافیت عملکرد مدیران شرکت‌های سهامی، حاکمیت بالینی را در بخش سلامت مطرح کرد (۱). به عبارتی، واژه حاکمیت سازمانی که سابقاً به موضوعات مالی مرتبط می‌شد، به ارائه خدمات با کیفیت و ایمن هم تسری یافت و مفهوم حاکمیت بالینی ابداع شد. به دنبال آن، دولت انگلستان در سال ۱۹۹۸ میلادی لایحه‌ای را با عنوان «خدمت درجه یک» مورد توجه قرار داد و بر اساس آن خدمات پزشکی مبتنی بر شواهد به همراه راهنماهای بالینی و مسیرهای بالینی را برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت معرفی کرد. بنابراین، حاکمیت بالینی با هدف بهبود کیفیت خدمات بالینی و افزایش پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در نظام سلامت انگلستان به کار گرفته شد.

حاکمیت سازمانی، ایجاد یک سیستم برای مدیریت بهتر سازمان است. مدیران از طریق حاکمیت سازمانی و با برنامه‌ریزی، هدایت، نظارت و کنترل صحیح و به موقع، به اهداف سازمانی دست یافته و

نسبت به مردم پاسخگو و مسئولیت‌پذیر خواهند بود. بنابراین، حاکمیت با طراحی ساختار سازمانی مناسب برای دستیابی به اهداف سازمانی، انتخاب و انتصاب مدیران و کارکنان مناسب، تدوین سیاست‌ها و مقررات، تعیین جهت استراتژیک سازمان، برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف سازمان، مدیریت منابع برای اجرای سیاست‌ها، حصول اطمینان از اجرای قوانین بالادستی و نظارت و کنترل عملکرد سازمان مرتبط است (۲).

حاکمیت بالینی یک استراتژی سازمانی برای بهبود مستمر و تضمین کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی از طریق توسعه یک ساختار و فرهنگ سازمانی مناسب و افزایش پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری کارکنان بهداشتی و درمانی نسبت به کیفیت خدمات ارائه شده از طریق تدوین، ارتقاء، حفظ و پایش منظم استانداردهای بالینی است (۳). به عبارتی، حاکمیت بالینی چارچوبی را فراهم می‌کند که به وسیله آن سازمان‌های بهداشتی و درمانی در قبال بهبود مستمر کیفیت و ایمنی خدمات سلامت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می‌شود، به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند (۴). هدف حاکمیت بالینی ارتقای مستمر استانداردهای خدمات بالینی، کاهش خطاهای بالینی و حصول اطمینان از به‌کارگیری شواهد به روز در تصمیمات بالینی است (۵).

اجزای حاکمیت بالینی عبارت‌اند از: مدیریت کارکنان، آموزش کارکنان، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مشارکت بیمار، مدیریت خطا و خطر و استفاده از اطلاعات (۶،۷). حاکمیت بالینی با ایجاد یک ساختار برای حاکمیت در بیمارستان منجر به تسهیل استانداردسازی فرآیندهای بالینی و تبادل

اطلاعات بین بخش‌های مختلف می‌شود. استفاده بهینه از شواهد علمی در ارائه خدمات و مراقبت‌های بیمارستانی و ممیزی بالینی منجر به بهبود کیفیت و ایمنی خدمات خواهد شد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که اجرای حاکمیت بالینی منجر به بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات و افزایش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود (۸-۱۰).

مدیران بیمارستان‌های ایران از سال ۱۳۸۴ شروع به به کارگیری حاکمیت بالینی کردند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز از سال ۱۳۸۸ اجرای حاکمیت بالینی را برای ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستان‌های کشور پیشنهاد کرد. محورهای حاکمیت بالینی شامل آموزش، مدیریت کارکنان، تعامل با بیمار و جامعه، مدیریت خطر و ایمنی بیمار، استفاده از اطلاعات، ممیزی بالینی و اثربخشی بالینی بود (۱۱). اجرای حاکمیت بالینی تا حدی منجر به افزایش دانش و آگاهی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها با مفاهیم کیفیت و ایمنی و ارائه خدمات مبتنی بر شواهد شد (۱۲). با این وجود، حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران چندان موفق نبوده است. به عنوان مثال، پژوهشی میزان موفقیت حاکمیت بالینی را در ۵۱۸ بیمارستان کشور در سال ۱۳۹۱ در حد متوسط ارزشیابی کرد. محورهای مدیریت، تعامل با بیمار و جامعه، مدیریت خطر و مدیریت کارکنان با موفقیت در حد متوسط به بالا و محورهای ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی و استفاده از اطلاعات با موفقیت کمتری مواجه شدند (۱۳). این در حالی است که مطالعات خارجی بیانگر موفقیت حاکمیت بالینی در دستیابی به اهداف تعیین شده است (۱۶-۱۴).

این پژوهش با هدف بررسی میزان موفقیت اجرای

حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران انجام شد. نتایج این پژوهش، اطلاعات ارزشمندی را در زمینه میزان اثربخشی اجرای این استراتژی سازمانی در بیمارستان‌ها، شناسایی حوزه‌های نیازمند توجه خاص به منظور برنامه‌ریزی برای به کارگیری اقدامات اصلاحی در اختیار سیاست‌گذاران نظام سلامت و مدیران بیمارستان‌ها قرار می‌دهد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران (بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی) شامل ۴۸ بیمارستان به انجام رسید. تعداد ۳۹ بیمارستان در این پژوهش شرکت کردند. تعداد ۹ بیمارستان به دلایل عدم اجرای حاکمیت بالینی، تازه تأسیس بودن بیمارستان و عدم موافقت مدیریت بیمارستان با انجام پژوهش، از همکاری خودداری کردند.

جامعه پژوهش شامل رؤسا و مدیران ارشد بیمارستان‌ها، مترونها و کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان‌ها بود. این افراد با توجه به مشارکت فعال در اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها و اشراف کامل بر ابعاد هفت‌گانه 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 گرفته و در نهایت، میانگین امتیاز داده‌ها برای آن بیمارستان محاسبه شد.

در این پژوهش از یک پرسشنامه محقق ساخته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. مطالعه‌ای مروری

مطالعه بین ۰ تا ۵ متغیر بود. کسب امتیاز کمتر از ۱، بین ۱ و ۱/۹۹، بین ۲ و ۲/۹۹، بین ۳ و ۳/۹۹ و بیشتر از ۴ بیانگر میزان موفقیت بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد مطالعه بود. کلیه ملاحظات اخلاقی نظیر جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش، حفظ محرمانگی اطلاعات و بی‌طرفی پژوهشگران در تمامی مراحل مطالعه از جمع‌آوری تا تحلیل و گزارش داده‌ها در این پژوهش رعایت شد.

آماره‌های توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای هر یک از سؤالات پرسشنامه محاسبه شد. از آزمون‌های همبستگی اسپیرمن و پیرسون با توجه به نوع متغیرها برای تعیین همبستگی بین متغیرها و از آزمون رگرسیون لجستیک برای تعیین میزان تأثیر عوامل مؤثر بر موفقیت حاکمیت بالینی استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ وارد شد.

یافته‌ها

بیشتر بیمارستان‌های مورد مطالعه عمومی و از نوع دانشگاهی آموزشی بودند (جدول ۱). بیمارستان‌ها به طور متوسط ۲۴۳ تخت (حداقل ۳۸ و حداکثر ۶۳۱ تخت) داشتند.

برای طراحی پرسشنامه انجام شد (۱۷-۱۹). پرسشنامه شامل سه بخش بود. بخش اول پرسشنامه شامل ۹ سؤال مرتبط با اطلاعات بیمارستان و بخش دوم آن شامل ۱۰ سؤال بسته و ۵ سؤال باز مرتبط با فرد تکمیل‌کننده پرسشنامه بود. بخش سوم پرسشنامه با ۳۵ سؤال، میزان موفقیت بیمارستان را در اجرای هر یک از محورهای هفت‌گانه حاکمیت بالینی (هر محور پنج سؤال) می‌سنجید. این محورها عبارت بودند از: مدیریت و رهبری، آموزش و مدیریت کارکنان، اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی، مدیریت خطر، تعامل با بیمار و مدیریت اطلاعات. سؤالات این بخش پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت شش‌گزینه‌ای به ارزش عددی صفر تا پنج تنظیم شد. امتیاز صفر برای گزینه هرگز و امتیاز ۵ برای گزینه خیلی زیاد استفاده شد. تعداد ۱۰ نفر از اساتید مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان‌ها، روایی صوری و محتوایی پرسشنامه را تأیید کردند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه به منظور سنجش پایایی پرسشنامه، در یک نمونه ۳۰ نفری در مطالعه پایلوت محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۷۴ به دست آمد که بیانگر پایایی بالای پرسشنامه بود. میانگین امتیاز موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات بیمارستان‌های مورد پژوهش

مالکیت بیمارستان	تعداد (درصد)	تخصص بیمارستان	تعداد (درصد)
دانشگاهی آموزشی	۳۶ (۹۲/۳)	عمومی	۲۵ (۶۴/۱)
دانشگاهی غیر آموزشی	۳ (۷/۷)	تک تخصصی	۱۴ (۳۵/۹)

تحصیلات لیسانس و فوق‌لیسانس بودند (۴۱ درصد). بیشتر شرکت‌کنندگان در دوره‌های آموزشی حاکمیت بالینی شرکت کرده بودند (۹۲/۳ درصد). این

بیشتر شرکت‌کنندگان در این پژوهش زن (۶۶/۷ درصد)، در گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال (۳۳/۳ درصد)، با سابقه کار کمتر از ۵ سال (۳۰/۸ درصد) و با

آموزش‌ها بیشتر توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی ارائه شده بود (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک کارشناسان حاکمیت بالینی شرکت کننده در پژوهش

ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد(درصد)	ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد(درصد)
گروه سنی	زیر ۳۰ سال	کمتر از لیسانس	۳(۷/۷)
	۳۰ تا ۳۹ سال	لیسانس	۱۶(۴۱)
	۴۰ تا ۴۹ سال	فوق لیسانس	۱۶(۴۱)
	بالای ۵۰ سال	دکترای تخصصی	۴(۱۰/۳)
سابقه کار	کمتر از ۵ سال	جنسیت	زن
	۵-۱۰ سال		۲۶(۶۶/۷)
	۱۱-۱۵ سال	آموزش حاکمیت	مرد
	۱۶-۲۰ سال		۱۳(۳۳/۳)
	۲۱-۲۵ سال	بالینی	بلی
	۲۶-۳۰ سال		۳(۷/۷)
			خیر
			۳۶(۹۲/۳)

مشاوران خارج سازمانی برای اجرای حاکمیت بالینی استفاده کرده بودند. میزان تعهد مدیران ارشد در اجرای حاکمیت بالینی در ۳۸٪ بیمارستان‌ها بالا بود. تعهد و همکاری کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی در ۷۰ درصد بیمارستان‌های مورد مطالعه، در حد متوسط و کمتر بود. پزشکان در ۸۵ درصد بیمارستان‌ها، مشارکتی کمتر از حد متوسط در اجرای حاکمیت بالینی داشتند (جدول ۳).

بیشتر بیمارستان‌ها (۹۲/۳٪) به دلیل ابلاغ دانشگاه‌های تابعه اقدام به اجرای حاکمیت بالینی کردند. به کارگیری حاکمیت بالینی به دلیل اجرای آن در سایر بیمارستان‌ها (۵/۱٪) و احساس نیاز مدیران و کارکنان بیمارستان (۲/۶٪) در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. میانگین زمان اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۱۹ ماه بود. حاکمیت بالینی در ۳۱ بیمارستان (۷۹/۵ درصد) بیش از ۲ سال اجرا شده بود. فقط ۸ بیمارستان (۲۰/۵ درصد) از

جدول ۳: توزیع فراوانی تعهد مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها به اجرای حاکمیت بالینی

میزان تعهد	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	انحراف معیار ± میانگین
مدیران و کارکنان	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
مدیران ارشد	۵(۱۲/۸)	۳(۷/۷)	۱۶(۴۱)	۱۲(۳۰/۸)	۳(۷/۷)	۱/۱۰ ± ۲/۱۳
کارکنان	۱(۲/۶)	۱۴(۳۵/۹)	۱۲(۳۰/۸)	۱۰(۲۵/۶)	۲(۵/۱)	۰/۹۷ ± ۱/۹۵
پزشکان	۱۶(۴۱)	۱۰(۲۵/۷)	۷(۱۷/۹)	۵(۱۲/۸)	۱(۲/۶)	۱/۱۰ ± ۱/۱۶

در اجرای حاکمیت بالینی، پیگیری مشکلات شناسایی شده از ممیزی بالینی و انجام اقدامات اصلاحی، برگزاری دوره‌های آموزشی برای توانمندسازی کارکنان و شناسایی نیازهای بیماران کمک قابل توجهی به موفقیت حاکمیت بالینی کرده بود.

میانگین امتیاز حوزه‌های ثبت و بررسی شکایات بیماران (۳/۵۷)، تعهد مدیران ارشد بیمارستان نسبت به بیماران (۳/۳۴)، تعهد و تلاش کارکنان برای جلب رضایت بیماران (۳/۳۱)، آموزش کارکنان در زمینه مدیریت خطرات احتمالی (۳/۲۸) و تعهد مدیران ارشد به کیفیت خدمات بیمارستان (۳/۲۳) بالا و میانگین امتیاز حوزه‌های مشارکت فعال کارکنان بالینی در فعالیت‌های مبتنی بر شواهد (۲/۰۴)، به کارگیری طبابت و مراقبت مبتنی بر شواهد (۲/۲۳)، آموزش کارکنان بالینی در زمینه فعالیت‌های مبتنی بر شواهد (۲/۲۶)، مشارکت فعال کارکنان در فعالیت‌های ممیزی بالینی (۲/۲۷) و آموزش یک گروه از کارکنان در زمینه ممیزی بالینی (۲/۳۵)، پایین بوده است.

میانگین امتیاز میزان موفقیت بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران در اجرای حاکمیت بالینی برابر با $2/88 \pm 0/71$ بود (حداقل ۱/۱۱ و حداکثر ۴/۱۷) که کمتر از ارزش عددی فرضیه پژوهش بود و با توجه به انجام آزمون T تک نمونه‌ای، فرضیه پژوهش رد شد ($P=0/293$). به عبارتی، اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران موفق نبود (جدول ۴). به‌طورکلی، میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران ۵۷/۶ درصد بود. میزان موفقیت حاکمیت بالینی در حدود ۵۶/۴٪ از بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران در حد متوسط و پایین‌تر از آن بود. بیشترین میزان موفقیت بیمارستان‌ها در محورهای تعامل با بیماران و مدیریت خطر و ایمنی بیمار و کمترین موفقیت آن‌ها در محورهای اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی گزارش شد. مدیریت و رهبری و ممیزی بالینی مسئول حدود ۹۰ درصد تغییرات در اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها بودند. مشارکت فعال مدیران

جدول ۴: توزیع فراوانی و میانگین امتیاز میزان موفقیت بیمارستان‌ها در اجرای ابعاد حاکمیت بالینی

نام محور	خیلی کم تعداد (درصد)	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	خیلی زیاد تعداد (درصد)	انحراف معیاری میانگین
مدیریت و رهبری	۲ (۵/۱)	۳ (۷/۷)	۱۴ (۳۵/۹)	۱۶ (۴۱)	۴ (۱۰/۳)	$3/08 \pm 0/92$
مدیریت و آموزش کارکنان	۲ (۵/۱)	۴ (۱۰/۳)	۱۱ (۲۸/۲)	۲۰ (۵۱/۳)	۲ (۵/۱)	$2/98 \pm 0/89$
اثربخشی بالینی	۴ (۱۰/۳)	۱۱ (۲۸/۲)	۱۳ (۳۳/۳)	۹ (۲۳/۱)	۲ (۵/۱)	$2/33 \pm 1/07$
ممیزی بالینی	۵ (۱۲/۸)	۱۰ (۲۵/۶)	۱۴ (۳۵/۹)	۹ (۲۳/۱)	۱ (۲/۶)	$2/41 \pm 1/12$
مدیریت خطر و ایمنی بیمار	۰	۴ (۱۰/۳)	۱۶ (۴۱)	۱۵ (۳۸/۵)	۴ (۱۰/۳)	$3/14 \pm 0/83$
تعامل با بیمار و جامعه	۱ (۲/۶)	۵ (۱۲/۸)	۱۰ (۲۵/۶)	۱۷ (۴۳/۶)	۶ (۱۵/۴)	$3/25 \pm 0/85$
مدیریت اطلاعات	۲ (۵/۱)	۳ (۷/۷)	۱۸ (۴۶/۲)	۱۴ (۳۵/۹)	۲ (۵/۱)	$2/96 \pm 0/81$
میزان موفقیت حاکمیت بالینی	۰	۵ (۱۲/۸)	۱۷ (۴۳/۶)	۱۴ (۳۵/۹)	۳ (۷/۷)	$2/88 \pm 0/71$

میزان موفقیت محور مدیریت و رهبری حاکمیت بالینی در نیمی از بیمارستان‌ها، زیاد و بسیار زیاد بود. بیشترین و کمترین میانگین امتیاز در این محور مربوط به تعهد مدیران ارشد بیمارستان نسبت به بیماران (۳/۳۴) و مشارکت فعال مدیران رده‌های مختلف بیمارستان در اجرای حاکمیت بالینی (۲/۹۲) بود. مدیریت علمی و تصمیم‌گیری بر مبنای واقعیت‌ها و تعهد مدیران نسبت به کیفیت خدمات بیمارستان به ترتیب بیشترین تأثیر را در اجرای موفق این محور حاکمیت بالینی داشتند.

میزان موفقیت در اجرای محور آموزش و مدیریت کارکنان حاکمیت بالینی، در ۵۶ درصد بیمارستان‌ها، زیاد و بسیار زیاد بود. بیشترین و کمترین میانگین امتیاز میزان موفقیت بیمارستان‌ها در این محور مربوط به اهمیت دادن به آموزش مداوم کارکنان (۳/۱۵) و بهبود رضایت شغلی کارکنان (۲/۵۲) بود. اهمیت دادن مدیران به آموزش مداوم کارکنان و بهبود ارتباط بین مدیران و کارکنان بیشترین تأثیر را در موفقیت محور آموزش و مدیریت کارکنان داشت.

میزان موفقیت حدود سه چهارم بیمارستان‌ها در محور اثربخشی بالینی، در حد متوسط و پایین‌تر از متوسط بود. توجه به خط‌مشی‌ها، راهنماهای بالینی و پروتکل‌ها در درمان بیماران بیشترین میانگین امتیاز (۲/۷۴) و مشارکت فعال کارکنان بالینی در فعالیت‌های مبتنی بر شواهد (۲/۰۴)، کمترین میانگین امتیاز این محور حاکمیت بالینی را به خود اختصاص دادند. به کارگیری طبابت و مراقبت مبتنی بر شواهد و مشارکت فعال کارکنان بالینی در فعالیت‌های مبتنی بر شواهد بیشترین تأثیر را در موفقیت محور اثربخشی بالینی حاکمیت بالینی داشتند.

همچنین، میزان رعایت مؤلفه‌های محور ممیزی بالینی

در حدود سه چهارم بیمارستان‌ها در حد متوسط و پایین‌تر از متوسط گزارش شد. بیشترین و کمترین میانگین امتیاز در این محور به ترتیب مربوط به پیگیری مشکلات شناسایی شده ناشی از ممیزی بالینی و انجام اقدامات اصلاحی (۲/۵۰) و مشارکت فعال کارکنان در فعالیت‌های ممیزی بالینی (۲/۲۷) بود. توجه به ارتقای کیفیت خدمات در انتخاب موضوع ممیزی بالینی و انجام ممیزی‌های بالینی دوره‌ای به منظور حصول اطمینان از اثربخشی خدمات بالینی، بیشترین تأثیر را در موفقیت محور ممیزی بالینی داشتند.

حدود نیمی از بیمارستان‌ها میزان موفقیت در حد زیاد یا بسیار زیاد را در محور مدیریت خطر حاکمیت بالینی گزارش کردند. آموزش کارکنان در زمینه مدیریت خطرات احتمالی (۳/۲۸) و داشتن یک سیستم مدیریت خطرات احتمالی با تمرکز بر ایمنی بیمار (۳/۰۵) به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین امتیاز را در این محور کسب کردند. انجام اقدامات اصلاحی برای کاهش خطرات احتمالی و بهبود ایمنی بیمار در بیمارستان و داشتن یک برنامه مدیریت خطرات احتمالی برای شناسایی، ارزیابی و کاهش خطرات احتمالی بیمارستان، نقش قابل‌توجهی در موفقیت محور مدیریت خطرات احتمالی داشت.

میزان موفقیت محور تعامل با بیمار حاکمیت بالینی در ۵۹ درصد بیمارستان‌ها زیاد یا بسیار زیاد بود. میانگین امتیاز حوزه ثبت و بررسی شکایات بیماران (۳/۵۷) بیشترین و شناسایی مشتریان بیمارستان و نیازهای آن‌ها (۳/۰۷) کمترین را در این محور کسب کردند. تلاش کارکنان بیمارستان برای تأمین رضایت بیماران و بهبود رضایت بیماران بیشترین نقش را در اجرای موفقیت‌آمیز این محور داشتند.

در ۵۹ درصد بیمارستان‌ها میزان رعایت مؤلفه‌های محور مدیریت اطلاعات حاکمیت بالینی در حد متوسط و کمتر بود. از میان مؤلفه‌های مدیریت اطلاعات، آموزش کارکنان برای ثبت داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز به منظور اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان (۳/۰۹) بیشترین امتیاز و استفاده از اطلاعات بیمارستانی در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و ارزشیابی‌ها (۲/۷۷) کمترین امتیاز را به دست آوردند. ایجاد زیرساخت‌ها و امکانات لازم برای جمع‌آوری، تحلیل و استفاده از اطلاعات بیمارستان و استفاده صحیح کارکنان از فن‌آوری و سیستم‌های

اطلاعاتی، بیشترین نقش را در اجرای موفقیت‌آمیز این محور حاکمیت بالینی داشتند. رابطه معناداری بین موفقیت کلی حاکمیت بالینی و میزان موفقیت محورهای آن مشاهده شد. رابطه بین محور مدیریت و رهبری و موفقیت کلی حاکمیت بالینی از سایر روابط معنادارتر بود ($F=0/850$). کمترین ارتباط بین محور مدیریت خطر و اثربخشی بالینی ($F=0/300$) و با فاصله کمی بین محورهای مدیریت اطلاعات و ممیزی بالینی ($F=0/349$) گزارش شد (جدول ۵).

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

مدیریت و رهبری	مدیریت کارکنان	اثربخشی بالینی	ممیزی بالینی	مدیریت خطر	تعامل با بیمار	مدیریت اطلاعات
مدیریت کارکنان	۰/۷۶۹**					
اثربخشی بالینی	۰/۷۹۲**	۰/۵۵۹**				
ممیزی بالینی	۰/۵۴۱**	۰/۴۹۵**	۰/۵۴۶**			
مدیریت خطر	۰/۴۹۵**	۰/۴۱۸*	۰/۳۰۰*	۰/۵۳۰**		
تعامل با بیمار	۰/۵۲۳**	۰/۵۷۸**	۰/۳۶۰*	۰/۶۳۳**	۰/۶۱۷**	
مدیریت اطلاعات	۰/۵۸۰**	۰/۴۳۶*	۰/۵۰۷**	۰/۳۴۹*	۰/۵۷۸**	۰/۴۷۷**
اجرای موفق حاکمیت بالینی	۰/۸۵۰**	۰/۷۴۹**	۰/۷۹۳**	۰/۷۸۷**	۰/۶۶۷**	۰/۶۹۴**

* همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود.

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود.

بین موفقیت حاکمیت بالینی و تعهد مدیران ($F=0/556$ و $P=0/001$)، کارکنان ($F=0/370$ و $P=0/020$) و پزشکان ($F=0/444$ و $P=0/005$) رابطه آماری معناداری مشاهده شد. همچنین، بین میزان زمان اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها با میزان موفقیت اجرای آن ارتباط مثبت و معنی‌داری پیدا شد ($P=0/02$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران انجام

شد. میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران در حد متوسط (۵۷/۶ درصد) بود. بیشترین میزان موفقیت بیمارستان‌ها در محورهای تعامل با بیماران و مدیریت خطر و ایمنی بیمار و کمترین موفقیت آن‌ها در محورهای اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی حاکمیت بالینی بود. مطالعات قبلی نیز موفقیت حاکمیت بالینی را در ۵۱۸ بیمارستان کشور در سال ۱۳۹۱ در حد متوسط (۱۳)، در ۹۲ بیمارستان شهر تهران در سال ۱۳۹۳ حدود ۵۶/۴ درصد (۲۰)، در ۴۰

بیمارستان استان خوزستان در سال ۱۳۹۳ حدود ۶/۶۵ درصد (۱۷) و در یک بیمارستان تأمین اجتماعی اردبیل در سال ۱۳۹۳ در حد ۶۴ درصد ارزشیابی کردند (۲۱). به عبارتی، مطالعات انجام شده، میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران را در حد متوسط ارزشیابی کردند. به نظر می‌رسد که اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران با چالش‌ها و موانع جدی مواجه است.

مطالعات متعددی به بررسی چالش‌ها و موانع اجرایی حاکمیت بالینی در ایران پرداختند. رهبری سازمانی ضعیف، اجرای هم‌زمان برنامه اعتباربخشی در بیمارستان، اولویت نداشتن حاکمیت بالینی برای مدیران سازمان، عدم حمایت و تعهد مدیران، عدم احساس نیاز مدیران به تغییر، عدم توجه ضرورت اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان، کمبود متخصص در زمینه حاکمیت بالینی، آگاهی ناکافی مدیران و کارکنان از حاکمیت بالینی، جابه‌جایی بالای مدیران، کمبود کارکنان و حجم بالای کاری آن‌ها، انگیزه و مشارکت پایین کارکنان به ویژه پزشکان، فرهنگ سازمانی نامناسب، خلاقیت و نوآوری کم، کار گروهی ضعیف، ارتباطات ضعیف سازمانی، فقدان هماهنگی بین بخشی، نظارت و ارزشیابی نامناسب، تعجیل در دستیابی به نتایج مثبت، کمبود منابع، دسترسی محدود به داده‌ها و اطلاعات، عدم وجود یک سیستم مدیریت اطلاعات مناسب، بوروکراسی زیاد حاکمیت بالینی و تجربه شکست بیمارستان در برنامه‌های مدیریتی قبلی، از موانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران بودند (۲۲-۲۵).

تعهد و مشارکت کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی به میزان تعهد و مشارکت مدیران در اجرای برنامه حاکمیت بالینی بستگی دارد. اجرای حاکمیت بالینی در

بیشتر بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران حالت دستوری داشت. حدود ۹۲ درصد مدیران بیمارستان‌ها حاکمیت بالینی را با ابلاغ دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت اجرا کردند. تعداد کمی از مدیران بیمارستان‌ها از این استراتژی سازمانی برای بهبود کیفیت و ایمنی خدمات سلامت استفاده کردند. بنابراین، توجه قوی برای اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها به وجود نیامد و در نتیجه، تعهد و مشارکت مدیران و کارکنان در اجرای آن کم بود. مدیران در صورت عدم تعهد به اجرای حاکمیت بالینی، امکانات لازم را برای اجرای آن فراهم نمی‌کنند و کارکنان دارای انگیزه لازم در این زمینه نخواهند بود. حاکمیت بالینی یک استراتژی سازمانی بهبود کیفیت و ایمنی خدمات بالینی است. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید آگاهانه و هدفمند از آن استفاده کنند. مشارکت پزشکان در این پژوهش در اجرای حاکمیت بالینی بسیار کم بود. مطالعات قبلی نیز جلب مشارکت پزشکان در اجرای حاکمیت بالینی را چالشی بزرگ گزارش کردند (۲۴، ۲۶، ۲۲). مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۰ میلادی میزان اجرای حاکمیت بالینی را در نظام سلامت نیوزلند در حد ۳/۴۷ درصد ارزشیابی کرد. حدود ۵۲ درصد ۲/۳۴ پزشک مشارکت‌کننده در این مطالعه با مفهوم حاکمیت بالینی آشنایی بیش از حد متوسط داشتند. فقط ۲۰ درصد پزشکان زمان کافی برای مشارکت در حاکمیت بالینی داشتند (۲۶). روابط ضعیف بین متخصصان پزشکی، کمبود وقت، بودجه ناکافی، امکانات پژوهشی کم و مهارت‌های ارزیابی نقادانه ناکافی از جمله دلایل پایین بودن مشارکت پزشکان در فعالیت‌های حاکمیت بالینی بیان شده است (۲۷، ۲۸). زمانی که روش پرداخت به پزشکان کارانه است، آن‌ها ترجیح می‌دهند که به جای حضور در

بالینی و انجام اقدامات اصلاحی، از راه‌کارهای مفید برای موفقیت بیمارستان‌ها در این دو محور مهم حاکمیت بالینی است.

شناسایی فرآیندهای ضعیف خدمات بهداشتی و درمانی در حاکمیت بالینی و به کارگیری اقدامات اصلاحی منجر به کاهش خطاها و خطرات احتمالی شود. فرآیندهای بیمارستانی باید به گونه‌ای طراحی شوند که منجر به ارائه خدمات با کیفیت، ایمن و اثربخش شود. کارکنان بالینی به‌ویژه پزشکان باید در طراحی، توسعه و نظارت سیستم‌ها و فرآیندهای بالینی بیمارستان مشارکت فعالی داشته باشند. مدیران بیمارستان‌ها باید یک برنامه مدیریت خطاها و خطرات احتمالی برای شناسایی، ارزیابی و کاهش خطرات احتمالی بیمارستان تدوین کنند. شرح وظایف و حیطه اختیارات مدیران و کارکنان بیمارستان در زمینه ارائه خدمات با کیفیت و ایمن باید مشخص باشد. کارکنان باید در زمینه شناسایی، ارزشیابی و کنترل خطاها و خطرات در بیمارستان آموزش‌های لازم را دریافت کنند. ارزیابی‌های دوره‌ای باید از برنامه مدیریت خطرات احتمالی بیمارستان به عمل آید و اقدامات اصلاحی برای کاهش خطرات احتمالی و بهبود ایمنی بیمار در بیمارستان انجام شود.

بیشترین موفقیت بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران در این پژوهش در محور تعامل با بیماران حاکمیت بالینی گزارش شد. اجرای مدیریت کیفیت و حاکمیت بالینی در ایران نقش قابل‌توجهی در افزایش آگاهی کارکنان بیمارستان‌ها نسبت به حقوق بیماران داشته است. مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها با انجام رضایت‌سنجی‌های ادواری و بررسی شکایات بیماران در راستای ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌ها تلاش می‌کنند. مدیریت و رهبری نقش قابل‌توجهی در

جلسات حاکمیت بالینی که از آن‌ها خواسته می‌شود تا در کلاس‌های آموزشی متعددی حضور یابند و استانداردها، پروتکل‌ها و مقررات مدیریتی را اجرا کنند، به ویزیت و درمان بیماران خود پردازند که برایشان درآمدزا است. همچنین، متخصصان بالینی نسبت به شاخص‌های عملکردی که توسط مدیران تعیین و پایش می‌شوند، مقاومت نشان می‌دهند (۲۹). اگر پزشکان نتایج ملموس اجرای حاکمیت بالینی را در عمل به ویژه در رضایت بیماران خود ببینند، مشارکت بیشتری در فعالیت‌های حاکمیت بالینی خواهند داشت. همچنین، دادن مسئولیت اجرایی در زمینه حاکمیت بالینی به پزشکان با سابقه بیشتر و دارای نفوذ در سایر پزشکان می‌تواند مشارکت سایر پزشکان را تشویق کند. علاوه‌براین، مشارکت دادن پزشکان جوان و علمی دارای وقت آزاد بیشتر در فعالیت‌های حاکمیت بالینی منجر به تشویق سایر کارکنان بیمارستان در اجرای حاکمیت بالینی خواهد شد. استفاده از پاداش مبتنی بر عملکرد نیز برای تشویق مشارکت پزشکان و کارکنان توصیه می‌شود. مدیران باید با ایجاد ساختارها و تأمین منابع لازم از پزشکان در اجرای حاکمیت بالینی حمایت کنند.

بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران در اجرای دو محور اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی زیاد موفق نبودند. مطالعات قبلی هم به چنین نتیجه‌ای دست یافتند (۲۰، ۱۷). مشارکت پایین پزشکان یکی از دلایل مهم این موضوع است. آموزش کارکنان بالینی در زمینه به کارگیری طبابت و مراقبت مبتنی بر شواهد، توجه به راهنماهای بالینی و پروتکل‌ها در درمان بیماران، تشکیل گروه‌های ممیزی بالینی و آموزش آن‌ها، تعیین شاخص‌های ممیزی بالینی، انجام ممیزی‌های بالینی دوره‌ای به منظور حصول اطمینان از اثربخشی خدمات

ارتقای محور تعامل با بیمار حاکمیت بالینی دارد و یافته‌های این پژوهش نیز این موضوع را تأیید کرد. تعهد و پاسخگویی مدیریت ارشد بیمارستان نسبت به مشتریان و جامعه، منجر به پاسخگویی مناسب و به موقع به شکایات بیماران و برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری درست برای رفع شکایات مراجعین خواهد شد. مدیران بیمارستان‌ها باید مشارکت بیماران را در فرآیند ارائه خدمات درمانی‌شان تشویق و حمایت کنند.

در این پژوهش میزان موفقیت بیمارستان‌ها در محور مدیریت اطلاعات در حد متوسط گزارش شد. مدیران باید زیرساخت‌ها و امکانات لازم را برای جمع‌آوری، تحلیل و استفاده از اطلاعات بیمارستان ایجاد کنند. همچنین، آموزش‌های لازم باید در اختیار کارکنان برای ثبت داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز اجرای حاکمیت بالینی قرار گیرد. 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.

یافته‌های این پژوهش بیانگر این واقعیت است که بیمارستان‌هایی که زمان بیشتری را صرف اجرای حاکمیت بالینی می‌کنند، به موفقیت بیشتری دست می‌یابند. دستیابی به نتایج حاکمیت بالینی نیازمند به کارگیری تغییرات هدفمند و برنامه‌ریزی شده در ساختار، فرهنگ و فرآیندهای بیمارستانی می‌باشد که مستلزم صرف زمان و هزینه است. بنابراین، مدیران و کارکنان سازمان‌ها باید صبور باشند. بدون نهادینه‌سازی اصول اساسی حاکمیت بالینی در ساختار و فرهنگ سازمانی بیمارستان امکان دستیابی به نتایج مثبت پایدار مقدور نیست. حاکمیت بالینی یک استراتژی برای ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی

است. با این وجود، برخی از مدیران آن را هدف قلمداد کرده و فقط اقداماتی در برخی از محورهای ساده آن نظیر آموزش کارکنان به کار می‌گیرند و در محورهایی که نیاز به تغییر ساختار و فرهنگ سازمانی دارد (نظیر ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی و مشارکت بیمار و جامعه) اقداماتی انجام نمی‌دهند. به همین دلیل در نهایت، آن‌ها موفقیت چندانی از اجرای حاکمیت بالینی به دست نمی‌آورند. در نتیجه، پس از مدتی این استراتژی سازمانی جای خود را به استراتژی دیگری خواهد داد. به عبارتی، هدف مدیران بیمارستان‌ها کسب گواهی حاکمیت بالینی شده است. آن‌ها باید به حاکمیت بالینی به عنوان یک استراتژی بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان توجه کنند و با اجرای درست آن و ارائه خدمات با کیفیت و ایمن، علاوه بر دستیابی به تعالی بالینی، گواهینامه حاکمیت بالینی را هم به دست خواهند آورد.

بیمارستان یک سازمان اجتماعی بسیار پیچیده بروکراتیک و با قابلیت سازگاری بسیار بالا است. اداره اثربخش و کارآمد چنین سازمانی نیازمند یک سیستم مدیریت جامع است. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید سیستم مدیریت بیمارستان‌های خود را توسعه دهند. یک سیستم مدیریت شامل، ساختارها، فرآیندها و نتایج عملکردی کلیدی سازمان است. حاکمیت بالینی یک سیستم مدیریتی کامل نیست و ساختارها، فرآیندها و پیامدهای اصلی سازمان‌های بهداشتی و درمانی کشورهای در حال توسعه را شامل نمی‌شود. مدل اولیه حاکمیت بالینی متناسب با شرایط آن زمان انگلستان و نیازهای سازمان‌های بهداشتی و درمانی آن کشور، شامل شش توانمندساز (مدیریت کارکنان، آموزش، ممیزی بالینی، مدیریت خطر، مشارکت بیمار و جامعه و استفاده از اطلاعات) و یک نتیجه (اثربخشی بالینی)

بوده است. مطالعات قبلی ابهام و عدم شفافیت تعریف و هدف حاکمیت بالینی را ذکر کردند. حاکمیت بالینی بیشتر به حاکمیت متخصصان بالینی محدود است تا این که یک رویکرد استراتژیک برای بهبود خدمات سلامت باشد (۲۹-۳۱). بنابراین، سایر کشورها تغییراتی در محورهای حاکمیت بالینی اعمال کردند تا نتایج بهتری به دست آورند. در نتیجه، عناصر دیگری نظیر صلاحیت بالینی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، بهبود کیفیت، تضمین کیفیت، شفافیت، پزشکی مبتنی بر شواهد، مسئولیت‌پذیری و تحقیق و توسعه به حاکمیت بالینی اضافه شده است (۳۱،۳۲). تفاوت در اجزای حاکمیت بالینی کشورهای مختلف ناشی از اختلاف میزان آمادگی نظام سلامت آن‌ها برای اجرای حاکمیت بالینی است.

اجرای برخی از محورهای حاکمیت بالینی نظیر ممیزی و اثربخشی بالینی و مشارکت بیمار در فرآیند درمان در بیمارستان‌های ایران، نیاز به پیش‌نیازهایی دارد. بنابراین، تغییراتی باید در مدل حاکمیت بالینی مورد استفاده در ایران ایجاد شود. به کارگیری یک مدل سیستمی مناسب مدیریت کیفیت منجر به ارتقای شاخص‌های بالینی، عملکردی و مالی بیمارستان‌ها خواهد شد. به عنوان مثال، مصدق‌راد یک مدل مدیریت کیفیت شامل هشت توانمندساز (مدیریت و رهبری، برنامه‌ریزی، یادگیری سازمانی، فرهنگ سازمانی کیفیتی، مدیریت کارکنان، مدیریت منابع، مدیریت بیماران و مدیریت فرآیندها) و پنج نتیجه (نتایج مرتبط با کارکنان، بیماران، پیمانکاران، جامعه و سازمان) برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران توسعه داد (۳۳،۳۴) که اجرای آن منجر به افزایش تعهد سازمانی و رضایت شغلی کارکنان (۳۵،۳۶)، بهبود کیفیت خدمات (۳۷)، افزایش رضایت بیماران

(۳۸)، کاهش هزینه‌های غیرضروری و افزایش بهره‌وری و درآمد بیمارستان‌ها (۳۸،۳۹) شده است. بنابراین، اساتید دانشگاه‌ها و پژوهشگران باید نقش پررنگ‌تری در ترجمان دانش ایفا کنند و ضمن بررسی مدل‌های 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.

حاکمیت بالینی شامل عناصر، اصول و تکنیک‌های اجرایی است. در ایران فقط به عناصر حاکمیت بالینی بسنده شده و مدیران به هر نحوی سعی در نهادینه‌سازی عناصر هفت‌گانه آن داشتند، بدون این که در زمینه اصول اساسی و تکنیک‌های اجرایی حاکمیت بالینی آموزش کافی دریافت کنند. اجرای عناصر حاکمیت بالینی نیاز به نهادینه‌سازی اصول اساسی آن نظیر مالکیت سازمانی، کار تیمی، رهبری، ارتباطات و تفکر سیستمی دارد (۴۰، ۳۱). منظور از مالکیت سازمانی مشارکت متخصصان بالینی در طراحی و اجرای فرآیندهای بالینی است. آن‌ها باید مسئولیت بهبود مستمر کیفیت خدمات خود را بر عهده بگیرند و احساس مالکیت نسبت به فرآیندهای کاری خود بکنند. مدیران بیمارستان‌ها باید یک فرهنگ سازمانی ایجاد کنند که همه متخصصان علوم پزشکی بتوانند آزادانه نظرات خود را برای بهبود فرآیندهای کاری بیان کنند و خلاقیت در سازمان توسعه یابد. همکاری و کار تیمی بین متخصصان علوم پزشکی منجر به بهبود کیفیت خدمات و یادگیری متقابل و افزایش دانش و مهارت در گروه‌های کاری می‌شود (۴۱). مدیران باید از مهارت‌های بالای رهبری برخوردار باشند تا بتوانند کار تیمی را در بیمارستان‌ها تقویت

کنند. آن‌ها باید کارکنان را توانمند سازند، انگیزه دهند و با تفویض اختیارات لازم به آن‌ها زمینه دستیابی به اهداف سازمانی را تسهیل کنند. ارتباطات مؤثر و انتقال اطلاعات بیماران بین متخصصان بیمارستانی، منجر به بهبود کیفیت خدمات می‌شود. همچنین، ارتباطات مؤثر منجر به تبادل عقاید و ارزش‌ها و تقویت فرهنگ سازمانی جمع‌گرا می‌شود. ارتباطات مؤثر منجر به تشخیص صحیح بیماری بیمار و برقرار ارتباط مؤثر بین کارکنان بالینی و بیمار و توسعه یک برنامه درمانی مؤثر برای او می‌شود و مشارکت بیمار در فرایند درمانی‌اش را تقویت می‌کند. فرآیندهای بهداشتی و درمانی به هم مرتبط می‌باشند. مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها باید رویکرد سیستمی داشته باشند و آگاه باشند که اشتباه در یکی از فرآیندهای اصلی بیمارستانی اثر مخرب بر سایر فرآیندها خواهد داشت. اجرای موفق حاکمیت بالینی نیازمند ایجاد یک نگرش مثبت در مدیران و کارکنان نسبت به ضرورت رعایت اصول حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها است که نیازمند برنامه‌ریزی دقیق و مدیریت صحیح است. سازمان مجموعه‌ای از افراد است که برای دستیابی به یک هدف مشترک با هم کار می‌کنند. اصول حاکمیت بالینی باید در اهداف سازمانی نهادینه شود و متخصصان علوم پزشکی باید برای دستیابی به آن تلاش کنند.

پیشنهادها

این پژوهش نشان داد که میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران در حد متوسط است. مدیران بیمارستان‌ها با فراهم نمودن پیش‌نیازهای اجرای حاکمیت بالینی، به کارگیری یک مدل مناسب حاکمیت بالینی، مدیریت و رهبری قوی،

توسعه یک فرهنگ سازمانی مناسب، تقویت کار تیمی، توانمندسازی کارکنان، تدوین یک برنامه اجرایی مناسب و مدیریت صحیح کارکنان، منابع، بیماران و فرآیندهای کاری، شانس موفقیت حاکمیت بالینی را در سازمان خود افزایش خواهند داد.

اگرچه این پژوهش یکی از پژوهش‌های محدودی است که میزان موفقیت حاکمیت بالینی را با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد در بیمارستان‌های ایران مستند کرده است، ولیکن، با توجه به این که در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران انجام شده است، نتایج آن به سایر بیمارستان‌های کشور قابل تعمیم نیست. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که سایر پژوهشگران با استفاده از پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش، به ارزشیابی اجرای حاکمیت بالینی در سایر استان‌ها و شهرهای کشور پردازند تا تصویر بهتری از وضعیت اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های کشور به دست آید. همچنین، پژوهشگران می‌توانند با انجام مطالعات کیفی به توسعه یک مدل حاکمیت بالینی مناسب برای بیمارستان‌های ایران اقدام کنند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته 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 مسئول 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، صمیمانه تشکر می‌کنند.

نویسندگان پژوهش تضاد منافی را در رابطه با انجام پژوهش و نوشتن مقاله نداشتند.

تضاد منافع

References

1. McSherry R, Pearce P. *Clinical Governance: A Guide to Implementation for Healthcare Professionals*. 3rd ed. New Delhi: John Wiley & Sons; 2011.
2. Davies CAP, Artigas L, Holloway J, McConway K, EA Newman J. *Links between governance, incentives and outcomes: a review of the literature*. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation; 2005.
3. McSherry R, Haddock J. Evidence-based health care: its place within clinical governance. *Br J Nurs* 1999;8(2):113-7. doi: 10.12968/bjon.1999.8.2.6710
4. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998;317(7150):61-5. doi: 10.1136/bmj.317.7150.61.
5. Trenti T, Canali C, Scognamiglio A. Clinical Governance and evidence-based laboratory medicine. *Clin Chem Lab Med* 2006;44(6):724-32. doi: 10.1515/CCLM.2006.130
6. Nicholls S, Cullen R, O'Neill S, Halligan A. Clinical governance: its origins and its foundations. *Clin Perform Qual Health Care* 2000;8(3):172-8. doi: 10.1108/14777270010734055
7. Travaglia JF, Debono D, Spigelman AD, Braithwaite J. Clinical governance: a review of key concepts in the literature. *Clinical Governance: An International Journal* 2011;16(1):62-77. doi: 10.1108/14777271111104592
8. Luu TT. Clinical governance, corporate social responsibility, health service quality, and brand equity. *Clinical Governance: An International Journal* 2014;19(3):215-34. doi: 10.1108/CGIJ-02-2014-0007
9. Braithwaite J, Travaglia JF. An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Aust Health Rev* 2008;32(1):10-22. doi: 10.1071/ah080010
10. Specchia ML, Poscia A, Volpe M, Parente P5, Capizzi S, Cambieri A, et al. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay? *BMC Health Serv Res* 2015;15:142. doi: 10.1186/s12913-015-0795-2.
11. Ravaghi H, Mohseni M, Rafiei S, Shaarbafchizadeh N, Mostofian F, Heidarpour P. Clinical governance in Iran: Theory to practice. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014;109:1174-9. doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.607
12. Ravaghi H, Rafiei S, Heidarpour P, Mohseni M. Facilitators and Barriers to Implementing Clinical Governance: A Qualitative Study among Senior Managers in Iran. *Iran J Public Health* 2014;43(9):1266-74.
13. Ravaghi H, Heidarpour P, Mohseni M, Rafiei S. Senior managers' viewpoints toward challenges of implementing clinical governance: a national study in Iran. *Int J Health Policy Manag* 2013;1(4):295-9. doi: 10.15171/ijhpm.2013.59.
14. Sweeney G, Sweeney K, Greco M, Stead J. Implementing clinical governance within primary care. *Journal of Clinical Excellence* 2002;4(1; SUPP):108-10.
15. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001;322(7299):1413-7. doi: 10.1136/bmj.322.7299.1413
16. Donaldson LJ. Clinical governance: a statutory duty for quality improvement. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(2):73-4. doi: 10.1136/jech.52.2.73.
17. 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): 207-22. [In Persian]
18. Campbell SM, Sheaff R, Sibbald B, Marshall MN, Pickard S, Gask L, Halliwell S, Rogers A, Roland MO. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care* 2002;11(1):9-14. doi: 10.1136/qhc.11.1.9.
19. Grainger C, Hopkinson R, Barrett V, Campbell C, Chittenden S, Griffiths R, Low D, Parker J, Roy A, Thompson T, Wilson T. Implementing clinical governance - Results of a year's programme of semi-structured visits to assess the development of clinical governance in West Midlands Trusts. *British Journal of Clinical Governance*. 2002;7(3):177-86. doi: 10.1108/14664100210438262
20. Mosadeghrad AM, Arab M, Shahidi Sadeghi N. A survey of clinical governance success in Tehran hospitals. *Hakim Health Sys Res* 2016; 19(3):129-40. [In Persian]
21. Ebrahimpour H, Yaghubi N, Zahedi SS. Organizational learning capacity and clinical governance implementation in social security

- hospital (a case study *Journal of Hospital* 2016; 15 (2) :75-83. [In Persian]
22. Mosadeghrad AM, Ghorbani M. The barriers of clinical governance implementation in Khozestan province hospitals. *Journal of Health in the Field* 2017; 4(4): 44-56. [In Persian]
23. Mohaghegh B, Ravaghi H, Mannion R, Heidarpour P, Sajadi HS. Implementing Clinical governance in Iranian hospitals: purpose, process and pitfalls. *Electron Physician* 2016; 8(1): 1796–803. doi: 10.19082/1796.
24. Mosadeghrad A M, Shahidi Sadeghi N. Barriers of Clinical Governance Implementation in Tehran Hospitals. *Journal of Health Based Research* 2018; 3(4):339-56. [In Persian]
25. Ziari A, Abachizade K, Rassouli M, Haidarnia MA, Mohseny M. Assessment of barriers of implementation of clinical governance in educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical sciences: A qualitative study. *Journal of Hospital* 2015; 13(4):93-103. [In Persian]
26. Gauld R, Horsburgh S, Brown J. The clinical governance development index: results from a New Zealand study. *BMJ Qual Saf* 2011;20(11):947-52. doi: 10.1136/bmjqs.2011.051482.
27. Hogan H, Basnett I, McKee M. Consultants' attitudes to clinical governance: barriers and incentives to engagement. *Public Health* 2007;121(8):614-22. doi: 10.1016/j.puhe.2006.12.013
28. Shakeshaft AM. A study of the attitudes and perceived barriers to undertaking clinical governance activities of dietitians in a Welsh National Health Service trust. *J Hum Nutr Diet* 2008;21(3):225-38. doi: 10.1111/j.1365-277X.2008.00868.x.
29. Phillips CB, Pearce CM, Hall S, Travaglia J, de Lusignan S, Love T, et al. Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Med J Aust* 2010;193(10):602-7. doi: 10.5694/j.1326-5377.2010.tb04071.x
30. O'Connor N, Paton M. Governance of and 'Governance by': implementing a clinical governance framework in an area mental health service. *Australas Psychiatry* 2008;16(2):69-73. doi: 10.1080/10398560701799266..
31. Veenstra GL, Ahaus K, Welker GA, Heineman E, van der Laan MJ, Muntinghe FL. Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study. *BMJ Open* 2017;7(1):e012591. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012591.
32. Flynn MA, Burgess T, Crowley P. Supporting and activating clinical governance development in Ireland: sharing our learning. *J Health Organ Manag* 2015;29(4):455-81. doi: 10.1108/JHOM-03-2014-0046.
33. Mosadeghrad AM. Developing and validating a total quality management model for healthcare organisations. *The TQM Journal* 2015; 27(5): 544 - 64. doi: 10.1108/TQM-04-2013-0051
34. Mosadeghrad AM. Verification of a quality management theory: using a Delphi study. *Int J Health Policy Manag* 2013;1(4):261-71. doi: 10.15171/ijhpm.2013.55.
35. Mosadeghrad AM, Ashrafi E. The Effect of Quality Management on the Efficiency of the Respiratory Intensive Care Unit in a Hospital. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2018; 15(4):303-14. [In Persian]
36. 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. *Journal of Hospital* 2017; 16(1):93-101. [In Persian]
37. Mosadeghrad AM. Implementing strategic collaborative quality management in healthcare sector. *International Journal of Strategic Change Management* 2012; 4(3):203-28. doi: 10.1504/IJSCM.2012.051846
38. Mosadeghrad A M, Ashrafi E. The impact of quality management on patient satisfaction in a hospital: brief report. *Tehran Univ Med J* 2017; 75 (3):228-34. [In Persian]
39. Mosadeghrad AM, Khalaj F. Reducing cancelled surgery operations in a hospital: brief report. *Tehran Univ Med J* 2016; 74(5):365-70. [In Persian]
40. Cullen R, Nicholls S, Halligan A. Reviewing a service—discovering the unwritten rules. *Clin Perform Qual Health Care* 2000;8(4):233-9. doi: 10.1108/14777270010734073
41. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004;13 Suppl 1:i85-90. doi: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i85

A Survey of Clinical Governance Success in University Hospitals in Tehran

Mosadeghrad Ali Mohammad¹, Arab Mohammad², Shahidi Sadeghi Niusha^{3*}

• Received: 07. 03. 2019

• Revised: 13. 06. 2019

• Accepted: 15. 06. 2019



Abstract

Background & Objectives: Clinical Governance (CG) is an organizational strategy for maintaining and improving the quality and safety of patient care and increasing employees' and managers' responsiveness and accountability through developing an appropriate organizational structure and culture as well as developing, implementing and monitoring clinical guidelines, pathways and standards. This study aimed to examine the success of CG implementation in university hospitals, in Tehran, Iran.

Methods: In this descriptive analytic study, a researcher-made questionnaire was filled out by managers and CG executive managers of 39 university hospitals in Tehran/ Iran. Data analysis was done through SPSS software and using Pearson, Spearman and logistic regression.

Results: Clinical Governance was moderately successful in Tehran university hospitals (58%). The most success was achieved in patient involvement and risk management dimensions and the least success was observed in clinical effectiveness and clinical audit dimensions. Management and leadership and clinical audit had the most effect on CG success. The involvement and commitment of managers and employees in implementing CG were moderate and physicians' involvement and commitment was poor. The length of CG implementation time had significant relationship with managers' and employees' commitment and CG success.

Conclusion: Clinical governance was not successful in Tehran university hospitals. Active involvement and commitment of top managers, staff empowering, patient centeredness, evidence-based practice, and clinical audit are necessary for successful CG implementation.

Keywords: Quality management, Clinical governance, Hospital, Critical success factors

•**Citation:** Mosadeghrad AM, Arab M, Shahidi Sadeghi N. A Survey of Clinical Governance Success in University Hospitals in Tehran. Journal of Health Based Research 2019; 5(1): 101-16. [In Persian]

1. Associate Professor, Department of Health Management and Economics, Health Information Management Research Centre, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. PhD Student in Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Correspondence:** Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Valiasr street, Vanak Square, Tehran, Iran

Tel: 00982188883334

Email: sadeghi.niusha@gmail.com