

ابعاد موثر بر موفقیت حاکمیت بالینی (محرک‌ها، توانمندسازها و چالش‌ها) در یک بیمارستان خصوصی با رویکرد دلفی فازی

زینب محمدی^۱ / حسین دیده‌خانی^۲

چکیده

مقدمه: در کشورهای مختلف تا به امروز روش‌ها و ابزار متنوعی جهت ارتقا مراقبت‌های سلامت به کار گرفته شده است که یکی از این شیوه‌ها حاکمیت بالینی است. در این مطالعه ابعاد موثر بر اجرای موفق حاکمیت بالینی از نگاه مدیران سلامت بررسی گردید. **روش پژوهش:** در این مطالعه کیفی، الگوی جامع عوامل اثرگذار بر حاکمیت بالینی با روش دلفی فازی ارائه گردید. با استفاده از بررسی متون و نظرات ۳۰ نفر از خبرگان و مدیران حوزه سلامت دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، و بیمارستان خصوصی فلسفی موارد موثر بر ابعاد هشت گانه حاکمیت بالینی در بیمارستان فلسفی انتخاب و به صورت یک مدل طراحی و سپس با روش آنالیز فازی مورد سنجش قرار گرفتند.

یافته‌ها: ابعاد و متغیرهای موثر مدل پیشنهادی در سه گروه محرک‌ها، توانمندسازها و چالش‌ها قرار گرفتند. مقدار سطح معناداری بر اساس میانگین ستون مقدار معناداری ۸/۳۱ به دست آمد. بر این اساس بعد بازاریابی داخلی با دارا بودن بیشترین سطح معناداری (۱۰/۸۸) و پس از آن ابعاد آموزش (تحقیق و توسعه) و توانمندسازی کارکنان با سطح معناداری به ترتیب ۱۰/۵۴ و ۱۰/۴۸ بیشترین تاثیر را در اجرای حاکمیت بالینی داشته‌اند. کمترین اثر در اجرای موفق حاکمیت بالینی را بعد آموزش با سطح معناداری ۲/۹۵ دارا بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌کند که استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان مورد مطالعه به طور ویژه نیازمند تقویت بازاریابی داخلی، آموزش (تحقیق و توسعه) و توانمندسازی کارکنان است و می‌توان از حاکمیت بالینی در بهبود عملکرد مراکز درمانی استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: حاکمیت بالینی، رقابت در بخش خدمات، سیستم اطلاعات، توانمند سازی کارکنان، بازاریابی داخلی.

۱- دانشجوی دکتری، دانشکده مدیریت، واحد علی‌آبادکتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آبادکتول، ایران

۲- استادیار، گروه مهندسی صنایع، واحد علی‌آبادکتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آبادکتول، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک:

h.didekhani@gmail.com

مقدمه

حاکمیت بالینی یکی از گزینه‌هایی است که به سیستم سلامتی یک کشور کمک می‌کند تا بتواند کیفیت و امنیت خدمات را بالا ببرد و همچنین هزینه‌ها را کاهش دهد [۱]. ایده به کارگیری حاکمیت بالینی در نظام سلامت در پی مرگ تعداد زیادی از کودکان تحت عمل جراحی قلب در بیمارستان سلطنتی برستون انگلستان در سال ۱۹۹۵ مطرح شد [۲]. اجرای حاکمیت بالینی در انگلستان برای نخستین بار به سال ۱۹۹۸ بر می‌گردد که در سیستم سلامت (خدمات بهداشتی ملی) به عنوان یک استراتژی از سوی دولت به منظور ارتقا کیفیت مراقبت‌های بالینی ارائه گردید [۳]. بر اساس تعریف موسسه بهداشت ملی انگلستان حاکمیت بالینی ایجاد یک ساختار با استانداردها و سطح کیفی بالا با توجه به پیچیدگی افقی - عمودی و جغرافیایی سیستم‌های بهداشتی برای تعالی بالینی می‌باشد [۴].

در نظام سلامت پزشکی ایران نیز لزوم وجود یک ساختار جامع و استقرار حاکمیت بالینی احساس می‌گردد. در سیستم یک پارچه حاکمیت بالینی سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت در قبال بهبود دائمی کیفیت برون‌دادها و ایمنی مراقبت از بیمار، مسئول هستند و از این طریق خطاهای بالینی به صورت جدی کاهش خطاهای بالینی می‌یابد. حاکمیت بالینی تلاش می‌کند قدرت و مسئولیت در جایگاه مناسب خود در یک سیستم وجود داشته باشد؛ نه خیلی کم باشد نه بیش از حد بالا. با اجرای حاکمیت بالینی، ممیزی بالینی توسعه می‌یابد و ارباب رجوع از خدمات با کیفیت بالاتر بهره مند می‌گردد [۲].

مفهوم حاکمیت بالینی در ایران از سال ۱۳۸۵ مورد توجه و در سال ۱۳۸۸ مورد تایید وزارت بهداشت قرار گرفت و به رسمیت شناخته شد. طی ابلاغ بخشنامه ای، از کلیه روسای دانشگاه علوم پزشکی کشور خواسته شد که در اجرای آن اقدام نمایند [۵]. از سال ۱۳۹۰ دفاتر حاکمیت بالینی در ستاد کلیه دانشگاه‌های کشور و بیمارستان‌های تحت پوشش تشکیل شده است. در حال حاضر تیم حاکمیت بالینی متشکل از

کارشناسان و اعضای کمیته حاکمیت بالینی می‌باشد [۶]. این تیم چندین برنامه ترویج کیفیت را اجرا نموده‌اند که شامل اهدافی مانند افزایش رضایت بیمارستان، پزشکان درمانگاه و خانواده، بالا بردن انگیزه کارمندان و ادارات سیستم سلامت جهت تامین خدمات اختیاری و اجرا کردن مکانیسم‌های بهبود کیفیت بوده است [۱].

الگویی که در نظام سلامت ملی انگلستان به کارگرفته شده است مدل هفت محوری یا هفت ستونی است که توسط اعضای تیم حاکمیت بالینی خدمات سلامت ملی در سال ۱۹۹۹ میلادی تهیه شد که عبارت می‌باشد از (۱) استفاده از اطلاعات، (۲) مدیریت خطر، (۳) اثربخشی بالینی، (۴) مدیریت کارکنان، (۵) تعلیم و توسعه حرفه ای و شخصی، (۶) ممیزی بالینی و (۷) مشارکت استفاده کننده خدمت [۷].

حاکمیت بالینی در کشور ما دارای ۳ محور اصلی مدیریت خطر، اثربخشی بالینی و بیمار محوری و ۶ محور فرعی شامل عملیات، برنامه و راهبرد، رهبری، فرهنگ سازمانی، مدیریت منابع انسانی و منابع و زیرساخت‌ها می‌باشد [۸]. این طرح ابتدا در دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان شریعتی و روزبه انجام گرفت که نتایج خوبی نیز به همراه داشت. استقرار این سیستم در بعضی از مراکز خدمات درمانی کشور طی سال‌های اخیر، ارتقای سطح بهره وری و تعالی سازمانی را در پی داشته است. در بررسی‌های به عمل آمده در مراکز درمانی دارای این مدل، تا کنون ارزیابی دقیقی از تاثیر آن در ارتقای برون ده سطح خدمات ارائه شده انجام نشده است و تحقیقات صورت گرفته در کشور نیز در این خصوص محدود است [۲].

در سال ۱۳۹۱، بیش از ۲۰ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، استقرار و اجرای مناسب حاکمیت بالینی را عملی کردند. تنها در دو بیمارستان (کمتر از ۹ درصد) مورد تایید وزارت بهداشت و درمان قرار گرفت که نشان دهنده لزوم بررسی بیشتر در این زمینه است. علیرغم اهمیت اجرای برنامه حاکمیت بالینی در تمامی بیمارستان‌های کشور و تایید وزارت بهداشت و درمان در اجرای کامل و موثر آن و نیز تاثیر

سلسله مراتبی برای ارزیابی طرح سبز، ارائه می‌گردد. این روش، از گزینه‌ها و دیدگاه‌های کارشناسان برای مفهوم‌سازی معیارهای مربوط به یک مورد کسب و کار خاص استفاده می‌کند. هدف آن بررسی مسئله نیاز شرکت‌ها به پیاده‌سازی طرح‌های سبز، ضمن حفظ کارایی محاسباتی فرایند ارزیابی می‌باشد [۹، ۱۰]. ابتدا بر اساس تعاریف مفهومی و نظری و نظرات خبرگان و کارشناسان و مدیران، مدل مفهومی اولیه از موارد اثرگذار بر ابعاد حاکمیت بالینی شامل محرک‌ها، چالش‌ها و توانمندسازها ارائه گردید. (شکل ۱) سپس مدل مفهومی طی مراحل اجرای روش دلفی فازی به صورت زیر مفهوم‌سازی گردید.

مرحله ۱

استفاده از یک پرسش‌نامه و سازمان‌دهی یک هیات کارشناسی برای بیان ارزش محافظه‌کارانه (حداقل) و ارزش خوش بینانه (حداکثر) اهمیت هر معیار در مجموعه معیارهای احتمالی S در بازه ۱ تا ۱۰. یک امتیاز به صورت $C_{ik} = (L_{ik}, U_{ik})$, $i \in S_1$ نشان داده شد که در آن L_{ik} و U_{ik} شاخص محافظه‌کارانه و شاخص خوشبینانه معیار i می‌باشند که به ترتیب توسط کارشناس (یا خبره) k رتبه‌بندی می‌شود.

مرحله ۲

سازمان‌دهی نظرات کارشناسان (یا خبرگان) که از پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شده‌اند و تعیین TFN برای محافظه‌کارانه‌ترین شاخص $C_i = (LC_i, MC_i, UC_i)$ و شاخص خوشبینانه‌ترین $O_i = (LO_i, MO_i, UO_i)$ برای هر معیار i . از شاخص محافظه‌کارانه استفاده گردید زیرا LC_i نشان دهنده حداقل ارزش محافظه‌کارانه کارشناسان است:

$$LC_i = \min(L_{ik}) \quad (1)$$

MC_i میانگین هندسی محافظه‌کارانه‌ترین ارزش کارشناسان برای معیارهای i است. این از معادله ۲ بدست می‌آید:

$$MC_i = (L_{i1} \times L_{i2} \times \dots \times L_{ik})^{\frac{1}{K}} \quad (2)$$

UC_i نشان‌دهنده حداکثر ارزش محافظه‌کارانه کارشناسان است:

این برنامه در ارتقای ارائه خدمات بالینی به بیمارستان، پژوهش‌چندانی در خصوص مشکلات استقرار این برنامه و دلایل عدم اجرای مناسب آن در بیمارستان‌های کشور به صورت کیفی صورت نگرفته و اندک مطالعات انجام شده نیز بیشتر مطالعات کمی بوده است. از آنجا که پژوهش‌های کیفی می‌توانند دیدگاه عمیق و عینی را با توجه به تجربیات واقعی افراد مشارکت‌کننده فراهم کنند انجام این گونه پژوهش‌ها می‌تواند ابعاد بیشتر و دقیق تری از موانع و مشکلات استقرار برنامه حاکمیت را نشان دهد [۶].

در این پژوهش به ارائه مدلی جامع از حاکمیت بالینی و بررسی و شناخت عوامل مرتبط و موثر بر ابعاد حاکمیت بالینی شامل چالش، محرک و توانمندسازها پرداخته شد. در اینجا هدف اصلی ارائه یک چارچوب مفهومی جامع در زمینه به کارگیری و استقرار سیستم حاکمیت بالینی در نظام سلامت بخش خصوصی بود.

روش پژوهش

روش تحقیقی بکارگرفته شده در این تحقیق از نوع کیفی می‌باشد. به طوری که با توجه هدف مقاله که بحث شناسایی و ارائه الگوی جامع در زمینه تدوین الگوی جامع حاکمیت بالینی می‌باشد، از روش تحقیق کیفی دلفی جهت بررسی و تحلیل نظرات خبرگان استفاده گردید. برخلاف روش تحلیل همبستگی و تلفیقی که در آن از جامعه آماری و نمونه استفاده می‌گردد، در این تحقیق از مشارکت‌کنندگان انتخاب شده استفاده گردید. مشارکت‌کنندگان در این تحقیق شامل ۳۰ نفر از خبرگان بخش سلامت شامل روسای دانشگاه علوم پزشکی گلستان و اساتید رشته مدیریت و اقتصاد سلامت و مدیران بیمارستان خصوصی فلسفی بودند. این پژوهش در بیمارستان خصوصی فلسفی گرگان انجام شد.

انتخاب معیار با روش دلفی فازی

روش دلفی فازی در این جا برای انتخاب تعدادی منطقی از معیارهای تصمیم‌گیری معرفی شده است که با استفاده از مرور منابع جامع انجام شده در چهارچوب

مقدار معنی‌داری با مقدار آستانه T مقایسه گردید که توسط کارشناسان به صورت ذهنی بر اساس میانگین هندسی همه مقادیر معنی‌داری اجماع G_i بدست آمد [۱۱، ۱۲]. در صورتی که $G_i > T$ باشد، معیار i برای تحلیل بیشتر انتخاب می‌شود.

یافته‌ها

ارزیابی نظرات هیات کارشناسی با روش دلفی فازی نشان داد که از میان ۱۷ بعد موجود شامل شاخص‌های محرک‌ها، توانمندی‌ها و چالش‌ها و زیرمعیارهای آنها، ابعاد آگاهی بیمارستان نسبت به حقوق خود (زیر گروه شاخص محرک‌ها)، رهبری اخلاقی و آموزش (زیر گروه شاخص توانمندی‌ها) و فرهنگ سازی نادرست (زیر گروه شاخص چالش‌ها) در مقایسه با سایر ابعاد مقدار معناداری کمتر از حد آستانه $8/31$ داشتند و حذف گردیدند. سطح معناداری آستانه از میانگین ستون مقدار معنی‌داری بدست آمد. بنابراین سایر ابعاد شامل رقابت در بخش ارائه خدمات، پیچیدگی مدیریت در بیمارستان، تقاضای ارضا نشده مشتریان، حساسیت جامعه نسبت به بخش درمان بالینی، ساختار سازمانی، مدیریت استراتژیک، سیستم اطلاعات و ارتباطات، بازاریابی داخلی، توانمندسازی کارکنان، مدیریت خطر، آموزش (تحقیق و توسعه)، استفاده از اطلاعات و ممیزی باتوجه اینکه مقدار معناداری آن‌ها بیشتر از حد آستانه بود، انتخاب شدند (جدول ۱). از میزان نمرات کسب شده بین ۱ تا ۱۰ برای بدبینانه و خوش‌بینانه که با توجه به نظر ۱۰ نفر از خبرگان درمورد میزان درجه اهمیت زیر معیارها و شاخص‌های انتخاب حاکمیت بالینی بدست آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی شاخص‌های موثر بر ابعاد حاکمیت بالینی و ارائه الگوی مناسب برای حاکمیت بالینی با مشارکت و نظرخواهی از متخصصان علوم پزشکی و اساتید رشته مدیریت و اقتصاد سلامت در بیمارستان خصوصی فلسفی گرگان انجام شد.

$$UC_i = \max(L_{ik}) \quad (3)$$

به همین ترتیب، حداقل (LO_i) ، میانگین هندسی (MO_i) و حداکثر (UO_i) خوش‌بینانه‌ترین گروه برای معیار i را بدست آمد.

مرحله ۳

محاسبه TFN برای محافظه کارانه ترین شاخص $C_i = (LO_i, MC_i, UC_i)$ و خوشبینانه‌ترین شاخص $O_i = (LO_i, MO_i, UO_i)$ برای راهبردهای باقی مانده $A_i \in S_1$.

مرحله ۴

بررسی همسانی نظرات کارشناسان بررسی و مقدار معنی‌داری G_i برای هر معیار محاسبه گردید [۱۰، ۱۱]. بخش هم پوشانی C_i و O_i برای بررسی اجماع کارشناسان در هر معیار و محاسبه ارزش معنی‌داری کل G_i استفاده گردید.

در صورتی که جفت TFN هم پوشانی نداشته باشد $(UC_i \leq LO_i)$ و هیچ‌گونه منطقه خاکستری وجود نداشته باشد، دیدگاه کارشناس در خصوص معیار i به یک حد اجماع رسیده و ارزش معنی‌داری اجماع به صورت زیر محاسبه می‌شود:

$$G_i = \frac{MC_i + MO_i}{2} \quad (4)$$

در صورتی که هم پوشانی وجود داشته باشد $(UC_i > LO_i)$ و مقدار فاصله ای منطقه خاکستری g_i برابر با $UC_i - LO_i$ باشد و g_i کمتر از ارزش فاصله‌ای C_i و O_i ($d_i = MO_i - MC_i$) باشد. یعنی $g_i \leq d_i$ ، آنگاه ارزش معنی‌داری G بر طبق نقطه مماس P $(\mu_L^{\sim}, \mu_U^{\sim})$ تعیین می‌شود. ارزش معنی‌داری G_i برای هر معیار با معادلات ۵-۶ بدست آمد.

$$G_i = \max \left\{ \int p[\min(\mu_L^{\sim}, \mu_U^{\sim}(p))] dp \right\} \quad (5)$$

$$G_i = \frac{UC_i \times MO_i - LO_i \times MC_i}{(UC_i - MC_i) + (MO_i - LO_i)} \quad (6)$$

در صورتی که منطقه خاکستری وجود داشته باشد و $d_i >$ باشد، تفاوت عظیمی میان نظرات کارشناسان وجود خواهد داشت. مراحل ۴-۱ تا زمان دستیابی به همگرایی تکرار گردید [۱۲].

مرحله ۵ - استخراج معیارها از گزینه‌های منتخب

خدمات در بیمارستار افشار یزد را بررسی نمودند. بر اساس نتایج آنها به رابطه مستقیم بازاریابی داخلی و رضایت و تعهد کارکنان و همینطور افزایش کیفیت خدمات و رضایت مشتریان اشاره نمودند [۱۴].

آموزش با هدف تحقیق و توسعه و نه آموزش محض از ابعاد بسیار موثر با حاکمیت بالینی در مطالعه ما شناخته شد. فراهم ساختن فرصت‌های آموزشی و پژوهشی از جمله عناصر کلیدی در اجرای موفق حاکمیت بالینی می‌باشد. از این نظر آموزش که باید از طریق برنامه‌های آموزشی عملی و واقع بینانه با توجه به مهارت‌ها، توانایی‌ها و استعدادها ارائه‌دهندگان خدمت و کارکنان باشد با ابعاد نیازسنجی و اطلاعات و ارتباطات گره می‌خورد. همچنین نیازهای آموزشی، بعد ممیزی بالینی جهت ایجاد آمادگی سازمانی برای استقرار حاکمیت بالینی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد [۱۵]. مصدق راد و همکاران در مطالعه خود در مورد میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان بیان داشتند محور آموزش و مدیریت کارکنان بیشترین و محور اثربخشی بالینی کمترین تاثیر را در اجرای موفق حاکمیت بالینی داشتند و عواملی مانند تعهد مدیریت و کارکنان بر اجرای موفقیت آمیز حاکمیت بالینی تاثیر گذار بودند. بر اساس نتایج این تحقیق به طور کلی 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 در موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان تاثیر به سزایی داشتند [۱۶]. آتش بهار و همکاران در مطالعه خود در مورد نیازهای آموزشی کارکنان بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد برای استقرار حاکمیت بالینی، نیازهای آموزشی کارکنان را در ۸ حیطه تقسیم بندی کردند. این موارد به ترتیب اولویت شامل مشارکت بیماران و جامعه، آموزش مبانی حاکمیت بالینی و آموزش مبانی مدیریت نیروی انسانی، مدیریت ریسک، آموزش‌های پیش زمینه ای، اثربخشی بالینی و استفاده از اطلاعات

متخصصان علوم پزشکی به عنوان مهم‌ترین افراد درگیر در کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی باید در ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی مشارکت داشته باشند و نقش مهمی در برنامه‌های بهبود ایمنی و کیفیت خدمات بیمارستانی و اجرای حاکمیت بالینی دارند [۱۳]. بر اساس نتایج، ابعاد رقابت در بخش ارائه خدمات، پیچیدگی مدیریت در بیمارستان، تقاضای ارضا نشده مشتریان، حساسیت جامعه نسبت به بخش درمان بالینی (از بخش محرک‌ها)، ساختار سازمانی، مدیریت استراتژیک، سیستم اطلاعات و ارتباطات، بازاریابی داخلی، توانمندسازی کارکنان (از بخش توانمندسازها)، مدیریت خطر، آموزش (تحقیق و توسعه)، استفاده از اطلاعات و ممیزی (از بخش چالش‌ها) با داشتن سطح معناداری بیش از ۸/۳۱ به عنوان ابعاد موثر بر حاکمیت بالینی معرفی شدند. از میان این ابعاد، بازاریابی داخلی با دارا بودن بیشترین سطح معناداری (۱۰/۸۸) و پس از آن ابعاد آموزش (تحقیق و توسعه) با سطح معناداری ۱۰/۵۴ و توانمندسازی کارکنان با سطح معناداری ۱۰/۴۸ بیشترین تاثیر را در اجرای حاکمیت بالینی داشته اند. کمترین اثر در اجرای موفق حاکمیت بالینی را بعد آموزش با سطح معناداری ۲/۹۵ دارا بود. از آنجایی که کارکنان بیمارستان‌ها نقش مهمی در بهبود کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستانی دارند بنابراین دانش، مهارت، توانایی، تجربه و انگیزه آنها در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت بالا بسیار با اهمیت می‌باشد [۱۳]. به دلیل افزایش تعداد بیمارستان‌های خصوصی و دولتی و بیشتر شدن مشتریان و پیچیده تر شدن نیازهایشان در سال‌های اخیر و همینطور افزایش تنوع خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها لزوم بازاریابی داخلی بیشتر از پیش احساس می‌شود. از این طریق بیمارستان‌ها خود را از دیگر بیمارستان‌ها متمایز می‌سازند. بازاریابی داخلی به عنوان یک فعالیت مهم در یک سازمان مشتری مدار در ارتقای شایستگی‌ها، قابلیت‌ها و عملکرد سازمان نقش مهمی ایفا می‌کند. یونسی فرد و همکاران در مطالعه خود مولفه‌های بازاریابی داخلی و تاثیر آن بر کیفیت

قرار می‌گیرد [۱۷]. در تحقیقات که توسط Scally و Donaldson انجام شده است دلیل نیاز به بهره‌گیری از حاکمیت، کمبود استاندارد و مشکلات کیفی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی عنوان شده است [۱۸]. مدیریت خطر و ایمنی بیمار یکی از ابعاد تاثیرگذار در موفقیت حاکمیت بالینی می‌باشد. کنترل خطر و بالا بردن ایمنی بیماران با آموزش، نظارت بر فعالیت‌های مدیریت خطر و برنامه‌های دقیق بازرسی ارتباط مستقیم دارد. این اقدامات از وقوع حوادث وخیم جلوگیری می‌نماید و بار مالی بیمارستان‌ها را کاهش می‌دهد [۸]. با توجه به سطح معناداری مدیریت خطر در مطالعه ما (۸/۹۴) به نظر می‌رسد علی‌رغم معنادار بودن این بعد، تاثیر کمتری در مقایسه با سایر موارد در اجرای موفق حاکمیت بالینی داشته است و کمتر به عنوان یک مانع محسوب شده است. اما در مطالعه حجت و همکاران محور مدیریت خطر کمتر مورد توجه قرار گرفته بود و "عدم توجه به فرایند پاسخگویی به خطر" مانع اجرای موفق حاکمیت بالینی بوده است [۸].

بعد "تقاضای ارضا نشده مشتریان" که به نوعی با شکایات رسیده بیماران نیز خود را نشان می‌دهد با سطح معناداری ۹/۱۴ از ابعاد تاثیرگذار بر اجرای حاکمیت بالینی در مطالعه ما بود. نصیری پور و همکاران، در بررسی سه محور تاثیرگذار بر اجرای حاکمیت بالینی "شکایات رسیده بیماران" را به عنوان شاخص زیرگروه محور تعامل بیمار و جامعه معرفی و مطالعه می‌کند. آنها نشان دادند که این شاخص ارتباط معناداری با اجرای حاکمیت بالینی داشت [۲].

ساختار سازمانی و وضعیت سیستم سلامتی یکی از چالش‌های اجرای حاکمیت بالینی است و فاکتورهایی مانند تجهیزات، کارکنان، آموزش و فرایندها مواردی هستند که باید ضمن بررسی این محور مورد توجه قرار بگیرند. وضعیت سلامت در بسیاری از کشورهای در حال توسعه مانند ایران هنوز چندان مناسب نیست که در نتیجه وجود ناسازگاری بین سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان کلیدی می‌باشد. اساساً بسیاری از تصمیمات اصولی نیستند و بین دورنمای کوتاه مدت و

ممیزی بالینی بودند. آنها بیان داشتند مدیران بیمارستان‌ها می‌توانند از طریق شناسایی حیطه‌های آموزشی دارای اولویت بالا و اجرای برنامه‌های آموزشی مرتبط با این حیطه‌ها، در اجرای حاکمیت بالینی موفق‌تر عمل کنند [۱۵]. بعد ممیزی از جمله ابعادی بود که با سطح معناداری بالا (۱۰/۱۳) تاثیر بسزایی را در اجرای حاکمیت بالینی در مطالعه ما نشان داد. ممیزی بالینی که از ارکان حاکمیت بالینی محسوب می‌شود فرآیند تدوین استانداردها، مداخله در وضعیت موجود و سپس ارزیابی میزان اجرای استانداردها می‌باشد [۱۵].

حجت و همکاران بیان می‌دارند که ممیزی بالینی فرایندی برای ارتقای کیفیت می‌باشد و باید از طریق فرهنگ سازی سازمانی همه افراد زیر مجموعه بیمارستان اعم از پرسنل و مدیران سیستم‌های بهداشتی در آن درگیر شوند. آنها در مطالعه خود از محور ممیزی بالینی و مقایسه نکردن شرایط بالینی موجود با استانداردها به عنوان مهم‌ترین مانع اجرای حاکمیت بالینی از دیدگاه پرستاران نام بردند [۸].

بعد حساسیت جامعه نسبت به بخش درمان بالینی که می‌توان گفت همان اثربخشی بالینی است سطح معناداری ۹/۵۸ را نشان داد. هم‌چنین بعد رقابت در بخش ارائه خدمات با سطح معناداری ۹/۶۱ که نزدیک به بعد حساسیت جامعه نسبت به بخش درمان بالینی بود از موارد موثر بر حاکمیت بالینی معرفی گردید. مصدق راد و همکاران در بررسی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران ابراز داشتند که اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی دو محوری بودند که زیاد موفق نبودند. مشارکت پایین پزشکان، آموزش نامناسب کارکنان و عدم تعیین شاخص‌های ممیزی بالینی از جمله علل این شرایط بود. طراحی فرایندهای بیمارستانی در جهت ارائه خدمات با کیفیت، ایمن و اثربخش مهم است [۱۳]. در مطالعه Gauld و همکاران مشاهده می‌کنیم که حاکمیت بالینی، اصطلاحی است برای توصیف نوعی رویکرد طبقه بندی و برنامه ریزی شده جهت ارزیابی کیفیت مراقبت از بیماران و ارائه خدمات در نظام سلامت مورد استفاده

سایر فاکتورها سازگاری وجود ندارد [۱]. بعد "ساختار سازمانی" در مطالعه ما که به عنوان یکی از زیرمعیارهای شاخص توانمندی‌ها مورد مطالعه قرار گرفت با سطح معناداری ۹/۳۶ از جمله ابعاد تاثیرگذار بر اجرای حاکمیت بالینی شناسایی گردید. میرکمالی و همکاران بیان نمودند که بهبود فرهنگ سازمانی سبب استقرار پایدار حاکمیت بالینی و به تبع آن ارتقای کیفیت خدمات درمانی اثرگذار است [۱۹].

ابعاد مدیریت استراتژیک و پیچیدگی مدیریت در بیمارستان با داشتن سطح معناداری به ترتیب ۱۰/۱۳ و ۹/۳۵ از ابعاد موثر در اجرای حاکمیت بالینی در مطالعه ما بودند. بینش‌ها، ارزش‌ها و رفتارهای کارکنان بر فرهنگ سازمانی اثر زیادی می‌گذارد و تیم مدیریتی نقش مهمی در شکل‌گیری بینش‌ها نسبت به حاکمیت بالینی ایفا می‌کند. بنابراین مدیرانی که انتخاب می‌شوند نقش مهمی در اجرای ارکان حاکمیت بالینی و بهبود کیفیت سلامت و همچنین بینش مثبت نسبت به حاکمیت ایفا می‌کنند [۱]. تدوین برنامه استراتژیک توسط مدیران در هر بیمارستانی ضروری است و در واقع نوعی سرمایه‌گذاری در راستای بهبود عملکرد بیمارستان و بالا بردن کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و افزایش رضایتمندی بیماران است. عامریان و شهابی نژاد بیان می‌دارند که ساختار سازمانی ارتباط مستقیم و تاثیرگذار با اجرای برنامه‌ها و مدیریت استراتژیک دارد [۲۰]. مصدق راد و همکاران نیز در مطالعه خود در خوزستان نقش مهم مدیریت و رهبری در اجرای حاکمیت بالینی را تایید نمودند و ابراز داشتند تعهد مدیران بیمارستان در عرصه‌های متفاوت مانند کیفیت خدمات و پاسخگویی به مشتریان و جامعه در اجرای موفق حاکمیت بالینی اهمیت بالایی دارد [۱۶].

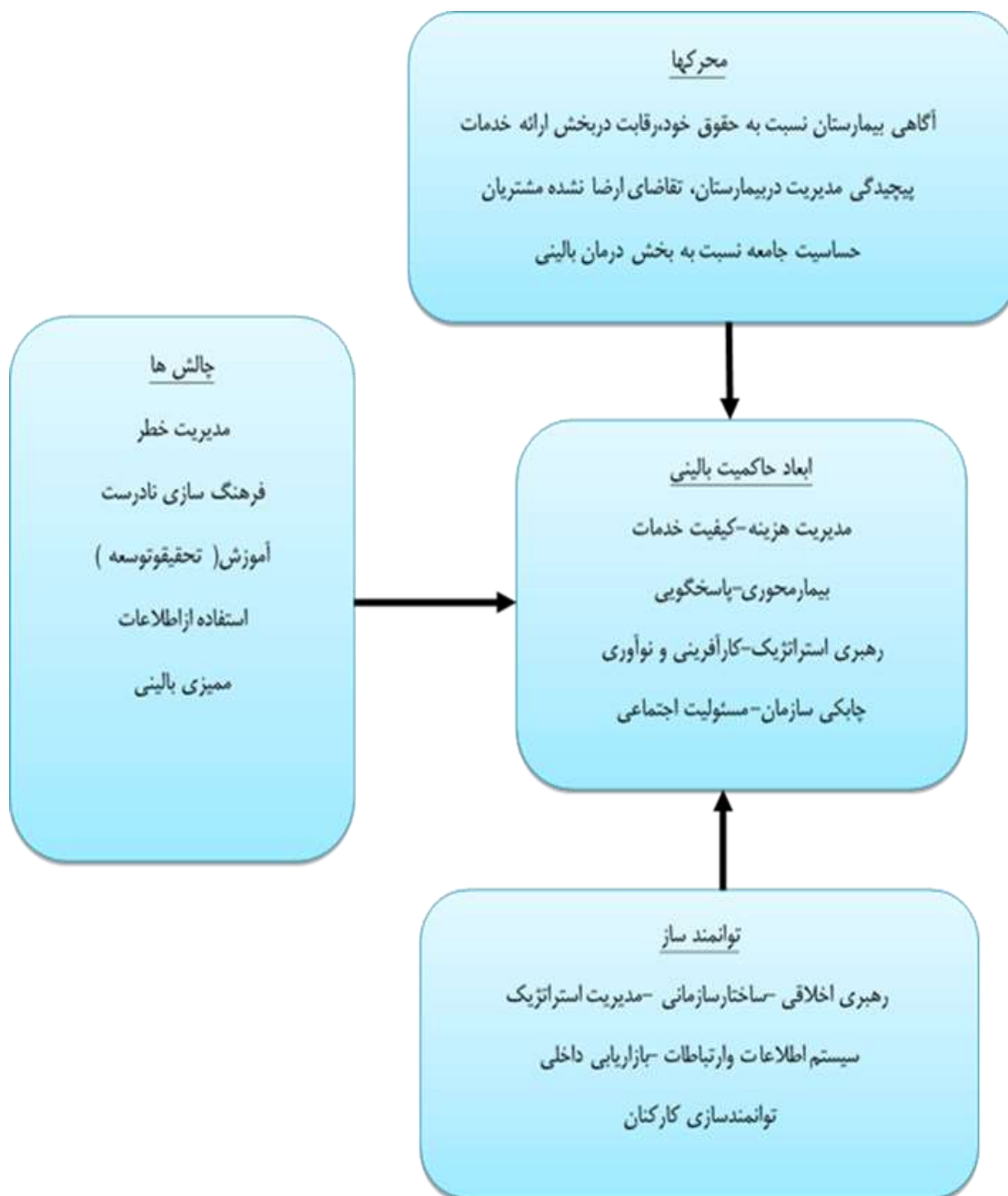
از ابعاد اثرگذار بر حاکمیت بالینی در مطالعه ما بعد سیستم اطلاعات و ارتباطات و بعد استفاده از اطلاعات بود. بهزادی فر و همکاران در مطالعه مروری خود بیان می‌دارند که وجود سیستم اطلاعاتی قوی جهت ثبت و کنترل فرآیندهای یکی از زیرساخت‌های کلیدی جهت اجرای حاکمیت بالینی می‌باشد. در حقیقت یک سیستم

اطلاعاتی سالم تصمیم‌گیری را بهبود می‌بخشد. همچنین نقش مهمی در ارائه اطلاعات بیماران جهت تصمیم‌گیری ایفا می‌کند و از این طریق به فرآیند درمان کمک می‌کند. کیفیت و رضایت بیماران را نیز افزایش می‌دهد [۱]. مصدق راد و همکاران در مطالعه‌ای در ۴۰ بیمارستان استان خوزستان رابطه معناداری بین محور مدیریت اطلاعات و اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی یافتند. این رابطه مثبت به دلیل استفاده صحیح کارکنان از فناوری و سیستم‌های اطلاعاتی، آموزش کارکنان در ثبت صحیح اطلاعات و استفاده از این در برنامه ریزی‌ها و ارزشیابی‌ها بود [۲۱].

نتایج این تحقیق ابعاد با تاثیر بیشتر در اجرای ابعاد اصلی و هشت گانه حاکمیت بالینی در بیمارستان خصوصی را نشان می‌دهد که تمرکز بر این ابعاد به اجرای موفق تر حاکمیت بالینی در بیمارستان مذکور و سایر بیمارستان‌ها در آینده کمک شایان توجهی خواهد کرد. همچنین مسئولین مراکز درمانی و دانشگاه‌های علوم پزشکی باید تدابیری برای استقرار هر چه سریعتر حاکمیت بالینی بخصوص با تکیه بر ابعاد به دست آمده در این پژوهش اتخاذ نمایند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری بی‌شائبه بیمارستان فلسفی و دکتر علی اشرف محمدی (عضو هیات مدیره) نهایت تقدیر و تشکر را اعلام می‌دارم.



شکل ۱ - مدل مفهومی موارد اثرگذار بر ابعاد حاکمیت بالینی مشتمل بر محرک‌ها، چالش‌ها و توانمندسازها

جدول ۱ - میزان درجه اهمیت زیرمعیارها و شاخص‌های انتخاب حاکمیت بالینی براساس روش دلفی فازی

مقدار معنی داری	میانگین هندسی		مقدار خوش بینانه		مقدار بدبینانه		ابعاد
	U_m^i	I_m^i	بیشترین	کمترین	بیشترین	کمترین	
محرك‌ها							
۹/۶۱	۸/۹۷	۵/۰۹	۱۰	۸	۸	۳	رقابت در بخش ارائه خدمات
۴/۱۶	۶/۴۲	۴/۲۶	۷	۴	۶	۴	آگاهی بیمارستان نسبت به حقوق خود
۹/۳۵	۸/۲۳	۵/۶۷	۹	۶	۷	۱	پیچیدگی مدیریت در بیمارستان
۹/۱۴	۹/۵۸	۵/۶۸	۱۰	۸	۸	۴	تقاضای ارضا نشده مشتریان
۹/۴۸	۹/۵۶	۶/۰۴	۱۰	۸	۸	۴	حساسیت جامعه نسبت به بخش درمان بالینی
توانمند سازها							
۹/۳۶	۹/۰۷	۴/۸۹	۱۰	۸	۸	۳	ساختار سازمانی
۱۰/۱۳	۸/۷۷	۵/۴۶	۱۰	۸	۸	۳	مدیریت استراتژیک
۳/۸۰	۶/۹۶	۴/۶۰	۹	۴	۶	۳	رهبری اخلاقی
۲/۹۵	۶/۴۲	۴/۰۹	۷	۴	۵	۴	آموزش
۹/۱۴	۹/۵۸	۵/۶۸	۱۰	۸	۸	۴	سیستم اطلاعات و ارتباطات
۱۰/۸۸	۸/۲۷	۵/۷۹	۹	۷	۸	۳	بازاریابی داخلی
۱۰/۴۸	۸/۵۶	۴/۹۸	۱۰	۸	۸	۲	توانمندسازی کارکنان
چالش‌ها							
۸/۹۴	۹/۵۸	۵/۴۴	۱۰	۸	۸	۴	مدیریت خطر
۳/۷۶	۵/۵۶	۳/۵۲	۶	۴	۴	۲	فرهنگ سازی نادرست
۱۰/۵۴	۸/۷۷	۵/۷۵	۱۰	۸	۸	۳	آموزش (تحقیق و توسعه)
۹/۴۸	۹/۵۶	۶/۰۴	۱۰	۸	۸	۴	استفاده از اطلاعات
۱۰/۱۳	۸/۷۷	۵/۴۶	۱۰	۸	۸	۳	ممیزی

Reference:

- 1- Behzadifar M, Bragazzi NL, Arab-Zozani M, Bakhtiari A, Behzadifar M, Beyranvand T, et al. The challenges of implementation of clinical governance in Iran: a metasynthesis of qualitative studies. *Health Research Policy and Systems*, 2019; 17(1): 1-14.
- 2- Nasiripour AA, Zarei Z, Zaheri MM, Zarei MR. Evaluation of the Effect of Applying Three Dimensions of Clinical Governance on Hospital Performance: A Quasi-Experimental Study. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 2015; 9(6):46-52. [In Persian]
- 3- Kahouei M, Salari F, Arghandi Pour S, Akhbari R, Gholi Zadeh S. Hospital staff's expectations of information in promoting clinical governance. *Health Information Management*, 2014; 11(2):149-57. [In Persian]
- 4- Azimian moghadam F, Hozni A, Yeganeh M, Ghorbani R. [Nurses' attitude about human and organizational factors affecting clinical governance in Rasht family hospital]. *Health and treatment management*, 2014; 5 (2): 67-75. [In Persian]
- 5- Ataollahi F, Bahrami MA, Atashbahar O, Rejalian F, Gharaie H, Homayooni A, et al. Clinical Governance Implementation Challenges in Teaching Hospitals Affiliated to Yazd University of Medical Sciences, Iran, Based on the Experts' Viewpoint. *Journal of Management and Medical Informatics School*, 2013; 1(2):110-02. [In Persian]
- 6- Ziari A, Rassouli M, Mirbaha-Hashemi F, Heidarnia MA, Abachizadeh K. Prioritizing barriers to implement clinical governance in teaching hospitals of Iran: A mixed method study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 2019; 33:140. [In Persian]
- 7- Ghalehei AR, Shohoudi M. Modeling the relations between cultural intelligence and clinical governance: Perspective of nurses of public hospitals in Kermanshah. *Research in Medical Science Education*, 2014; 6 (1): 39-48. [In Persian]
- 8- Hojjat M, Mosalanejad L, Charkhandaz M, Pabarja E, Ehsani M, Mohammadi S. Barriers to clinical governance administration from point of view of managers and nurses. *Comprehensive Nursing and Midwifery*, 2016; 25 (78): 45-52. [In Persian]
- 9- Kuo YF, Chen PC. Constructing performance appraisal indicators for mobility of the service industries using Fuzzy Delphi Method. *Expert Systems with Applications*, 2008; 35 (4):1930-9.
- 10- Lee AHI, Wang W, Lin T. An evaluation framework for technology transfer of new equipment in high technology industry. *Technological Forecasting and Social Change*, 2010; 77 (1), 135–150.
- 11- Hsiao TY. Establish standards of standard costing with the application of convergent gray zone test. *European Journal of Operational Research*, 2006; 168 (2), 593–611.
- 12- Ishikawa A, Amagasa M, Shiga T, Tomizawa G, Tatsuta R, Mieno H. The max–min Delphi method and fuzzy Delphi method via fuzzy integration. *Fuzzy Sets and Systems*. 1993; 55, 241–253.
- 13- 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]
- 14- Younesifar SM, Sanaei A, Shahin A. [The degree of dominance of internal marketing components and its effect on the development of service quality in Afshar Hospital, Yazd]. *Journl of*

- Marketing Management, 2012; 16: 99-108. [In Persian]
- 15- Atashbahar A, Rejalian F, Bahrami MA, Gharaei H, Homaioni A, Ataollahi F, et al. [Educational needs of the staff of teaching hospitals in Yazd city for the establishment of clinical governance]. Health and Treatment Management, 2014; 5 (1): 69-78. [In Persian]
- 16- Mosadeghrad AM, Sadoughi F, Ghorbani M. A survey of clinical governance success in Khozestan province. Journal of Health in the Field, 2019; 7 (3): 48-63. [In Persian]
- 17- Gauld R, Horsburgh S, Brown J. The clinical governance development index: Results from a New Zealand study. BMJ Quality and Safety. 2011; 20 (11):947-952.
- 18- Scally G, Donaldson L. Clinical Governance and Drive for Quality Improvement. BMJ, 1998; 317: 61-65.
- 19- Mirkamali SM, Javanak Liavali M, Yeganeh MR. Correlation between Organizational Culture with Clinical Governance in Public Hospitals in Rasht. Journal of Hayat, 2014; 20 (1): 15-25. [In Persian]
- 20- Amerion A, Shahabi Nejad M. Assessing the barriers of strategic plan implementation from hospital managers' perspective in Kerman city. Journal of Hospital, 2015; 14 (4): 95-102. [In Persian]
- 21- Mosadeghrad AM, Sadoughi F, Ghorbani M. The role of information management in the successful implementation of clinical governance. Journal of Health-Based Research, 2016; 3: 207-21. [In Persian]

Effective Dimensions on Clinical Governance Success (Stimuluses, Enablers, Challenges) in a Private Hospital with Delphi-Fuzzy Approach

Mohammadi Z¹, Didekhani H²

Abstract

Introduction: Different countries have used methods and tools for promotion of health care to date. One of these methods is clinical governance. In this study, effective dimensions on clinical governance were evaluated in the point of view of health managers.

Methods: In this qualitative study, a comprehensive model of effective agents on clinical governance was presented by Delphi Fuzzy method. Using literature review and opinion of 30 experts and health managers of Golestan University of Medical Sciences, Goragn, and Phalsaphi privet hospital, impaired items on eight dimensions of clinical governance in Phalsaphi hospital were selected, designed as a model and assessed by Fuzzy analysis.

Results: According to suggested model, effective dimensions and variables were in three groups including stimuluses, enablers and challenges. The significance level was 8.31 based on the mean of significance level column. According to it, the internal marketing dimension with the highest significance level (10.88) and after that dimensions including education (research and development) and empowering employees with the significance level 10.54 and 10.48, respectively, had the highest effect on clinical governance implementation. The lowest effect on successful implementation of clinical governance was belong to the education dimension with the significance level 2.95.

Conclusion: The findings suggest that establishment of clinical governance in studied hospital specially needs strengthen internal marketing, education (research and development) and empowering employees and clinical governance can be used to improve the performance of the treatment centers.

Keywords: Clinical Governance, Competition in Services, Information Systems, Empowerment of Internal, Marketing Staff.

1- PhD student, Faculty of Management, Ali Abad Katool Branch, Islamic Azad University, Ali Abad Katool, Iran

2- Assistant Professor, Department of Industrial Engineering, Ali Abad Katool Branch, Islamic Azad University, Ali Abad Katool, Iran, (Corresponding Author), h.didekhani@gmail.com