

ارزشیابی میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران برای اجرای برنامه ممیزی بالینی از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها در سال ۱۳۹۷

حسین درگاهی^۱، کامران ایران‌دوست^۲، سید مرتضی مجتبیان^۳*

تاریخ پذیرش: ۹۸/۵/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۷/۸/۸

چکیده:

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف ارزشیابی میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران برای اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت و ممیزی بالینی از دیدگاه مدیران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی از نوع کاربردی می‌باشد که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ در چهار بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. جامعه آماری ۲۰ نفر از مدیران بیمارستان‌های منتخب بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه دو قسمتی بود که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. در این مطالعه از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و همچنین از آزمون‌های آماری بهره گرفته شد.

نتایج: میزان اثربخشی و آمادگی بیمارستان‌ها در اجرای برنامه ممیزی بالینی درحیطه مربوط به داده‌ها و اطلاعات، کار تیمی و بازخورد هر کدام برابر ۶۰٪، منابع، طراحی و اجرا، مدیریت ممیزی بالینی و شواهد و استانداردها هر کدام برابر ۵۵٪، بیماری و آموزش برابر ۵۰٪ و نیروی انسانی برابر ۴۵٪ می‌باشد. همچنین با افزایش تعداد دفعات ممیزی بالینی، آمادگی بیمارستان‌ها برای پروژه‌های بهبود کیفیت افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثر بخشی و آمادگی کم بیمارستان‌ها در اجرای برنامه ممیزی بالینی به خصوص در حیطه منابع انسانی (۴۵٪) لازم است که مدیران و برنامه‌ریزان برنامه‌های ممیزی بالینی در بیمارستان‌ها با شناخت دقیق این عوامل در جهت کنترل محیط سازمانی به بهبود اثربخشی برنامه‌های ممیزی کمک کنند.

کلیدواژه‌ها: آمادگی بیمارستان، ممیزی بالینی، ارتقای کیفیت، حاکمیت بالینی

^۱ استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (* نویسنده مسئول)
 آدرس الکترونیکی: eresk1996@gmail.com

مقدمه

حاکمیت بالینی، رویکردی یکپارچه و سیستماتیک است که دستور العملهایی را در راستای توسعه خدمات سلامت و اجرای حاکمیت بالینی در سازمان‌ها فراهم می‌کند (۹). مدل حاکمیت بالینی در کشورهای مختلف دارای ۵ تا ۱۲ ستون و شاخص می‌باشد که در ایران مدل ۷ ستونی بر اساس الگوی کشور انگلیس، انتخاب و اجرا شده است که شامل آموزش، مدیریت خطر، مؤثر بودن خدمات، استفاده بهینه از اطلاعات، مشارکت عمومی، ممیزی بالینی و مدیریت پرسنل می‌باشد (۱۰-۱۲).

ممیزی بالینی و اثربخشی بالینی از اجزاء اساسی حاکمیت بالینی به منظور بهبود و تضمین کیفیت هستند. در واقع حاکمیت بالینی به منظور حمایت از پرسنل درمانی و سازمان‌های ارائه دهنده خدمات و در راستای بهبود کیفیت خدمتشان، ممیزی بالینی را معرفی کرده و ابزارهای مورد نیاز آن را فراهم نموده است. ممیزی بالینی شامل روند بهبود کیفیت، که با هدف افزایش کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه شده به بیماران و بهبود نتایج حاصل از آن صورت می‌گیرد و این عمل را از طریق مرور نظام مند، وضعیت موجود و تطابق آنها با استانداردهای روشن و انجام مداخله و ایجاد تغییر به انجام می‌رساند (۱۳، ۱۴). از دیدگاه انستیتو ملی تعالی بالینی (NICE) و کمیسیون مراقبت‌های بهداشتی، ممیزی بالینی یک فرایند ارتقای کیفیت است که از طریق بررسی و مطابقت سیستماتیک مراقبت‌ها با استانداردهای از پیش تعریف شده و اجرای مداخله مناسب، به دنبال بهبود مراقبت بیمار و پیامدهای حاصله بوده و منجر به بهبود عملکرد نظام سلامت می‌شود (۱۵). در واقع ممیزی‌های بالینی در سیستم‌های مراقبت سلامت به عنوان راهی برای به دست آوردن اطلاعات در مورد مراقبت‌های بالینی ارائه شده است. این اطلاعات برای افرادی که مراقبت‌های بهداشتی را ارائه می‌کنند، و می‌خواهند اطمینان حاصل کنند که مراقبت‌هایی که آنها ارائه می‌کنند از بالاترین استاندارد برخوردار است و برای بیماران نیازمند به دریافت مراقبت‌های بهداشتی ایمن و مؤثر است. ممیزی بالینی منجر به آگاهی آگاهانه از چگونگی انجام امور می‌شود، باعث ترویج یادگیری می‌شود و اقدامات لازم را انجام می‌دهد تا به طور بالقوه بهبود کیفیت متعلق به بیمار را تحت تاثیر قرار دهد. به همین دلیل، ممیزی، در موارد مختلف، یکی از ویژگی‌های اصلی سیاست‌های دولتی بعد از چند دهه بوده است (۳، ۱۶).

در مطالعه عطااللهی و همکاران در سال ۱۳۹۱، این نتیجه حاصل شد که ممیزی بالینی، آموزش پرسنل، استفاده از

در عصر حاضر، سلامت یکی از مهمترین دغدغه‌های بشر است و نظام‌های سلامت نقش روزافزونی را از طریق سیاست‌گذاری، حاکمیت درون بخشی و رهبری بین بخشی برای حفظ و ارتقای سلامت مردم در ابعاد مختلف آن بر عهده دارد (۱). حضور فعال و ارائه مراقبت با کیفیت در نظام سلامت به عنوان یک نظام بهداشتی منسجم و یکپارچه در این زمینه می‌تواند کمک کننده باشد (۲). کیفیت خدمات بهداشتی، میزان دستیابی به مطلوب‌ترین، برآوردهای سلامتی است. بنابراین مقوله کیفیت خدمات در بیمارستان، که ضروری‌ترین عنصر نظام مراقبت بهداشتی است، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار می‌باشد که بدون ایفای نقش مؤثر آن‌ها در تأمین مراقبت با کیفیت و اثربخش، نظام بهداشتی کامل نخواهد بود. سازمان جهانی بهداشت، کیفیت مراقبت را به عنوان اصلی‌ترین عامل در اعتماد به پرسنل بهداشتی درمانی، مطرح نموده است. چالش‌سنجش کیفیت در جهت یافتن راهی برای برقراری تعادل بین انتظارات بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی است و نقطه شروع آن به این باز می‌گردد که بیماران و ارائه‌دهندگان به چه چیزی بها می‌دهند (۳). مأموریت اصلی بیمارستان‌ها تأمین مراقبت با کیفیت برای بیماران و برآوردن نیازها و انتظارات آنها است. برآوردن این رسالت مهم مستلزم نهادینه شدن کیفیت در بیمارستان‌ها می‌باشد (۴، ۵). روشن است که در نظر گرفتن کیفیت ارائه خدمات در سطح تصمیم‌گیری، بسیار مهم است و با توجه به تعداد عملکردهای مدیریتی در یک بیمارستان، وجود یک سیستم یا یک معاونت بالینی، که هدف آن تضمین عملکرد بالینی صحیح و بهبود خدمات بالینی، در تمام بیمارستان و یا به عبارتی حاکمیت بالینی باشد قابل توجه است (۶).

در کشورهای مختلف روش‌ها و ابزارهای متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامت تا به امروز بکار گرفته شده است. از میان این روش‌ها، حاکمیت بالینی به عنوان یک استراتژی و به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی برای نخستین بار در سال ۱۹۹۸ به وسیله NHS^۱ انگلستان و از سوی دولت ارائه و مطرح شد (۷). در کشور ما نیز این مفهوم در سال ۱۳۸۸ به عنوان یک چارچوب مورد قبول برای ارتقای کیفیت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب و طی بخشنامه‌ای به روسای دانشگاه‌های سراسر کشور ابلاغ شد. در حال حاضر تیم حاکمیت بالینی شامل کارشناسان و اعضای کمیته حاکمیت بالینی است که در دانشگاه‌های سراسر کشور مشغول به فعالیت می‌باشند (۸).

² National Institute for Health and Care Excellence

¹ National Health Service

پرسشنامه ارسال و در نهایت ۱۵ پرسشنامه تکمیل شده بازگردانده شد. برای تأیید روایی محتوا از شاخص روایی محتوا^۱ و نسبت روایی محتوا^۲ استفاده شد. برای بررسی پایایی ابزار نیز پس از تکمیل ۳۰ پرسشنامه نهایی توسط مدیران بیمارستان‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. به این ترتیب پرسشنامه نهایی شامل ۵۴ گویه بر اساس مقیاس لیکرت و طیف پنج گزینه‌ای همیشه، اغلب، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز در نه حیطة دسترسی به داده‌ها و اطلاعات (۹ گویه)، کار تیمی (۱۲ گویه)، منابع (۵ گویه)، بیماران و آموزش (۵ گویه)، طراحی و اجرای مداخله (۵ گویه)، مدیریت ممیزی بالینی (۴ گویه)، نیروی انسانی (۶ گویه)، شواهد و استانداردها (۴ گویه) و بازخورد (۴ گویه) تدوین گردید. میانگین شاخص روایی پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد و پس از ویرایش‌های نهایی توسط استاد راهنما پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ مورد تأیید قرار گرفت. در این مطالعه به منظور انجام تحلیل‌های آماری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳، آزمون-های T-Test، Independent-Samples و One-Way ANOVA و همچنین آماره‌های توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد بهره گرفته شد.

برای انجام این پژوهش، پس از مکاتبات بین دانشکده و بیمارستان‌ها، پژوهشگر در هر یک از بیمارستان‌ها حضور پیدا کرد و پس از کسب اجازه و دریافت معرفی نامه از طرف مسئولین، به رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری بیمارستان، مسئولین واحدهای بهبود کیفیت و کارشناسان بیمارستانی بیمارستان‌های دانشگاهی مراجعه کرده و پرسشنامه مورد نظر را بین افراد نمونه توزیع کرده تا در صورت صلاحدید نسبت به پاسخ دادن به آن مبادرت نمایند. با توجه به شرایط کاری مدیران ارشد، بعضی از آنها به دلیل پر بودن وقت کاری از همکاری کردن در پر کردن پرسشنامه اجتناب می‌کردند. اما پس از توضیح در خصوص کم بودن حجم نمونه و لزوم همکاری تمام مدیران جهت دستیابی به اهداف مطالعه، و همچنین دادن اختیار به مدیران در پر کردن پرسشنامه در هر زمان و مکان ممکن و جلب اعتماد آنان، حداکثر همکاری در این خصوص از جانب مدیران صورت گرفت. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل حفظ محرمانگی اسامی و اطلاعات شرکت‌کنندگان و کسب رضایت از آنها در هر مرحله از مطالعه، استفاده از منابع و مراجع مطمئن برای جمع‌آوری اطلاعات، جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات با صحت و دقت کامل و پرهیز از سوگیری در استخراج نتایج و گزارش دقیق یافته‌ها بود.

اطلاعات، تعامل با بیمار و اثربخشی بالینی مهمترین چالش استقرار حاکمیت بالینی هستند (۱۷). همچنین در مطالعه دیگر که توسط حجت و همکاران در سال ۱۳۹۲ با هدف شناسایی موانع اجرای حاکمیت بالینی از دیدگاه مدیران و پرستاران انجام شد، به این نتیجه رسیدند که ممیزی بالینی کمترین، و مدیریت کارکنان بیشترین تاثیر منفی را از نظر شرکت‌کنندگان در اجرای حاکمیت بالینی دارد و در بین تمام سوالات بی توجهی به رضایت شغلی پرسنل در محور "مدیریت کارکنان" بیشترین تاثیر منفی را به خود اختصاص داد (۸). بر این اساس، با توجه به اهمیت موضوع شناسایی میزان آمادگی و تعیین نقاط ضعف و قوت هر بیمارستان در جهت برنامه ریزی مناسب و همچنین مدیریت صحیح شرایط برای ارتقای اثربخشی برنامه‌های ممیزی بالینی می‌تواند کمک کننده باشد. بنابراین با توجه به اهمیت مسئله در این پژوهش قصد داریم میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران را از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها بسنجیم.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به لحاظ ماهیت، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی، به لحاظ هدف از نوع کاربردی می‌باشد که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ در چهار بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. جامعه آماری این مطالعه ۲۰ نفر از مدیران بیمارستان‌های امیر اعلم، رازی، روزبه و فارابی بودند که از طریق روش سرشماری انتخاب و بررسی شدند. این افراد شامل رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون، مسئول فنی و مسئول بهبود کیفیت بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه دو قسمتی بود. قسمت اول این پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک از قبیل جنس، سن، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، سابقه کاری، پست سازمانی، سابقه مدیریت و وضعیت استخدامی بود. قسمت دوم پرسشنامه شامل چک لیست‌های مربوط به ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای برنامه ممیزی بالینی بود. این پرسشنامه در مطالعه‌ای تحت عنوان "طراحی و سنجش روایی و پایایی ابزار ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت" توسط قلی‌پور و همکاران طراحی و مورد تأیید قرار گرفت (۱۸) به این ترتیب در مطالعه قلی‌پور و همکاران، بر اساس نتایج حاصل از مرور نظام‌مند متون علمی، پرسشنامه اولیه با ۷۷ گویه طراحی شد که به منظور بررسی روایی آن از روش‌های اندازه‌گیری روایی محتوا از پانل خبرگان متشکل از متخصصین مدیریت بیمارستان و ارزشیابی بیمارستان‌ها استفاده شد، برای این منظور ۲۰

¹ Content Validity Index

² Content Validity Ratio

یافته ها

دارای میزان تحصیلات کارشناسی بودند. از میان مدیران ارشد بیمارستان های منتخب دانشگاه ۲۰٪ (۴ نفر) مدرک پرستاری، ۴۰٪ (۸ نفر) مدرک پزشکی و ۴۰٪ (۸ نفر) مدرک مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی را دارا بودند. بیشترین فراوانی سابقه مدیریت مربوط به بازه (۱۱-۲۱) سال و کمترین فراوانی برای بازه (۲۱-۳۱) سال می باشد به طوری که از جدول توزیع فراوانی بر حسب سابقه کاری نشان داد که ۵۵٪ (۱۱ نفر) مدیران ارشد، سابقه کاری بالا تر از ۲۲ سال را دارند و همچنین ۸۰ درصد مدیران رسمی و ۲۰ درصد قراردادی بودند.

همانطور که در جدول ۱ مربوط به توزیع فراوانی مدیران شرکت کننده در پژوهش مشاهده می شود، مدیران مرد ۶۵٪ (۱۳ نفر) از نمونه را تشکیل می دهند، در حالی که سهم مدیران زن ۳۵٪ (۷ نفر) می باشد. ۷۰٪ (۱۴ نفر) از مدیران بین ۴۰ تا ۶۰ سال سن داشتند و میانگین سنی مدیران شرکت کننده در این پژوهش ۵۷ سال بود. ۸۵٪ (۱۷ نفر) مدیران متاهل و ۱۵٪ (۳ نفر) آنان مجرد بودند. همچنین یافته های آماری نشان داد که ۴۵٪ (۹ نفر) از افراد شرکت کننده در پژوهش دارای میزان تحصیلات دکتری، ۳۵٪ (۶ نفر) دارای میزان تحصیلات کارشناسی ارشد و ۲۵ درصد (۵ نفر) از آنان

جدول ۱ توزیع فراوانی مدیران شرکت کننده در مطالعه (بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران)

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد
سن	۲۰-۳۰	۴	۲۰
	۳۱-۴۰	۲	۱۰
	۴۱-۵۰	۷	۳۵
	۵۱-۶۰	۷	۳۵
جنس	مرد	۱۳	۶۵
	زن	۷	۳۵
وضعیت تاهل	متاهل	۱۷	۸۵
	مجرد	۳	۱۵
تحصیلات	لیسانس	۵	۲۵
	فوق لیسانس	۶	۳۵
	دکتری	۹	۴۵
مدرک	پرستاری	۴	۲۰
	پزشکی	۸	۴۰
	مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۸	۴۰
سابقه کاری	۲-۱۲	۵	۲۵
	۱۳-۲۲	۴	۲۰
	۲۳-۳۲	۱۱	۵۵
سابقه مدیریت	۳-۱۱	۷	۳۵
	۱۲-۲۱	۹	۴۵
	۲۲-۳۱	۴	۲۰

مورد مطالعه با میانگین شاخص ارزشیابی بالینی تفاوت معنادار آماری وجود ندارد.

همچنین نتایج نشان داد که بین تعداد ممیزی های انجام شده ($P=0.752$) و شاخص ارزشیابی بالینی همبستگی مثبت و قوی وجود دارد به این معنی که با افزایش تعداد ممیزی

پس از تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های One-Way ANOVA و T Test، Independent-Samples در سطح معنادار $\alpha=5\%$ این نتیجه حاصل شد که بین جنسیت ($P=0.556$)، مدرک تحصیلی ($P=0.466$)، وضعیت استخدامی ($P=0.447$) و پست سازمانی ($P=0.538$) مدیران

مطالعه با شاخص ارزشیابی بالینی همبستگی مثبت و ضعیف وجود داشت که این همبستگی از نظر آماری معنادار نبود.

های انجام شده، شاخص ارزشیابی بالینی نیز افزایش می یابد که این همبستگی از نظر آماری معنادار بود. اما بین سن مدیران ($P=0.133$) و سابقه کاری مدیران ($P=0.64$) مورد

جدول ۲ شاخص‌های مرکزی متغیرهای دموگرافیک و همبستگی آن با شاخص ممیزی بالینی

متغیر	طبقه	ضریب همبستگی
سن	۲۰-۳۰	۰.۱۳۳
	۳۱-۴۰	
	۴۱-۵۰	
	۵۱-۶۰	
جنس	مرد	۰.۵۵۶
	زن	
تحصیلات	لیسانس	۰.۴۶۶
	فوق لیسانس دکتری	
پست سازمانی	رئیس	۰.۵۳۸
	مدیر	
	مترون	
	فنی بهبود	
سابقه کاری	۲-۱۲	۰.۶۴
	۱۳-۲۲	
	۲۳-۳۲	
وضعیت استخدامی	رسمی	۰.۴۴۷
	قراردادی	

سوال "در طول فرایند ممیزی بالینی بازخورد منظم به تمامی اعضا تیم ارائه می گردد". در گزینه گاهی اوقات بیشترین فراوانی با ۵۵٪ مربوط به سوال "کارکنان از پیامدهای تغییرات ناشی از اجرای برنامه های ممیزی بالینی آگاهی دارند". در گزینه به ندرت بیشترین فراوانی با ۴۰٪ مربوط به سوال "در زمان اجرای برنامه های ممیزی تعارض و عدم همکاری بین تیم های مختلف بالینی وجود دارد". و در گزینه هرگز بیشترین فراوانی با ۳۵٪ مربوط به سوال "بودجه اختصاصی جهت ممیزی بالینی تعلق می گیرد" بود. با توجه به معیار های ممیزی بالینی (داده ها و اطلاعات، کار تیمی، منابع، بیماری و آموزش، طراحی و اجرا، مدیریت و ممیزی بالینی، شواهد و استانداردها و بازخورد) گزینه اغلب بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است و تنها معیار ممیزی بالینی در حیطه نیروی انسانی گزینه گاهی اوقات بیشترین فراوانی را دارد.

در پژوهش حاضر با توجه به معیارهای ممیزی بالینی، به طور متوسط میزان آمادگی مدیران برای اجرای ممیزی بالینی در حیطه مربوط به دسترسی به داده ها و اطلاعات، کار تیمی و بازخورد هر کدام برابر ۶۰٪، حیطه مربوط به منابع، طراحی و اجرا، مدیریت ممیزی بالینی و شواهد و استانداردها هر کدام معادل ۵۵٪، حیطه مربوط به بیماری و آموزش ۵۰٪ و میزان آمادگی در حیطه نیروی انسانی معادل ۴۵٪ بود. بنابراین بیشترین اثربخشی و آمادگی بیمارستان های منتخب در اجرای ممیزی بالینی مربوط به حیطه داده ها و اطلاعات، کار تیمی و بازخورد می باشد و کمترین اثر بخشی و آمادگی مربوط به حیطه نیروی انسانی است. همچنین نتایج مربوط به توزیع فراوانی سوالات به این صورت بود که در گزینه همیشه بیشترین فراوانی با ۴۰٪ مربوط به سوال "پرونده های پزشکی هنگام گردآوری داده ها مورد استفاده قرار می گیرد" در گزینه اغلب بیشترین فراوانی با ۷۵٪ مربوط به

جدول ۳- توزیع فراوانی سوالات چک لیست ممیزی بالینی

ردیف	سوال	همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز
داده و اطلاعات						
۱	برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی اطلاعات با جزئیات مورد نیاز گردآوری می شود.	۲۵.۰	۴۵.۰	۲۰.۰	۰۰.۰	۱۰.۰
۲	از روش های مختلف در گرد آوری داده ها استفاده می شود.	۱۵.۰	۵۵.۰	۳۰.۰	۰۰.۰	۰۰.۰
۳	از سیستم های نظام اطلاعات در گردآوری و تحلیل داده ها استفاده می شود.	۳۰.۰	۶۰.۰	۱۰.۰	۰۰.۰	۰۰.۰
۴	پرونده های پزشکی هنگام گرد آوری داده ها مورد استفاده قرار می گیرد.	۴۰.۰	۳۵.۰	۲۵.۰	۰۰.۰	۰۰.۰
۵	بین داده ها و راه حل های مورد استفاده ارتباط منطقی وجود دارد.	۰۰.۰	۶۰.۰	۴۰.۰	۰۰.۰	۰۰.۰
۶	بیماران در فرایند گرد آوری داده ها مشارکت داده می شوند.	۰۵.۰	۴۰.۰	۲۰.۰	۲۵.۰	۱۰.۰
۷	مکانیزم های صریح و روشنی برای انتشار اطلاعات وجود دارد.	۲۰.۰	۵۰.۰	۱۰.۰	۲۰.۰	۰۰.۰
۸	اطلاعات و داده های مورد نیاز در ممیزی بالینی بموقع در دسترس قرار می گیرد.	۰۰.۰	۷۰.۰	۰۰.۰	۲۰.۰	۱۰.۰
۹	در برنامه های ممیزی بالینی اجرا شده داده های گرد آوری شده قابل اعتماد می باشند.	۱۵.۰	۶۵.۵	۰۰.۰	۲۰.۰	۰۰.۰
کار تیمی						
۱۰	تیم ممیزی بالینی از عملکرد اثربخشی برخوردار می باشد.	۰۰.۰	۷۵.۰	۰۵.۰	۱۰.۰	۱۰.۰
۱۱	در زمان اجرای برنامه های ممیزی تیم ممیزی بالینی هماهنگ با تیم اعتبار بخشی عمل می کند.	۱۰.۰	۴۰.۰	۳۰.۰	۱۰.۰	۱۰.۰
۱۲	هم کارکنان بالینی و هم کارکنان غیر بالینی عضو تیم ممیزی بالینی هستند.	۲۵.۰	۴۰.۰	۱۵.۰	۰۰.۰	۲۰.۰
۱۳	اعضای تیم ممیزی بالینی انگیزه کافی برای انجام ممیزی دارند.	۰۰.۰	۵۰.۰	۳۰.۰	۱۰.۰	۱۰.۰
۱۴	اعضای تیم ممیزی بالینی آگاهی کافی از چگونگی انجام ممیزی دارند.	۱۰.۰	۵۰.۰	۲۰.۰	۱۰.۰	۱۰.۰
۱۵	اعضای تیم بخوبی می دانند که در چه شرایطی ممیزی بالینی به بهترین نحو به هدف خود دست پیدا می کند.	۰۰.۰	۷۰.۰	۱۰.۰	۱۰.۰	۱۰.۰
۱۶	در زمان اجرای برنامه های ممیزی بالینی ارتباط مطلوبی بین ممیزی کننده ها و عواملی که مورد ممیزی قرار گرفته اند وجود دارد.	۱۰.۰	۶۰.۰	۱۰.۰	۰۰.۰	۱۰.۰
۱۷	در زمان اجرای برنامه های ممیزی تعارض و عدم همکاری بین تیم های مختلف بالینی وجود دارد.	۰۰.۰	۳۵.۰	۱۰.۰	۴۵.۰	۱۰.۰
۱۸	در زمان اجرای برنامه های ممیزی دستیابی به توافق بین اعضای تیم ممیزی بالینی امکان پذیر می باشد.	۲۵.۰	۳۰.۰	۱۵.۰	۱۰.۰	۲۰.۰
۱۹	برای اجرای برنامه های ممیزی قبل از انجام ممیزی بین اعضا بر روی برنامه اجرایی ممیزی توافق صورت می گیرد.	۱۵.۰	۵۰.۰	۱۵.۰	۰۰.۰	۲۰.۰
۲۰	اعضای تیم ممیزی کاملاً متعهد به انجام ممیزی و نتایج آن می باشند.	۱۵.۰	۵۵.۰	۰۰.۰	۱۰.۰	۲۰.۰
۲۱	برای اجرای برنامه های ممیزی جهت افزایش انگیزش برای اعضای تیم برنامه های خاصی در نظر گرفته می شود.	۰۰.۰	۳۵.۰	۲۵.۰	۳۰.۰	۱۰.۰
منابع						
۲۲	برای اجرای برنامه های ممیزی منابع کافی در اختیار بیمارستان قرار دارد.	۰۵.۰	۳۵.۰	۳۵.۰	۱۵.۰	۱۰.۰
۲۳	برای اجرای برنامه های ممیزی زمان کافی اختصاص داده می شود.	۰۰.۰	۴۰.۰	۵۰.۰	۰۰.۰	۱۰.۰
۲۴	برای اجرای برنامه های ممیزی از منابع بصورت بهینه استفاده می شود.	۰۰.۰	۶۰.۰	۲۰.۰	۱۰.۰	۱۰.۰
۲۵	بودجه اختصاصی جهت ممیزی بالینی تعلق می گیرد	۱۰.۰	۱۵.۰	۳۰.۰	۱۰.۰	۳۵.۰
۲۶	برای اجرای برنامه های ممیزی قبل از شروع ممیزی، امکانات موجود و محیط بالینی ارزیابی می شوند	۰۰.۰	۶۵.۰	۰۵.۰	۲۰.۰	۱۰.۰

بیماران و آموزش		همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز
۲۷	در اجرای برنامه های ممیزی بیماران از حقوقشان مطلع شده و رضایت آگاهانه کسب می شود.	۰۰۰	۲۰۰	۲۵۰	۲۵۰	۲۰۰
۲۸	برای اجرای برنامه های ممیزی جلسات آموزشی مستمر طی فرایند ممیزی بمنظور کمک به اعضا جهت تکمیل چرخه ممیزی تشکیل می شود.	۰۵۰	۶۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۰۰
۲۹	برای اجرای برنامه های ممیزی جلسات آموزشی با حضور اعضای هیات علمی دانشگاه تشکیل می شود.	۰۰۰	۴۵۰	۲۵۰	۲۰۰	۱۰۰
۳۰	برای اجرای برنامه های ممیزی قبل از شروع ممیزی در مورد ممیزی بالینی، بهبود کیفیت و اهداف آن دوره های آموزشی برگزار می شود.	۰۵۰	۴۵۰	۴۰۰	۰۰۰	۱۰۰
۳۱	برای اجرای برنامه های ممیزی تمام اعضای تیم ممیزی بالینی در جلسات آموزشی مشارکت فعال دارند.	۱۵۰	۳۰۰	۴۵۰	۰۰۰	۱۰۰
طراحی و اجرای مداخله		همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز
۳۲	مداخلات برنامه های ممیزی هم روشهای درمانی و هم روشهای تشخیصی را شامل می شوند.	۰۰۰	۵۵۰	۲۵۰	۱۰۰	۱۰۰
۳۳	این نوع مداخلات هم متوجه تضمین کیفیت و هم بهبود کیفیت می باشند.	۰۰۰	۵۵۰	۳۰۰	۰۵۰	۱۰۰
۳۴	برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی مداخلات با حضور متخصصان به بحث گذارده می شوند و در مورد انتخاب آن توافق می شود.	۰۰۰	۵۵۰	۲۵۰	۱۰۰	۱۰۰
۳۵	برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی مسئولین بیمارستان بر برنامه های ممیزی نظارت دارد.	۲۵۰	۴۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۰۰
۳۶	اجرای برنامه های ممیزی بالینی بر اساس اولویت بندی شفاف و عینی صورت می گیرد.	۰۰۰	۵۰۰	۳۰۰	۱۰۰	۱۰۰
مدیریت ممیزی بالینی		همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز
۳۷	در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی قبل از اجرای ممیزی بالینی ارزیابی هزینه اثربخشی مداخلات پیشنهادی صورت می گیرد.	۰۰۰	۳۰۰	۵۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۳۸	برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی قبل از انجام کار برنامه ریزی عملیاتی صورت می گیرد.	۰۵۰	۶۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۳۹	فرایند برنامه های ممیزی بالینی بطور مستمر توسط رهبر تیم پایش می شود.	۱۰۰	۵۵۰	۲۵۰	۰۰۰	۱۰۰
۴۰	برنامه ریزی برای اجرای ممیزی بالینی مجدد یکی از گام های اساسی برنامه های ممیزی به حساب می آید.	۱۰۰	۵۰۰	۲۰۰	۱۰۰	۱۰۰
نیروی انسانی		همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز
۴۱	کارکنان فرصت کافی برای مشارکت در اجرای برنامه های ممیزی بالینی دارند.	۰۰۰	۳۵۰	۴۰۰	۱۵۰	۱۰۰
۴۲	کارکنان از قوانین و مقررات مربوط به اجرای برنامه های ممیزی بالینی آگاهی دارند.	۰۰۰	۴۵۰	۳۰۰	۱۵۰	۱۰۰
۴۳	کارکنان تعامل مناسبی با بیماران برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی دارند.	۰۵۰	۴۰۰	۲۵۰	۱۰۰	۱۰۰
۴۴	کارکنان از پیامدهای تغییرات ناشی از اجرای برنامه های ممیزی بالینی آگاهی دارند.	۰۰۰	۳۵۰	۵۵۰	۰۰۰	۱۰۰
۴۵	کارکنان آموزش دیده و توانمند کافی برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی وجود دارد.	۰۰۰	۴۵۰	۳۵۰	۱۰۰	۱۰۰
۴۶	نتایج ممیزی های بالینی انجام شده در ارزیابی عملکرد کارکنان تاثیر گذار می باشد.	۰۰۰	۳۵۰	۴۵۰	۱۰۰	۱۰۰
شواهد و استانداردها		همیشه	اغلب	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز
۴۷	برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی از استانداردهای مبتنی بر شواهد و بروز استفاده می شود.	۱۰۰	۶۰۰	۰۰۰	۱۰۰	۲۰۰
۴۸	برای اجرای برنامه های ممیزی شواهد مورد استفاده در حد کفایت می باشند.	۰۰۰	۶۰۰	۱۰۰	۲۰۰	۱۰۰
۴۹	برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی استانداردها طی یک فرایند منطقی و با توافق متخصصین مربوطه انتخاب می شوند.	۰۰۰	۴۵۰	۳۵۰	۱۰۰	۱۰۰
۵۰	از استانداردهای از پیش تدوین شده مورد استفاده در سایر ممیزی های بالینی استفاده می شود.	۱۵۰	۴۵۰	۲۰۰	۱۰۰	۱۰۰

هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	اغلب	همیشه	بازخورد
۱۰۰	۱۰۰	۰۵۰	۷۵۰	۰۰۰	در طول فرایند ممیزی بالینی بازخورد منظم به تمامی اعضا تیم ارائه می گردد.
۲۰۰	۱۵۰	۴۵۰	۲۰۰	۰۰۰	در طول فرایند ممیزی بالینی بازخورد مستمر به بیماران ارائه می گردد.
۱۰۰	۲۰۰	۲۵۰	۳۵۰	۱۰۰	پس از اجرای برنامه های ممیزی بالینی بازخورد نهایی فرایند ممیزی به جامعه و ذینفعان ارائه می گردد.
۱۰۰	۱۰۰	۳۰۰	۴۵۰	۰۵۰	پس از اجرای برنامه های ممیزی بالینی بازخورد آن به دانشگاه و اعضای هیات علمی و تمامی متخصصین مرتبط با حیطه ارائه می گردد.

بحث و نتیجه گیری

باید توجه داشت که بر اساس یافته های مطالعات مختلف، فعالیت های ممیزی پروژه های مفیدی هستند که موفقیت آن ها با آگاه سازی افراد و گروه هایی که می توانند از نتایج این پروژه استفاده کنند بهبود می یابد. همچنین مشارکت دادن افراد و سازمان هایی که امکان ارایه حمایت های لازم برای گسترش و تکرار این فعالیت ها را دارند، یکی از گام های اساسی در روند اجرای برنامه های ممیزی می باشد، ۷۰٪ شرکت کنندگان در پژوهش به این اصل پرداخته اند که در فرایند ممیزی بالینی بازخورد مناسب در آمادگی و اجرای برنامه بسیار سرنوشت ساز است. که در مطالعه حاضر با توجه به یافته های مطالعه میزان آمادگی بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای ممیزی بالینی در حیطه مربوط به بازخورد ۶۰٪ برآورد شده است. در مطالعه حجت و همکاران (۱۳۹۴)، فقدان سیستم بازخورد توانمندی به پرسنل بیشترین امتیاز را کسب کرده بود و به عنوان مهمترین مانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم مطرح شده بود (۸).

تامین منابع لازم برای اجرای برنامه های ارتقای کیفیت می تواند به عنوان یکی از موضوعات زیر بنایی در موفقیت این برنامه ها قلمداد شود و در مطالعه حاضر هم دسترسی به منابع مورد نیاز برای اجرای برنامه های ممیزی تا حدودی مورد توجه قرار گرفته ولی این منابع کافی نمی باشد. بطوری که دسترسی به منابع یکی از الزامات اثربخشی برنامه های ممیزی بالینی می باشد، در مطالعات مختلف و به خصوص در کشور های در حال توسعه، کمبود منابع از محدودیت های عمده در دستیابی به موفقیت در برنامه های ارتقای کیفیت مطرح بوده است. که در مطالعه حاضر با توجه به یافته های مطالعه میزان آمادگی بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای ممیزی بالینی در حیطه مربوط به تامین و دسترسی به منابع ۵۵٪ برآورد شده است. زیاری و همکاران (۱۳۹۳) کمبود منابع مالی، چالشهای نیروی انسانی، کامل نبودن سیستم های ثبت و مستندسازی، فرهنگ سازمانی نامناسب، کمبود آگاهی مدیران و کارکنان، نقص در

بر اساس یافته های پژوهش حاضر در ارزیابی آمادگی بیمارستان ها برای اجرای برنامه های بهبود کیفیت و ممیزی بالینی توجه به اطلاعات یکی از حیطه های مهم می باشد و در این راستا مطالعات مختلف وجود سیستم اطلاعات و دسترسی به موقع به داده ها و اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده و بیماران و گیرندگان خدمات و همچنین اطلاعات مدیریتی را از الزامات موفقیت و اثربخشی برنامه های ممیزی بالینی عنوان کرده اند. که در پژوهش حاضر نیز این امر ثابت شد به طوری که با توجه به یافته های پژوهش میزان آمادگی بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای ممیزی بالینی در حیطه مربوط به دسترسی به داده ها و اطلاعات ۶۰٪ برآورد شده است. مصدق راد و همکاران (۱۳۹۳) مدیریت اطلاعات را موثرترین عامل بر موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان های آموزشی شهر تهران دانستند (۱۹).

با توجه به این که فعالیت های ارتقای کیفیت و ممیزی بالینی فعالیت های جمعی و تیمی می باشند و نتیجه آن ها به واسطه کار تیمی می باشد. در ابزار طراحی شده نیز تیم در کار تیمی به عنوان یکی از مولفه های مهم در ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران برای اجرای برنامه های ارتقای کیفیت در نظر گرفته شده است. در مطالعات مختلفی که در مناطق مختلف انجام شده است، مشخص گردید، موضوعات ارزشمند از طریق کارهای تیمی شکل می گیرد و طراحی، اجرا و پایش و ارزشیابی فعالیت های بهبود کیفیت بصورت تیمی منجر به ارتقای عملکرد و موفقیت برنامه ها می شود، که در مطالعه حاضر با توجه به یافته های مطالعه میزان آمادگی بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای ممیزی بالینی در حیطه مربوط به کار تیمی ۶۰٪ برآورد شده است. دهنویه و همکاران (۱۳۹۱) کار تیمی ضعیف را یکی از موانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان های آموزشی کرمان دانستند (۲۰).

بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای ممیزی بالینی در حیطه مربوط به مشارکت بیماران و آموزش ۵۰٪ برآورد شده است. در این راستا مطالعات مختلف، جلب مشارکت بیماران و گیرندگان خدمت را در موفقیت برنامه های ممیزی بالینی مهم ارزیابی کرده اند و همچنین نشان داده اند برنامه های ارتقای کیفیت که به صورت مشارکتی با گیرندگان خدمت انجام شده است نتایج بهتری به بار آورده اند. در مطالعه عطالهی و همکاران در سال ۱۳۹۲ عدم مشارکت کارکنان و کمبود اعتبارات و امکانات برای آموزش از چالش های مهم در بعد آموزش از دیدگاه کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد شناخته شدند (۱۷).

از سوی دیگر بر اساس نتایج مطالعات مختلف در زمینه موفقیت پروژه‌های ممیزی بالینی، باید توجه داشت که در اجرای ممیزی آموزش و تشویق کارکنان در موفقیت فرایند بسیار مهم و تاثیرگذار می‌باشد که برای این کار باید افرادی که توانمندی‌های بین فردی بالایی دارند پرورش داده شوند چرا که بسیاری از کارهای ممیزی نیاز به فعالیت‌های بین-بخشی و بین‌رشته‌ای دارد که هماهنگی بین آنها نیاز به عزم جدی بین کارکنان و تیم ممیزی دارد، در واقع در مطالعه انجام شده به کارکنان و نیروی انسانی برای اجرای ممیزی متوسط (۵۰٪) ارزیابی شده است و جای پیشرفت فراوانی را دارد. که در پژوهش حاضر با توجه به یافته‌های مطالعه میزان آمادگی بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای ممیزی بالینی در حیطه مربوط به نیروی انسانی ۴۵٪ برآورد شده است. مصدق راد و قربانی (۱۳۹۵)، موانع مربوط به نیروی انسانی را یکی از مهمترین عامل شکست حاکمیت بالینی در بیمارستان های استان خوزستان معرفی کرد (۲۲). در مطالعه ای دیگر غضنفری و همکاران در سال ۱۳۹۱ تاثیر منابع انسانی بر اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران را تایید کردند (۱۹).

به طور کلی با توجه به نتایج پژوهش حاضر بیشترین آمادگی بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای ممیزی بالینی از نظر مدیران با ۶۰٪ مربوط به حیطه دسترسی به داده ها و اطلاعات، کار تیمی و بازخورد می باشد. و کمترین آمادگی بیمارستانهای منتخب در اجرای ممیزی بالینی نیز با ۴۵٪ مربوط به حیطه نیروی انسانی می باشد. بنابراین با توجه به یافته های این پژوهش و همچنین یافته های تحقیقات مختلف در زمینه موفقیت برنامه های ممیزی بالینی نشان داده است که موفقیت برنامه های ممیزی بالینی در دستیابی به اهداف، علاوه بر این که تحت تاثیر خود فرایند اجرای ممیزی بالینی می باشد، برخی عوامل دیگر در سازمان و بیمارستان محل

رویه ها و خطمشی های مدون، نظارت ارزشیابی نامناسب، فقدان بین هماهنگی بخشی و رهبری سازمانی را از موانع مهم استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بیان کرده اند (۲۱).

برای اجرای موفقیت آمیز ممیزی بالینی صورت گرفته در بیمارستان ها و سازمان های بهداشتی و درمانی باید توجه داشت که لزوم توجه به مدیریت ممیزی بالینی و ملزم کردن تیم ممیزی به اجرای مداخلات لازم برای بهبود کیفیت خدمات، موضوع بسیار مهمی در روند اجرای ممیزی بالینی می باشد که در این راستا مشارکت دادن تمامی همکاران دخیل در فرایند های مورد بررسی و همچنین مسئولین رده بالای سازمان می تواند در تسریع روند ممیزی کمک کننده باشد. توجه به علایق و توانمندی‌های کارکنان در طراحی و اجرای مداخلات ارتقای کیفیت و ایجاد زمینه های همکاری بین کارکنان و فراهم کردن مشوق های لازم برای کارکنان می تواند گام های موثری در جهت بهبود فرایندهای ارتقای کیفیت و گسترش این اقدامات باشد، همچنین باید توجه داشت که موضوع انتخاب شده برای ممیزی باید موضوعی باشد که استاندارد های مربوط به آن به صورت شفاف تدوین شده باشد و استاندارد های لازم برای ارزیابی میزان پیشرفت در دسترس می باشد. همچنین در صورت لزوم تیم تدوین استاندارد باید یک تیم بین بخشی و توانمند باشد و استاندارد های انتخابی نیز باید واقع بینانه و قابل دستیابی باشند. مشارکت اعضای تیم ممیزی در انتخاب و تدوین استانداردها نیز می تواند در افزایش اثربخشی برنامه های ارتقای کیفیت کمک کننده باشد. که در پژوهش حاضر با توجه به یافته های مطالعه میزان آمادگی بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای ممیزی بالینی در حیطه مربوط به طراحی و اجرای مداخلات، مدیریت ممیزی بالینی و شواهد و استانداردها ۵۵٪ برآورد شده است.

مصدق راد و قربانی (۱۳۹۵)، موانع مدیریتی و موانع ساختاری را یکی از مهمترین عامل شکست حاکمیت بالینی در بیمارستان های استان خوزستان معرفی کرد (۲۲). آصف زاده و همکاران (۱۳۹۴) در بررسی چالش‌های استقرار و ارزیابی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی قزوین نبود شاخص های استاندارد برای مقایسه‌ی عملکردهای جاری و محدودیت‌های مالی را از موانع پیشرفت ممیزی بالینی می‌دانست (۱۱).

توجه به مشارکت بیماران و آموزش آن ها به عنوان یکی از مؤلفه های موفقیت برنامه های ممیزی بالینی و همچنین الزامات اجرای برنامه های ارتقای کیفیت مطرح شده است که در پژوهش حاضر با توجه به یافته های مطالعه میزان آمادگی

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از مدیریت بیمارستان‌های امیر اعلم، رازی، روزبه و فارابی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بابت همکاری تشکر و قدردانی می‌کنند. همچنین پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری بیمارستان، مسئولین واحدهای بهبود کیفیت و کارشناسان بیمارستانی بیمارستان‌های مورد مطالعه که در تکمیل پرسشنامه مشارکت داشتند اعلام می‌دارند.

اجرای ممیزی نیز می‌تواند در تعیین مسیر و موفقیت و اثربخشی آن نقش کمک کننده و یا بازدارنده داشته باشد. از این رو، مدیران و برنامه ریزان برنامه های ممیزی بالینی در بیمارستان ها لازم است با شناخت دقیق این عوامل در جهت کنترل محیط سازمانی به بهبود اثربخشی برنامه های ممیزی و همچنین ایجاد محیط حمایتی برای افزایش توجه کارکنان و به خصوص متخصصین بالینی به مسئله بهبود کیفیت خدمات ارائه شده کمک کنند.

References

1. Dehnavi H, Markazi-Moghadam N. Designing the evaluation framework for Clinical governance in IR Iran AJA Hospitals. J Army Univ Med Sci. 2014 January; 11 (4) : 311-317. [in Persian]
2. Shafipour V, Salimi SS, Azimi-Lolaty H, Moosazadeh M. Effect of Nursing Skills Education on the Quality of Patient Care: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2018; 28(163): 135-143. [in Persian]
3. Kimiaimehr F, Riyahi L, Nasiri Pour AA. The relation between medical audit performance and enhancement of nursing care qualities in surgery unit at Tehran Hasheminejad hospital 2013 nursing development in health. 2014; 5(8): 59-66. [in Persian]
4. Maleki M, Kohyari haghghat A Kohyari haghghat A. The Role of Hospital Services Quality on Hospital Brand Preference in Health Services Marketing. Hospital. 2016; 15(4): 39-48. [in Persian]
5. Ahmadi Kahnali R. Prioritizing the patients' expectations of hospital service quality through using AHP(Case study: public hospital in Bandar Abbas). Hospital. 2015; 13(4): 83-91. [in Persian]
6. Rangraz jeddi F, Farzandipour M, Arabfard Hajmohammadhoseini MA. Provide a conceptual model of clinical governance Information system for statistical indicators by using Unified Modeling Language and Entity Relation Diagram. 2015; 12(1): 14-27. [in Persian]
7. Moeini B, Shahrabadi R, Faradmal J, Khatiban M. The study of hospital administrators's views of quality improvement of health: Applying Clinical Governance Model. Pajouhan Scientific Journal. 2014; 12(3): 28-36. [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. Journal of Holistic Nursing And Midwifery. 2015; 25(4): 45-52. [in Persian]
9. ebrahimipour h, khalili h, pourali M. The Relationship between Clinical Governance and Hospital Performance: Evidence of Ardabil. Hospital. 2014; 13(3): 59-68. [in Persian]
10. Mousavi A. The role of clinical governance in achieving the charter of patient rights. Medical Ethics Journal. 2012; 6(18): 161-178. [in Persian]
11. Asefzadeh S, Taghizadeh S, Heyrani A, Mohebbifar R, Arabloo J. An Exploration Of Clinical Governance Implementation And Assessment Challenges In Qazvin Teaching Hospitals: A Qualitative Study. Payavard Salamat. 2015; 9(2): 147-161. [in Persian]
12. Ghalehei AR, Shohoudi M. Modeling the Relations between Cultural Intelligence and Clinical Governance: Perspective of Nurses of Public hospitals in Kermanshah. Research in Medical Education. 2014; 6(1): 40-49. [in Persian]
13. Rashidifar S, Kalrouzi F, Farsi Z. The process of clinical audit and quality improvement of nursing clinical services. Nurse and Physician within War. 2016; 4(12): 158-164. [in Persian]
14. Tabrizi JS, Partovi Y. Clinical audit process: "hand hygiene" in nurses. Quarterly Journal of Nursing Management. 2015; 4(1): 39-48. [in Persian]
15. Tabrizi JS, Alidoost S, Asghari G. Improvement of Oral Medication Administration Process by Nursing Staff in a Teaching Hospital Affiliated to Tabriz University of Medical Sciences: A Clinical Audit. Hospital. 2016; 15(1): 9-19. [in Persian]
16. Ebrahimipour H, Lotfi SA, Afrooz R, Lotfi SE. The Effect of Clinical Governance on the Nurses' Performance. Journal of Health. 2018; 9(2): 172-181. [in Persian]
17. 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): 102-110. [in Persian]
18. Gholipour K, Sadeh Tabrizi J, Mirzaei A, Izadi S. Designing and Assessing the Validity and Reliability of the Hospital Readiness Assessment Tools to Conducting Quality Improvement Program. Depiction of Health. 2016; 7(2): 32-42. [in Persian]
19. Mosadeghrad AM, Arab M, Shahidi Sadeghi N. A survey of clinical governance success in Tehran hospitals. Hakim Health Systems Research Journal. 2016; 19(3): 129-140. [in Persian]
20. Dehnavieh R, Ebrahimipour H, Jafari Zadeh M, Dianat M, Noori Hekmat S, Mehroolhassani MH. Clinical Governance: The Challenges of Implementation in Iran. International Journal of Hospital Research. 2013; 2(1): 1-10. [in Persian]
21. Ziari A, Abachizade K, Rassouli M, Haidarnia MA, Mohseny M. Assessment of barriers of implementation of clinical governance in educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical sciences: A qualitative study. Hospital 2015; 13(4): 93-103. [in Persian]
22. Mosadeghrad AM, Ghorbani M. The barriers of clinical governance implementation in Khozestan province hospitals. Journal of Health in the Field. 2017; 4(4): 44-56. [in Persian]

Evaluating the readiness of selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences to implement a clinical audit program from the viewpoint of hospital managers in 2018

Hossein Darghahi¹, Kamran Irandoust², Seyyed Morteza Mojtabayan^{3*}

Submitted: 2018.10.30

Accepted: 2019.8.5

Abstract

Background: The present research aimed to assess the readiness of selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences to implement quality improvement programs and clinical audits from the viewpoint of managers.

Materials and Methods: A descriptive-analytic study was conducted in May 2017 in four selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences. The study population of this study was 20 managers of selected hospitals who were selected by census sampling method and entered the study. The data gathering tool was a two-part questionnaire whose validity and reliability were confirmed. In this study, we used SPSS software version 23 and statistical tests to analyze the data.

Results: The effectiveness and readiness of hospitals to implement a clinical audit program was equal to 60% in the field of data and information, cardiology and feedback; 55% in resources, design and implementation, clinical audit management, and evidence and standards; 50% in illness and education; and 45% in manpower. Also, with increasing frequency of clinical audits, hospital readiness for quality improvement processes increases.

Conclusion: Due to the effectiveness and low readiness of hospitals in implementing a clinical audit program, especially in the field of human resources (45%), it is necessary that managers and planners of clinical audit programs in hospitals have a precise knowledge of these factors in order to control the organizational environment and help improve the effectiveness of audit programs.

Keywords: Hospital Preparedness, Clinical Audit, Quality Improvement, Clinical Governance

¹ Professor, Department of Management Sciences and Health Economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² M.Sc. of Health Economics, Department of Management Sciences and Health Economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ M.Sc. of Health Care Management, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (*Corresponding Author). Email: eresk1996@gmail.com