

بررسی دیدگاه مدیران نسبت به مفهوم ارتقاء کیفیت سلامت بر اساس مدل حاکمیت بالینی

بابک معینی^۱، رضا شهراآبادی^{۲*}، جواد فردمال^۳، مهناز خطیبان^۴

چکیده

مقدمه و هدف: امروزه پذیرش کیفیت، در مدیریت سازمان‌ها اهمیت یافته و روش‌های متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامت تا به امروز بکار گرفته شده است که از میان این روش‌ها، حاکمیت بالینی برای نخستین بار مطرح شد. هدف از این مطالعه بررسی دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها از مفهوم ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامت بر اساس مدل حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر همدان بود.

روش کار: این مطالعه از نوع پژوهش‌های توصیفی-تحلیلی بود که در سطح بیمارستان‌های شهر همدان در سال ۱۳۹۱ انجام شد. برای بررسی آگاهی و نگرش مدیران در این مطالعه از پرسشنامه تعدیل یافته CGAQ استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۴ سوال در مورد آگاهی و ۱۵ سوال در مورد نگرش مدیران در زمینه ارتقاء کیفیت خدمات بر اساس اصول حاکمیت بالینی می‌باشد. با توجه به تعداد مدیران، مترون‌ها، سوپروایزران و سرپرستاران هر یک از بیمارستان‌های مربوطه، تعداد افراد مورد بررسی که با تعداد جامعه پژوهش برابر بود ۹۶ نفر برآورد شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های توصیفی-تحلیلی استفاده شد.

نتایج: در این مطالعه کمترین میزان آگاهی از مفهوم ارتقاء کیفیت بر اساس اصل مدیریت خطر بود. همچنین بیشتر مدیران نسبت به ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامتی بر اساس اصول حاکمیت بالینی نگرش متوسطی داشتند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به آگاهی کم مدیران از مفهوم ارتقاء کیفیت بر اساس اصول حاکمیت بالینی خصوصاً در زمینه مدیریت خطر، ایجاد برنامه‌های مدیریتی و آموزشی تخصصی در زمینه مدیریت خطر پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: مدیران بیمارستان، حاکمیت بالینی، ارتقاء کیفیت

^۱دانشیار آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳استادیار دانشکده بهداشت، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی و جراحی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* آدرس الکترونیک نویسنده مسئول: r.shahrabadi@umsha.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۹/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۷

مقدمه

امروزه موضوع کیفیت، مدیریت سازمان ها را با چالش هایی مواجه ساخته و اهمیت پذیرش آن در بخش خدمات روشن گردیده است. کیفیت خدمات عامل مهمی برای رشد، موفقیت و ماندگاری سازمان ها بوده و به عنوان راهبردی موثر و فراگیر در دستور کار مدیریت سازمان ها قرار گرفته است (۱). مأموریت اصلی بیمارستان ها تامین مراقبت با کیفیت برای بیماران و برآوردن نیازها و انتظارات آنها بوده به صورتی که کیفیت مراقبت های سلامتی ارائه خدمات درست به افراد مناسب، در زمان مناسب، با شیوه مناسب و عملی، در حد توان متوسط افراد جامعه و با روش انسانی منظور می شود (۲).

در کشورهای مختلف، روش های متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت تا به امروز بکار گرفته شده است. از میان این روش ها، حاکمیت بالینی برای نخستین بار در NHS^۱ به عنوان استراتژی ارائه شده از سوی دولت و به منظور ارتقاء کیفیت مراقبتهای سلامتی در سال ۱۹۹۸ مطرح شد به گونه ای که حاکمیت بالینی فرصت درک و آموختن اجزای مورد نیاز برای ارایه مراقبت با کیفیت را به ارمغان می آورد (۳). در سال ۱۹۹۸ اسکالی و دونالدسون چشم انداز حاکمیت بالینی را چنین ارائه نمودند: چارچوبی است که از طریق آن تشکیلات نظام سلامت برای حفاظت و ارتقا مستمر استانداردهای مراقبت، پاسخگو می گردد و این امر با به وجود آوردن محیطی که محور آن، تعالی خدمات بالینی است، تقویت می شود (۴). اصول حاکمیت بالینی عبارتند از: ممیزی بالینی^۲، مدیریت خطا و خطر در پزشکی^۳، آموزش^۴، اثربخشی بالینی^۵، تحقیق و توسعه^۶ و نقد آزادانه^۷ (۵). در فرایند ممیزی بالینی، استاندارد ارائه خدمت با مراقبت مورد نظر تعیین می شود سپس وضعیت موجود بررسی گردیده و مواردی که عدم تطابق با استاندارد وجود دارد مشخص می گردد (۶).

خطا عبارت است از شکست در انجام کامل یک فعالیت برنامه-ریزی شده مطابق با برنامه (خطای اجرایی) و یا استفاده از یک برنامه غلط برای رسیدن به یک هدف (خطای برنامه ریزی). مدیریت خطا یعنی محدود کردن وقوع حوادث ناگوار و همچنین شناخت سیستم هایی که در برابر بروز حوادث ناگوار دخیل هستند (۷).

از آنجایی که بسیاری از آموخته های هر فرد در طی دوران تحصیل خود به سرعت از دایره اعتبار علمی خارج می گردد، آموزش مداوم به ابزاری موثر و مفید توسط حاکمیت بالینی تبدیل گردیده است (۸).

اثر بخشی بالینی اندازه گیری میزان کارایی هر مداخله خاص است به گونه ای که میزان صرفه جویی اقتصادی ناشی از به کارگیری آن، نیز لحاظ و محاسبه گردد (۹). تحقیق و توسعه پروسه ای است که به هنگام نامعلوم بودن بهترین و مناسب-ترین فرایند لازم، انجام می پذیرد (۱۰) و در پایان نقد آزادانه راهی برای ایجاد راه حل هایی در جهت بهبود سازمان می باشد (۱۱).

برای اجرای موفقیت آمیز حاکمیت بالینی در راستای ارتقاء کیفیت بایستی مدیران بیمارستان ها از سیاست های حاکمیت بالینی آگاه بوده و درک مطلوبی در جهت بهبود کیفیت مراقبت های سلامت داشته باشند (۱۲). این در حالی است که نقاط مجهول بسیار زیادی پیرامون استقرار نظام حاکمیت بالینی در پیش روی مدیران قرار دارد. در حقیقت موفقیت در برنامه های حاکمیت بالینی، در گرو وجود نگرش مطلوب است که می تواند بعنوان موتور محرکه آن عمل کرده و سازمان ها را در مسیر تعالی خدمات بالینی یاری رساند (۱۳). از آنجایی که طبق مطالعه مروری اصغری و همکاران (۱۴)، مطالعات انجام شده در خصوص مفهوم نسبتاً تازه حاکمیت بالینی مخصوصاً در حیطه پرستاری و به ویژه در ایران با توجه به اهمیت ویژه آن در ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت، بسیار کم بوده در این مطالعه به بررسی دیدگاه مدیران پرستاری و اجرایی نسبت به مفهوم ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت بر اساس اصول مدل حاکمیت بالینی در بیمارستان های شهر همدان پرداخته شد. همچنین در پایان، موانعی که بر روی مدیریت مدیران در اجرای اصول حاکمیت بالینی در راستای ارتقاء کیفیت تاثیر گذار است بررسی گردید.

^۱ National Health Service

^۲ Clinical Audit

^۳ Medical Error Management

^۴ Education

^۵ Clinical Effectiveness

^۶ Research and Development (R&D)

^۷ Openness

روش کار

این مطالعه از نوع پژوهش های توصیفی-تحلیلی بود که در سطح بیمارستان های شهر همدان (شامل ۵ بیمارستان آموزشی و ۲ بیمارستان خصوصی) در سال ۱۳۹۱ انجام شد. در این پژوهش نگرش و آگاهی مدیران اجرایی و پرستاری از ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت بر اساس اصول مدل حاکمیت بالینی مورد بررسی قرار گرفت. دلیل انتخاب مدیران پرستاری (مترون، سرپرستار و سوپروایز آموزشی، کنترل عفونت و بالینی) و مدیران اجرایی (مدیر بیمارستان) در این پژوهش به عنوان حجم نمونه، این بود که هر مدیر بالینی (مدیران پرستاری) و غیر بالینی (مدیر اجرایی) به عنوان سیاست گذاران سلامتی بایستی از اهمیت کیفیت مراقبت های سلامتی در چهارچوب حاکمیت بالینی آگاه بوده و نگرش مطلوبی نسبت به آن داشته باشد (۱۵). برای بررسی آگاهی و نگرش مدیران در این مطالعه از پرسشنامه تعدیل یافته^۸ CGAQ (۱۶) همراه با رضایت نامه کتبی مبنی بر شرکت داوطلبانه گروه مورد مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات در نزد پژوهشگر استفاده شد. این پرسشنامه شامل سه بخش می باشد بخش اول شامل سوالات دموگرافیک (از جمله سوابق مدیریتی، سوابق علمی، آموزش ها) همراه با یک سوال در مورد درجه حاکمیت بالینی بیمارستان از نظر خود شخص مورد مطالعه، بود. بخش دوم سوالات، شامل ۱۴ سوال در مورد آگاهی مدیران در زمینه ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت به صورت جداگانه برای هر اصل حاکمیت بالینی (۵ سوال بر اساس اصول مدیریت خطر، اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی، آموزش و تحقیق و ۹ سوال بر اساس ساختار کلی حاکمیت بالینی) می باشد که به صورت چهار گزینه (یکی از موارد صحیح و بقیه گزینه ها غلط) بود. بخش سوم پرسشنامه شامل ۱۵ سوال در مورد نگرش مدیران در زمینه ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت بر اساس ساختار کلی حاکمیت بالینی می باشد که برای سنجش آن از مقیاس لیکرت استفاده شد به صورتی که بالاترین مقیاس برای ادراکات موافق و کمترین آن برای مقیاس مخالف در نظر گرفته شد. تعدادی از سوالات پرسشنامه نیز به صورت معکوس تدوین شده بودند که در آنها سیستم امتیاز دهی به صورت وارونه بود. همچنین در پایان پرسشنامه یک سوال باز در مورد

بزرگ ترین موانع که بر روی مدیریت مدیران در اجرای اصول حاکمیت بالینی در راستای ارتقاء کیفیت تاثیر گذار است آورده شده بود که با تکمیل حدود ۸۰ درصد از پرسشنامه ها با کد گذاری موانع ذکر شده، پاسخ ها به حالت اشباع رسیده و مابقی پرسشنامه ها دارای کدهای تکراری بودند.

در این پژوهش برای سنجش روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد. پس از تهیه و ترجمه اولیه پرسشنامه، برای تعیین روایی آن، سوالات مربوط به نگرش و آگاهی به متخصصین (از دانشکده های پرستاری و بهداشت علوم پزشکی همدان و مسئولین حاکمیت بالینی در بیمارستان ها) داده شده و نظرات آنان در این خصوص اعمال شده و به تایید آنها رسانده شد.

در این مطالعه پایایی مربوط به سوالات آگاهی پس از جمع آوری داده ها در یک نمونه ۳۰ تایی از جامعه مورد مطالعه سنجیده شد. جهت محاسبه همسانی درونی سوالات از فرمول کودر-ریچاردسون ۲۰ (۱۷) استفاده شد که مقدار آن ۰/۶۱ بدست آمد. پایایی مربوط به سوالات نگرشی حاکمیت بالینی سنجیده شد که آلفای کرونباخ مربوط به آن ۰/۸۸ بدست آمد. در این مطالعه از کلیه مدیران پرستاری (مترون و سوپروایزران و سرپرستاران) و اجرایی (مدیر بیمارستان) بیمارستان های شهر همدان به صورت سرشماری نمونه پژوهش جمع آوری شد. با توجه به تعداد مدیران، سرپرستاران، مترون ها و سوپروایزران هر یک از بیمارستان های مربوطه، تعداد افراد مورد بررسی که با تعداد جامعه پژوهش برابر است ۹۶ نفر برآورد شد. پرسشنامه-هایی که به تمام سوالات پاسخ یکسان داده بودند، یا آنهایی که به بیش از نیمی از سوالات پاسخ نداده بودند برای جلوگیری از سوء گرای در پژوهش، از مطالعه خارج گردیدند و در نهایت ۹۲ پرسشنامه کامل جمع آوری شد که نشان دهنده پاسخگویی بالای ۹۰ درصد می باشد. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار تحلیل آماری (SPSS) نسخه ۱۵، آزمون های توصیفی-تحلیلی (کای اسکوار، ضریب همبستگی) و برای بررسی چگونگی توزیع داده ها از آزمون کلموگرو-اسمیرنوف استفاده شد.

^۸Clinical Governance Awareness Questionnaire

نتایج

مشخصات نمونه پژوهش در جدول شماره یک آورده شده است. بر اساس نتایج این پژوهش بیشترین تعداد شرکت کنندگان از جامعه زنان (۸۳/۷ درصد) بودند.

بر اساس یافته‌های بدست آمده در این مطالعه از میان نمونه آماری ۹۷/۸ درصد درباره حاکمیت بالینی در بیمارستان مربوطه آموزش دیده بودند و از این میان ۶۳ درصد درباره این موضوع کتاب یا مقاله علمی خوانده بودند. از میان افراد تحت مطالعه ۲ درصد بدون آموزش تخصصی، ۴۴ درصد یک دوره آموزش تخصصی، ۱۳ درصد دو دوره آموزش تخصصی، ۲۲ درصد سه دوره آموزش تخصصی و ۱۱ درصد بیش از سه دوره آموزشی تخصصی دیده بودند. درجه حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مربوطه از نظر ۱۴/۱ درصد از مدیران خیلی خوب، ۴۲/۴ درصد خوب، ۳۴/۸ درصد متوسط، ۷/۶ درصد ضعیف، ۱/۱ درصد خیلی ضعیف بود. نتایج حاصل از آگاهی مدیران از ارتقاء کیفیت بر اساس اصول حاکمیت بالینی در جدول شماره دو آورده شده است. بر این اساس کمترین میزان آگاهی مدیران از ارتقاء کیفیت (۱۵/۲ درصد) بر اساس اصل مدیریت خطر و بیشترین آن (۷۳/۹ درصد) بر اساس اصل اثر بخشی بود. نتایج حاصل از نگرش مدیران نسبت به ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامتی بر اساس اصول حاکمیت بالینی در جدول شماره ۳ نشان داد که ۵/۴ درصد از مدیران نگرش ضعیف، ۵۷/۶ درصد نگرش متوسط و ۳۷ درصد نگرش خوب دارند. نتایج حاصل از آزمون کای اسکوار نشان داد که بین مدیران از نظر میزان آگاهی از ارتقاء کیفیت بر اساس اصل آموزش حاکمیت بالینی تفاوت آماری معنی داری وجود دارد (P-value=۰/۰۱) به گونه‌ای که تمام مدیران اجرایی از اصل آموزش آگاهی نداشتند و ۵/۴ درصد از مترون‌ها، ۳/۳ درصد از سوپروایزران آموزشی، ۷/۶ درصد از سوپروایزران بالینی، ۲/۲ درصد از سوپروایزران کنترل عفونت و ۸/۷ درصد از سرپرستاران از اصل آموزش آگاه بودند.

همچنین بر اساس این آزمون بین مدیران از نظر میزان آگاهی از ارتقاء کیفیت بر اساس اصول حاکمیت بالینی (اصل مدیریت خطر، اصل اثر بخشی، اصل ممیزی بالینی، اصل تحقیق و پژوهش و اصول کلی حاکمیت بالینی) تفاوت آماری معنی داری یافت نشد (P-value>۰/۰۵). نتایج آزمون کای اسکوار نشان داد که بین مدیران در مورد نگرش آنها نسبت به ارتقاء کیفیت

بر اساس اصول حاکمیت بالینی تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد (P-value=۰/۴۱).

در این مطالعه با توجه به نتایج آزمون پیرسون بین متغیر نگرش مدیران نسبت به ارتقاء کیفیت و درجه حاکمیت بالینی رابطه آماری معنی داری وجود دارد (P-value<۰/۰۰۱) به صورتی که ضریب همبستگی بین دو متغیر ۰/۴ بدست آمد. همچنین نتایج این آزمون مشخص کرد، بین میزان آگاهی از ارتقاء کیفیت بر اساس اصول حاکمیت بالینی با درجه حاکمیت بالینی تنها در مورد اصل اثر بخشی رابطه آماری معنی داری (P-value=۰/۰۳) با ضریب همبستگی ۰/۲۱ وجود دارد.

جدول ۱: مشخصات مدیران مورد پژوهش

مشخصات نمونه	تعداد	درصد
مورد پژوهش		
نوع بیمارستان		
آموزشی	۸۰	۸۷
خصوصی	۱۲	۱۳
جنس		
مرد	۱۵	۱۶/۳
زن	۷۷	۸۳/۷
میزان تحصیلات		
کارشناس	۷۹	۸۵/۹
کارشناس ارشد	۱۳	۱۴/۱
سن		
زیر ۳۰ سال	۴	۴/۳
۳۰ تا ۴۰ سال	۴۹	۵۳/۳
۴۰ تا ۵۰ سال	۳۴	۳۷
بالای ۵۰ سال	۵	۵/۴
نوع سمت		
مدیر	۶	۶/۵
مترون	۷	۷/۶
سرپرستار	۴۹	۵۳/۳
سوپروایزر بالینی	۱۷	۱۸/۵
سوپروایزر آموزشی	۷	۷/۶
سوپروایزر کنترل عفونت	۶	۶/۵

جدول ۲: آگاهی مدیران از مفهوم ارتقاء کیفیت بر اساس اصول حاکمیت بالینی

آگاهی از ارتقاء کیفیت بر اساس اصول حاکمیت بالینی		اصول حاکمیت بالینی	
دارد	ندارد	تعداد	درصد
۲۵	۶۷	تعداد	اصول آموزش
۲۷/۲	۷۲/۸	درصد	
۶۸	۲۴	تعداد	اصول اثر بخشی
۷۳/۹	۲۶/۱	درصد	
۱۴	۷۸	تعداد	اصول مدیریت خطر
۱۵/۲	۸۴/۸	درصد	
۵۰	۴۲	تعداد	اصول ممیزی بالینی
۵۴/۳	۴۵/۷	درصد	
۲۶	۶۶	تعداد	اصول تحقیق و پژوهش
۲۸/۳	۷۱/۷	درصد	
۲۷	۶۶	تعداد	بر اساس اصول کلی حاکمیت بالینی
۲۹/۳	۷۰/۷	درصد	

جدول ۳: توزیع فراوانی کارکنان مورد مطالعه بر حسب نگرش نسبت به ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامتی بر اساس اصول حاکمیت بالینی

تعداد	درصد	نگرش
۵	۵/۴	ضعیف
۵۳	۵۷/۶	متوسط
۳۴	۳۷	خوب
۹۲	۱۰۰	جمع کل

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه با استفاده از اصول شش گانه حاکمیت بالینی (ممیزی بالینی، مدیریت خطا و خطر در پزشکی، آموزش، اثربخشی بالینی، تحقیق و توسعه و نقد آزادانه)، میزان آگاهی مدیران از مفهوم ارتقاء کیفیت و همچنین نگرش آنان نسبت به آن بررسی شد.

بر اساس نتایج بدست آمده در این مطالعه مشخص شد که اکثر مدیران (۷۰/۷ درصد) از مفهوم ارتقاء کیفیت بر اساس ساختار کلی حاکمیت بالینی آگاهی نداشتند. همچنین کمترین میزان آگاهی مدیران از ارتقاء کیفیت بر اساس اصل مدیریت خطر (۱۵/۲ درصد) و بیشترین میزان آگاهی مدیران از ارتقاء کیفیت بر اساس اصل اثر بخشی (۷۳/۹ درصد) می باشد و نتایج حاصل از نگرش مدیران نسبت به ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامتی بر اساس اصول حاکمیت بالینی نشان داد که بیشتر (۵۷/۶ درصد) نگرش مدیران نسبت به ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامتی بر اساس اصول حاکمیت بالینی متوسط می باشد. این نتایج با مطالعه کورین و همکاران (۱۸) که در آن میزان آگاهی مدیران بیمارستان ها از ارتقاء کیفیت به صورت کم گزارش شده بود هم خوانی دارد. همچنین این نتایج با مطالعه کونته و همکاران (۱۹) که بر روی کلیه مدیران حاکمیت بالینی بیمارستان های NHS انجام شده و در آن ۵۹/۵ درصد از مدیران آگاهی بالا و در این بین ۸۸ درصد از مدیران پرستاری آگاهی بالا و ۳۱ درصد از مدیران اجرایی آگاهی پایینی داشتند و بیشتر (۶۰ درصد) مدیران نگرش خوبی نسبت به ارتقاء کیفیت بر اساس اصول حاکمیت بالینی داشتند همخوانی ندارد. آگاهی کم مدیران و عدم نگرش خوب آنان که نقش اساسی در ارتقاء کیفیت دارند خود مشکلی است که با وجود امکانات خدماتی بالا در بیمارستان ها نتوانسته به درجات عالی از حاکمیت بالینی (که در این مطالعه تنها ۱۴/۱ درصد از مدیران درجه حاکمیت بالینی را خیلی خوب گزارش داده اند) دست یابند. همچنین این نتایج با مطالعه زارعی و همکاران (۱۳) که نگرش را در مدیران بالینی کم گزارش داده اند همخوانی دارد.

در این مطالعه بین مدیران از نظر میزان آگاهی از ارتقاء کیفیت بر اساس اصل آموزش حاکمیت بالینی تفاوت معنی داری وجود داشت که در این بین هیچ یک از مدیران اجرایی از این اصل آگاهی نداشتند در صورتی که این اصل پایه یادگیری را در

کارکنان بیمارستان ها به وجود می آورد. لذا به نظر می رسد آموزش مدیران به خصوص مدیران اجرایی در زمینه اصل آموزش بایستی توسط نیروهای متخصص لحاظ شود. همچنین در این بین بیشترین میزان آگاهی از اصل آموزش را سرپرستاران بیمارستان ها داشتند که به نظر می رسد به دلیل این که در بیمارستان های مورد مطالعه تنها سرپرستاران موظف به آموزش دادن این اصل می باشند باعث شده است که آگاهی مدیران دیگر در مورد این اصل آموزشی کمتر باشد.

با توجه به میزان آگاهی مدیران از ارتقاء کیفیت، توجه به اصول حاکمیت بالینی در بیمارستان ها بایستی به این ترتیب باشد: ابتدا اصل مدیریت خطر، سپس به ترتیب اصل آموزش، اصل تحقیق و پژوهش، اصل ممیزی بالینی و در نهایت اصل اثر بخشی. نتایج این مطالعه با نتایج میسون (۲۰) هماهنگی دارد به طوری که در آن مطالعه مدیریت خطر به عنوان مهمترین اصل برای ارتقاء کیفیت شناخته شده و از جمله مهمترین دلیل عدم آگاهی مدیران از مفهوم مدیریت خطر این بوده است که آنان اکثر خطاهای بهداشتی و درمانی را به کارکنان نسبت می دهند نه به فرایندها و سازمان ها.

در این مطالعه عدم وجود راهکارهای تشویقی کارکنان فعال، عدم آموزش پایه ای به کارکنان جدید، عدم آموزش از طرف نیروهای متخصص، عدم تعهد مدیران ارشد و هزینه بر بودن فرایند از مهمترین موانعی بود که مدیران در اجرای اصول حاکمیت بالینی در راستای ارتقاء کیفیت بیان نمودند. این موانع ذکر شده با نتایج این مطالعه هماهنگی مناسبی دارد به گونه ای که عدم وجود راهکارهای تشویقی برای کارکنان باعث سوق دادن نگرش آنان به سمت نامطلوب بودن و عدم آموزش دیدن از طرف نیروهای متخصص که در این مطالعه بیشتر مدیران (۴۴ درصد) تنها یک دوره آموزش تخصصی دیده بودند، موجب آگاهی کم آنان می شود. با توجه به نتایج این مطالعه، مشخص شد با افزایش نگرش (F= ۰/۴) درجه حاکمیت بالینی افزایش می یابد. بنابراین بایستی به موانع موجود توجه لازم را داشت زیرا که با اثر گذاشتن بر نگرش مدیران می توان بر روی کیفیت مراقبت ها و خدمات بیمارستانی نیز تاثیر گذار بود. همچنین با توجه به نتایج بدست آمده از این مطالعه، مشخص شد آگاهی از ارتقاء کیفیت بر اساس اصل اثر بخشی با میزان درجه حاکمیت بالینی رابطه مستقیم دارد (F= ۰/۳۱) بنابراین لازم است به

University of Medical Sciences. 2011; 15 (2): 146-52. (Persian).

[3] Lakhani M. Clinical Governance. 3 ed. London: Royal College of General Practitioners Publishers; 2011.

[4] Scally G, Donaldson LJ. Looking forward: clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ: British Medical Journal. 1998; 317 (7150): 61-65.

[5] Starey N. What is clinical governance? 1 ed: Hayward Medical Communications; 1999.

[6] Rawlins M. Principles for best practice in clinical audit. 11 ed: Radcliffe Pub; 2002.

[7] Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ: British Medical Journal. 2008; 336 (7642): 488-491.

[8] Kane D. Clinical Governance: A Guide for Primary Health Organisations. 1 ed: Dunedin: bpac^{nz} better medicine; 2005.

[9] Holdsworth LK, Blair VA, Miller J. The Scottish physiotherapy clinical effectiveness network: Supporting clinical effectiveness activity? Clinical governance: an international journal. 2005; 10 (2): 148-164.

[10] Babl FE, Sharwood LN. Research governance: current knowledge among clinical researchers. Medical Journal of Australia. 2008; 188 (11): 649-652.

[11] Trust N. Promoting a Culture of Openness Policy: East Cheshire: NHS; 2007.

موانع موجود از جمله هزینه های بالای منابع انسانی و مالی اجرای حاکمیت بالینی که در این مطالعه بدست آمده است توجه خاصی شود زیرا که آگاه نبودن از این اصل باعث می شود مانع ذکر شده نادیده گرفته شده و در نتیجه بر روی کیفیت مراقبت-ها تاثیر نامطلوب بگذارد.

با توجه به آگاهی کم مدیران از مفهوم ارتقاء کیفیت بر اساس اصول حاکمیت بالینی خصوصا در زمینه مدیریت خطر و همچنین نگرش متوسط آنها در این زمینه و با توجه به موانع موجود برای اجرای حاکمیت بالینی از جمله عدم آموزش از طرف نیروهای متخصص و هزینه های بالای منابع مالی و انسانی، ایجاد برنامه های مدیریتی و آموزشی تخصصی به خصوص در زمینه مفاهیم جدید مدیریت خطر برای مدیران از طرف سازمان های حمایتی از جمله دانشگاه ها توصیه می گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی (تاریخ تصویب: ۹۱/۱۲/۹، شماره ثبت: ۸۴۲۶۶-۹۱۱۲۰) و با پشتیبانی مالی معاونت پژوهشی (مرکز تحقیقات دانشجویی) دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام پذیرفته است که بدین وسیله نهایت سپاس و قدردانی از مسئولین محترم بعمل می آید. همچنین از مدیران محترم بیمارستان های شهر همدان که در انجام این تحقیق نویسندگان را یاری کردند، سپاسگزاری می شود.

منابع

[1] Sahney S, Banwet D, Karunes S. An integrated framework for quality in education: Application of quality function deployment, interpretive structural modelling and path analysis. Total Quality Management & Business Excellence. 2006; 17 (2): 265-285.

[2] Sabahi-bidgoli M, Mousavi G, Kebriaei A, Shahri S, Atharizadeh M, seyedi S. The quality of hospital services in Kashan educational hospitals during 2008-9: the patients viewpoint. Journal of Kashan

- [16] McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals: Wiley-Blackwell; 2011.
- [17] Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of applied psychology*. 1993; 78 (1): 98-104.
- [18] Currie L, Loftus-Hills A. The nursing view of clinical governance. *Nursing standard*. 2002; 16 (27): 40-44.
- [19] Konteh FH, Mannion R, Davies HT. Clinical governance views on culture and quality improvement. *Clinical governance: an international journal*. 2008; 13 (3): 200-207.
- [20] Misson JC. A review of clinical risk management. *Journal of quality in clinical practice*. 2001; 21 (4): 131-134.
- [12] Bayliss P, Hill P, Calman K, Hamilton J. Education for clinical governance. *British Journal of Clinical Governance*. 2001; 6 (1): 7-8.
- [13] Zarei A, Safazade S, Abasi S, Rezaei N, editors. Comparison of clinical and non-clinical managers' attitudes in Alzahra Teaching Hospital in 2012. The first congress on clinical governance and continuous quality improvement; 2012; Tabriz. (Persian).
- [14] Asghari E, Ranjbar S, editors. Reviewing the studies on clinical governance in nursing field. The first congress on clinical governance and continuous quality improvement; 2012; Tabriz. (Persian).
- [15] Feely M. Clinical governance and the new practice nurse. *Journal for Nurses in General Practice Practice Nurse*. 2005; 30 (4): 44-46.

The study of hospital administrators's views of quality improvement of health: Applying Clinical Governance Model

Abstract

Background and Objectives: Today accepting quality is important on management of the organization, and a variety of methods has been used to improve health care quality. So, among these methods, Clinical Governance was introduced for the first time. The aim of this study was to assess the views of hospital administrators toward quality improvement of health based on Clinical Governance Model in selected hospitals of Hamadan.

Methods: It was a descriptive- analytical study. Clinical Governance Awareness Questionnaire (CGAQ) was used to assess hospital administrators's views of quality improvement of health. The questionnaire consisted of 14 questions about awareness and 15 questions about the attitude of administrators of quality improvement of health based on Clinical Governance Model. According to the number of hospital managers, matrons, head nurses and supervisors of public and private hospitals, the target population was 96 persons. SPSS 15 was used to analyze data.

Results: In this study, the lowest level of awareness was on risk management principle. Most administrators had a moderate attitude toward quality improvement of health based on Clinical Governance Model.

Conclusion: According to low awareness of administrators of quality improvement (especially in the principle of risk management) it is recommended used of administrative and training programs.

Keywords: Hospital Administrators, Clinical governance, Quality Improvement