

# شاخص های اعتبار بخشی با محوریت حاکمیت بالینی با رویکرد "کارت ارزیابی متوازن": مطالعه موردی بیمارستان خصوصی زنان صارم شهر تهران

عباس کاظمی<sup>۱</sup>، سجاد شکوهیار<sup>۲</sup>، \*معصومه عظیمیان<sup>۳</sup>

- ۱- دانشیار، گروه مدیریت اجرایی، دانشکده مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات دماوند، دماوند، تهران، ایران.
- ۲- استادیار، گروه مدیریت فناوری اطلاعات، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
- ۳- کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، گروه مدیریت اجرایی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات دماوند، دماوند، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)  
پست الکترونیکی: mahsa\_azimian@yahoo.com

نشریه مدیریت ارتقای سلامت، دوره ۵ شماره ۱ زمستان ۱۳۹۴ ۵۰-۶۱

## چکیده

**مقدمه:** در طی سال های اخیر، متولیان نظام سلامت در کشورهای مختلف جهان به منظور ارتقا کیفیت ارائه خدمات و ایمنی بیماران روش های متعددی را به کار گرفته اند. این مطالعه با هدف تعیین شاخص های اعتبار بخشی با محوریت حاکمیت بالینی با رویکرد "کارت ارزیابی متوازن" در بیمارستان خصوصی زنان صارم شهر تهران انجام شده است.

**مواد و روش ها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که با شرکت ۸۰ نفر از کارکنان بیمارستان صارم به روش نمونه گیری تصادفی ساده مشخص شد. ابزار جمع آوری داده ها شامل دو پرسشنامه "کارت ارزیابی متوازن" و "حاکمیت بالینی" بود که بعد از تأیید روایی محتوا توسط ۱۰ نفر از خبرگان گروه درمان و اعتباربخشی بیمارستان ها، اساتید و کارشناسان ارشد مدیریت، تأیید شد. پایایی به روش الفای کرونباخ از طریق توزیع پرسشنامه ها در بین ۲۰ نفر از کارشناسان و کارکنان بالینی و غیر بالینی بیمارستان صارم، مورد استفاده قرار گرفتند. سپس پرسشنامه ها در بین ۸۰ نفر نمونه آماری توزیع گردید. داده های جمع آوری شده بوسیله نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ و اکسل تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** مجموعاً ۵۴ شاخص اعتبار بخشی با محوریت حاکمیت بالینی تعیین شد. همچنین با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون مشخص شد که شاخص های محور ممیزی بالینی با شاخص های منظر مالی، شاخص های محور مشارکت بیمار و جامعه با شاخص های منظر مشتری، شاخص های محور اثربخشی بالینی با شاخص های منظر فرآیند داخلی و شاخص های محور استفاده از اطلاعات و محور رشد و مهارت آموزی و محور مدیریت کارکنان با شاخص های منظر رشد و یادگیری تناسب دارد. اما همبستگی میان شاخص های منظر مشتری با شاخص های محور مدیریت خطر و ایمنی بیمار تأیید نگردید.

**نتیجه گیری:** ۵۴ شاخص تعیین شده اعتباربخشی با محوریت حاکمیت بالینی در منظر "کارت ارزیابی متوازن" و تناسب محورهای حاکمیت بالینی با هر منظر "کارت ارزیابی متوازن"، منجر به کاهش پیچیدگی مفاهیم اعتباربخشی و تکراری بودن شاخص های اعتباربخشی گردید. لذا پیشنهاد می گردد مدیران بیمارستان ها از شاخص های مشترک بین "کارت ارزیابی متوازن" و "محورهای حاکمیت بالینی"، جهت تسهیل پیاده سازی اعتباربخشی در بیمارستان ها استفاده نمایند.

**کلید واژه ها:** اعتبار بخشی، حاکمیت بالینی، کارت ارزیابی متوازن.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۳۰

## مقدمه

ارزیابی، جزء لاینفک هر فعالیت و کار اجرایی به شمار می رود. زیرا با استفاده از اطلاعات قابل اندازه گیری، بهبود فعالیت‌های اجرایی که هدف اصلی ارزیابی عملکرد است، بهبود می یابد. ارزیابی به اثربخشی و بازده متناسب و بهره وری مورد انتظار توجه دارد، بدون آنکه مبالغ افزون تری را طلب کند (۱). هدف اصلی در هر برنامه بهداشتی ارتقا سلامت و کاهش درد و رنج انسان هاست. البته اهداف دیگری نیز مانند کاهش روزهای بستری در بیمارستان، به حداکثر رساندن کارایی کارکنان، بهبود روش های صرف منابع مالی و انجام هزینه و غیره نیز مورد نظر می باشد (۱). با توجه به تغییر و دگرگونی های روزافزون در محیط و عوامل اثرگذار بر سازمانها، نظام ارزیابی عملکردی می تواند به طور فراگیر یک سازمان را ارزیابی کند و علاوه بر معیارهای مالی، معیارهای غیر مالی را نیز در ارزیابی خود توجه کنند (۲). تعیین اعتبار و درجه بندی بیمارستانها که در محافل بهداشتی و درمانی، اعتباربخشی نامیده می شود. در این رابطه با استفاده از استانداردهای ممیزی که طی سالهای اخیر در کشورهای توسعه یافته و برخی از کشورهای در حال توسعه متداول شده است، انجام می شود. این روش اطمینان بخش و اجتناب ناپذیر برای اندازه گیری عملکرد و کیفیت خدمات بیمارستانی به شمار می رود (۳). اعتباربخشی برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و به عنوان مبنای تفکر آن به کار گرفته می شود (۴). اعتباربخشی به معنی ارزیابی منظم مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است. استانداردهایی که بر بهبود کیفیت مداوم محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تأکید دارد (۴). مفهوم حاکمیت بالینی نه تنها تأکید بر دسترسی به یک کیفیت بالای خدمات مراقبت بهداشتی دارد، بلکه بر بهبود مستمر کیفیت مراقبت بیمار نیز دلالت می کند (۵). حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن چارچوب، سازمان های ارائه دهنده خدمات بالینی در قبال بهبود ایمنی، پاسخگو بوده و محیطی را جهت تعالی کیفیت خدمات بالینی برای صیانت از استانداردهای عالی خدمات ایجاد می کنند. حاکمیت بالینی دارای هفت محور می باشد: مشارکت بیمار و جامعه، مدیریت خطر و ایمنی بیمار، اثربخشی بالینی، آموزش و مهارت آموزی، استفاده از اطلاعات، مدیریت کارکنان (۶).

حیدرپور و همکاران می نویسند (۶) که مشارکت بیمار و جامعه در سطوح فردی و جمعیتی مطرح می باشد. از دیدگاه وی

مشارکت فردی اشاره به مشارکت فرد در اتخاذ تصمیمات درمانی در خصوص جوانب سلامتی خود است و مشارکت جمعی به مشارکت فعال گروهی افراد یا یک فرد به عنوان نماینده گروه در تبیین خط مشی ها، سیاست ها و برنامه ریزی های نظام سلامت گفته می شود. آموزش و مهارت آموزی به توسعه مستمر دانش و مهارت های شغلی اشاره دارد. پیش بینی و شناسایی حوادث و خطرات، و کاهش احتمال بروز و تخفیف اثرات آنها در واقع همان اجزا مدیریت خطر است. اطلاعات خوب برای برنامه ریزی، اجراء، مدیریت و ارزیابی خدمات ضروری است. اثربخشی بالینی در مورد انجام کار درست، در زمان مناسب، برای بیمار مناسب بوده و با بهبود کیفیت و عملکرد ارتباط دارد (۶). بنا به مطالعات انجام شده، اهداف ممیزی بالینی عبارتند از: شناسایی ذینفعان کلیدی در ممیزی بالینی، جهت الویت بندی موضوعات برای حسابرسی، شناسایی مهارت های مورد نیاز برای انجام ممیزی، توانایی طراحی و برنامه ریزی پروژه های حسابرسی، درجه بندی بیمارستان (۴). مدیریت کارکنان شامل به کارگیری و انتخاب کارکنان، ارزیابی و نظارت بر آنان، توسعه مهارت های فردی و شخصی و تأمین رفاه آنان است (۶). روش "کارت ارزیابی متوازن" نه تنها به عنوان یک ابزار قوی برای ارزیابی عملکرد بلکه به عنوان ابزاری جهت تحقق برنامه راهبردی به جامعه مدیریت معرفی گردید. شرکتهای موفق برای ارزیابی عملکرد خود فقط به سنجه های مالی متکی نیستند بلکه عملکرد خود را از سه منظر دیگر یعنی مشتری، فرآیندهای داخلی، یادگیری و رشد نیز مورد ارزیابی قرار می دهند (۷). زیاد بودن و تکراری بودن تعداد سنجه ها و اختلاف نظر میان ارزیابان و تداخل و گاه تعارض میان برنامه ها و ارزیابی های حاکمیت بالینی و اعتباربخشی، شاخص های اعتبار بخشی را به ابهام آمیخته است و اجرای آن را دچار چالش ساخته است. با توجه به آنچه گفته شد، این مطالعه با هدف تعیین شاخص های اعتبار بخشی با محوریت حاکمیت بالینی با رویکرد "کارت ارزیابی متوازن" در بیمارستان خصوصی زنان صارم انجام شده است.

## مواد و روش ها

این پژوهش، یک مطالعه از نوع توصیفی-پیمایشی است و جامعه پژوهش آن را کلیه کارکنان شاغل در بخش های مختلف بیمارستان خصوصی صارم شهر تهران که در پیاده سازی اعتباربخشی فعالیت داشته اند تشکیل دادند که مجموع آنها ۱۰۰ نفر بودند. روش نمونه گیری در این مطالعه بصورت نمونه گیری تصادفی ساده بود.

پی اس اس نسخه ۲۲ و اکسل تجزیه و تحلیل شد.

### یافته ها

یافته های حاصل از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف نشان داد کلیه داده های کمی این پژوهش از توزیع نرمال برخوردار بودند ( $p < 0/05$ ). مشخصات جمعیت شناسی افراد مورد بررسی در مطالعه به تفکیک در جدول ۱ آمده است یافته دیگر این پژوهش دلالت بر آن داشت که در هر ۱۱ معیار (۴ منظر "کارت ارزیابی متوازن" و ۷ محور حاکمیت بالینی)، مجموع درصد موافق و کاملاً موافق بیشتر از ۵۰ درصد دارند. این، یعنی پاسخ مثبت به شاخص های تعیین شده در منظرهای "کارت ارزیابی متوازن" و محورهای حاکمیت بالینی، بیشتر از ۵۰ درصد می باشد. پاسخ مثبت برای "کارت ارزیابی متوازن" مربوط به منظر مشتری ۹۱/۹۸ درصد است، که بیشترین درصد موافق و کاملاً موافق را در کل معیارها به خود اختصاص داده است. برای حاکمیت بالینی مربوط به محور مشارکت بیمار و جامعه ۹۸/۱۱ درصد است که بعد از منظر مشتری دارای درصد موافق و کاملاً موافق بالایی بوده است. این درصد بالای موافقت با منظر مشتری و مشارکت بیمار و جامعه نشان می دهد که شاخص های تعیین شده در این دو ابزار دارای اهمیت بالایی در بیمارستان صارم است. ضمناً محور مدیریت کارکنان کمترین درصد موافق و کاملاً موافق (۵۵/۶۰ درصد) را در کل معیارها به خود اختصاص داده است.

در این روش نمونه مورد مطالعه طی دو مرحله انتخاب گردید (یعنی انتخاب نمونه ای از نمونه گیری دیگر) بدین صورت که حدود ۱۰۰ نفر از کارکنان واحدهای درمانی و واحدهای پشتیبانی بیمارستان صارم که ارتباط بیشتری در کار اجرایی اعتباربخشی و حاکمیت بالینی داشته و دوره های آموزشی در این رابطه را گذرانده اند، انتخاب و از میان آنها ۸۰ نفر طبق جدول مورگان انتخاب شده اند. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته می باشد که از طریق مروری بر ادبیات تدوین گردید، و نحوه پاسخ دهی به عبارات براساس طیف ۵ گزینه ای لیکرت تنظیم شد. ابزار جمع آوری داده ها شامل دو قسمت عبارات جمعیت شناختی و عبارات تخصصی است. ابزار تخصصی شامل دو پرسشنامه می باشد که پرسشنامه تخصصی اول ۴ زیر مقیاس دارد که همان ۴ منظر "کارت ارزیابی متوازن" می باشد و حاوی ۳۳ سؤال منظرهای "کارت ارزیابی متوازن" است و پرسشنامه تخصصی دوم ۷ زیر مقیاس دارد که همان ۷ محور "حاکمیت بالینی" است و حاوی ۲۹ سؤال محورهای حاکمیت بالینی است.

جهت اندازه گیری روایی، پرسشنامه ها در اختیار ۱۰ نفر از خبرگان گروه درمان و اعتباربخشی بیمارستانها، اساتید و کارشناسان ارشد مدیریت قرار گرفت و اقدامات اصلاحی انجام شد. پایایی پرسشنامه ها به روش الفای کرونباخ از طریق توزیع پرسشنامه ها در بین ۲۰ نفر از کارشناسان و کارکنان بالینی و غیر بالینی انجام شد که برای "پرسشنامه کارت ارزیابی متوازن" ۰/۹۲ و برای "پرسشنامه حاکمیت بالینی" ۰/۹۰ تأیید شد. این اعداد بعد از توزیع کامل بین نمونه آماری به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۱ در پرسشنامه اول و دوم محاسبه شد. عبارت دیگر، پایایی پرسشنامه بعد از توزیع و جمع آوری پرسشنامه ها در کل نمونه آماری، حفظ شده است. سپس پرسشنامه ها در بین ۸۰ نفر به عنوان نمونه آماری توزیع گردید که تعداد ۷۸ پرسشنامه بازگردانده شد که البته در بعضی موارد به تمام سؤالات پاسخ داده نشده است. پس از گردآوری و استخراج داده های خام برای توصیف داده های جمعیت شناختی و بررسی وضعیت متغیرها در نمونه آماری از فراوانی و درصد فراوانی استفاده شد. در نهایت، درآمار استنباطی از آزمون تی تک نمونه و همبستگی پیرسون برای تجزیه و تحلیل متغیرهای پژوهش استفاده گردید. آزمون تی جهت بررسی وضعیت متغیرها از نظر مقایسه میانگین اهمیت آنها در بیمارستان صارم استفاده شده است و آزمون همبستگی پیرسون جهت آزمون فرضیه ها بکار رفته است. داده ها بوسیله نرم افزار اس

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناسی نمونه مورد بررسی

متغیرها		فراوانی	درصد	متغیرها		فراوانی	درصد
جنس	زن	۶۹	۸۹/۶	واحد سازمانی	دفتر پرستاری	۳	۴/۳
	مرد	۸	۱۰/۴		تجهیزات پزشکی	۲	۲/۹
	جمع کل	۷۷	۱۰۰		بهبود کیفیت	۴	۵/۸
					اداری	۱۳	۱۸/۸
					کلینیک	۱۵	۲۱/۷
					پاراکلینیک	۸	۱۱/۶
					زایشگاه	۳	۴/۳
					اتاق عمل	۸	۱۱/۶
					بستری	۱۰	۱۴/۵
					داروخانه	۳	۴/۳
			جمع	۶۹	۱۰۰		
سن	۲۰-۳۰	۲۱	۲۶/۹	تخصص	ماما	۲۱	۳۰/۴
	۳۰-۴۰	۳۲	۴۱		پرستار	۱۵	۲۱/۷
	۴۰-۵۰	۱۷	۲۴/۳		پزشک	۷	۱۰/۱
	جمع کل	۷۰	۱۰۰		کارشناس اداری	۱۵	۲۱/۷
					کارشناس آزمایشگاه	۸	۱۱/۶
					کارشناس فنی مهندسی	۳	۴/۳
			جمع	۶۹	۱۰۰		
سابقه	کمتر از ۵ سال	۱۸	۲۳/۴	تحصیلات	دیپلم	۴	۵/۲
	۵-۱۰ سال	۳۲	۴۱/۶		فوق دیپلم	۱۱	۱۴/۳
	بیشتر از ۱۰ سال	۲۷	۳۵/۱		کارشناسی	۵۲	۶۷/۵
سمت	مسئولان بالینی	۱۷	۲۳/۶		کارشناسی ارشد	۳	۳/۹
	مسئولان غیر بالینی	۱۲	۱۶/۷		دکتری	۷	۹/۱
	کارشناسان بالینی و غیر بالینی	۴۳	۵۹/۷		جمع کل	۷۷	۱۰۰
	جمع	۷۲	۱۰۰				

آزمون تی تک نمونه به بیان میزان اهمیت و تفسیر متغیرها (سنجه ها و یا شاخص های بیان شده در هر منظر "کارت ارزیابی متوازن" و محورهای حاکمیت بالینی) پرداخته است. در نتیجه شاخص های حفظ و رضایتمندی کارکنان در منظر رشد و یادگیری و همچنین شاخص طبابت مبتنی بر شواهد در محور اثربخشی بالینی و شاخص رفاه کارکنان در محور مدیریت کارکنان به طور متوسط تأیید شده اند. شاخص سنجش کار گروهی در محور مدیریت کارکنان، دارای درجه اهمیت ضعیف می باشد. سایر شاخص ها در منظرهای "کارت ارزیابی متوازن" و شاخص های محور حاکمیت بالینی به طور قوی مورد تأیید هستند. میانگین اهمیت شاخص ها در نمونه آماری با توجه به طیف ۵ گزینه ای لیکرت عدد ۳ می باشد که با استفاده از آن نتایج آزمون تی تک نمونه در جدول ۲ قابل مشاهده است. در این مطالعه با توجه به مقیاس متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است و با سطح خطای ۵٪ و سطح اطمینان ۹۵٪ فرضیه های پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. در حالت استاندارد که فرضیه آماری منفی و فرضیه پژوهش مثبت است، اگر مقدار معنی داری کمتر از ۵٪ باشد فرضیه آماری رد و فرض پژوهش تأیید می شود. این پژوهش دارای یک فرضیه اصلی و ۷ فرضیه فرعی است.

جدول ۲: نتایج آزمون تی تک نمونه شاخص های "کارت ارزیابی متوازن" و محورهای حاکمیت بالینی

شاخص	Sig) (2-tailed)	میانگین	انحراف معیار	t آزمون	فاصله اطمینان ۹۵٪	
					حد بالا	حد پایین
درآمد	۰/۰۰۰	۳/۸۰	۱/۰۵۳	۶/۵۸۲	۱/۰۴	۰/۵۶
سود	۰/۰۰۰	۳/۴۹	۱/۰۰۵	۴/۲۵۱	۰/۷۲	۰/۲۶
بهره وری کارکنان	۰/۰۰۰	۳/۸۳	۰/۹۹۹	۷/۳۶۸	۱/۰۶	۰/۶۱
بازگشت سرمایه	۰/۰۰۰	۳/۵۸	۱/۰۷۴	۴/۶۹۹	۰/۸۲	۰/۳۳
ساختار هزینه	۰/۰۰۰	۳/۶۲	۰/۸۱۲	۶/۷۳۹	۰/۸۱	۰/۴۴
سهم بازار	۰/۰۰۰	۳/۳۸	۰/۸۸۹	۳/۷۱۷	۰/۵۸	۰/۱۷
ارزش افزوده اقتصادی	۰/۰۰۰	۳/۵۳	۰/۷۵۴	۶/۲۰۰	۰/۷۰	۰/۳۶
بهره برداری منابع	۰/۰۰۰	۳/۶۴	۰/۸۶۸	۶/۵۲۶	۰/۸۴	۰/۴۵
منظر مالی	۰/۰۰۰	۳/۶۰۸۲	۰/۵۴۵۹۲	۹/۸۴۰	۰/۷۳۱۳	۰/۴۸۵۱
سرعت ارائه خدمت	۰/۰۰۰	۴/۱۳	۰/۹۷۸	۱۰/۱۳۷	۱/۳۵	۰/۹۱
سهولت دسترسی به خدمت	۰/۰۰۰	۴/۴۲	۰/۶۵۶	۱۸/۹۳۷	۱/۵۶	۱/۲۷
هزینه برای بیمار	۰/۰۰۰	۴/۱۳	۰/۷۷۹	۱۲/۷۹۲	۱/۳۰	۰/۹۵
برخورد با بیمار	۰/۰۰۰	۴/۵۸	۰/۶۱۴	۲۲/۶۷۹	۱/۷۲	۱/۴۴
تعامل بیمار	۰/۰۰۰	۴/۴۰	۰/۵۹۱	۲۰/۸۳۵	۱/۵۴	۱/۲۷
شکایت بیمار	۰/۰۰۰	۴/۵۵	۰/۵۷۳	۲۳/۹۰۴	۱/۶۸	۱/۴۲
رضایت بیماران	۰/۰۰۰	۴/۶۰	۰/۵۴۳	۲۶/۰۷۹	۱/۷۲	۱/۴۸
خطا	۰/۰۰۰	۴/۳۳	۰/۷۸۸	۱۳/۷۸۹	۱/۴۱	۱/۰۵
سرعت و کیفیت عملکرد	۰/۰۰۰	۴/۲۲	۰/۵۹۵	۱۳/۰۶۷	۱/۳۵	۱/۰۸
منظر مشتری	۰/۰۰۰	۴/۳۶۱۵	۰/۴۴۹۰۳	۲۶/۷۷۸	۱/۴۶۲۷	۱/۲۶۰۲
انحراف از زمان هر فرایند	۰/۰۰۰	۳/۴۷	۰/۷۷۷	۵/۲۰۲	۰/۶۵	۰/۲۹
انحراف از طول مدت اقامت	۰/۰۰۰	۳/۵۴	۰/۹۷۲	۴/۸۳۸	۰/۷۶	۰/۳۲
سهولت دسترسی به اطلاعات	۰/۰۰۰	۳/۸۹	۰/۷۷۶	۱۰/۰۵۲	۱/۰۷	۰/۷۲
استفاده از اطلاعات	۰/۰۰۰	۳/۹۱	۰/۸۱۹	۹/۶۵۹	۱/۱۰	۰/۷۲
ضریب اشغال تخت	۰/۰۰۰	۳/۷۹	۰/۸۳۲	۸/۳۷۷	۰/۹۸	۰/۶۰
میزان خدمات	۰/۰۰۰	۴/۰۷	۰/۶۶۴	۱۳/۹۰۳	۱/۲۲	۰/۹۱
استفاده از فناوری	۰/۰۰۰	۴/۱۷	۰/۷۷۳	۱۳/۲۱۳	۱/۳۵	۰/۹۹
منظر فرایند داخلی	۰/۰۰۰	۳/۸۳۴۳	۰/۴۷۸۵۳	۱۵/۱۹۹	۰/۹۴۳۶	۰/۷۲۴۹
تعداد پروژه ها	۰/۰۰۰	۳/۸۳	۰/۸۴۴	۸/۴۸۰	۱/۰۲	۰/۶۳
تعداد مقالات	۰/۰۰۰	۳/۹۵	۰/۹۷۸	۸/۴۴۲	۱/۱۷	۰/۷۲
بودجه آموزشی	۰/۰۰۰	۳/۵۵	۱/۰۱۷	۴/۶۵۴	۰/۷۸	۰/۳۱
توسعه از فناوری	۰/۰۰۰	۳/۸۸	۰/۹۶۶	۷/۹۵۹	۱/۱۰	۰/۶۶
سیستم اطلاعاتی	۰/۰۰۰	۴/۱۲	۰/۷۲۵	۱۳/۲۳۰	۱/۲۹	۰/۹۵
فرهنگ کار گروهی	۰/۰۰۰	۳/۶۱	۱/۱۳۸	۴/۶۶۹	۰/۸۸	۰/۳۵
رضایت مندی کارکنان	۰/۳۳۶	۳/۱۴	۱/۳۰۳	۰/۹۶۸	۰/۴۴	۰/۱۵
حفظ کارکنان	۰/۸۵۰	۲/۹۷	۱/۲۱۱	۰/۱۸۹	۰/۲۵	۰/۳۰
عملکرد کارکنان	۰/۰۰۲	۳/۴۷	۱/۲۷۰	۳/۲۵۲	۰/۷۶	۰/۱۸
منظر رشد و یادگیری	۰/۰۰۰	۳/۶۰۷۸	۰/۷۲۹۲۷	۷/۲۶۶	۰/۷۷۴۵	۰/۴۴۱۲

فاصله اطمینان ۹۵٪		t آزمون	انحراف معیار	میانگین	(Sig ۲-tailed)	شاخص
حد پایین	حد بالا					
۰/۲۴	۰/۶۵	۴/۳۳۲	۰/۹۰۰	۳/۴۵	۰/۰۰۰	بودجه خدمات بالینی
۰/۷۶	۱/۱۶	۹/۷۱۱	۰/۸۷۴	۳/۹۶	۰/۰۰۰	ممیزی دوره ای
۰/۲۲	۰/۶۶	۳/۹۵۴	۰/۹۸۰	۳/۴۴	۰/۰۰۰	منافع ذینفعان
۰/۴۶۲۸	۰/۷۸۰۸	۷/۷۸۵	۰/۷۰۵۴۱	۳/۶۲۱۸	۰/۰۰۰	محور ممیزی بالینی
۰/۶۵	۱/۰۲	۹/۰۵۸	۰/۸۱۳	۳/۸۳	۰/۰۰۰	کانال های ارتباطی
۱/۶۰	۱/۸۱	۳۰/۹۶۰	۰/۴۸۶	۴/۷۱	۰/۰۰۰	کلاس های آموزشی
۱/۳۳	۱/۶۲	۲۰/۳۷۵	۰/۶۳۹	۴/۴۷	۰/۰۰۰	رسیدگی به شکایات
۱/۲۴	۱/۵۸	۱۶/۶۹۲	۰/۷۴۶	۴/۴۱	۰/۰۰۰	رضایت سنجی
۰/۶۹	۱/۰۷	۹/۱۹۸	۰/۸۴۳	۳/۸۸	۰/۰۰۰	ثبت خطا
۰/۶۶	۱/۱۱	۷/۹۷۲	۰/۹۸۰	۳/۸۸	۰/۰۰۰	خط مشی مقابله با خطا
۱/۲۵	۱/۵۳	۱۹/۳۰۸	۰/۶۳۲	۴/۳۹	۰/۰۰۰	کلاس های مدیریت خطر و ایمنی
۱/۱۲۴۲۱	۱/۳۳۳۴۴	۲۳/۴۹۳	۰/۴۶۱۷۷۰	۴/۲۲۸۳۳	۰/۰۰۰	مشارکت بیمار و جامعه
۰/۶۸	۱/۰۷	۸/۹۷۱	۰/۸۵۸	۳/۸۷	۰/۰۰۰	ارتباط کارکنان درمان در انتقال بین بخشی
۰/۷۴	۱/۱۴	۹/۳۱۱	۰/۸۸۸	۳/۹۴	۰/۰۰۰	پایش شاخص های ایمنی
۰/۷۳۰۵	۱/۰۷۷۲	۱۰/۳۸۱	۰/۷۶۸۹۵	۳/۹۰۳۸	۰/۰۰۰	مدیریت خطر و ایمنی
۰/۵۲	۰/۹۲	۷/۲۲۴	۰/۸۷۳	۳/۷۲	۰/۰۰۰	کاربرد از فناوری نوین
-۰/۷۰	۰/۳۹	۱/۳۶۶	۱/۰۰۷	۳/۱۶	۰/۱۷۶	آشنایی با طبابت مبتنی بر شواهد
۰/۲۵۶۱	۰/۶۲۵۵	۴/۷۵۵	۰/۸۰۸۱۵	۳/۴۴۰۸	۰/۰۰۰	محور اثربخشی بالینی وجود HIS
۰/۴۰	۰/۷۹	۶/۱۹۰	۰/۸۲۶	۳/۵۹	۰/۰۰۰	دسترسی به کامپیوتر توسط کارکنان و مدیران
۰/۸۴	۱/۲۷	۹/۶۵۲	۰/۹۵۱	۴/۰۵	۰/۰۰۰	مطلوب بودن سیستم اطلاعات
۰/۷۴	۱/۱۳	۹/۵۳۹	۰/۸۵۴	۳/۹۳	۰/۰۰۰	دسترسی کارکنان به اطلاعات مورد نیاز
۰/۸۴	۱/۲۱	۱۰/۹۶۴	۰/۸۱۶	۴/۰۳	۰/۰۰۰	استفاده از اطلاعات جهت برنامه ریزی ...
۰/۵۷	۱/۰۱	۷/۰۷۶	۰/۹۶۳	۳/۷۹	۰/۰۰۰	محور استفاده از اطلاعات
۰/۷۳۳۹	۱/۰۳۱۹	۱۱/۸۰۵	۰/۶۵۲۰۰	۳/۸۸۲۹	۰/۰۰۰	وجود برنامه توسعه فردی
۰/۷۷	۱/۲۰	۹/۲۴۲	۰/۹۳۱	۳/۹۹	۰/۰۰۰	آموزش کارکنان
۱/۱۷	۱/۵۲	۱۵/۴۳۳	۰/۷۵۸	۴/۳۴	۰/۰۰۰	روش های مناسب آموزشی
۰/۹۷	۱/۳۲	۱۲/۸۲۶	۰/۷۷۸	۴/۱۴	۰/۰۰۰	وجود برنامه های آموزشی دوره ای کارکنان
۱/۰۷	۱/۴۳	۱۳/۸۷۷	۰/۷۸۵	۴/۲۵	۰/۰۰۰	محور آموزش و مهارت آموزی
۱/۰۳۳۵	۱/۳۲۸۳	۱۵/۹۶۲	۰/۶۴۴۹۸	۴/۱۸۰۹	۰/۰۰۰	پذیرش و استخدام کارکنان
۱/۰۴	۱/۴۳	۱۴/۵۰۸	۰/۸۶۲	۴/۲۴	۰/۰۰۰	انتخاب کارکنان
۰/۴۷	۰/۹۷	۵/۷۸۵	۱/۰۹۱	۳/۷۲	۰/۰۰۰	رضایت سنجی کارکنان
۰/۰۹	۰/۶۴	۲/۶۸۰	۱/۱۹۸	۳/۳۷	۰/۰۰۹	رفاه کارکنان
-۰/۱۰	۰/۳۹	۱/۱۸۲	۱/۰۷۴	۳/۱۵	۰/۲۴۱	ارزیابی عملکرد کارکنان
۰/۲۴	۰/۶۸	۴/۱۸۹	۰/۹۵۸	۳/۴۶	۰/۰۰۰	سنجش کار تیمی
-۰/۶۳	-۰/۱۶	-۳/۲۸۸	۱/۰۴۷	۲/۶۱	۰/۰۰۲	محور مدیریت کارکنان
۰/۲۴۶۸	۰/۵۹۷۱	۴/۷۹۹	۰/۷۶۶۴۰	۳/۴۲۱۹	۰/۰۰۰	

و جامعه و منظر مشتری به طور معنی داری با هم همبستگی داشته و در نتیجه شاخص های اعتبار بخشی با محوریت مشارکت بیمار و جامعه، با منظر مشتری تناسب دارد.

در مورد تناسب شاخص های محور مدیریت خطر و ایمنی، با شاخص های منظر مشتری (فرضیه سوم) سطح معنی داری دو طرفه (۰/۰۶۴) بزرگتر از ۰/۰۵ است، فرضیه آماری تأیید می شود. عبارت دیگر، با اطمینان ۹۵٪ می توان گفت که محور مدیریت خطر و ایمنی با منظر مشتری به طور معنی داری با هم همبستگی نداشته و در نتیجه شاخص های اعتبار بخشی با محوریت مدیریت خطر و ایمنی، با منظر مشتری تناسب ندارد.

طبق آزمون همبستگی پیرسون، در مورد تناسب شاخص های محور ممیزی بالینی با شاخص های منظر مالی (فرضیه اول) چون سطح معنی داری دو طرفه (۰/۰۰) کوچکتر از ۰/۰۵ است، فرضیه آماری رد می شود. عبارت دیگر، با اطمینان ۹۵٪ می توان گفت که محور ممیزی بالینی و منظر مالی به طور معنی داری با هم همبستگی داشته و در نتیجه شاخص های اعتبار بخشی با محوریت ممیزی بالینی با منظر مالی تناسب دارد.

همچنین در مورد تناسب شاخص های محور مشارکت بیمار و جامعه با شاخص های منظر مشتری (فرضیه دوم) سطح معنی داری دو طرفه (۰/۰۰۲) کوچکتر از ۰/۰۵ است، که فرضیه آماری می شود. عبارت دیگر، با اطمینان ۹۵٪ می توان گفت که محور مشارکت بیمار



در مورد تناسب شاخص های محور مدیریت کارکنان با شاخصهای منظر رشد و یادگیری (فرضیه هفتم) سطح معنی داری دو طرفه (0/00) کوچکتر از 0/05 است، فرضیه آماری رد می شود. عبارت دیگر با اطمینان 95٪ میتوان گفت که محور مدیریت کارکنان و منظر رشد و یادگیری به طور معنی داری با هم همبستگی داشته و در نتیجه شاخص های اعتباربخشی با محوریت مدیریت کارکنان، با منظر رشد و یادگیری تناسب دارد.

با آزمون همبستگی پیرسون تناسب منظر مالی با محور ممیزی بالینی، منظر مشتری با مشارکت بیمار و جامعه، منظر فرآیند داخلی با اثربخشی بالینی، منظر رشد و یادگیری با استفاده از اطلاعات و با آموزش و مهارت آموزی و با مدیریت کارکنان تأیید می شود. همچنین تناسب منظر مشتری با مدیریت خطر رد می شود. با توجه به آنچه از تجزیه و تحلیل بدست آمده جدول 3 که حاوی شاخصهای نهایی به تفکیک منظر و محور مربوطه می باشد حاصل شد.

با توجه به جدول 3 و الگوی "کارت ارزیابی ارزیابی"، الگو نهایی پژوهش شکل گرفت و الگوی مفهومی پژوهش ارائه گردیده است. در الگوی مفهومی نهایی، محور مدیریت خطر و ایمنی بیمار از منظر مشتری حذف شده است و همچنین شاخصهای طبابت مبتنی بر شواهد از مضمون اثربخشی بالینی در منظر فرآیند داخلی، رضایتمندی و حفظ کارکنان و رفاه کارکنان و سنجش کار گروهی از مضمون مدیریت کارکنان در منظر رشد و یادگیری حذف شده اند.

همچنین در مورد تناسب شاخص های محور اثربخشی بالینی با شاخص های منظر فرآیند داخلی (فرضیه چهارم) سطح معنی داری دو طرفه (0/007) کوچکتر از 0/05 است، فرضیه آماری رد می شود. عبارت دیگر، با اطمینان 95٪ می توان گفت که محور اثربخشی بالینی و منظر فرآیند داخلی به طور معنی داری با هم همبستگی داشته و در نتیجه شاخص های اعتبار بخشی با محوریت اثربخشی بالینی، با منظر فرآیند داخلی تناسب دارد.

بعلاوه، در مورد تناسب شاخصهای محور آموزش و مهارت آموزی با شاخص های منظر رشد و یادگیری (فرضیه پنجم) سطح معنی داری دو طرفه (0/001) کوچکتر از 0/05 است، فرضیه آماری رد می شود. عبارت دیگر، با اطمینان 95٪ می توان گفت که محور آموزش و مهارت آموزی و منظر رشد و یادگیری به طور معنی داری با هم همبستگی داشته و در نتیجه شاخص های اعتباربخشی با محوریت آموزش و مهارت آموزی، با منظر رشد و یادگیری تناسب دارد.

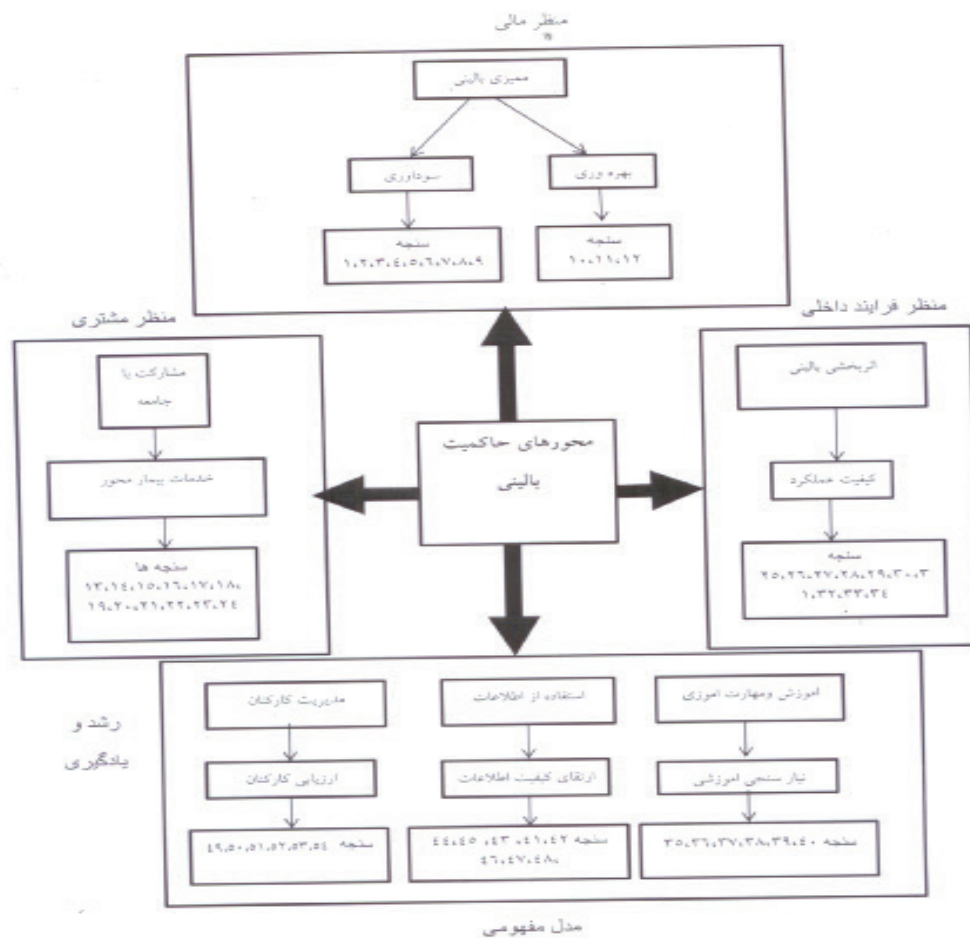
همچنین در مورد تناسب شاخصهای محور استفاده از اطلاعات با شاخصهای منظر رشد و یادگیری (فرضیه ششم) سطح معنی داری دو طرفه (0/00) کوچکتر از 0/05 است، فرضیه آماری رد می شود. عبارت دیگر، با اطمینان 95٪ می توان گفت که محور استفاده از اطلاعات و منظر رشد و یادگیری به طور معنی داری با هم ارتباط داشته و در نتیجه شاخص های اعتباربخشی با محوریت استفاده از اطلاعات، با منظر رشد و یادگیری تناسب دارد.

جدول 3: شاخص های اعتباربخشی به تفکیک منظرها و محورها

منظرها	توضیحات	مضمون (محور حاکمیت بالینی)	هدف	سنجه ها
مالی	اگر موفق شویم از نظر سهامداران و ذینفعان و تامین کنندگان مالی چگونه خواهیم بود؟	ممیزی بالینی	افزایش سودآوری (۲۲)	۱- میزان درآمد (درآمد ناخالص، توسعه فرصت های درآمد، درآمد بنیادی، درآمد عملیاتی) ۲- سهم بازار ۳- برگشت سرمایه ۴- ارزش افزوده اقتصادی ۵- میزان سود بدست آمده (سود عملیاتی) ۶- تخصیص مالی عمومی ۷- نیل به اهداف سازمان ۸- ذینفع سازمان ۹- تعیین درجه بیمارستان
			افزایش بهره وری (۲۲)	۱۰- بهبود ساختار هزینه ۱۱- بهره وری کارکنان پرستاری ۱۲- استفاده بهینه از منابع و دارایی ها

<p>۱۳- مدت زمان دریافت خدمات ۱۴- میزان رعایت ادب و احترام در ارائه خدمت ۱۵- مشارکت در امر درمان ۱۶- میزان کاهش مشکل ۱۷- میزان کاهش هزینه برای بیمار ۱۸- میزان کاهش موانع برای بیمار و خانواده ۱۹- فاصله تشخیص تا درمان ۲۰- میزان شکایات ۲۱- میزان رسیدگی به شکایات ۲۲- میزان رضایتمندی بیمار و همراهان ۲۳- درک بیشتر نیازهای فردی ۲۴- ارتباط مثبت و بهتر متخصصان باعث اثرات پایا و مثبت بر سلامت می شود.</p>	<p>برنامه ریزی و ارائه خدمات درمانی و مراقبتی بیمار - محور مبتنی بر نظرات و ترجیحات بیماران و مراقبان آنان (۲۲)</p>	<p>مشارکت بیمار و جامعه</p>	<p>چگونه به نظر بیماران و خانواده های آنها باشیم و آنها چه انتظاری از ما دارند؟ مشتریان، ما را چگونه می بینند؟</p>	<p>مشتری</p>
<p>۲۵- مدت زمان صرف شده در هر فرایند ۲۶- میزان ارجاعات کلینیکی و پاراکلینیکی از سایر مراکز با توجه به فناوری های پیشرفته مورد استفاده ۲۷- طول اقامت در بیمارستان ۲۸- میزان اشغال تخت ها ۲۹- مراجعات مجدد ۳۰- استفاده از HIS در بیمارستان ۳۱- تغییر در میزان خدمات ۳۲- استفاده از فناوری در فرایندها ۳۳- میزان بهبود کیفیت ۳۴- ارتباط بین مهارت بالینی پزشک و ارزش ها و ترجیحات بیمار</p>	<p>عملکرد بالینی: انجام کار درست در زمان مناسب، ارتقا استفاده از سیستمهای اطلاعاتی و ساختارهای توسعه بخش یادگیری درون سازمانی، بهبود کیفیت عملکرد (۷۰)</p>	<p>اثر بخشی بالینی</p>	<p>برای کسب رضایت بیماران در چه فرآیندهایی بایستی سرآمد باشیم و با چه فرآیندهایی اثر بخش و عالی باشیم؟</p>	<p>فرآیند داخلی</p>
<p>۳۵- تعداد پروژه های درحال بهره برداری ۳۶- میزان بودجه جهت حمایت از آموزش و توسعه ۳۷- مدت زمان برای توسعه نسل بعدی فناوری ۳۸- میزان زیرساخت هاجت رسیدن به فرایند و اهداف ۳۹- وجود برنامه توسعه فردی ۴۰- میزان دسترسی به آموزش و ارزیابی خدمات ضروری</p>	<p>فراهم کردن برنامه های آموزشی داخل و خارج بیمارستان با توجه به نیازسنجی، ایجاد فرصت رشد و توسعه، مهارت و دانش کارکنان، فرآیندهای یادگیری مداوم (۳۱)</p>	<p>آموزش و مهارت آموزی</p>		
<p>۴۱- میزان دسترسی به اطلاعات ۴۲- استفاده از منابع اطلاعاتی ۴۳- نحوه ثبت و جمع آوری اطلاعات ۴۴- نوع اطلاعات ۴۵- وجود HIS ۴۶- برنامه ریزی، اجراء، مدیریت و ارزیابی خدمات ضروری ۴۷- دسترسی آنلاین یا کتبی بیماران برای انتقال تجربیات خود از سیر درمان بیماری و رخداد های دوره بستریشان ۴۸- فرایندهای موثر پژوهش</p>	<p>ارتقای کیفیت اطلاعات (۶۷)</p>	<p>استفاده از اطلاعات</p>	<p>آیا بهبود را ادامه دهیم؟ چه نوع فرهنگ و مهارتها و آموزش فناوری ها را می خواهیم برای حمایت از فرایندها توسعه دهیم؟</p>	<p>رشد و یادگیری</p>
<p>۴۹- میزان عملکرد کارکنان ۵۰- رضایت سنجی کارکنان ۵۱- به کارگیری و انتخاب صحیح کارکنان ۵۲- ارزیابی و نظارت بر آنان ۵۳- توسعه مهارت های فردی و شغلی ۵۴- فرهنگ کار گروهی</p>	<p>ارزیابی و نظارت کارکنان (۸۴)</p>	<p>مدیریت کارکنان</p>		





قوی تأیید شده اند. همچنین طبق آزمون تی، مقدار معنی داری مربوط به شاخص آشنایی با طبابت بالینی در محور اثربخشی بالینی، بیشتر از ۵٪ بدست آمده که این موضوع نمایانگر تأیید شدن فرضیه آماری است و اینکه شاخص مورد بررسی با مقدار آزمون تفاوت معنی داری ندارد. به عبارت دیگر، چون حد بالا فاصله اطمینان در شاخص طبابت (۰/۳۹) و حد پایین منفی (۰/۷-) است، میانگین اهمیت شاخصها با مقدار مورد آزمون یعنی ۳ تفاوت معنی داری ندارد. در نتیجه شاخص مذکور محور اثربخشی به طور متوسط مورد تأیید نمونه آماری می باشند. مقدار معنی داری مربوط به شاخص رفاه کارکنان بیشتر از ۵٪ است، یعنی فرضیه آماری تأیید می شود. به عبارتی، فاصله اطمینان این شاخص دارای حد پایین منفی و حد بالای مثبت است که مبین اینکه میانگین این شاخص با مقدار آزمون تفاوت معنی داری ندارد. بنابراین، این شاخص دارای اهمیت متوسط در نمونه آماری می باشد طبق آزمون تی مقدار معنی داری مربوط به شاخص سنجش کار تیمی با وجود سطح

## بحث

یافته های پژوهش حاضر (جدول ۲) نشان داد که طبق آزمون تی مقدار معنی داری مربوط به شاخص های رضایتمندی و حفظ کارکنان در منظر رشد و یادگیری بیشتر از ۵ درصد بدست آمده که این موضوع نمایانگر تأیید شدن فرضیه آماری (میانگین اهمیت شاخص برابر ۳) است. یعنی میانگین شاخص های مذکور با مقدار آزمون (عدد ۳) تفاوت معنی داری ندارد. به عبارت دیگر، چون حد بالا فاصله اطمینان مثبت (۰/۴۴) در شاخص رضایتمندی ۰/۲۵ در شاخص حفظ کارکنان) و حد پایین منفی (۰/۱۵-) در شاخص رضایتمندی و ۰/۱۸۹- در شاخص حفظ کارکنان) است میانگین اهمیت شاخصها با مقدار مورد آزمون یعنی عدد ۳ تفاوت معنی داری ندارد. در نتیجه شاخص های مذکور در منظر رشد و یادگیری به طور متوسط مورد تأیید با تعداد نمونه آماری در این پژوهش می باشند. قابل ذکر است که سایر شاخص های این منظر به طور

(۵) داشته باشد. همچنین با این پژوهش درک مفاهیم محورهای حاکمیت بالینی (۱۶) از طریق بیان محورهای حاکمیت بالینی در ۴ منظر "کارت ارزیابی متوازن" آسان تر و ملموس تر خواهد شد.

### نتیجه گیری نهایی

تعیین شاخص های اعتبار بخشی با محوریت "حاکمیت بالینی از منظرهای" "کارت ارزیابی متوازن" موجب می گردد از تکرار سنجه های اعتبار بخشی کاسته شود. همچنین رویکرد کارت ارزیابی متوازن به علت دارا بودن یک الگوی یکپارچه، باعث انسجام در مفاهیم اعتبار بخشی و حاکمیت بالینی خواهد شد. این الگوی یکپارچه از اختلاف نظر بین ارزیابان و انگیزه ناکافی کارکنان درمان کم خواهد نمود. به این ترتیب استفاده از این الگو می تواند باعث سهولت پیاده سازی اعتبار بخشی در کلیه مراکز بهداشتی شود. با توجه به تجربیات موجود در زمینه به کارگیری الگوی کارت امتیاز متوازن در سازمانهای بهداشتی و درمانی و لزوم پیاده سازی اعتبار بخشی و نتایج پژوهش حاضر، بومی سازی و استفاده از این الگوی مفهومی می تواند در ارتقای عملکرد بیمارستانها تأثیر بسزایی داشته باشد و با توجه به وجود ابعاد این رویکرد و پیش نیازهای لازم، بیمارستانها می توانند شاخص های مناسب را در جهت دستیابی به اهداف و برنامه ریزی راهبردی بیمارستان خود انتخاب نمایند.

از این رو پیشنهاد می گردد که الگوی ارائه شده در این پژوهش در مجموعه بیمارستانهای خصوصی به کار گرفته شود. استفاده از این الگو نیازمند اندازه گیری شاخص ها، تعریف اهداف و اقدامات لازم در راستای ارتقای عملکرد بیمارستانها می باشد. همچنین پیشنهاد می شود در مطالعات آتی به منظور سنجش دقیق تر نتایج، شاخص های پیشنهادی در این پژوهش، با وزن دهی مورد بررسی تحلیل قرار گیرد.

محدودیت دسترسی مطلوب و کامل به اطلاعات و منابع مورد نیاز، زمان بر بودن طراحی پرسشنامه و همچنین مشکلات مربوط به جمع آوری داده ها و نو بودن موضوع از محدودیت های پژوهش می باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد معصومه عظیمیان و استاد راهنما آقای دکتر عباس کاظمی است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات دماوند در تاریخ ۹۳/۱۱/۱۶ به تصویب رسید. بدینوسیله از ریاست محترم بیمارستان صارم و مسئولین مربوطه و همکاران گرامی آن بیمارستان که در انجام این مطالعه سهم بسزایی داشتند، تشکر می شود.

معنی دار کمتر از ۵ درصد به علت فاصله اطمینان حد بالا و پایین منفی، دارای میانگین (۲/۶۱) کمتر از مقدار مورد آزمون (۳) است، در نتیجه این شاخص از اهمیت ضعیفی در نمونه آماری برخوردار است. در نتیجه شاخص های حفظ و رضایتمندی کارکنان در منظر رشد و یادگیری و همچنین شاخص طبابت مبتنی بر شواهد محور اثربخشی بالینی و شاخص رفاه کارکنان در محور مدیریت کارکنان به طور متوسط تأیید شده اند و شاخص سنجش کار گروهی در محور مدیریت کارکنان، دارای درجه اهمیت ضعیف می باشد. سایر شاخص ها در منظرهای "کارت ارزیابی متوازن" و شاخص های محور حاکمیت بالینی به طور قوی مورد تأیید هستند. نتایج این آزمون از کل شاخص های مطرح شده در منظرها و محورها، ۵۴ شاخص یعنی به طور قوی به عنوان شاخص های اعتبار بخشی تعیین شدند که این تعداد نسبت به شاخص های (سنجه ها) استانداردهای اعتبار بخشی (۸) که در راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی (۹) مربوط به هر واحد بیمارستانی آمده است بسیار کاهش یافته است، ضمن اینکه محتوای کاملی را در بر می گیرد. البته تعیین شاخص ها در "کارت ارزیابی متوازن" در پژوهش های نصیری پور و همکاران (۱۰) با تعداد ۲۷ شاخص و عجمی و همکاران (۱۱) با تعداد ۵۶ شاخص بیان گردیده است. همچنین در پژوهش ابروانی تبریزی و همکاران (۱۲) ۳۰ شاخص تعیین شده مورد وزن دهی قرار گرفتند که تعداد متفاوت این شاخص ها مؤید این است که تعداد شاخص ها در هر سازمان بهداشتی می تواند منحصر به فرد بوده ضمن اینکه نوع آنها دارای خصوصیات مشترک باشند که این تنوع در تعداد شاخص ها در "کارت ارزیابی متوازن" در سایر مطالعات خارجی (۱۳ و ۱۴) نیز دیده می شود. همچنین یافته های این پژوهش نشان داد که منظر مالی با محور ممیزی بالینی، منظر مشتری با محور مشارکت بیمار و جامعه، منظر فرآیند داخلی با اثربخشی، منظر رشد و یادگیری با آموزش و مهارت آموزی و با استفاده از اطلاعات و مدیریت کارکنان تناسب دارد. ولی تناسب منظر مشتری با محور مدیریت خطر رد شد. با توجه به ضریب همبستگی پیرسون بدست آمده (۰/۲۱۵) و مقایسه آن با جدول ضریب همبستگی پیرسون بادر نظر گرفتن درجه آزادی و سطح احتمال مورد نظر (۰/۰۵) کمتر از عدد جدول است که این ارتباط بین محور مدیریت خطر و ایمنی و منظر مشتری را رد می کند. به عبارت دیگر، شاخص های تعیین شده در منظر مشتری نمی تواند همان شاخص های اعتبار بخشی در چارچوب محور مدیریت خطر و ایمنی باشد. البته با مطالعه مرور ادبیات، در مورد ارتباط محورهای حاکمیت بالینی با سایر روش های ارزیابی عملکرد واز جمله منظرهای "کارت ارزیابی متوازن" پژوهش مشابهی یافت نشد. اما نتایج حاصل از این پژوهش در رابطه با تناسب محورهای حاکمیت بالینی با منظرهای "کارت ارزیابی متوازن" می تواند نقش مکمل برای مطالعات انجام شده در مورد حاکمیت بالینی مانند مطالعات Ronald & Chandraharan & Sabaratnam (۱۵) و Buetow

**References**

- 1- Sadaghiani E. [Health Care and Hospital Evaluation Standards], Tehran: Jafari publication, 2005 (Persian).
- 2- Khajavi S, Sirani M, Allahyari A. [The Feasibility of the implementation of the Balanced Scorecard technique to measure the performance of hospitals in Shiraz]. Iranian Journal of Experimental Studies Financial Accounting. 2011; 9 (30):151-157 (Persian).
- 3- Sadaghiani E. [Hospital Accreditation Standards]. Tehran: Social Security Research Institute. 2003 (Persian).
- 4- Khlifegari S, Dolatshahi P, Ramezani M, Mostofian F, Mhrabyfr H, Kykavvsyarany L. [Take Accreditation Standards for Hospitals]. Tehran: Seda Publication, 2008 (Persian).
- 5- Chandraharan E, Sabaratnam A. Clinical governance. Obstetrics, Gynecology & Reproductive Medicine. 2007; 17 (7): 222-224.
- 6- Heidarpoor P, Dastjerdi R, Rafiei S, Mostofian F. [Acquaintance with the Principles of Clinical Governance]. Tehran: Tandis, 2011 (Persian).
- 7- Bakhtiari P, [The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment]. Tehran: Industrial Management Institute, 2007 (Persian).
- 8- Jafari G, Khalifegari S, Dannaii K, Dolatshahi P, Ramezani M. [Hospital accreditation standards in Iran, Tehran]. Seda Publication, 2010 (Persian).
- 9- Ramezani M, Dolatshahi P, Jafari G, Goodarzy N. [Accreditation standards assessment guide]. Ministry of Health and Medical Education, 2011 (Persian).
- 10- Nasiripour AA, Afshar Kazemi MA, Izadi AR. [Designing a performance assessment Model for Iranian Social Security Organization hospitals with Balanced Scorecard approach]. Health Information Management. 2013; 9(7): 1177-1179. (Persian).
- 11- Ajami S, Tofighi Sh, Tavakoli N, Ebadsichani A. [Performance evaluation of medical records department with Balanced Scorecard approach in Fatemehzahra Hospital of Najafabad, Iran]. Health Information Management. 2010; 7(1): 93. (Persian).
- 12- Iravani Tabrizipour AP, Fazli S, Alvandi M. [Applying a Fuzzy AHP and BSC approach for evaluating the performance of Hasheminejad Kidney Center, Iran]. Health Information Management. 2012; 9(3): 338 (Persian).
- 13- Baker GR, Pink GH. A Balanced Scorecard for Canadian hospitals. Healthcare Management Forum. 1996; 8(4): 7-13.
- 14- The Mountain States Group. Balanced Scorecards for small rural hospitals: Concept overview & implementation guidance. HRSA Information Center, 2010.
- 15- Buetow SA, Roland M. Clinical Governance: Bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. Quality in Health Care. 1999; 8(3): 184-190.
- 16- Ravaghi H, Mohseni M, Rafiei S, Shaarbafchi Zadeh N, Mostofian F, Heidarpoor P. Clinical governance in Iran: Theory to practice. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2014; 109(8): 1174-1179.

## Determination of accreditation measures with clinical governance orientation using “Balanced Scorecard” Approach: A case study of Sarem Women’s Hospital

Kazemi A<sup>1</sup>, Shokohyar S<sup>2</sup>, \*Azimian M<sup>3</sup>

1- Associate Professor, Department of Executive Management, Faculty of Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Damavand, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of IT Management, Faculty of Management and Accounting, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

3- MSc, Department of Executive Management, Faculty of Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Damavand, Tehran, Iran. **(Corresponding author)**

**E-mail:** mahsa\_azimian@yahoo.com

### Abstract

**Introduction:** In recent years, health authorities have implemented various methods to improve the quality of services and safety of patients. The aim of this study was to determine accreditation measures with clinical governance orientation using “Balanced Score card” Approach in Sarem Women’s Hospital.

**Material & Methods:** In this descriptive study, 80 staff of Sarem Hospital were selected through a random sampling. To collect data, the “Balanced Scorecard” and “Clinical Governance” questionnaires were used. The content validity of the questionnaires was confirmed by 10 experts from medical staff, accreditation experts, and senior managers. In order to test the questionnaires’ reliability, 20 participants from clinical and non-clinical staff and experts in Sarem hospital were responded to pilot questionnaire that achieved satisfactory Cronbach's Alpha. To analyze the data, SPSS/22 and excel were used.

**Findings:** 54 indicators for accreditation measures with clinical governance orientation were determined. Also according to the Pierson correlation test, the results showed that “clinical audit” indicators and “financial” perspective, “patient and community participation” indicators and “customer” perspective, “clinical effectiveness” indicators and “internal process” perspective, and finally “use of information and development” and “training and staff management” indicators and “growth and learning” perspective are correlated. However, “appropriateness of the risk management” indicators and “customer perspective” was not correlated.

**Conclusion:** In this study, 54 accreditation indicators with clinical governance orientation were identified. Relationship between clinical governance indicators and Balanced Scorecard perspectives contributes to reduction of the complexity of hospital accreditation concepts. It is recommended that hospital administrators use the indicators to facilitate implementation of accreditation.

**Keywords:** Accreditation, Clinical governance, Balanced Scorecard.

Received: 20 January 2015

Accepted: 10 October 2015