

A survey of clinical governance success in Khuzestan province

Ali Mohammad Mosadeghrad¹ , Farahnaz Sadoughi² , Moloud Ghorbani^{3*} 

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

2- Professor, Department of Health Information Management, School of Health Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- MSc of Health Information Management, Aboozar Children's Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Abstract

Background and Aims: Clinical Governance (CG) is a strategy for providing responsive, accountable, patient-centered, high quality, safe and effective healthcare services through creating an appropriate organizational structure and culture. Development, implementation and monitoring clinical standards are also included in CG. This study aimed to assess the success of clinical governance implementation in hospitals in Khuzestan province, Iran.

Materials and Methods: This descriptive questionnaire survey was conducted in 2014 in 40 hospitals using a valid and reliable questionnaire covering seven dimensions of CG (i.e., management and leadership, employees' education and management, clinical effectiveness, clinical audit, risk management, patient involvement, and information management). All clinical governance officers of hospitals were asked to complete the questionnaires. Overall, 40 questionnaires were returned. Data analysis was done using SPSS software. Ethical issues such as informed consent, voluntary participation, participants' anonymity, information confidentiality and researchers' objectivity in data collection, analysis and reporting were all considered.

Results: The mean score of CG implementation success was 65.6 percent in Khuzestan province hospitals. About half of the hospitals were moderately successful in CG implementation. Hospitals achieved more success in employees' education and management and less success in clinical effectiveness dimensions of clinical governance. Top managers' and employees' commitment and involvement in CG activities was critical for CG successful implementation.

Conclusion: Clinical governance was slightly successful in Khuzestan hospitals. However, strong management and leadership, managers', employees' and physicians' participation, education and training, patient centeredness, evidence based practice, and clinical audits are necessary for successful implementation of CG in hospitals.

Keywords: Clinical governance, Hospital, Successful change, Quality management

Please Cite this article as: Mosadeghrad AM, Sadoughi F, Moloud Ghorbani M. A survey of clinical governance success in Khuzestan province. *Journal of Health in the Field*. 2019; 7(3):49-63.

***Corresponding Author:** Aboozar Children's Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Email: ghorbanimoloud@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.22037/jhf.v7i3.22612>

Received: 5 September 2018

Accepted: 17 March 2020

بررسی میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان

علی محمد مصدق راد^۱ ID، فرحناز صدوقی^۲ ID، مولود قربانی^{۳*} ID

۱- دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۲- استاد، گروه مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
 ۳- کارشناس ارشد مدارک پزشکی، بیمارستان ابوذر، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

چکیده

زمینه و اهداف: حاکمیت بالینی یک استراتژی سازمانی برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بیمار محور، با کیفیت، ایمن و اثربخش از طریق توسعه ساختار و فرهنگ سازمانی مناسب و تدوین، اجرا و پایش منظم استانداردهای بالینی است. این پژوهش با هدف تعیین میزان موفقیت اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی و مقطعی با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته در ۴۰ بیمارستان استان خوزستان انجام شد. پرسشنامه‌ها به صورت سرشماری در اختیار کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان‌ها قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS در دو سطح آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. ملاحظات اخلاقی نظیر رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در پژوهش، حفظ محرمانگی اطلاعات و بی‌طرفی پژوهشگران در این پژوهش رعایت شد.

یافته‌ها: میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان ۶۵/۶ درصد و در حد متوسط بوده است. بیشترین میزان موفقیت در محور آموزش و مدیریت کارکنان و کمترین موفقیت در محور اثربخشی بالینی گزارش شده است. عواملی مانند تعهد مدیریت و کارکنان بر اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی تأثیرگذار بود. بیمارستان‌هایی که از مشارکت و تعهد بالای مدیران برخوردار بودند، موفقیت بیشتری در اجرای حاکمیت بالینی بدست آوردند.

نتیجه‌گیری: اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان تا حدودی موفق بود. مدیریت و رهبری قوی، مشارکت مدیران و کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی، آموزش و توانمندسازی کارکنان، بیمار محوری، طبابت و مراقبت مبتنی بر شواهد، ممیزی‌های بالینی و انجام اقدامات اصلاحی، منجر به موفقیت حاکمیت بالینی می‌شود.

کلید واژه‌ها: حاکمیت بالینی، بیمارستان، تغییر موفق، مدیریت کیفیت

*نویسنده مسئول: ایران، اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، بیمارستان ابوذر.

Email: ghorbanimoloud@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۲۷

مقدمه

حاکمیت بالینی یک استراتژی تضمین کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با ایجاد ساختار و فرهنگ سازمانی مناسب و افزایش پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری کارکنان بهداشتی و درمانی نسبت به کیفیت خدمات ارائه شده از طریق تدوین، ارتقا، حفظ و پایش منظم استانداردهای بالینی است [۱]. 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 [۲].

هدف حاکمیت بالینی، ارتقای مستمر استانداردهای خدمات سلامت، کاهش خطاهای بالینی و حصول اطمینان از بکارگیری شواهد به روز در تصمیمات بالینی است [۳]. برای این منظور، یک ساختار حاکمیتی نظیر هیأت مدیره در سازمان ایجاد می‌شود، استانداردهای کیفیتی تعیین می‌شوند، کارکنان آموزش‌های لازم و کافی را دریافت می‌کنند تا به صورت تیمی مشارکت بیشتری در ارتقای خدمات سلامت داشته باشند و با خلاقیت بیشتر، خدمات نظام‌مند مبتنی بر شواهد را ارائه کنند، بیماران توانمند شده تا مشارکت بیشتری در فرایند درمان خود داشته باشند و سیستم کنترلی مناسب برای حصول اطمینان از کیفیت و ایمنی خدمات بکار گرفته می‌شود. بنابراین، حاکمیت بالینی یک استراتژی تضمین کیفیت بوده که با استفاده از استانداردهای حداقلی بالینی و ایجاد فرهنگ مشارکتی، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی، سعی در ارتقای خدمات بهداشتی و درمانی و تأمین رضایت بیماران دارد.

حاکمیت بالینی برای اولین بار به دنبال واقعه بروز مرگ تعدادی از نوزادان در بیمارستان قلب اطفال بریستول در انگلستان در سال ۱۹۹۵ میلادی مطرح شد. دولت انگلستان در سال ۱۹۹۸ میلادی، حاکمیت بالینی را به عنوان استراتژی مناسبی برای ارائه خدمات درجه یک در برنامه تحول نظام سلامت قرار داد. محورهای اصلی مدل حاکمیت بالینی انگلستان عبارت بودند از مدیریت کارکنان، آموزش و توسعه، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی،

مشارکت بیمار و جامعه، مدیریت ریسک و خطرات احتمالی و استفاده از اطلاعات [۴،۵]. حاکمیت بالینی با ایجاد ساختاری برای حاکمیت بیمارستان منجر به تسهیل استانداردسازی فرایندهای بالینی و تبادل اطلاعات بین بخش‌های مختلف بیمارستان می‌شود. استفاده بهینه از شواهد علمی در ارائه خدمات و مراقبت‌های بیمارستانی و ممیزی بالینی منجر به بهبود کیفیت و ایمنی خدمات خواهد شد. حاکمیت بالینی در دو دهه گذشته به عنوان یک استراتژی سازمانی برای اطمینان از ارائه خدمات با کیفیت و ایمن بهداشتی و درمانی مورد استفاده مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی، به ویژه بیمارستان‌ها قرار گرفته است. اگرچه از حاکمیت بالینی بیشتر در محیط بیمارستان‌ها استفاده شده است، ولیکن، در دهه اخیر از آن برای بهبود کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی در مراکز بهداشتی هم استفاده شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اجرای صحیح حاکمیت بالینی موجب بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات و افزایش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود [۶-۸].

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۸ اجرای حاکمیت بالینی را به بیمارستان‌های کشور برای ارتقای کیفیت و ایمنی سلامت خدمات 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 [۹]. اگرچه اجرای حاکمیت بالینی تا حدی منجر به افزایش آگاهی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها با مفاهیم کیفیت و ایمنی و ارائه خدمات مبتنی بر شواهد شد [۱۰]، ولیکن، نتوانست آن‌طور که باید، منجر به ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستان‌های ایران شود. پژوهش‌های انجام شده، موفقیت حاکمیت بالینی را در بیمارستان‌های کشور در حد متوسط (بین ۵۵ تا ۶۴ درصد) ارزشیابی کردند [۱۱-۱۳].

اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران با موانعی همراه بوده است. مطالعات متعددی به بررسی چالش‌ها و موانع اجرایی حاکمیت بالینی در ایران پرداختند. مدیریت و رهبری ضعیف، جابجایی زیاد مدیران و دوره کوتاه مدیریت آنها، اولویت نداشتن

مواد و روش‌ها

این پژوهش پیمایشی و توصیفی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ با استفاده از پرسشنامه انجام شد. پیمایش پرسشنامه‌ای Questionnaire survey یکی از روش‌های پژوهشی پر کاربرد برای جمع‌آوری داده‌ها به ویژه در علوم اجتماعی و پزشکی است. پرسشنامه شامل سوالات باز یا بسته است که اطلاعات مورد نظر پژوهش را از افراد جمع‌آوری می‌کند. پرسشنامه برای اولین بار توسط انجمن آمار لندن در سال ۱۸۳۸ میلادی ابداع شد [۲۰]. با استفاده از پیمایش پرسشنامه‌ای می‌توان داده‌های بسیار زیادی را در مورد اعتقادات، ارزش‌ها، باورها، نگرش‌ها، رفتارها و سایر اطلاعات مرتبط با صفات افراد به دست آورد [۲۱]. مراحل انجام پیمایش پرسشنامه‌ای شامل تعیین اهداف پژوهش، تعیین جامعه و نمونه پژوهش، طراحی پرسشنامه، انجام مطالعه پایلوت، انجام مطالعه اصلی پیمایش و جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و در نهایت، تهیه گزارش نتایج پیمایش می‌باشد. از یک پرسشنامه محقق ساخته برای جمع‌آوری داده‌های این پژوهش استفاده شد. یک مطالعه مروری برای توسعه پرسشنامه انجام شد [۲۲-۲۴]. قسمت اول پرسشنامه شامل ۷ سوال مربوط به اطلاعات عمومی بیمارستان، قسمت دوم آن شامل ۱۲ سوال مرتبط با فرد تکمیل‌کننده پرسشنامه و در نهایت، قسمت سوم پرسشنامه دارای ۳۵ سوال بود که میزان موفقیت بیمارستان را در هر هفت محور حاکمیت بالینی شامل مدیریت و رهبری، آموزش و مدیریت کارکنان، اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی، مدیریت خطر، تعامل با بیمار و مدیریت اطلاعات (هر محور پنج سوال) می‌سنجید. سوالات این قسمت پرسشنامه در طیف لیکرت با گزینه‌های هرگز (۰)، خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) تنظیم شد. بنابراین، میانگین امتیاز موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد 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.

حاکمیت بالینی برای مدیران ارشد و در نتیجه حمایت و تعهد کم آنها، آگاهی ناکافی مدیران و کارکنان از حاکمیت بالینی، کمبود متخصص در زمینه حاکمیت بالینی، کمبود کارکنان و حجم بالای کاری آنها، انگیزه و مشارکت کم کارکنان در برنامه حاکمیت بالینی، فقدان هماهنگی بین بخشی، ارتباطات ضعیف سازمانی، کار تیمی ضعیف، نظارت و ارزشیابی نامناسب، کمبود منابع، دسترسی محدود به داده‌ها و اطلاعات، بوروکراسی زیاد حاکمیت بالینی و تجربه شکست بیمارستان در برنامه‌های مدیریتی قبلی، از موانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران بودند [۱۷-۱۴].

مدیران بیمارستان‌ها در دو دهه اخیر به دلیل سیاست‌های ابلاغی وزارت بهداشت و سازمان‌های ناظر مجبور به بکارگیری برنامه‌های تغییر متعددی نظیر مدیریت کیفیت فراگیر، استانداردهای تضمین کیفیت ایزو، مدل‌های تعالی سازمانی، کارت ارزیابی متوازن عملکرد، حاکمیت بالینی، اعتباربخشی و طرح تحول سلامت شدند. برخی از این مدل‌ها، برنامه‌ها و تکنیک‌ها بدون انجام مطالعات امکان‌سنجی ابلاغ شدند و آموزش، تسهیلات و منابع لازم برای اجرای آنها فراهم نشد. در نتیجه، آنها به موفقیت چندانی دست نیافتند و منجر به صرف هزینه زیاد، اتلاف منابع انسانی و نارضایتی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها شدند [۱۸، ۱۹].

مطالعه چگونگی اجرای تکنیک‌های مدیریتی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی و شناسایی نقاط قوت و ضعف آنها و بکارگیری اقدامات اصلاحی لازم منجر به دستیابی به نتایج بهتری خواهد شد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان موفقیت بیمارستان‌های استان خوزستان در اجرای حاکمیت بالینی انجام شد. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در زمینه حوزه‌های موفق و ناموفق اجرای حاکمیت بالینی و عوامل موثر بر موفقیت آن در اختیار مدیران بیمارستان‌ها قرار می‌دهد. همچنین، سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت می‌توانند از نتایج این پژوهش برای اصلاح و تقویت مدل اجرایی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های کشور استفاده کنند.

یافته‌ها

تعداد ۴۰ بیمارستان استان خوزستان در این مطالعه شرکت کردند. بیشتر بیمارستان‌های مورد مطالعه در این پژوهش از نوع عمومی (۶۷/۵ درصد) و از نوع دانشگاهی (۶۰ درصد) بودند (جدول ۱). بیمارستان‌ها به طور متوسط ۱۵۸ تخت و ۳۵۵ کارمند داشتند.

بیشتر شرکت‌کنندگان در این پژوهش زن (۹۲/۵ درصد)، در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال (۶۰ درصد)، با سابقه کار ۵ تا ۱۰ سال (۴۷/۵ درصد) و با تحصیلات لیسانس (۹۲/۵ درصد) بودند (جدول ۲). بیشتر شرکت‌کنندگان در دوره‌های آموزشی حاکمیت بالینی شرکت کرده بودند (۹۲/۳ درصد). این آموزش‌ها بیشتر توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی ارائه شده بود. میانگین زمان اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان ۲۳ ماه بود (حداقل ۴ و حداکثر ۴۲ ماه). هفت بیمارستان (۱۷/۵ درصد) برای اجرای حاکمیت بالینی از خدمات مشاوره سازمان‌های دیگر استفاده کردند. میزان تعهد مدیران در اجرای حاکمیت بالینی در ۵۷/۵ درصد بیمارستان‌ها بیش از متوسط بود. در نیمی از بیمارستان‌های مورد مطالعه تعهد و همکاری کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی در حد متوسط بود. در یک چهارم بیمارستان‌ها نیز میزان مشارکت کارکنان در حد کم یا بسیار کم گزارش شد. میانگین میزان موفقیت اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان برابر با ۳/۲۸ از ۵ امتیاز بود (جدول ۳). این مقدار از ارزش عددی فرضیه پژوهش (۳/۰۰) بیشتر بود و با توجه به انجام آزمون T تک نمونه‌ای، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود ($P=0/016$). به عبارتی، اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان موفق بود. بیشترین میزان موفقیت در محورهای آموزش و مدیریت کارکنان و مدیریت و رهبری و کمترین موفقیت در محورهای اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی گزارش شد. میزان موفقیت حاکمیت بالینی در حدود یک سوم بیمارستان‌ها در حد خوب و بسیار خوب گزارش شد. آموزش و مدیریت کارکنان و ممیزی بالینی مسئول حدود ۹۱ درصد

روایی صوری و محتوایی پرسشنامه مورد بررسی و تأیید شد. امتیاز تأثیر Impact score برای تمامی سؤالات پرسشنامه به منظور بررسی روایی صوری پرسشنامه محاسبه شد که بیشتر از ۱/۵ بود. از شاخص‌های نسبت روایی محتوا Content Validity Ratio و ایندکس روایی محتوا Content Validity Index با استفاده از نظرات ۸ نفر از متخصصین مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و مدیریت فناوری اطلاعات سلامت برای سنجش روایی محتوایی پرسشنامه استفاده شد. کلیه سؤالات پرسشنامه دارای ضریب بالای ۷۰ درصد بودند. برای سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۷۴ بود. بنابراین، پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار بود.

کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی شاغل در ۴۳ بیمارستان استان خوزستان جامعه پژوهش را تشکیل دادند. 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.

داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم افزار آماری SPSS تحلیل شد. آماره‌های توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف 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 موثر بر موفقیت حاکمیت بالینی استفاده شد. فرضیه آماری پژوهش عبارت بود از:

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

$$H0: \mu < 3.00 \text{ (حاکمیت بالینی موفق نبوده است)}$$

کلیه ملاحظات اخلاقی نظیر اخذ کد اخلاق پژوهش برای انجام مطالعه از دانشگاه، جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش، آزاد بودن آنها نسبت به شرکت در مطالعه و احترام به استقلال آنها، حفظ محرمانگی اطلاعات و بی‌طرفی پژوهشگران در تمامی مراحل مطالعه از جمع‌آوری تا تحلیل و گزارش داده‌ها در این پژوهش رعایت شد.

زیر ساخت‌ها و امکانات لازم برای جمع‌آوری، تحلیل و استفاده از اطلاعات بیمارستان و مدیریت علمی و تصمیم‌گیری بر مبنای واقعیت‌ها کمک قابل توجهی به موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان کرده بود.

تغییرات در اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها بودند. توجه به خط مشی‌ها، گایدلاین‌ها و پروتکل‌ها در درمان بیماران، استفاده صحیح کارکنان از فن‌آوری و سیستم‌های اطلاعاتی، مشارکت فعال کارکنان بالینی در فعالیت‌های مبتنی بر شواهد، تعهد و تلاش کارکنان بیمارستان به تأمین رضایت بیماران، ایجاد

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات بیمارستان‌های مورد پژوهش

Table 1- The study hospitals' profile

مالکیت بیمارستان	تعداد	درصد	تخصص بیمارستان	تعداد	درصد
دانشگاهی	۲۴	۶۰	عمومی	۲۷	۶۷/۵
خصوصی	۶	۱۵	فوق تخصصی	۶	۱۵
تأمین اجتماعی	۴	۱۰	تک تخصصی	۷	۱۷/۵
سایر	۶	۱۵			
جمع	۴۰	۱۰۰	جمع	۴۰	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کارشناسان حاکمیت بالینی شرکت کننده در پژوهش

Table 2- The demographic profile of the clinical officers participated in the study

ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد	درصد	ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد	درصد
جنس			تحصیلات		
زن	۳۷	۹۲/۵	لیسانس	۳۷	۹۲/۵
مرد	۳	۷/۵	فوق لیسانس	۳	۷/۵
گروه سنی			سابقه کار		
زیر ۳۰ سال	۷	۱۷/۵	کمتر از ۵ سال	۸	۲۰
۳۰ تا ۳۹ سال	۲۴	۶۰	۵-۱۰ سال	۱۹	۴۷/۵
۴۰ تا ۴۹ سال	۸	۲۰	۱۱-۱۵ سال	۷	۱۷/۵
بالای ۵۰ سال	۱	۲/۵	۱۶-۲۰ سال	۴	۱۰
			۲۱-۲۵ سال	۲	۵

میزان موفقیت محور مدیریت و رهبری حاکمیت بالینی در ۴۵ درصد بیمارستان‌ها، زیاد و بسیار زیاد بود. بیشترین و کمترین میانگین امتیاز در این محور مربوط به تعهد و پاسخگویی مدیران ارشد بیمارستان نسبت به مشتریان و جامعه (۳/۷۰) و مشارکت فعال مدیران رده‌های مختلف بیمارستان در اجرای حاکمیت بالینی (۳/۲۵) بود. هدایت و رهبری بیمارستان به منظور بهبود مستمر کیفیت خدمات و مشارکت فعال مدیران 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 کارکنان حاکمیت بالینی در نیمی از بیمارستان‌ها، زیاد و بسیار زیاد بود.

حوزه‌های برگزاری دوره‌های آموزشی برای توانمندسازی کارکنان (۳/۷۲)، تعهد و پاسخگویی مدیران ارشد بیمارستان نسبت به مشتریان و جامعه (۳/۷۰)، تعهد مدیران ارشد بیمارستان به کیفیت خدمات بیمارستان (۳/۶۸)، اهمیت دادن مدیران بیمارستان به کارکنان (۳/۶۵) و آموزش مداوم آنها (۳/۶۰) بیشترین امتیاز و حوزه‌های بکارگیری طبابت و مراقبت مبتنی بر شواهد توسط کارکنان بیمارستان (۲/۸۰)، آموزش کارکنان بالینی در زمینه فعالیت‌های مبتنی بر شواهد (۲/۹۲)، مشارکت فعال کارکنان در فعالیت‌های ممیزی بالینی (۲/۹۵) و استفاده صحیح کارکنان از فن‌آوری و سیستم‌های اطلاعاتی (۲/۹۵)، کمترین امتیاز را در اثر اجرای حاکمیت بالینی بدست آوردند.

بیشترین و کمترین میانگین امتیاز میزان موفقیت بیمارستان‌ها در این محور مربوط به برگزاری دوره‌های آموزشی برای توانمندسازی کارکنان (۳/۷۲) و بهبود رضایت شغلی کارکنان (۳/۲۵) بود. بهبود ارتباط بین مدیران و کارکنان و اهمیت دادن مدیران به آموزش مداوم کارکنان بیشترین تأثیر را در موفقیت محور آموزش و مدیریت کارکنان داشت.

میزان موفقیت محور تعامل با بیمار حاکمیت بالینی در ۴۲/۵ درصد بیمارستان‌ها زیاد یا بسیار زیاد بود. حوزه ثبت و بررسی شکایات بیماران (۳/۵۵) بیشترین و شناسایی مشتریان بیمارستان و نیازهای آنها (۳/۲۰) کمترین امتیاز را در این محور کسب کردند. تعهد و تلاش کارکنان بیمارستان به تأمین رضایت بیماران و ثبت و بررسی شکایات بیماران و مراجعین بیشترین نقش را در اجرای موفقیت‌آمیز محور تعامل با بیمار حاکمیت بالینی داشتند.

در ۲۷/۵ درصد بیمارستان‌ها میزان رعایت مؤلفه‌های محور مدیریت اطلاعات حاکمیت بالینی در حد زیاد و بسیار زیاد بود. از میان مؤلفه‌های مدیریت اطلاعات، آموزش کارکنان برای ثبت داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز به‌منظور اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان (۳/۲۵) بیشترین امتیاز و استفاده صحیح کارکنان از فناوری و سیستم‌های اطلاعاتی (۲/۹۵) کمترین امتیاز را به دست آوردند. استفاده صحیح کارکنان از فن‌آوری و سیستم‌های اطلاعاتی و آموزش کارکنان برای ثبت داده‌ها و اطلاعات، بیشترین نقش را در اجرای موفقیت‌آمیز این محور حاکمیت بالینی داشتند.

جدول ۴ ارتباط و همبستگی بین محورهای حاکمیت بالینی را نشان می‌دهد. بین میزان موفقیت حاکمیت بالینی و کلیه محورهای آن ارتباط آماری معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. بیشترین ارتباط بین حاکمیت بالینی و آموزش و مدیریت کارکنان ($r=0/867$) و کمترین ارتباط با محور تعامل با بیمار ($r=0/771$) گزارش شد (جدول ۴). بین مدت زمان اجرای حاکمیت بالینی و میزان موفقیت آن ارتباط آماری معناداری مشاهده شد ($P=0/01$).

میزان تعهد مدیران ارشد در اجرای حاکمیت بالینی در ۵۷ درصد بیمارستان‌ها بالا بود. تعهد و همکاری کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی در ۷۵ درصد بیمارستان‌های مورد مطالعه، در حد متوسط و کمتر بود (جدول ۵). رابطه آماری مثبت و معناداری بین میزان تعهد مدیران بیمارستان‌ها به اجرای برنامه حاکمیت بالینی و

بیشترین و کمترین میانگین امتیاز میزان موفقیت بیمارستان‌ها در این محور مربوط به برگزاری دوره‌های آموزشی برای توانمندسازی کارکنان (۳/۷۲) و بهبود رضایت شغلی کارکنان (۳/۲۵) بود. بهبود ارتباط بین مدیران و کارکنان و اهمیت دادن مدیران به آموزش مداوم 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. اهمیت دادن مدیریت و کارکنان بیمارستان به ارائه خدمات و فعالیت‌های مبتنی بر شواهد بیشترین میانگین امتیاز (۳/۲۸) و بکارگیری طبابت و مراقبت مبتنی بر شواهد توسط کارکنان (۲/۸۰)، کمترین میانگین امتیاز این محور حاکمیت بالینی را به خود اختصاص دادند. مشارکت فعال کارکنان بالینی در فعالیت‌های مبتنی بر شواهد و توجه به خط مشی‌ها، گایدلاین‌ها و پروتکل‌ها در درمان بیماران بیشترین تأثیر را در موفقیت محور اثربخشی بالینی حاکمیت بالینی داشتند.

همچنین، میزان رعایت مؤلفه‌های محور ممیزی بالینی در ۷۵ درصد 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 (۳/۲۰) و مشارکت فعال کارکنان در فعالیت‌های ممیزی بالینی (۲/۹۵) بود. مشارکت فعال کارکنان در فعالیت‌های ممیزی بالینی و پیگیری مشکلات شناسایی شده ناشی از داده‌های ممیزی بالینی و بکارگیری اقدامات اصلاحی لازم، بیشترین تأثیر را در موفقیت محور ممیزی بالینی داشتند.

حدود ۵۵ درصد 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 (۳/۵۰) و داشتن یک سیستم مدیریت خطرات احتمالی با تمرکز بر ایمنی بیمار (۳/۲۱) به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین امتیاز را در این محور کسب کردند. بهبود مستمر و یادگیری برای کاهش خطرات احتمالی و مشکلات ایمنی بیمارستان و داشتن یک برنامه مدیریت خطرات احتمالی برای شناسایی، ارزیابی و کاهش

مشارکت کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی وجود داشت
($P=0/005$ و $T=0/434$).

جدول ۳- میزان موفقیت بیمارستان‌ها در اجرای ابعاد حاکمیت بالینی

Table 3- Hospitals success in implementing clinical governance

نام محور	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	انحراف معیار
مدیریت و رهبری	۷/۵	۲/۵	۴۵	۳۲/۵	۱۲/۵	۳/۴۶	۰/۷۸
آموزش و مدیریت کارکنان	۵	۲/۵	۴۲/۵	۳۵	۱۵	۳/۵۴	۰/۸۰
اثربخشی بالینی	۱۷/۵	۱۷/۵	۴۰	۱۲/۵	۱۲/۵	۳/۰۰	۱/۰۳
ممیزی بالینی	۱۰	۱۷/۵	۴۷/۵	۱۷/۵	۷/۵	۳/۰۹	۰/۸۶
مدیریت خطر	۵	۱۵	۲۵	۵۰	۵	۳/۳۹	۰/۸۱
تعامل با بیمار	۵	۱۵	۳۷/۵	۳۵	۷/۵	۳/۳۸	۰/۷۳
مدیریت اطلاعات	۱۷/۵	۵	۵۰	۲۰	۷/۵	۳/۱۲	۱/۰۰
حاکمیت بالینی	۲/۵	۲۰	۴۵	۲۲/۵	۱۰	۳/۲۸	۰/۷۱

جدول ۴- ماتریس همبستگی بین محورهای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان

Table 4- Corelation matrix among clinical governance dimensions in Khuzestan hospitals

ضریب همبستگی	مدیریت و رهبری	مدیریت کارکنان	اثربخشی بالینی	ممیزی بالینی	مدیریت خطر	تعامل با بیمار	مدیریت اطلاعات
مدیریت کارکنان	۰/۸۶۴						
اثربخشی بالینی	۰/۷۳۳	۰/۷۸۵					
ممیزی بالینی	۰/۵۳۰	۰/۶۱۲	۰/۶۷۳				
مدیریت خطر	۰/۵۴۸	۰/۵۰۱	۰/۵۳۹	۰/۷۱۰			
تعامل با بیمار	۰/۵۶۲	۰/۶۳۴	۰/۴۹۷	۰/۶۷۹	۰/۵۲۱		
مدیریت اطلاعات	۰/۶۱۹	۰/۶۴۸	۰/۵۷۲	۰/۷۲۱	۰/۷۰۶	۰/۶۵۰	
حاکمیت بالینی	۰/۸۳۳	۰/۸۶۷	۰/۸۳۸	۰/۸۵۲	۰/۷۸۰	۰/۷۷۱	۰/۸۵۴

جدول ۵- میزان تعهد مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها به اجرای حاکمیت بالینی

Table 5-Hospital managers and staffs' commitment to clinical governance implementation

میزان تعهد مدیران و کارکنان	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	انحراف معیار
مدیران ارشد	۵	۷/۵	۳۰	۵۲/۵	۵	۳/۴۵	۰/۹۰
کارکنان	۷/۵	۱۷/۵	۵۰	۲۵	۰	۲/۹۳	۰/۸۵

بحث

(۶۵/۶ درصد) همراه بود. محورهای آموزش و مدیریت کارکنان و مدیریت و رهبری بیشترین و محورهای اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی کمترین موفقیت را در اجرای حاکمیت بالینی داشتند. پژوهش‌های قبلی، موفقیت حاکمیت بالینی را در ۵۱۸

این پژوهش با هدف بررسی میزان موفقیت اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان انجام شد. اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان با موفقیت

بیمارستان‌ها در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت بالا، به دانش، مهارت، توانایی، تجربه و انگیزه کارکنان بستگی دارد. بهره‌وری بیمارستان‌ها به کارکنان و تلاش منسجم آن‌ها برای دستیابی به اهداف سازمانی بستگی دارد. کارکنان به ویژه کارکنان بالینی نظیر پزشکان، پرستاران و کادر پیراپزشکی باید به صورت تیم‌های کاری هماهنگ، سازماندهی شوند و به طور مستمر کیفیت خدمات خود را با بکارگیری استانداردهای بالینی مبتنی بر شواهد علمی ارتقا دهند. این پژوهش نشان داد که آموزش، مشارکت و تعهد کارکنان تأثیر قابل توجهی بر موفقیت حاکمیت بالینی دارد. مطالعات قبلی نشان داد که تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آنها، انگیزه پایین کارکنان، آموزش ناکافی، مقاومت کارکنان نسبت به اجرای حاکمیت بالینی و نبود یک سیستم قدردانی و پاداش مناسب برای جبران مشارکت کارکنان در حاکمیت بالینی مشکلاتی در اجرای موفق حاکمیت بالینی ایجاد کردند [۱۵، ۱۷، ۲۹]. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید کارکنان را در زمینه منافع حاصل از اجرای حاکمیت بالینی توجیه کنند، انگیزش لازم را ایجاد کرده، آنها را آموزش دهند، منابع لازم را در اختیار آنها قرار داده و کارکنان را در راستای اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی هدایت و رهبری کنند. مدیران باید توجه داشته باشند که آموزش به تنهایی موجب توانمندسازی کارکنان نمی‌شود. آموزش، انگیزش و اختیارات از الزامات توانمندسازی کارکنان هستند. شرح وظایف کارکنان به ویژه کارکنان بالینی باید مورد تجدیدنظر قرار گیرد و رعایت اصول حاکمیت بالینی باید جزو وظایف کارکنان لحاظ شود. مدیران باید ساختاری در بیمارستان برای برنامه‌ریزی و اجرای حاکمیت بالینی در نظر بگیرند و نیروی انسانی مورد نیاز آن را برای هماهنگی فعالیت‌های حاکمیت بالینی تأمین کنند.

بیمارستان‌های استان خوزستان در اجرای دو محور اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی زیاد موفق نبودند که با نتایج مطالعات قبلی همسو بوده است [۹، ۱۱، ۱۲]. جلب مشارکت پزشکان و سایر متخصصان علوم پزشکی، آموزش کارکنان بالینی در زمینه بکارگیری طبابت و مراقبت مبتنی بر شواهد، توجه به گایدلاین‌ها و پروتکل‌ها در درمان بیماران، تشکیل گروه‌های ممیزی بالینی و

بیمارستان کشور در سال ۱۳۹۱ در حد ۵۵ درصد [۹]، در ۹۲ بیمارستان شهر تهران در سال ۱۳۹۳ حدود ۵۶ درصد [۱۱]، در ۳۹ بیمارستان دانشگاهی شهر تهران در سال ۱۳۹۳ حدود ۵۸ درصد [۱۲] و در یک بیمارستان تأمین اجتماعی اردبیل در سال ۱۳۹۳ در حد ۶۴ درصد ارزشیابی کردند [۱۳]. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران در حد متوسط بوده است.

مدیریت و رهبری، نقش بسزایی در موفقیت یا شکست استراتژی‌های سازمانی دارد [۲۵]. این پژوهش نشان داد که مشارکت کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی به میزان تعهد و مشارکت مدیران بیمارستان در اجرای حاکمیت بالینی بستگی دارد. تعهد مدیران ارشد بیمارستان نسبت به کیفیت خدمات بیمارستان، تعهد و پاسخگویی مدیران نسبت به مشتریان و جامعه، مشارکت فعال مدیران رده‌های مختلف بیمارستان در اجرای حاکمیت بالینی، بکارگیری مدیریت علمی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و هدایت و رهبری کارکنان به منظور بهبود مستمر کیفیت خدمات بیمارستان از الزامات اصلی حاکمیت بالینی است. مطالعات قبلی نیز نقش مدیریت و رهبری را در موفقیت یا شکست حاکمیت بالینی حیاتی دانستند [۲۶، ۲۷]. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید مشارکت فعالی در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه حاکمیت بالینی داشته باشند. استراتژی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها باید به خوبی برنامه‌ریزی، اجرا و رهبری شود. رهبری علم و هنر نفوذ در کارکنان، ترغیب و بسیج آنها برای دستیابی به اهداف سازمانی است [۲۸]. مدیران بیمارستان‌ها باید به عنوان رهبران سازمان، دورنما و اهدافی را برای اجرای حاکمیت بالینی تعیین کنند و با بکارگیری سبک رهبری مشارکتی، کارکنان را توانمند سازند تا بتوانند خدمات با کیفیت، ایمن و اثربخش ارائه دهند و نسبت به بیماران و جامعه مسئول و پاسخگو باشند. همچنین، مدیران ارشد باید آموزش‌های مدیریت و رهبری را به مدیران بخش‌های بالینی دهند تا بتوانند فرایندهای بالینی را به درستی مدیریت کنند.

کارکنان، مهم‌ترین سرمایه بیمارستان‌ها هستند و نقش بسزایی در بهبود کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستانی دارند. موفقیت

دهند تا بدین وسیله مشارکت سایر پزشکان را بدست آورند. همچنین، تشویق مشارکت پزشکان جوان و علمی دارای وقت آزاد بیشتر در فعالیت‌های حاکمیت بالینی، منجر به مشارکت بیشتر سایر کارکنان بیمارستان در اجرای حاکمیت بالینی خواهد شد. بکارگیری سیستم پاداش مبتنی بر عملکرد نیز منجر به مشارکت بیشتر پزشکان و کارکنان در برنامه حاکمیت بالینی می‌شود.

اگرچه هدف اصلی بیمارستان، درمان بیماران است، ولیکن، بیمارستان‌ها همواره مستعد بروز خطاهای پزشکی هستند. شناسایی فرایندهای بیمارستانی ضعیف و بکارگیری اقدامات اصلاحی لازم منجر به کاهش خطاها و خطرات احتمالی می‌شود. فرایندهای بیمارستانی باید به خوبی مدیریت شوند تا منجر به ارائه خدمات با کیفیت، ایمن و اثربخش شوند. کارکنان بالینی به‌ویژه پزشکان باید در طراحی، توسعه، پایش و ارزیابی فرایندهای بالینی مشارکت فعالی داشته باشند. آنها باید تشویق شوند تا دانش و مهارت مبتنی بر شواهد را برای ارائه خدمات بیمارستانی بکار گیرند [۳۳]. مدیران باید یک سیستم مدیریت خطرات احتمالی با تمرکز بر ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها ایجاد کنند و 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 خطاهای پزشکی و آسیب‌های ناخواسته در بیمارستان آموزش‌های لازم را دریافت کنند. همچنین، برنامه مدیریت خطرات احتمالی بیمارستان باید به صورت دوره‌ای ارزیابی شود و اقدامات اصلاحی برای کاهش خطرات احتمالی و بهبود ایمنی بیمار انجام شود. بهبود مستمر و یادگیری به‌منظور کاهش خطرات احتمالی و مشکلات ایمنی باید در فرهنگ بیمارستان نهادینه شود.

این پژوهش نشان داد که اجرای محور «تعامل با بیماران» نیز در بیمارستان‌های استان خوزستان موفق بوده است. اجرای مدیریت کیفیت و حاکمیت بالینی در ایران نقش قابل توجهی در افزایش آگاهی کارکنان بیمارستان‌ها نسبت به حقوق بیماران داشته است [۱۱، ۱۲]. کارکنان باید نظرات بیماران و همراهان آنها را در

آموزش آنها، تعیین شاخص‌های ممیزی بالینی، انجام ممیزی‌های بالینی دوره‌ای به منظور حصول اطمینان از اثربخشی خدمات بالینی و انجام اقدامات اصلاحی از راه‌کارهای مفید برای موفقیت در اجرای محورهای ممیزی بالینی و اثربخشی بالینی حاکمیت بالینی است. مشارکت پایین پزشکان در برنامه حاکمیت بالینی یکی از دلایل اصلی موفقیت کم ممیزی بالینی و اثربخشی بالینی است. پژوهش‌های قبلی نیز همکاری و مشارکت کم پزشکان در اجرای حاکمیت بالینی را گزارش کردند [۱۷، ۱۸، ۲۶]. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ میلادی بر روی ۱۷۶۱ پزشک متخصص در نیویورک انجام شد، نشان داد که فقط ۲۰ درصد پزشکان زمان کافی برای مشارکت در فعالیت‌های حاکمیت بالینی داشتند [۲۶]. کار زیاد و کمبود وقت، حمایت کم مدیران، بودجه و منابع ناکافی، روابط ضعیف بین متخصصان پزشکی، امکانات پژوهشی کم، مهارت‌های ناکافی ارزیابی انتقادی و روش پرداخت به پزشکان، از دلایل اصلی مشارکت کم پزشکان در برنامه حاکمیت بالینی است [۳۰، ۳۱]. روش اصلی پرداخت به پزشکان در ایران کارانه است. در نتیجه، آنها ترجیح می‌دهند که به‌جای شرکت در جلسات حاکمیت بالینی، به ویزیت و درمان بیماران خود بپردازند که برایشان درآمدزا است. پزشکان همچنین، نسبت به شاخص‌های عملکردی که توسط مدیران در برنامه حاکمیت بالینی تعیین و پایش می‌شوند، مقاومت می‌کنند [۳۲].

متخصصان علوم پزشکی مهمترین افراد درگیر در کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی هستند. بنابراین، مشارکت آنها در ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ضروری است. متخصصان علوم پزشکی باید در برنامه‌های بهبود ایمنی و کیفیت خدمات بیمارستانی، ممیزی بالینی و توسعه فرایندهای بالینی مبتنی بر شواهد مشارکت بیشتری داشته باشند تا منجر به ارتقای خدمات ارائه شده به بیماران شود. پزشکان باید نتایج ملموس اجرای حاکمیت بالینی را در عمل برای بیماران خود ببینند، تا مشارکت بیشتری در برنامه‌های حاکمیت بالینی داشته باشند. مدیران باید ساختارها و منابع لازم را برای اجرای حاکمیت بالینی فراهم کنند تا در نهایت، منجر به بهبود کیفیت خدمات بیمارستان و رضایت بیماران شود. مدیران باید به پزشکان با سابقه کاری بیشتر و دارای نفوذ در سایر پزشکان، در برنامه حاکمیت بالینی مسئولیت اجرایی

استراتژی سازمانی است که هدف آن ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی است. ولیکن، برخی از مدیران بیمارستان‌ها حاکمیت بالینی را هدف تلقی کردند و فقط اقداماتی برای اجرای برخی از محورهای ساده آن نظیر آموزش کارکنان بکار گرفته و برای محورهای نظیر ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی و مشارکت بیمار و جامعه که نیازمند تغییر ساختار و فرهنگ سازمانی است، اقداماتی را انجام نمی‌دهند. در نتیجه، آنها موفقیت چندانی از اجرای حاکمیت بالینی بدست نمی‌آورند و پس از مدتی سراغ یک استراتژی دیگر خواهند رفت. هدف از اجرای حاکمیت بالینی فقط کسب گواهی حاکمیت بالینی نیست. مدیران باید حاکمیت بالینی را به عنوان یک استراتژی بهبود کیفیت خدمات بیمارستان تلقی کنند و با اجرای درست آن به تعالی بالینی دست یابند.

حاکمیت بالینی مبهم بوده و تعریف شفاف و یکسانی برای آن وجود ندارد. مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۰ میلادی در نیوزیلند نشان داد که ۴۹ درصد پزشکان متخصص با آن آشنا نیستند [۲۶]. حاکمیت بالینی شامل مدل، عناصر، اصول و تکنیک‌های اجرایی است. مدیران بیمارستان‌های ایران فقط عناصر یا محورهای هفت‌گانه حاکمیت بالینی را اجرا کردند [۱۲]. مدیران باید یک مدل مناسب حاکمیت بالینی را در بیمارستان خود بکار گیرند. مدل سنتی حاکمیت بالینی متناسب با شرایط سازمان‌های بهداشتی و درمانی کشور انگلستان شامل شش الزام مدیریت کارکنان، آموزش، ممیزی بالینی، مدیریت خطر، مشارکت بیمار و جامعه و مدیریت اطلاعات و یک نتیجه (اثربخشی بالینی) بوده است. مدل حاکمیت بالینی انگلستان بیشتر محدود به حاکمیت متخصصان بالینی است تا اینکه یک رویکرد سیستمی برای بهبود کیفیت خدمات سلامت باشد [۳۵]. بنابراین، مدیران نظام سلامت در برخی از کشورها، محورهای حاکمیت بالینی را به گونه‌ای تغییر دادند تا نتیجه بهتری بگیرند. آنها محورهای صلاحیت بالینی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، تضمین کیفیت، بهبود کیفیت، شفافیت، پزشکی مبتنی بر شواهد، مسئولیت‌پذیری و تحقیق و توسعه را هم به حاکمیت بالینی اضافه کردند [۳۵، ۳۶].

مورد کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستان بدانند و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی را برنامه‌ریزی و اجرا کنند. مدیران و کارکنان باید مشتریان اصلی بیمارستان و نیازهای آنها را شناسایی کنند، با آنها ارتباطات اثربخش برقرار نموده، متعهد به تأمین رضایت آنها باشند و به صورت ادواری با رضایت‌سنجی‌ها و بررسی شکایات بیماران در راستای ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌ها تلاش کنند. اجرای حاکمیت بالینی در نهایت، باید منجر به افزایش رضایت بیماران و پاسخگویی بیشتر مدیران و کارکنان نسبت به نیازها و انتظارات منطقی بیماران شود. مدیران بیمارستان‌ها باید مشارکت بیماران را در فرایند ارائه خدمات درمانی‌شان تشویق و حمایت کنند. 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.

در این پژوهش موفقیت بیمارستان‌های استان خوزستان در اجرای محور مدیریت اطلاعات حاکمیت بالینی در حد ۶۲ درصد بود. 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 تا آنها بتوانند از فن‌آوری و سیستم‌های اطلاعاتی به درستی استفاده کنند. 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 [۲۷].

این پژوهش نشان داد که بیمارستان‌هایی که زمان بیشتری را صرف اجرای برنامه حاکمیت بالینی کردند، به موفقیت بیشتری دست یافتند. اجرای استراتژی‌های سازمانی نیازمند صرف زمان کافی برای نهادینه‌سازی اصول بنیادی و تکنیک‌های اجرایی آنها دارد [۳۴]. اجرای درست حاکمیت بالینی نیازمند بکارگیری تغییرات هدفمند و برنامه‌ریزی شده در ساختار، فرهنگ و فرایندهای بیمارستانی است که زمانبر و هزینه‌زا است. مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها باید صبور باشند. حاکمیت بالینی یک

شواهد، مدیریت صحیح منابع و نظارت و ارزیابی صحیح و به موقع، به اهداف سازمانی دست یافته و نسبت به مردم پاسخگو و مسئولیت پذیر خواهند بود. همچنین، هیأت مدیره فردی را به عنوان مدیر اجرایی بیمارستان برای اجرای برنامه‌ها انتخاب و انتصاب می‌کند. بیمارستان‌ها باید دارای یک هیأت مدیره شامل نمایندگانی از ذینفعان اصلی بیمارستان باشند. هیأت مدیره مسئول حکمرانی خوب در بیمارستان است و نسبت به سهامداران، دولت و مردم مسئول و پاسخگو است. مدیران باید پزشکان را در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی بیمارستان‌ها مشارکت دهند. مطالعات قبلی نشان داد که حضور پزشکان در هیأت مدیره بیمارستان‌ها منجر به بهبود کیفیت خدمات و عملکرد بالینی و مالی بیمارستان‌ها شد [۴۵،۴۶].

حاکمیت بالینی یک رویکرد سیستمی برای حصول اطمینان از کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی و درمانی از طریق همه افراد درگیر در ارائه خدمات بهداشتی درمانی است. بنابراین، برخلاف رویکرد از بالا به پایین حاکمیت سازمان‌های بهداشتی و درمانی، مالکیت سازمانی ایجاد سیستمی برای مشارکت متخصصان بالینی در طراحی و اجرای فرایندهای بالینی است تا آنها احساس مالکیت نسبت به فرایندهای کاری خود بکنند و مسئولیت بهبود مستمر کیفیت خدمات خود را بر عهده بگیرند. مدیران بیمارستان‌ها باید یک فرهنگ سازمانی ایجاد کنند که همه متخصصان علوم پزشکی بتوانند آزادانه نظرات خود را برای بهبود فرایندهای 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 [۴۷]. حاکمیت بالینی یک رویکرد از پایین به بالا را مورد توجه قرار می‌دهد و متخصصان علوم پزشکی نقش بسزایی در استانداردسازی فرایندهای کاری و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی بر عهده دارند. کیفیت و مسئولیت‌پذیری دو عنصر مهم حاکمیت بالینی هستند. متخصصان علوم پزشکی نسبت به کیفیت خدمات سلامت ارائه شده مسئول هستند. آنها باید سیستم‌ها و فرایندهای بهداشتی و درمانی را اصلاح کنند تا منجر به بهبود کیفیت و ایمنی خدمات سلامت شود. به عبارتی، متخصصان علوم پزشکی دو وظیفه ارائه

اجرای مدل‌های مدیریت کیفیت توسعه یافته در کشورهای توسعه یافته غربی بدون توجه به ساختار و فرهنگ سازمانی بیمارستان‌های ایران و میزان بلوغ سازمانی کارکنان آنها، نتایج مثبت زیادی نخواهد داشت. مدل‌های مدیریتی باید با توجه به شرایط سازمان‌های ایرانی بومی شوند تا ظرفیت پذیرش و اجرای آنها در سازمان‌ها ایجاد شود و به تدریج با دستیابی به نتایج بهتر، اصول اساسی، عناصر اصلی و تکنیک‌های اجرایی آن توسعه یابند تا شاهد نتایج چشمگیرتری باشیم. 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، مدل مفهومی مناسبی باید برای اجرای حاکمیت بالینی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران توسعه یابد. مصدق‌راد یک مدل مدیریت کیفیت شامل هشت توانمندساز (مدیریت و رهبری، برنامه‌ریزی، یادگیری سازمانی، فرهنگ سازمانی، مدیریت کارکنان، مدیریت منابع، مدیریت مشتریان و مدیریت فرایندها) و پنج نتیجه (نتایج مرتبط با کارکنان، مشتریان، پیمانکاران، جامعه و سازمان) برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران توسعه داد [۳۷،۳۸] که اجرای آن منجر به افزایش رضایت شغلی و تعهد سازمانی کارکنان [۳۹]، بهبود کیفیت خدمات [۴۰]، افزایش رضایت بیماران [۴۱]، کاهش هزینه‌های غیر ضروری و افزایش بهره‌وری و درآمد بیمارستان‌ها [۴۲] شد. اجرای موفق محورهای حاکمیت بالینی در بیمارستان، نیازمند نهادینه‌سازی اصول اساسی آن نظیر حاکمیت سازمانی، مالکیت سازمانی، رهبری، ارتباطات، تفکر سیستمی و کار تیمی است [۴،۳۵]. حاکمیت سازمانی به عنوان یکی از الزامات اصلی حاکمیت بالینی، ایجاد یک سیستم برای مدیریت بهتر سازمان است. حاکمیت سازمانی پیش‌نیاز حاکمیت بالینی است. بیمارستان یک سازمان اجتماعی بسیار پیچیده است که بهتر است توسط یک هیأت مدیره قوی اداره شود. مطالعات نشان داده است که بیمارستان‌های دارای هیأت مدیره متعهد و فعال، دارای کیفیت خدمات و عملکرد بهتری هستند [۴۳،۴۴]. هیأت مدیره با طراحی ساختار سازمانی مناسب برای بیمارستان، انتخاب و انتصاب مدیران و کارکنان شایسته، تدوین سیاست‌ها و مقررات مناسب، تعیین جهت استراتژیک سازمان، برنامه‌ریزی دقیق و مبتنی بر

مهمی بر سر راه اجرای موفقیت آمیز حاکمیت بالینی محسوب می‌شوند [۱۷-۱۵]. فرهنگ سازمانی بیمارستان‌های ایران باید برای دستیابی به اهداف حاکمیت بالینی اصلاح شود. برای توسعه ظرفیت سازمان برای ارائه خدمات با کیفیت، ایمن و بیمار محور باید برخی از عادت‌ها و رفتارهای نادرست را کنار گذاشت و عقاید، ارزش‌ها و رفتارهای جدید را بکار گرفت. بنابراین، مدیران باید فرهنگی ایجاد کنند که صیانت از استانداردهای بالینی و تعالی بالینی برای کارکنان بیمارستان‌ها ارزش تلقی شود. همه مدیران و کارکنان باید مسئولیت بهبود مستمر کیفیت و ایمنی خدمات ارائه شده را بر عهده گیرند. بهبود ارتباطات بین مدیران، کارکنان و بیماران، ارتقای همکاری بین کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان و آموزش کارکنان در زمینه توسعه یک فرهنگ مشارکتی و خلاقانه، زمینه‌های فرهنگی لازم را برای اجرای حاکمیت بالینی فراهم می‌کند. مدیران باید یک فرهنگ یادگیری را در سازمان توسعه دهند که کارکنان از اشتباهات خود درس بگیرند و اقدامات لازم را برای پیشگیری از بروز مجدد آنها بکار گیرند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان در حد خوب بوده است. مدیران با بکارگیری یک مدل مناسب حاکمیت بالینی، مدیریت و رهبری قوی، توسعه برنامه اجرایی مناسب، توانمندسازی کارکنان، تأمین منابع مورد نیاز، توسعه فرهنگ مشارکتی، خلاقانه، پاسخگو و مسئولیت پذیر، رفع موانع حاکمیت بالینی و مدیریت صحیح کارکنان، بیماران و فرایندهای کاری می‌توانند حاکمیت بالینی را به خوبی در بیمارستان‌ها بکار گیرند.

این پژوهش میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان را با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد مستند کرده است، با این وجود، نتایج این پژوهش باید با احتیاط تفسیر شود. نتایج این مطالعه با توجه به اینکه در بیمارستان‌های استان خوزستان انجام شده است، قابل تعمیم به سایر بیمارستان‌های کشور نیست. پیشنهاد می‌شود که سایر پژوهشگران با استفاده از

خدمات بهداشتی و درمانی و بهبود سیستم‌ها و فرایندهای کاری برای اطمینان از کیفیت خدمات ارائه شده را بر عهده دارند. همچنین، هیأت مدیره سازمان‌های بهداشتی و درمانی همان‌قدر که به عملکرد مالی سازمان‌های خود اهمیت می‌دهند، باید به کیفیت خدمات بالینی هم اهمیت داده و نسبت به آن پاسخگو و مسئولیت پذیر باشند.

مدیران بیمارستان‌ها باید به تقویت مهارت‌های رهبری خود بپردازند. آنها باید کارکنان با انگیزه و دارای دانش و مهارت کافی را توانمند کنند و در قالب تیم‌های کاری سازماندهی کنند و با تفویض اختیارات لازم به آنها، امکان ارائه خدمات با کیفیت و ایمن را فراهم کنند. مدیران برای توسعه فرهنگ تیمی و بهبود کیفیت خدمات بیمارستان باید یک سیستم ارتباطات موثری را ایجاد کنند و توسعه دهند. ارتباطات موثر و انتقال اطلاعات بیماران بین متخصصان بیمارستانی منجر به تشخیص سریع و صحیح بیماری بیمار و برقرار ارتباط موثر بین کارکنان بالینی و بیمار و توسعه یک برنامه درمانی موثر برای او می‌شود و مشارکت بیمار در فرایند درمانی‌اش را تقویت می‌کند، که در نهایت، منجر به بهبود کیفیت خدمات بیمارستان می‌شود. بیمارستان یک سازمان اجتماعی بسیار پیچیده شامل بخش‌ها و واحدهای متعدد و فرایندهای کاری بسیار زیاد مرتبط به هم است. بنابراین، مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها باید با استفاده از تفکر سیستمی و ارتقای فرایندهای کاری خود، زمینه بهبود فرایندهای سایر بخش‌ها و واحدها را فراهم کنند.

موفقیت یا شکست استراتژی‌های سازمانی تا حد زیادی به فرهنگ سازمان بستگی دارد. فرهنگ سازمانی شامل اعتقادات، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک کارکنان سازمان است که نگرش‌ها، عادت‌ها، رفتارها، نحوه پوشش و انجام کارهای آنها را تعیین می‌کند [۲۸]. فرهنگ سازمانی به انسجام کارکنان در درون سازمان و تطبیق سازمان با محیط بیرونی کمک می‌کند. پژوهش‌های قبلی هم فرهنگ سازمانی را بر موفقیت حاکمیت بالینی تأثیرگذار دانستند [۲۷، ۲۳، ۱۱]. ارتباطات نامناسب بین مدیران و کارکنان، نبود فرهنگ کار تیمی و بهبود مستمر کیفیت، بی‌نظمی، مسئولیت‌ناپذیری و عدم پاسخگویی موانع

موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان" بود که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شد. نویسندگان مقاله از همکاری کلیه کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان‌های شرکت کننده در این پژوهش تشکر می‌کنند. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به بهبود کیفیت این مقاله کمک کردند، قدردانی می‌کنند.

پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش، به ارزشیابی اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های سایر شهرها و استان‌های 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.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مدارک پزشکی با عنوان "بررسی نقش مدیریت اطلاعات در اجرای

References

- 1- McSherry R, Pearce P. Clinical governance: A guide to implementation for healthcare professionals. 3rd ed. New Delhi: John Wiley & Sons, 2011.
- 2- Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317(7150):61-65.
- 3- Trenti T, Canali C, Scognamiglio A. Clinical Governance and evidence-based laboratory medicine. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)* 2006; 44(6):724-32.
- 4- Nicholls S, Cullen R, O'Neill S, Halligan A. Clinical governance: its origins and its foundations. *British Journal of Clinical Governance* 2000; 5(3):172-8.
- 5- Travaglia JF, Debono D, Spigelman AD, Braithwaite J. Clinical governance: A review of key concepts in the literature. *Clinical Governance* 2011; 16(1):62-77.
- 6- Luu TT. Clinical governance, corporate social responsibility, health service quality, and brand equity. *Clinical Governance: An International Journal* 2014; 19(3):215-34.
- 7- Braithwaite J, Travaglia JF. An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian Health Review* 2008; 32(1):10-22.
- 8- Specchia ML, Poscia A, Volpe M, Parente P, Capizzi S, Cambieri A, et al. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay? *BMC Health Services Research* 2015; 15(1):142. DOI: 10.1186/s12913-015-0795-2.
- 9- Ravaghi H, Mohseni M, Rafiei S, Zadeh NS, Mostofian F, Heidarpour P. Clinical governance in Iran: theory to practice. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 109(8):1174-79.
- 10- Ravaghi H, Rafiei S, Heidarpour P, Mohseni M. Facilitators and barriers to implementing clinical governance: a qualitative study among senior managers in Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2014; 43(9):1266-74.
- 11- Mosadeghrad A, Arab M, Shahidi Sadeghi N. A survey of clinical governance success in Tehran hospitals. *Hakim Health System Research Journal* 2017; 19(3):129-40 (In Persian).
- 12- Mosadeghrad AM, Arab M, Shahidi Sadeghi N. A survey of clinical governance success in University hospitals in Tehran. *Health Based Research* 2019; 5(1):101-16 (In Persian).
- 13- 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).
- 14- Mohaghegh B, Ravaghi H, Mannion R, Heidarpour P, Sajadi HS. Implementing clinical governance in Iranian hospitals: purpose, process and pitfalls. *Electronic Physician* 2016; 8(1):1796-803.
- 15- Mosadeghrad AM, Shahidi Sadeghi N. Barriers of Clinical Governance Implementation in Tehran Hospitals. *Health-Based Research* 2018; 3(4): 339-56 (In Persian).
- 16- Ziari A, Abachizade K, Rassouli M, 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).

- 17- 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).
- 18- Mosadeghrad AM. A survey of total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations. *Leadership in Health Services* 2005; 18(3):12-34.
- 19- Mosadeghrad AM, Akbari Sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of accreditation effects in hospitals. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications* 2019; 76(12):804-12 (In Persian).
- 20- Gault RH. A history of the questionnaire method of research in psychology. *The Pedagogical Seminary* 1907; 14(3):366-83.
- 21- Brace I. *Questionnaire Design: How to Plan, Structure and Write Survey Material for Effective Market Research*. 2nd ed. London: Kogan Page; 2018.
- 22- Konteh FH, Mannion R, Davies HT. Clinical governance views on culture and quality improvement. *Clinical Governance: An International Journal* 2008; 13(3):200-207.
- 23- Campbell S, Sheaff R, Sibbald B, Marshall M, Pickard S, Gask L, et al. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *BMJ Quality & Safety* 2002; 11(1):9-14.
- 24- Grainger C, Hopkinson R, Barrett V, Campbell C, Chittenden S, Griffiths R, et al. 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.
- 25- Mosadeghrad AM, Ferdosi M, Afshar H, Hosseini-Nejhad SM. The impact of top management turnover on quality management implementation. *Medical Archives* 2013; 67(2):134-40.
- 26- Gauld R, Horsburgh S, Brown J. The clinical governance development index: results from a New Zealand study. *BMJ Quality & Safety* 2011; 20(11):947-52.
- 27- Mosadeghrad AM, Sadoughi F, Ghorbani M. The role of information management in successful implementation of clinical governance. *Journal of Health Based Research* 2016; 2(3):207-21 (In Persian).
- 28- Mosadeghrad AM. *Essentials of healthcare organization and management*. Tehran: Dibagran; 2015 (In Persian).
- 29- Latham L, Freeman T, Walshe K, Spurgeon P, Wallace L. Clinical governance in the West Midlands and South West regions: early progress in NHS trusts. *Clinician in Management* 2000; 9(2):83-91.
- 30- Hogan H, Basnett I, McKee M. Consultants' attitudes to clinical governance: Barriers and incentives to engagement. *Public Health* 2007; 121(8):614-22.
- 31- Shakeshaft A. 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.
- 32- 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. *Medical Journal of Australia* 2010; 193(10):602-607.
- 33- Antony F. How goes the night, watchman? An overview of the first annual clinical governance reports (1999/2000) from acute trusts in an English NHS region. *Journal of Management in Medicine* 2001; 15(3):220-26.
- 34- Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management in healthcare: A systematic review. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2014; 27(6):544-58.
- 35- 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.
- 36- Flynn MA, Burgess T, Crowley P. Supporting and activating clinical governance development in Ireland: sharing our learning. *Journal of Health Organization and Management* 2015; 29(4):455-81.
- 37- Mosadeghrad AM. Developing and validating a total quality management model for healthcare organizations. *TQM Journal* 2015; 27(5):544-64.
- 38- Mosadeghrad AM. Verification of a quality management theory: Using a Delphi study. *International journal of health policy and management*. 2013; 1(4):261-71.
- 39- Mosadeghrad AM, 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):147-58 (In Persian).
- 40- Mosadeghrad AM. *Implementing strategic collaborative quality management in healthcare*

- sector. *International Journal of Strategic Change Management* 2012; 4(3-4):203-28.
- 41- Mosadeghrad AM, Ashrafi E. The impact of quality management on patient satisfaction in a hospital: brief report. *Tehran University Medical Journal* 2017; 75(3):228-34 (In Persian).
- 42- Mosadeghrad AM, Afshari M. The impact of quality management on income of operating theatre in a hospital: brief report. *Tehran University Medical Journal* 2018; 75(10):768-72 (In Persian).
- 43- Jha A, Epstein A. Hospital governance and the quality of care. *Health Affairs* 2010; 29(1):182-87.
- 44- Shipton H, Armstrong C, West M, Dawson J. The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *International Journal for Quality in Health Care* 2008; 20(6):439-45.
- 45- Dorgan S. *Management in healthcare: why good practice really matters*. London: McKinsey and Company; 2010.
- 46- Goodall AH. Physician-leaders and hospital performance: is there an association? *Social Science & Medicine* 2011; 73(4):535-39.
- 47- Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *BMJ Quality & Safety* 2004; 13(suppl 1):i85-i90.