

# ارزیابی مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان

نادر مظلومی، محمد صالح ترکستانی، فاطمه رضوی

## چکیده

**مقدمه:** مدیریت ریسک بالینی به گروه متنوعی از اقدامات اطلاق می‌شود که برای بهبود کیفیت و تضمین ایمنی خدمات برای بیماران انجام می‌شود. ارزیابی مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان، زیربنای برنامه‌ریزی در زمینه مدیریت بحران و یکی از مقولات اساسی در طب است.

**هدف:** این پژوهش با هدف ارزیابی مدیریت ریسک در بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی است که داده‌های آن با پرسشنامه استفاده از استاندارد NHS QIS که از طریق مکاتبه با سازمان NHS انگلستان، دریافت شده بود و پس از بررسی و بومی‌سازی سؤالات با توجه به نظر اساتید و متخصصان، در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای گردآوری شد. بیمارستان‌ها به‌طور تصادفی انتخاب و در هر بیمارستان به‌صورت سرشماری بین اعضای تیم حاکمیت بالینی (جمعاً ۱۷۰) پرسشنامه توزیع شد. جهت سنجش روایی، از تحلیل عاملی تأییدی با نرم‌افزار Smart PLS<sub>3</sub> استفاده شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS<sub>19</sub> و آزمون T تک نمونه‌ای انجام گرفت.

**یافته‌ها:** وضعیت رعایت مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران، بالاتر از حد متوسط است. در میان شاخص‌های مدیریت ریسک بالینی، وضعیت سه شاخص توجه به مدیریت ریسک به هنگام تصمیم‌گیری، اولویت‌بندی برنامه‌های عملیاتی مدیریت ریسک و استفاده از تجارب مدیریت ریسک به ترتیب با میانگین امتیازات ۳/۸۹، ۳/۶ و ۳/۸۱، متوسط و سایر شاخص‌ها بالاتر از حد متوسط ارزیابی شد.

**نتیجه‌گیری:** استفاده از استانداردهای حاکمیت بالینی و مدیریت ریسک NHS QIS، ابزار مناسبی برای رتبه‌بندی بیمارستان‌ها از لحاظ حاکمیت و مدیریت ریسک بالینی پیشنهاد می‌شود. همچنین اتخاذ تصمیمات با توجه به مدیریت ریسک، تبعیت از پروتکل‌های ایمنی، و حمایت از کارکنان برای مشارکت در شناسایی و ارزیابی ریسک در بیمارستان‌ها باید به‌صورت جدی پیگیری شود.

**کلمات کلیدی:** بیمارستان، حاکمیت بالینی، مدیریت ریسک بالینی

## نادر مظلومی

استادیار، گروه مدیریت بازرگانی دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده مدیریت و حسابداری، تهران، ایران

## محمد صالح ترکستانی

استادیار، گروه مدیریت بازرگانی دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده مدیریت و حسابداری، تهران، ایران

## مؤلف مسؤؤل: فاطمه رضوی

کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده مدیریت و حسابداری، تهران، ایران  
آدرس: razavi8691@gmail.com

فصلنامه  
مدیریت پرستاری

سال پنجم، دوره پنجم، شماره اول

بهار ۱۳۹۵

## ■ مقدمه

که برای بهبود کیفیت و تضمین ایمنی خدمات برای بیماران، انجام می‌شود. نگرانی روزمره سازمان‌های با ریسک بالا از جمله بیمارستان‌ها، مدیریت وقایع غیرمنتظره، است و بخش بهداشت و درمان از جمله مهم‌ترین بخش‌ها در فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی هر کشور است که منابع عظیمی هر ساله در این بخش صرف برآورده کردن نیازهای بهداشتی و درمانی می‌گردد و هدف نهایی آن ارتقای سطح سلامت مردم و توزیع عادلانه بهداشت در میان آن‌ها است (۱۷) در تحقیقی که تیگو و همکاران در خصوص اولویت‌بندی اقدامات کاهش ریسک با استفاده از MCDM انجام داد، اشاره به اولویت اقدامات با محوریت بیماران، برای کاهش ریسک در بخش‌های اورژانس نمود (۱۸). زابلی و همکاران در مقاله خود تحت عنوان ارزیابی وضعیت مدیریت ریسک در بخش‌های منتخب بیمارستان‌های شهر تهران، به ضرورت توجه بیمارستان‌ها به مدیریت ریسک تأکید داشته و اتخاذ سیاست‌ها و برنامه‌ریزی برای آموزش و نظارت بر فعالیت‌های مدیریت ریسک در بیمارستان‌ها را پیشنهاد می‌کند (۱۷). همچنین زیمر و همکاران با پیاده‌سازی مدیریت ریسک در بخش اورژانس، موفق به کاهش میزان خطا در این بخش شدند (۱۹). مدیریت ریسک، نقشی استراتژیک در ارائه و گزارش خطاهای پزشکی دارد که بیمارستان وایت هاوس آن را تجربه و اجرا نمود (۲۰). آمارهای مختلفی از بروز و شیوع خطاهای پزشکی در بیمارستان‌های مختلف منتشر شده است. طبق برآوردهای انجام شده تقریباً از هر ده نفری که در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند، یک نفر رویداد ناگواری را تجربه می‌کند که حدود نیمی از آن‌ها قابل پیشگیری هستند. همچنین حدود یک سوم از رویدادها به بیمار زبان می‌رسانند که این زبان می‌تواند به طور گوناگون، از بالا بردن طول اقامت تا مرگ، متغیر باشد (۲۱). تحقیقات حاکی از آن است که شناسایی حوادث ناخوشایند می‌تواند باعث تدوین روش‌های عملی و سیاست‌های سازمانی، برای کاهش رخداد، به حداقل رساندن عوارض و جبران به‌موقع خطرات شود (۲۲). برای رسیدن به هدف نهایی مراقبت، اندازه‌گیری حوادث و خطرات آن و ایجاد محیطی ایمن از اهمیت بسزایی برخوردار است (۲۰). بیشتر بیمارستان‌ها از طریق برنامه‌های بهبود کیفیت و مدیریت ریسک و با تجزیه و تحلیل اطلاعات، نتایج احتمالی را تخمین و اقدامات پیشگیرانه را اتخاذ می‌کنند (۲۲).

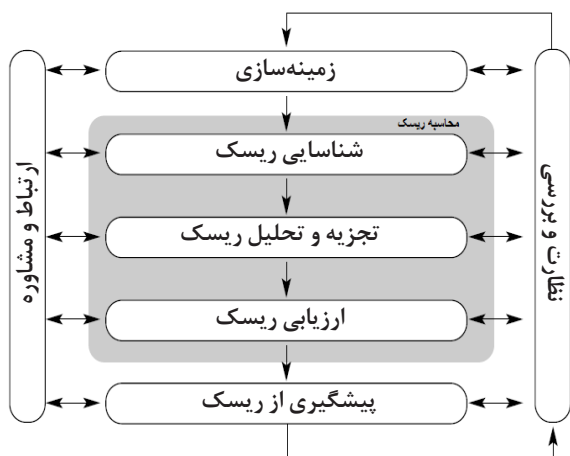
ایجاد سیستم ایمن در ارائه خدمات بهداشتی درمانی و ارتقای کیفیت مراقبت‌های ارائه شده در مراکز درمانی منوط به کاهش اشتباهات ناخواسته و اجتناب‌ناپذیر است (۲۳). برای پیشگیری از

ریسک واژه‌ای است که اغلب در مباحث تجاری و مکالمات شخصی مورد استفاده قرار می‌گیرد اما کمتر تعاریفی روشن از آن ارائه شده است (۱). عموماً ریسک را به عنوان انحراف در پیشامدهایی که می‌توانند در طول یک دوره مشخص در یک موقعیت معین اتفاق بیافتند، تعریف نموده‌اند (۲). سازمان استاندارد جهانی ریسک را شامل احتمالی از حادثه و پیامدهای آن می‌داند (۳). یکی از بارزترین حقوق انسان‌ها، حق ایمن بودن از خطرات و آسیب‌ها، هنگام دریافت خدمات سلامت است (۴) ایمنی بیمار به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و آسیب به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های بهداشتی است (۵). علیرغم پیشرفت‌هایی در مراقبت‌های سلامت، هنوز ایمنی بیمار و بیمار محوری در سیستم‌های مراقبت سلامتی در سراسر دنیا موضوع نگران‌کننده‌ای است (۶). ایمنی یک ارزش کلی و جهانی است که هر فرهنگی در جهت حفظ و اجرای آن باید نهایت تلاش خود را به خدمت گیرد. لازم است تا مدیریت ریسک و ایمنی به طور گسترده و همه جانبه بین کشورها و سازمان‌ها به اجرا درآیند (۷). فلسفه وجودی نظام‌های سلامت، تأمین و ارتقاء سلامت مردم و جامعه بوده (۸) که دستیابی به این هدف فقط با ارائه مراقبت مطلوب و مورد نیاز امکان‌پذیر است (۹). در این میان مهم‌ترین و شاید رایج‌ترین و در عین حال جامع‌ترین مرکز ارائه این مراقبت‌ها بیمارستان می‌باشد (۱۰). بیمارستان یکی از نهادهای مهم در نظام نوین سلامت است و از این جهت دارای اهمیت می‌باشد که منابع عظیمی از سرمایه‌های مرتبط با سلامت جامعه و از طرفی سرمایه‌های انسانی، فیزیکی، مالی و تجهیزاتی را به خود اختصاص می‌دهد (۱۱). اقدامات درمانی در بیمارستان‌ها مزایای فراوانی را برای سلامتی افراد موجب می‌شوند. با این وجود گاهی نتایج منفی نیز به بار می‌آورند (۱۲) از جمله این نتایج منفی، عدم توجه به ایمنی بیماران است. مسائل ایمنی در محیط بیمارستان به لحاظ اقتصادی، انسانی و اخلاقی از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۳). سازمان‌های بهداشتی- درمانی باید هزینه‌های «عدم کیفیت» را از طریق مدیریت ریسک بالینی که مجموعه‌ای از اقداماتی است که کیفیت خدمات سلامت و ایمنی بیماران را بهبود می‌بخشد، کاهش دهند (۱۴).

در مطالعات مختلفی به لزوم بکارگیری مدیریت ریسک در برنامه‌های بیمارستانی اشاره شده است (۱۵ و ۱۶). مدیریت ریسک در مراقبت‌های سلامتی به گروه متنوعی از اقدامات اطلاق می‌شود

با عضویت اجباری تمام نهادهای بهداشت و درمان، تدوین شد. دو هدف اصلی این طرح عبارتند از بازده مالی از طریق تجمع ریسک مقرون به صرفه و مدیریت دعوی خسارات، و مدیریت ریسک مؤثر به وسیله حمایت از رویکردی جدی به مواجهه با ریسک (۳۱).

استانداردهای عمومی مدیریت ریسک (ASNZ): الگوی ASNZ از تلفیق استاندارد دو کشور استرالیا و نیوزلند حاصل شده ولی می‌توان گفت که شاکله اصلی آن برگرفته از الگوی مدیریت ریسک استرالیا است. اما الگوی ASNZ چارچوبی مورد قبول و بی‌نقص‌تر از مدلی (مدل مدیریت ریسک استرالیا AS) است که خود از آن گرفته شده است. این استاندارد به نقش مدیریت ریسک که در حاکمیت شرکتی خوب مشارکت دارد، تصریح داشته و برخی دستورها را برای مدیران در این زمینه فراهم می‌نماید. (شکل ۱) الگوی اصلی این مدل را به نمایش گذاشته است (۳۲).



شکل (۱): استاندارد عمومی مدیریت ریسک

تاکنون مطالعات زیادی با محوریت مدیریت ریسک بالینی در کشور صورت گرفته که جملگی متغیرهای استاندارد عمومی مدیریت ریسک، شامل شناسایی، تجزیه و تحلیل و ارزیابی ریسک را مورد بررسی قرار داده‌اند. اما تا بحال مطالعه‌ای با استفاده از متغیرهای استاندارد NHS جهت سنجش مدیریت ریسک بالینی انجام نشده است. متغیرهای این استاندارد بیشتر بر جنبه‌های تصمیم‌گیری حاکمیت بالینی در سطح مدیران سازمان‌های بهداشتی-درمانی توجه دارد و از دریچه‌ای دیگر به مسأله مدیریت ریسک بالینی می‌نگرد. لذا با توجه به رویکرد جدیدی که این استاندارد به مدیریت ریسک دارد و نیز با توجه به اهمیت روزافزون ایمنی بیمار و نقش مدیریت ریسک در کاهش خطاهای پزشکی و هزینه‌های درمانی و اینکه تا بحال در استان تهران مطالعه‌ای در این مورد با

حوادث ناخواسته و خطاهای مرتبط با درمان، مدیریت ریسک به عنوان یکی از مؤثرترین ابزارها شناخته شده است (۲۰). مدیریت ریسک ابزاری برای بهبود کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌ها است. لذا مدیریت بیمارستان‌ها لازم است نسبت به ارزیابی میزان شناخت کارکنان خویش در زمینه ریسک اقدام نموده و برنامه‌های مدیریت ریسک را خصوصاً در بخش‌های بالینی اجرا نمایند (۲۴). مدیریت ریسک یک فرآیند تکرار شونده و گام به گام است که به مدیران سیستم در بهبود تصمیم‌گیری در مواقع خطر کمک می‌کند. در طی این فرآیند، ریسک خطاها کاهش یافته و فرصت‌ها افزایش می‌یابد (۲۰).

مدیریت ریسک ابزاری ضروری برای حاکمیت بالینی است (۱۴). اصطلاح حاکمیت بالینی برای اولین بار در دهه ۱۹۹۰ در NHS انگلستان مطرح شد (۲۵). انجمن خدمات بهداشتی درمانی (NHS) انگلستان در سال ۱۹۹۸ در پاسخ به پرسش درمانگاه رویال بریستول، اصطلاح حاکمیت بالینی را معرفی کرد و پس از آن یک برنامه اصلاحی جامع از حاکمیت بالینی ارائه داد (۲۶). حاکمیت بالینی رویکردی نسبتاً جدید و پذیرفته شده در بهبود کیفیت و ایمنی خدمات بهداشت و درمان است (۲۵) و هدف از استقرار حاکمیت بالینی "پیوستن سیستماتیک فعالیت‌ها به منظور بهبود کیفیت" است (۲۷)، که چیزی فراتر از سیستم‌های بهداشتی و درمانی، و انواع خدمات است (۲۸). حاکمیت بالینی «چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت، در قبال بهبود دائمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند» (۲۹). هفت ستون حاکمیت بالینی عبارت است از ممیزی بالینی، مدیریت ریسک، آموزش، اثربخشی بالینی، استفاده از اطلاعات، مشارکت بیماران و جامعه، و مدیریت کارکنان (۳۰).

در این پژوهش برای اولین بار در ایران از استاندارد مدیریت ریسک بالینی انجمن بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ملی اسکاتلند (NHS QIS)، جهت سنجش وضعیت مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان‌ها استفاده شده است. این انجمن سه استاندارد خدمات و مراقبت‌های مؤثر و ایمن، تجربه مراقبت سلامت و بهداشت، و تضمین و پاسخگویی را با محوریت موضوع حاکمیت بالینی و مدیریت ریسک تدوین کرده است که از ادغام دو استاندارد زیر حاصل شده است:

استانداردهای مدیریت ریسک بهداشت و درمان: که با استفاده از طرح غرامت سهل‌انگاری‌های بالینی و سایر ریسک‌ها (CNORIS) تدوین شده‌اند. این طرح در یکم آپریل سال ۲۰۰۰

چارچوب مدیریت ریسک با ۱۱ سؤال که در مجموع پرسشنامه در ۳۶ سؤال در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (خیلی زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) مورد بررسی قرار گرفت.

حداکثر میانگین امتیاز هر یک از سؤالات پرسشنامه، ۵ بود. براساس میانگین امتیازات بدست آمده، سطح امتیازات میانگین به سه دسته ضعیف (کمتر از ۳)، متوسط (۳-۴) و خوب (بیشتر از ۴) طبقه‌بندی گردید و با استفاده از آزمون T تک نمونه‌ای (One Sample T- test) مورد بررسی قرار گرفت.

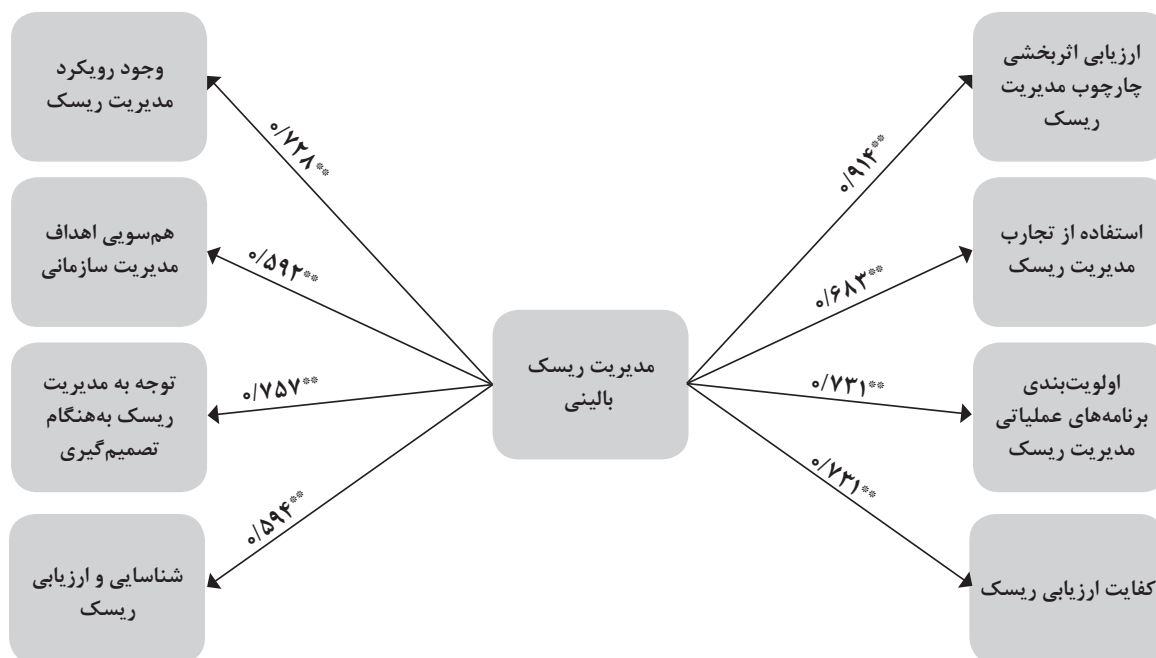
جامعه آماری این پژوهش اعضای تیم حاکمیت بالینی بیمارستان‌های دولتی شهر تهران بود که تعداد کل اعضای جامعه ۳۰۴ نفر بدست آمد و برای محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد، سپس بیمارستان‌ها به‌طور تصادفی انتخاب و در هر بیمارستان به‌صورت سرشماری بین اعضای تیم حاکمیت بالینی (جمعاً ۱۷۰) پرسشنامه توزیع، که از میان آن‌ها ۳ پرسشنامه ناقص بوده و از فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌ها کنار گذاشته شد. در این پژوهش از استنباط آماری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیات بهره گرفته شد. کلیه محاسبات و تحلیل‌های آماری در این تحقیق به کمک نرم‌افزار SPSS<sub>۱۹</sub> و Smart PLS<sub>۳</sub> صورت گرفت که عبارت از آزمون T تک نمونه‌ای (One Sample T- test) بودند.

طبق خروجی کلی نرم‌افزار (شکل ۲)، کلیه شاخص‌های با بار عاملی کمتر از ۰/۴ از مدل حذف شده و مدل بدون در نظر گرفتن این شاخص‌ها آزمون شده است که در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار می‌باشد.

استفاده از الزامات این استاندارد انجام نشده، مطالعه حاضر اقدام به بررسی مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران با استفاده از شاخص‌های استاندارد NHS QIS نموده است.

### ■ مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و روش آن براساس نحوه گردآوری داده‌ها توصیفی است. برای تهیه پرسشنامه این تحقیق، از استاندارد NHS QIS استفاده و فهرست کلیه سؤالات و گویه‌های آن از طریق مکاتبه با سازمان NHS انگلستان، دریافت و پس از بررسی و بومی‌سازی سؤالات با توجه به نظر اساتید و متخصصان، پرسشنامه‌ای محقق ساخته تهیه شد. بخش اول از استاندارد شماره یک NHS QIS در ارتباط با سنجش مدیریت ریسک بالینی است. در این استاندارد هشت متغیر برای مدیریت ریسک بالینی لحاظ شده است، که پژوهش حاضر وضعیت مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان‌ها را با استفاده از این متغیرهای هشت‌گانه مورد آزمون و ارزیابی قرار داد. بخش اول مربوط به وجود رویکرد مدیریت ریسک و دارای ۸ سؤال، بخش دوم در رابطه با هم‌سویی اهداف مدیریت ریسک با اهداف سازمانی با ۲ سؤال، بخش سوم سؤالات پرسشنامه مربوط به توجه به مدیریت ریسک به‌نگام تصمیم‌گیری با ۳ سؤال، متغیر چهارم مرتبط با شناسایی و ارزیابی ریسک با ۴ سؤال، بخش پنجم که مربوط به کفایت ارزیابی ریسک می‌باشد با ۲ سؤال، متغیر ششم در رابطه با اولویت‌بندی برنامه‌های کنترل ریسک با ۳ سؤال، بخش هفتم سؤالات مرتبط با استفاده از تجارب مدیریت ریسک با ۳ سؤال، و نهایتاً بخش هشتم اثربخشی



شکل (۲): ضرایب مسیر مدل پژوهش

جدول (۱): شاخص‌های روانی، پایایی و برازش مدل پژوهش

GOF	$\overline{R^2}$	$\overline{AVE}$	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	میانگین واریانس	متغیرهای پنهان
۰/۵۸۲	۰/۷۲۰	۰/۸۰۸	۰/۷۹۷	۰/۸۴۷	۰/۵۸۵	ارزیابی اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک
			۰/۷۰۶	۰/۷۵۳	۰/۵۱۰	استفاده از تجارب مدیریت ریسک
			۰/۷۶۳	۰/۸۱۸	۰/۶۰۷	اولویت‌بندی برنامه‌های عملیاتی مدیریت ریسک
			۰/۷۹۵	۰/۸۳۱	۰/۶۲۸	توجه به مدیریت ریسک به هنگام تصمیم‌گیری
			۰/۷۷۶	۰/۸۵۶	۰/۶۰۱	شناسایی و ارزیابی ریسک
			۰/۹۰۶	۰/۹۱۷	۰/۷۷۵	مدیریت ریسک بالینی
			۰/۷۹۲	۰/۷۷۸	۰/۵۷۴	وجود رویکرد مدیریت ریسک
			۰/۷۵۸	۰/۸۴۰	۰/۵۹۶	کفایت ارزیابی ریسک

نتیجه آزمون در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد مقدار میانگین حاصله، بالاتر از حد متوسط بوده و فرض صفر مبنی بر برابری میانگین با ۳ رد می‌شود و پاسخ‌ها به طور روشنی با عدد ۳ (عدد متوسط) و به صورت دو دنباله تفاوت معناداری دارند (سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ شده است). مقدار عدد بحرانی آزمون تک دنباله در سطح آلفای برابر با ۰/۰۵ برابر با مقدار ۱/۹۶- می‌باشد. از سوی دیگر مقدار آمار t از مقدار بحرانی تک دنباله ۱/۹۶- بزرگ‌تر است. بنابراین، فرض آزمون تک دنباله مبنی بر بزرگ‌تری با عدد ۳ تأیید می‌شود. و در نتیجه رعایت مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان‌ها بر مبنای استاندارد NHS QIS در سطح بالاتر از متوسط قرار دارد و فرضیه اصلی در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود.

جدول شماره ۴، نتایج آزمون فرضیات فرعی پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول آمده، مقدار میانگین حاصله برای تمامی متغیرها، بالاتر از حد متوسط ارزیابی شده و فرض صفر مبنی بر برابری میانگین با ۳ رد می‌شود (سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ شده است). از سوی دیگر، مقدار آماره t برای تمامی متغیرها از مقدار بحرانی تک دنباله ۱/۹۶- بزرگ‌تر می‌باشد. بنابراین فرض آزمون تک دنباله، مبنی بر بزرگ‌تری با عدد ۳ تأیید می‌شود. در نتیجه رعایت کلیه متغیرهای مدیریت ریسک بالینی (وجود رویکرد مدیریت ریسک، هم‌سویی اهداف مدیریت ریسک با اهداف سازمانی، توجه به مدیریت ریسک به هنگام تصمیم‌گیری، شناسایی و ارزیابی ریسک، کنترل ریسک، اولویت‌بندی برنامه‌های کنترل ریسک، استفاده از تجارب مدیریت ریسک، اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک) در بیمارستان‌ها بالاتر از حد متوسط بوده و در سطح خطای کمتر از ۵ درصد، تمامی فرضیات فرعی تأیید می‌شوند. با توجه به نتایج بدست آمده، بیشترین میانگین امتیازات مربوط به متغیر شناسایی

آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی پرسشنامه استفاده می‌شوند جدول شماره ۱ و لازمه تأیید پایایی بالاتر بودن این شاخص‌ها از مقدار ۰/۷ است. تمامی این ضرایب بالاتر از ۰/۷ می‌باشند و این نشان از پایا بودن ابزار اندازه‌گیری است.

■ یافته‌ها

بررسی مشخصات فردی شرکت‌کنندگان در این مطالعه نشان داد بررسی مشخصات فردی شرکت‌کنندگان در این مطالعه نشان داد که میانگین سنی اعضای تیم حاکمیت بالینی شرکت‌کننده در مطالعه (M=۳۵/۵۸) و میانگین سابقه خدمت آن‌ها ده سال بود. سایر اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول (۲): اطلاعات دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۴۴/۳
	زن	۵۵/۷
سن	کمتر از ۲۵ سال	۴/۲
	۲۶-۳۵	۴۹/۷
	۳۶-۴۵	۳۷/۱
	۴۶-۵۵	۹/۰
سابقه	کمتر از ۵ سال	۱۶/۸
	۵-۱۰	۳۲/۳
	۱۱-۱۵	۳۲/۹
	۱۶-۲۰	۱۳/۲
	بیشتر از ۲۰ سال	۴/۸
	مجموع	۱۶۷

جدول (۳): نتایج آزمون T تک نمونه‌ای برای فرضیه اصلی اول

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری	فاصله اطمینان	
						کران پایین	کران بالا
مدیریت ریسک بالینی	۴/۰۳۰۵	۰/۳۷۲۱۷	۳۵/۷۸۱	۱۶۶	۰	۰/۹۷۳۶	۱/۰۸۷۳

جدول (۴): نتایج آزمون T تک نمونه‌ای برای فرضیه‌های فرعی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری	فاصله اطمینان	
						کران پایین	کران بالا
وجود رویکرد مدیریت ریسک	۴,۱۹۹۹	۰,۴۱۶۱۸	۳۷,۲۵۷	۱۶۶	۰	۱,۱۳۶۳	۱,۲۶۳۶
همسویی اهداف مدیریت ریسک با اهداف سازمانی	۴,۳۰۲۴	۰,۵۴۵۹۵	۳۰,۸۲۸	۱۶۶	۰	۱,۲۱۹۰	۱,۳۸۵۸
توجه به مدیریت ریسک بهنگام تصمیم‌گیری	۳,۸۹۴۲	۰,۶۴۲۲۱	۱۷,۹۹۴	۱۶۶	۰	۰,۷۹۶۱	۰,۹۹۲۳
شناسایی و ارزیابی ریسک	۴,۳۳۰۸	۰,۴۸۱۸۰	۳۵,۶۹۶	۱۶۶	۰	۱,۲۵۷۲	۱,۴۰۴۴
کفایت ارزیابی ریسک	۴,۲۰۹۶	۰,۵۶۵۹۲	۲۷,۶۲۱	۱۶۶	۰	۱,۱۲۳۱	۱,۲۹۶۰
اولویت‌بندی برنامه‌های عملیاتی مدیریت ریسک	۳,۶۰۸۸	۰,۷۴۰۸۴	۱۰,۶۱۹	۱۶۶	۰	۰,۴۹۵۶	۰,۷۲۲۰

رویکردهای مبتنی بر مدیریت ریسک آینده‌نگر جهت افزایش ایمنی در بیمارستان‌ها تأکید داشت (۳۵)، هم‌راستا بود. همچنین کارول در مطالعه خود در سال ۲۰۱۶ مدیریت و شناسایی ریسک در بیمارستان را متوسط ارزیابی و بر نقش استراتژیک مدیریت ریسک در ارائه و گزارش خطاهای پزشکی تأکید داشت (۲۰). از نظر هندل و همکاران، داشتن برنامه‌های مدیریت ریسک و کیفیت در بیمارستان‌ها می‌تواند در کاهش خطاهای پزشکی مؤثر باشد (۳۶). زیرا و همکاران در پژوهش خود به بررسی مدیریت ریسک در اورژانس بیمارستان‌ها پرداخته و بر نقش پیاده‌سازی مدیریت ریسک در کاهش میزان خطاهای بالینی تأکید داشتند (۱۹).

در مطالعه حاضر، برای مدیریت ریسک بالینی ۸ متغیر لحاظ شد که میانگین امتیازات این متغیرها همگی متوسط به بالا ارزیابی شد. متغیر شناسایی و ارزیابی ریسک با میانگین امتیازات ۴/۳ و متغیر وجود رویکرد مدیریت ریسک در بیمارستان‌ها با متوسط امتیازات ۴/۱، خوب ارزیابی شدند. این نتایج با مطالعه لای در سال ۲۰۱۵ هم‌راستا است. وی در پژوهش خود از استاندارد AS/NZ مدیریت ریسک برای طرح‌ریزی برنامه مدیریت ریسک در اتاق‌های عمل بیمارستان‌ها استفاده کرد و به این نتیجه رسید که سیاست‌گذاری در برنامه‌های مدیریت ریسک و همچنین ایجاد سیستم‌های ارزیابی و نظارت ریسک، نقش مؤثری در بهبود کیفیت

و ارزیابی ریسک با میانگین امتیازات ۴/۳۳ و کمترین آن، مربوط به متغیر اولویت‌بندی برنامه‌های عملیاتی مدیریت ریسک با میانگین امتیازات ۳/۶۰ است.

#### ■ بحث

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت مدیریت ریسک بالینی (براساس شاخص‌های استاندارد NHS QIS) در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران انجام شد. نتایج تحقیق حاکی از سطح متوسط مدیریت ریسک بالینی با میانگین امتیازات ۴/۰۳ بود. این نتایج با مطالعه زابلی و همکاران که وضعیت مدیریت ریسک را متوسط گزارش کردند (۱۸) و با مطالعه عطار جان نثار نوبری و همکاران که در پژوهش خود به ارزیابی ریسک‌های بالینی در بخش مراقبت‌های ویژه با استفاده از روش FMEA پرداخته و قابلیت این روش را در شناسایی، ارزیابی، اولویت‌بندی و تحلیل خطاهای ممکن را مورد تأیید قرار دادند (۳۳)، در یک راستا بود. یافته‌های مطالعه حاضر با پژوهش حبیبی و همکاران در خصوص بررسی وضعیت ریسک در بخش‌های رادیولوژی بیمارستان‌های دانشگاهی شهر اصفهان، که وضعیت مدیریت ریسک در این بخش‌ها را در حد متوسط ارزیابی کرد (۳۴) و با مطالعه پریتاگوستینی و همکاران که به بررسی نقش سیستم‌های مدیریت ریسک در مراقبت‌های بهداشتی درمانی و توسعه ایمنی پرداخت و بر لزوم توجه بر



کرد. همچنین متغیر اولویت‌بندی برنامه‌های عملیاتی مدیریت ریسک با میانگین امتیازات ۳/۶، متوسط و متغیر ارزیابی اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک با میانگین امتیازات ۴/۰۲، خوب ارزیابی شد که این نتیجه‌گیری با نتایج پژوهش براینر و همکاران تحت عنوان "ارزیابی مدیریت ریسک بالینی: توسعه ابزار نظارتی" هم‌راستا است (۴۲). البته لازم به ذکر است که طرح حاضر تفاوت‌هایی با کلیه مطالعات ذکر شده دارد. اول اینکه در این پژوهش از اعضای تیم حاکمیت بالینی بیمارستان‌ها که در رأس سیاست‌گذاری و اجرای امور مرتبط با مدیریت ریسک هستند، جهت سنجش وضعیت مدیریت ریسک بالینی، نظرسنجی بعمل آمد و این در حالی است که جامعه آماری پژوهش در مطالعات یاد شده را بیماران، پرستاران، پزشکان و یا پرسنل بالینی نهادهای بهداشتی - درمانی تشکیل می‌دهند. دوم اینکه، در این پژوهش از استاندارد NHS QIS استفاده شد که در مقایسه با مطالعات یاد شده، شاخص‌ها و متغیرهای متفاوتی از مدیریت ریسک را مورد توجه قرار داده است.

### ■ نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که میزان توجه به مدیریت ریسک به هنگام تصمیم‌گیری در بیمارستان‌ها در سطح پایینی قرار دارد. لذا پیشنهاد می‌شود که مسؤولین بیمارستان‌ها به هنگام تصمیم‌گیری، ریسک‌های بالینی و چگونگی مدیریت آن‌ها را لحاظ کنند. برای مثال به هنگام تصمیم‌گیری جهت افزودن بخش تخصصی جدید مانند بخش جراحی قلب در بیمارستان، به ریسک‌های بالینی مرتبط با آن، نحوه مدیریت ریسک‌ها، قابلیت‌ها و امکانات بیمارستان جهت پذیرش آن توجه کنند. همچنین در این پژوهش میزان شناسایی و ارزیابی ریسک در بیمارستان‌ها خوب ارزیابی شد که جهت دستیابی بیمارستان‌ها به سطح بالاتر و قابل قبولی از این شاخص، به مسؤولین پیشنهاد می‌شود که از همکاری کلیه کارکنان استفاده کرده و لذا به امنیت روانی کارکنان توجه داشته باشند؛ بگونه‌ای که افراد در قبال اظهار نظر آزادانه و گزارش وقایع، مورد حمایت قرار گیرند. همچنین لازم است در بیمارستان‌ها انصاف به شکلی رعایت شود که کارکنان بدانند به خاطر خطاهایی که مبتنی بر نواقص سیستم است تنبیه و سرزنش نمی‌شوند (توجه به رویکرد سیستمی). توجه به امنیت روانی و انصاف در بیمارستان‌ها، سبب می‌شود که سیستم‌های گزارش خطا و خطر به نحو بهتری عمل کرده، خطاها و ریسک‌های بالینی به دقت شناسایی و ارزیابی شده و اقدامات مقتضی برای مواجهه با آن‌ها صورت پذیرد. همچنین در این پژوهش میزان استفاده از

مراقبت‌های پزشکی و کاهش ریسک در اتاق‌های عمل دارد (۳۷). در مطالعه زابلی و همکاران نیز، متغیر نظارت، بر تحلیل، ارزیابی و کنترل ریسک در بیمارستان‌ها با میانگین امتیازات ۳/۲۹ در حد متوسط ارزیابی شد. بیشتر بیمارستان‌ها از طریق برنامه‌های بهبود کیفیت و مدیریت ریسک و با تجزیه و تحلیل اطلاعات، نتایج احتمالی را تخمین و اقدامات پیشگیرانه را اتخاذ می‌کنند (۲۲). متغیر توجه به مدیریت ریسک به هنگام تصمیم‌گیری، در رابطه با استفاده از اطلاعات حاصل از گزارش و متغیر ارزیابی ریسک به منظور تصمیم‌گیری در سطوح عملیاتی است، که نتایج حاصله وضعیت این متغیر را با میانگین امتیازات ۳/۸ متوسط ارزیابی کرد. این نتیجه با نتایج مطالعه مانسر و همکاران هم‌راستا است. وی در پژوهش خود بر ضرورت استفاده از اطلاعات مدیریت ریسک تأکید و اذعان داشت که علیرغم بکارگیری طیف گسترده‌ای از روش‌های ارزیابی ریسک، همچنان مشکل عدم یکپارچگی اطلاعات، احتمال بروز ریسک از منابع مختلف، وجود دارد (۳۸). همچنین در این مطالعه وضعیت متغیر استفاده از تجارب مدیریت ریسک با میانگین امتیازات ۳/۸ متوسط ارزیابی شد. در سازمان‌های بهداشتی درمانی کسب تجارب و یادگیری از خطاها امری ضروری است و این یادگیری‌ها است که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند لذا بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شده (۳۹) و بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. آموزش مدیریت ریسک به مدیران پرستاری و پرستاران بالینی در قالب آموزش‌های حین خدمت، راهکاری است اجرایی و اثربخش که نقش مهمی در کاهش سهل‌انگاری‌ها و سوء عملکردهای مراقبتی خواهد داشت (۴۰). سایمون در پژوهش خود به مزایای بی‌شمار سیستم مدیریت ریسک اشاره کرده و ایجاد تصور مثبت از مراقبت بیمار، ممانعت از بروز خطا و نهایتاً ایجاد وجهه سازمانی را نمونه‌ای از مزایای آن بیان می‌کند (۱۴). در مطالعه آلن ولف و همکاران، چنین نتیجه‌گیری شده است که میزان خطاهای ناشی از حوادث در بخش اورژانس بیمارستان با بکارگیری برنامه‌های مدیریت ریسک از ۳/۲۴ درصد به ۰/۴۸ درصد کاهش یافته و می‌توان انتظار داشت که با تدوین استانداردهای ریسک در بیمارستان، میزان خطاهای انسانی در بخش‌های بیمارستان کاهش یابد (۴۱). متغیر کفایت ارزیابی ریسک یکی از متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش است که در رابطه با بررسی و ارزیابی گزارشات حوادث و سنجش کفایت ارزیابی ریسک بوده و نتایج این پژوهش وجود آن را در بیمارستان‌ها با میانگین امتیازات ۴/۲ خوب ارزیابی

ریسک و حاکمیت بالینی موضوع خوبی برای محققان آتی باشد. از جمله محدودیت‌هایی که در انجام این تحقیق وجود داشت می‌توان به وضعیت روحی-روانی شرکت‌کنندگان و تأثیر آن بر نحوه پاسخگویی آن‌ها به سؤالات پرسشنامه و عدم تمایل برخی از اعضای تیم حاکمیت بالینی بیمارستان‌ها به شرکت در مطالعه اشاره کرد.

#### ■ تشکر و قدرانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد گرایش مدیریت بیمه، مصوبه معاونت پژوهشی دانشگاه علامه طباطبایی تهران می‌باشد که بدینوسیله از کلیه بیمارستان‌هایی که ما را در انجام این پژوهش یاری کرده و نیز از پژوهشکده بیمه جمهوری اسلامی ایران، جهت حمایت از این پروژه کمال تشکر را داریم.

تجارب مدیریت ریسک متوسط ارزیابی شد. لذا تبعیت جامعه پزشکی از پروتکل‌های مکتوب ایمنی پیشنهاد می‌شود. و نیز به نظر می‌رسد، استانداردهای حاکمیت بالینی و مدیریت ریسک NHS QIS، ابزار مناسبی برای رتبه‌بندی بیمارستان‌ها از لحاظ حاکمیت و مدیریت ریسک بالینی باشند. استاندارد NHS QIS استاندارد برای سنجش حاکمیت بالینی و دارای ۷ شاخص است و این مطالعه صرفاً شاخص مدیریت ریسک بالینی از این استاندارد را مورد بررسی قرار داد. لذا به محققان آتی پیشنهاد می‌شود که از این استاندارد برای سنجش وضعیت استقرار حاکمیت بالینی استفاده کنند. همچنین این تحقیق تنها بیمارستان‌های دولتی را مورد مطالعه قرار داد، که به نظر می‌رسد مقایسه بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از لحاظ میزان موفقیت در استقرار مدیریت

#### ■ References

1. Punter Alan. [H Asl saray, trans]. Risk Finance and Management. Tehran: Insurance Institute of Iran. 2012. [Persian].
2. Bagherian Mahmoudabadi H, Setareh M, Nejadnick M, Niknamian M, Ayoobian A. The Frequency and Reasons of Errors in Cases Referred to Isfahan Legal Medicine Center. Health Information Management. 2012; 9(1): 109.
3. Arnetz JE, Zhdanova L, Arnetz BB. Patient involvement: A new source of stress in health care work? Health Community. 2016;7:1-7.
4. Wong P, Helsing D, Petry J. Providing the right infrastructure to lead the culture change for patient safety. Joint Commission Journal Quality Improvement, 2002;28:363-72
5. Ebrahimipour F, Shahrokhi A, Ghodousi A. Patients' safety and nurses' medication administration errors. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2014; 20 (1) :401-408. [ Persian]
6. 3. Aghaei Hashjin A, Kringos DS, Manoochehri J, Ravaghi H, Klazinga NS. Implementation of patient safety and patient centeredness strategies in Iranian hospitals. PLoS ONE, 2014; 9(9): e108831.
7. Baumer JH. Clinical risk management in neonatology. Semin Fetal Neonatal Med 2005;10:197-202.
8. Farahbakhsh M, Nikniaz A, Mardi A, Hasan Zade A, Entezar S. The utilizing of control chart in customer satisfaction score monitoring in a hospital. The Journal of Scientific Information Database. 2011; 12(1): 9-17. [persian]
9. Madani Gh. Patient satisfaction from medical and nursing care. The Journal of nursing midwifery research. 2004;3(24): 15-21. [persian]
10. Amerion A, Ebrahimmia M, Karimi-Zarchi AA, Tofighi SH, Zaboli R and et al. Inpatient satisfaction in a military hospital. The Journal of Scientific Information Database. 2009; 11(1): 37-44. [persian]
11. Vockley M. Making wireless work a look at what hospitals are doing. Biomed Instrum Technol 2016;50:92-101.
12. Adachi Y, Kikuchi Y. Nurses' and students' perception of risk from medical practices. International Journal of Nursing Sciences. 2017; 1- 10.
13. Purreza A, Akbari FA, Khodabakhshnejad V. Maintenance and safety management on diagnostic departments on hospitals affiliated in Gilan. Health Information Management Journal. 2006;5:5-16. [persian]
14. De Simone S, Esposito A. The Risk Management in Italian Healthcare Organizations: Threats become Opportunities. American International Journal of Social Science. 2014; Vol. 3, No. 3. 168- 182.



15. Nagela M, Schmidt G, Schnuetgen G, Kalender WA. Risk management for a robot-assisted needle positioning system for interventional radiology. *Int Con Ser* 2004;1268:549-54.
16. East J. Control of infection in nursing homes: a risk management approach. *Journal of Hospital Infection*. 1999;43:39-41.
17. Thiago M, Amaral A, Costa PC. Improving decision-making and management of hospital resources an application of the promethee II method in an emergency department. *Journal of Operation Research Health Care*. 2014;3:1-6.
18. Zaboli R, Karamali M, Salem M, Rafati H. Risk management in selected wards of hospitals of Tehran. *Journal of Military Medicine*. 2010; 12(4):197- 202. [Persian].
19. Zimmera M, Wassmera R, Wilkenb V. Initiation of risk management: Incidence of failures in simulated emergency medical service scenarios. *Resuscitation*. 2010;81:882-6.
20. Carroll R. Identifying risks in the realm of enterprise risk management. *Journal of Healthcare Risk Management*. 2016;35:24-30.
21. Watcher RM. Understanding patient safety . United States of America: Mac Graw- Hill Companies ; 2008;10: 23-4.
22. William N K. Medication errors, lessons learned and actions needed. *Professional Safety Journal*. 2004; 49(7), 35- 41.
23. Graham S, Clopp MP, Kostek NE, Crawford B. Implementation of a high- alert medication program. *Permanent Journal*. 2008; 12 (2): 15.
24. Links PS, Ross J, Gunderson JG. Promoting good psychiatric management for patients with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychology* 2015;71:753-63.
25. Wright J, Hill P. Clinical governance, the principles and methods of improving the quality of health services in hospitals and clinics. [A. Rashidian, Z. Moeinfar, F. Mirzaaghaei, S Eftekhari, R. Ravangard, trans]. Tehran: Vista Publisher; 2013.
26. Balding C. "From quality assurance to clinical governance", *australian health review - ProQuest central*. 2008; 32(3): 383.
27. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *British Medical Journal*. 2001; 322(7299): 1413-17.
28. Travaglia JF, Debono D, Spigelman AD, Braithwaite J . Australian perspectives- Clinical Governance: a review of key concepts in the literature. *An International Journal*. 2011; 16(1): 62- 77.
29. Government of Western Australia Department of Health. Clinical Governance, Safty and Quality Policy Framework: The Institute; July 2016.
30. Starey N. What is clinical governance? [Internet]. [Cited june 2000]. Available from: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/WhatisClinGov.pdf>.
31. Scottish Executive, Health Department, Directorate of Performance Management & Finance. Clinical Negligence and Other Risk Indemnity Scheme (CNORIS). Scotland: The Institute; March 2005.
32. Healthcare Improvement Scotland. National standards- Clinical Governance & Risk Management: Achieving safe, effective, patient- focused care and services. Scotland: The Institute; October 2005.
33. Attar Jannesar Nobari F, Yousofinezhad T, Behzadi koodari F, Arab M. Clinical Risk Assessment of Intensive Care Unit using Failure Mode and Effects Analysis. *Journal of Hospital*. 2015; 53 (2): 49- 59.
34. Habibi E, Solaimani B, Nateghi R, Lotfi M, Yarmohamadian MA. Risk management on radiology department hospital in Esfehan. *Health Information Management Journal*. 2007;4(1):133-41. [Persian]
35. Pretagostini R, Gabbrielli F, Fiaschetti P. Risk management systems for health care and safety development on transplantation: A review and a proposal. *Transplant Proc*. 2010; 42:1014-6.
36. Handel DA, McConnell KJ. Emergency department length of stay and predictive demographic characteristics. *Annual Emergency Medicine*. 2007; 50(3): 70.
37. Li G. Implementation of a risk management plan in a hospital operating room. *International Journal of Nursing Sciences*. 2015; 348- 354.

38. Manser T, Frings J, Heuser G, Mc Dermott F. The German clinical risk management survey for hospitals: Implementation levels and areas for improvement. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2016; 114:28-38. doi: 10.1016/j.zefq.2016.06.017
39. Heydarpour, P., Dastjerdi, R., Rafeie, S., Sadat, M., Mostafavian, F. Introduction to Clinical Governance, Tandis public, 2011. [Persian].
40. Jafari Golestan N, Mohsenpour L. Risk Management: The solution of service quality assurance in nursing. Military Caring Sciences. 2014; 1 (1): 52- 56.
41. Verbano C, Turra F. A human factors and reliability approach to clinical risk management: Evidence from Italian cases. Saf Sci. 2010;48:625-39.
42. Briner M, Kessler O, Pfeiffer Y, Wehner Th, Manser T. Assessing hospitals clinical risk management: Development of a monitoring instrument. BMC Health Service Research. 2010; 10: 337.

# Assessing hospitals clinical risk management

Nader Mazloomi, Mohamad Saleh Torkestani, Fatemeh Razavi<sup>■</sup>

**Mazloomi N.**

PHD. Assistant Professor, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

**Torkestani MS.**

PHD. Assistant Professor, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

**■ Corresponding author:**

**Razavi F.**

Msc Student of Business Administration- Insurance Trend, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran  
Address: razavi8691@gmail.com

**Introduction:** Clinical risk management concerns with improving the quality and safety of healthcare services. Risk management assessment in the hospital is the infrastructure of planning in the field of crisis management and is one of fundamental issues in medicine.

**Aim:** This study was done for assessing hospitals clinical risk management in Tehran.

**Method:** In this descriptive study the data were gathered by questionnaire in five- point Likert scale that was based on NHS QIS and after assessing content by experts. Hospitals were selected randomly in Tehran and then selected clinical governance team member census (a total of 170) questionnaires completed. For content validity confirmatory factor analysis using Smart PLS3 and SPSS software was applied to analysis T- test in the data.

**Results:** The clinical risk management in general hospitals of Tehran was higher than the average. The mean scores of three indicators (attention to risk management in decision making), (prioritizing risk management action plans), and (the use of risk management experiences), were 3.89, 3.6 and 3.81 respectively. Other indices were evaluated higher than the average..

**Conclusion:** Using NHS QIS for assessing hospitals clinical risk management is suggested. Decisions on the risk management, should be accordance with the safety patient protocols. Supporting the staff to participate in the identification and assessment of risks in hospitals should be pursued seriously by hospital managers.

**Key words:** clinical risk management, clinical governance, hospital

**Nursing  
Management**

Quarterly Journal of Nursing Management

Five Year, Vol 5, No 1, Spring 2016