

بررسی نقش مدیریت اطلاعات در اجرای موفقیت آمیز حاکمیت بالینی

علی محمد مصدق راد^۱، فرحناز صدوقی^۲، مولود قربانی^{۳*}

• دریافت مقاله: ۹۵/۶/۲۶ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۵/۷/۷ • پذیرش مقاله: ۹۵/۷/۱۲



چکیده

مقدمه: توانایی مدیران در بهره‌گیری از اطلاعات و دانش درست، قابل اعتماد و به روز یکی از عوامل موفقیت سازمان‌ها است. هدف این پژوهش بررسی نقش مدیریت اطلاعات در اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان بود.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی در ۴۰ بیمارستان استان خوزستان انجام شد. برای انجام این پژوهش از پرسشنامه‌ای محقق ساخته مشتمل بر ۳۵ سؤال در مورد ۷ بُعد حاکمیت بالینی استفاده شد. پرسشنامه‌ها توسط کارشناسان حاکمیت بالینی بیمارستان‌ها تکمیل شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی نظیر آزمون‌های همبستگی و رگرسیون لجستیک تحلیل شد.

یافته‌ها: میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان ۶۵/۶ درصد بود. میانگین امتیاز محور مدیریت اطلاعات حاکمیت بالینی ۶۲/۴ درصد بود. رابطه آماری معناداری بین محور مدیریت اطلاعات و اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی وجود داشت ($P=0/01$). بیشترین تأثیر این محور در اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی به خاطر استفاده صحیح کارکنان از فناوری و سیستم‌های اطلاعاتی، آموزش کارکنان در زمینه ثبت صحیح داده‌ها و اطلاعات و استفاده از اطلاعات بیمارستانی در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و ارزشیابی‌ها بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نقش بارز اطلاعات صحیح، دقیق، معتبر و به روز و سیستم مدیریت اطلاعات در اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی، مدیران بیمارستان‌ها باید زیرساخت‌ها و امکانات لازم را برای جمع‌آوری، تحلیل و استفاده از اطلاعات بیمارستان فراهم کنند. کارکنان بیمارستان‌ها باید آموزش‌های لازم را برای ثبت داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز دریافت دارند.

واژگان کلیدی: حاکمیت بالینی، مدیریت اطلاعات، بیمارستان، مدیریت کیفیت

• **ارجاع:** مصدق راد علی محمد، صدوقی فرحناز، قربانی مولود. بررسی نقش مدیریت اطلاعات در اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۵؛ ۲(۳): ۲۲۱-۲۰۷.

۱. استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت.

Email: ghorbanimoloud@gmail.com

تلفن: ۰۲۱-۴۲۹۳۳۳۰۶

مقدمه

امروزه سازمان‌های بهداشتی و درمانی با تغییر و تحولات بنیادی ناشی از تغییرات عمده اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و تکنولوژیکی مواجه هستند. این تغییرات، چالش‌های زیادی را برای مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد کرده است. مشتریان این سازمان‌ها خواهان خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت بالا و قیمت پایین هستند. بنابراین، کلید موفقیت مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی درک خواسته‌ها و انتظارات مشتریان و تأمین آن‌ها است (۱).

سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران نیز با چالش‌هایی در زمینه‌های پاسخگویی، شفافیت، کارایی، عدالت و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی مواجه هستند (۸-۲). مدیریت کیفیت می‌تواند راهکاری مناسب برای پاسخگویی به این چالش‌ها باشد. مدیریت کیفیت از طریق بهبود سیستم‌ها و فرآیندهای کاری و استفاده از فنون مدیریتی به سازمان‌ها کمک می‌کند تا به نتایج بهینه (بهبود کیفیت خدمات، رضایت مشتری و بهره‌وری بیشتر) دست یابند (۱). هدف سیستم مدیریت کیفیت بهبود مستمر کیفیت محصولات و افزایش رضایت مشتریان داخلی و خارجی سازمان است.

استراتژی‌ها، تکنیک‌ها و ابزارهای مختلفی برای اجرای مدیریت کیفیت استفاده می‌شوند. مدیریت کیفیت فراگیر یکی از این استراتژی‌ها می‌باشد که از اوایل دهه ۱۹۸۰ میلادی مورد استقبال زیاد سازمان‌های تولیدی و خدماتی واقع شده است. مدیریت کیفیت فراگیر، یک استراتژی سازمانی است که براساس آن مدیران با مشارکت کارکنان، مشتریان، تأمین کنندگان کالاها و خدمات به بهبود مستمر

کیفیت فرآیندها و محصولات می‌پردازد که به جلب رضایت مشتری منجر می‌شود. مدیریت کیفیت فراگیر فرهنگی ایجاد می‌کند تا کلیه کارکنان سازمان به طور مداوم سازماندهی کارشان را با رویکرد تأمین نیازهای متغیر و متنوع مشتریان بهبود بخشند (۹).

گزارشات مرتبط با موفقیت مدیریت کیفیت فراگیر، سیاست‌گذاران و مدیران بهداشت و درمان ایران را تشویق کرد تا نسبت به به کارگیری آن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران اقدام کنند. در نتیجه، تقریباً از سال ۱۳۷۵، سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران شروع به کارگیری مدیریت کیفیت فراگیر نمودند. سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران به طور کلی از سیستم ایزو ۹۰۰۱ و ابزار FOCUS-PDCA برای اجرای این استراتژی سازمانی استفاده کردند (۱۰).

اگرچه مدیریت کیفیت فراگیر تا حدی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران مزایایی داشته است (۱۴-۱۱)، ولیکن موفق نبوده است تا بهبود مستمر و پایدار در کیفیت خدمات ایجاد کند و رضایت مشتریان و بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی را ارتقای مستمر دهد (۱، ۱۵). به کارگیری مدل‌های نامناسب مدیریت کیفیت فراگیر، ضعف مدیریت، انگیزه پایین کارکنان، عدم وجود فرهنگ کیفیتی، عدم پاسخگویی مدیران، کمبود منابع، کمبود آموزش، عدم آگاهی مشتریان خدمات بهداشتی و درمانی نسبت به حقوق خود و عدم وجود رقابت در بخش بهداشت و درمان از دلایل عمده شکست مدیریت کیفیت فراگیر در بخش بهداشت و درمان ایران عنوان شده است (۱۹-۱۶، ۱۰).

برخی از سازمان‌های بهداشتی و درمانی بدون این که بر روی دلایل عدم موفقیت مدیریت کیفیت فراگیر

مدیریتی از دو بخش اصول بنیادی و تکنیک‌هایی برای اجرای آن اصول تشکیل شده است. بنابراین، یک مدل زمانی کامل و اثربخش است که اولاً اصول بنیادی آن کامل باشد تا اجرای درست آن‌ها منجر به تأمین هدف اصلی از اجرای آن مدل شود. ثانیاً تکنیک‌های اجرایی آن امکان نهادینه‌سازی آن اصول را در سازمان فراهم کند. متأسفانه مدل‌های مدیریت کیفیت مورد استفاده در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران یا خود دارای نواقصی بودند (اصول بنیادی آن‌ها کامل و جامع نبودند)، یا روش اجرای آن‌ها درست نبودند و یا این که محیط (ساختار و فرهنگ سازمانی) پذیرای آن مدل‌ها (اصول بنیادی و تکنیک‌های اجرایی) نبودند. بنابراین، همان طور که بیان شد این مدل‌ها منجر به بهبود مستمر کیفیت نشدند و بعد از مدتی جای خود را به مدل دیگر دادند. به کارگیری نادرست این مدل‌های مدیریتی علاوه بر صرف هزینه زیاد و اتلاف منابع سازمانی منجر به بی‌انگیزگی کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. در نتیجه، آن‌ها اعتماد خود را به مدیران و سیستم‌های مدیریتی از دست داده و نسبت به اجرای سیستم‌های مدیریتی آتیه در سازمان نیز از خود مقاومت نشان خواهند داد.

دولت انگلستان از سال ۱۹۹۷ حاکمیت بالینی را به عنوان چارچوبی برای بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی به کار گرفت. در حقیقت، دولت کارگر وقت انگلستان با استفاده از حاکمیت بالینی سعی داشت اصلاحاتی در سیستم طب ملی کشور ایجاد کند تا علاوه بر بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، میزان خطرات احتمالی را در سیستم کاهش دهد و میزان مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی سازمان‌های بهداشتی و درمانی را افزایش دهد (۲۳).

در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران متمرکز شوند، شروع به اجرای سایر مدل‌ها یا تکنیک‌های مدیریت کیفیت نظیر مدل مدیریت کیفیت اروپا (EFQM (European Foundation for Quality Management)) و ارزیابی متوازن عملکرد (Balanced Scorecard) کردند. این مدل‌ها نیز منجر به ارتقای مستمر کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی نشدند. نظام حاکمیت بالینی نیز یکی از آن مواردی بوده است که در کشور ما بدون مطالعات امکان‌سنجی دقیق از سال ۱۳۸۴ در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران به کار گرفته شد. وزارت بهداشت نیز از سال ۱۳۸۸ اجرای حاکمیت بالینی را برای بهبود کیفیت خدمات به بیمارستان‌های کشور پیشنهاد کرده است (۲۰).

مدیریت کیفیت فراگیر یک استراتژی سازمانی است که از اصول مدیریت ژاپنی نشأت گرفته و سپس در مؤسسات صنعتی غرب توسعه یافته است. بنابراین، ممکن است به راحتی نتوان آن را در بخش خدمات (مثل بخش بهداشت و درمان) و در جامعه دیگر (مثل ایران) به کار گرفت. تفاوت‌های موجود در فرهنگ‌های مختلف، سیستم‌های بهداشتی و درمانی مختلف، سبک‌های رهبری، روابط کاری بین کارکنان، نیازها و انتظارات متفاوت مشتریان بر اجرای مدیریت کیفیت فراگیر و نتایج حاصل از آن اثر می‌گذارد (۲۱). بنابراین نیاز به یک مدل مناسب مدیریت کیفیت برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی به طور عام و برای کشور ایران به طور خاص می‌باشد.

برای این که یک مدل مدیریتی بتواند با نتایج موفقیت‌آمیزی همراه باشد باید یک مدل مناسب (اثربخش و کامل) به درستی در یک محیط مناسب به کار گرفته شود (۲۲). به طور کلی، یک مدل

زیاری و همکاران کمبود منابع مالی، چالش‌های مرتبط با منابع انسانی، نقص سیستم‌های ثبت و مستندسازی، فرهنگ سازمانی نامناسب، کمبود آگاهی مدیران و کارکنان، نظارت و ارزشیابی نامناسب، فقدان هماهنگی بین بخشی و رهبری سازمانی ضعیف را از موانع مهم استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بیان کردند (۲۷). در پژوهشی دیگر، چالش‌های اجرایی حاکمیت بالینی از دیدگاه مدیران معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مورد بررسی قرار گرفت. ایجاد یک فرهنگ سازمانی مناسب، ارتقای دانش و آگاهی مدیران و کارکنان از حاکمیت بالینی، ارتباطات مؤثر، کار تیمی، تعهد سازمانی، حمایت مدیران ارشد، مشارکت کادر پزشکی و منابع کافی می‌تواند منجر به موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها شود (۲۰).

پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور نشان می‌دهد که برای اجرای حاکمیت بالینی باید ساختار و فرهنگ سازمانی مناسب ایجاد شود تا کارکنان نگرش مثبتی به آن داشته و مقاومت کمتری در برابر اجرای آن داشته باشند (۳۱-۲۹). Hogan و همکاران به بررسی نگرش متخصصان پزشکی به حاکمیت بالینی پرداختند. عدم تمرکز بر بهبود کیفیت، روابط ضعیف بین متخصصان پزشکی و مشارکت پایین پزشکان از مهمترین دلایل نگرش منفی متخصصان پزشکی نسبت به حاکمیت بالینی بود. در نتیجه متخصصان تمایل زیادی به مشارکت در فرآیند حاکمیت بالینی از خود نشان نمی‌دادند. در این پژوهش متخصصان پزشکی پیشنهاد دادند که تدوین اهداف کیفیتی و درگیر نمودن متخصصان در فرآیند هدف‌گذاری و دستیابی به آن‌ها و بیان عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات

حاکمیت بالینی با بهبود کیفیت بالینی، عملکردی و مالی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، سعی در افزایش مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی آن‌ها دارد (۲۴). حاکمیت بالینی یک رویکرد سیستمی برای بهبود مستمر و تضمین کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است. برای دستیابی به چنین هدفی باید برنامه‌های بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات سلامت، ارتقای عملکرد سازمانی و خطوط مشخص پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری وجود داشته باشد. پیش‌نیاز چنین رویکردی استقرار یک سیستم حاکمیت سازمانی است تا زمینه را برای ارتقای بلوغ سازمانی کارکنان و اجرای بهینه حاکمیت بالینی فراهم کند.

با توجه به این که بحث حاکمیت بالینی در ایران قدمت چندان زیادی ندارد، پژوهش‌های محدودی در این زمینه در کشور صورت گرفته است که بیشتر به بررسی چالش‌ها و موانع اجرایی حاکمیت بالینی پرداختند (۲۸-۲۵). کریمی و همکاران بزرگترین موانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد را کمبود پرسنل و حجم بالای کاری آن‌ها، عدم حمایت و تعهد مدیران، آگاهی ناکافی کارکنان از حاکمیت بالینی، عدم وجود سیستم انگیزشی مناسب، فرهنگ نامناسب سازمانی و عدم اجرای کامل برنامه حاکمیت بالینی بیان کردند (۲۵). یوسفیان و همکاران هم عدم موفقیت در استقرار حاکمیت بالینی در بسیاری از سازمان‌های بهداشتی و درمانی را به خاطر اشکال در مدیریت و فرهنگ سازمانی بیان کردند. کمبود منابع و تجربه، مدیریت و برنامه‌ریزی ضعیف، عدم تعهد مدیران و کارکنان، پیگیری‌های منقطع و پشتیبانی ناکافی از موانع مهم اجرای حاکمیت بالینی بوده است (۲۶).

دانش بستگی دارد. جمع‌آوری، تحلیل و استفاده درست از اطلاعات صحیح، دقیق، معتبر و به روز برای اتخاذ تصمیمات درست، ضروری است. استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی می‌تواند به شناسایی به موقع مشکلات سازمان، تحلیل علل بروز آن‌ها و پایش منظم عملکرد سازمان کمک کند. علاوه بر این، فناوری‌های اطلاعاتی به تبادل مؤثر اطلاعات بین بخش‌های مختلف سازمان کمک می‌کند (۳۲).

توانایی مدیران در بهره‌گیری از اطلاعات و دانش درست، قابل اعتماد و به روز در حقیقت یکی از عوامل موفقیت سازمان‌ها است. سیستم‌های مدیریت اطلاعات و دانش در سازمان‌های بهداشتی و درمانی به کارکنان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با اجرای پروتکل‌های مدیریت بیماری‌ها و تجویز داروها کمک می‌کند. این سیستم‌ها نقش به‌سزایی در بهبود روابط بین ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، تشخیص بهتر بیماری‌ها، کاهش خطاها و عوارض ناخواسته دارویی و هزینه‌های مربوطه، ارتقای کیفیت خدمات و افزایش کارایی سیستم‌های بهداشتی و درمانی دارند (۳۳، ۳۴). بنابراین، این پژوهش به بررسی نقش مدیریت اطلاعات در اجرای موفقیت آمیز حاکمیت بالینی پرداخت تا با ارائه پیشنهادها کاربردی امکان موفقیت حاکمیت بالینی را در بیمارستان‌های کشور افزایش دهد.

روش بررسی

این پژوهش توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی شاغل در ۴۳ بیمارستان استان خورستان بودند. برای انجام این پژوهش از روش سرشماری استفاده شد. ۳ بیمارستان

پزشکی به مدیران و داشتن ساختارها و فرآیندهای پشتیبان حاکمیت بالینی می‌تواند به ایجاد نگرش مثبت در متخصصان پزشکی نسبت به حاکمیت بالینی کمک کند. این امر در نهایت منجر به افزایش مشارکت آن‌ها در اجرای حاکمیت بالینی خواهد شد (۲۹). در بررسی دیگری که بر روی گروهی از متخصصین تغذیه انجام شد، موانع عمده عدم مشارکت متخصصین در فعالیتهای حاکمیت بالینی مواردی چون کمبود وقت، بودجه ناکافی، امکانات پژوهشی کم و مهارت‌های ارزیابی انتقادی ناکافی بیان شد (۳۰).

Marshall و همکاران با توجه به پژوهشی که در انگلستان انجام دادند، نتیجه گرفتند که تغییر فرهنگ سازمانی یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین کارهایی است که باید قبل از اجرای حاکمیت بالینی صورت گیرد. به عنوان مثال، تعهد و مسئولیت‌پذیری کارکنان نسبت به جامعه، تمایل و علاقه آن‌ها به انجام کارها به صورت گروهی و یادگیری از یکدیگر از مباحث مرتبط با فرهنگ سازمانی است. مهم‌ترین موانع فرهنگی هم بالا بودن درجه استقلال تخصص‌های پزشکی و فشار زیاد از مقامات مافوق برای اعمال تغییرات قابل ملموس بوده است (۳۱).

برای کسب موفقیت در اجرای حاکمیت بالینی به اطلاعات نیاز است. پزشکان و کارکنان بالینی برای ارائه خدمات با کیفیت به بیماران، به اطلاعات با کیفیت نیاز دارند. عدم دسترسی به اطلاعات کامل، دقیق و معتبر، موجب ایجاد نارسایی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مؤثر خواهد شد. همچنین اطلاعات برای برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌گیری‌های صحیح ضروری است. موفقیت سازمان‌ها تا اندازه زیادی به دسترسی و استفاده بهینه از اطلاعات و

میزان موفقیت بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد مطالعه بود.

برای طراحی پرسشنامه، مطالعه مروری صورت گرفت (۳۵-۳۸). روایی پرسشنامه توسط اعضای هیأت علمی گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و گروه مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی تهران (در زمان ادغام دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران) سنجیده شد. پرسشنامه از روایی صوری و محتوایی بالایی برخوردار بود. برای سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه ۳۰ نفری استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۹۷۴ بود که بیانگر پایایی بالای این پرسشنامه است.

نظامی استان حاضر به مشارکت در این پژوهش نشدند. ۲۷ بیمارستان عمومی، ۶ بیمارستان فوق تخصصی و ۷ بیمارستان تک تخصصی بودند. ۲۴ بیمارستان دانشگاهی، ۶ بیمارستان خصوصی و ۴ بیمارستان وابسته به سازمان تأمین اجتماعی بودند. برای انجام این پژوهش از یک پرسشنامه محقق ساخته دارای سه بخش استفاده شد. بخش اول پرسشنامه شامل ۷ سؤال مربوط به اطلاعات بیمارستان و بخش دوم آن شامل ۱۲ سؤال مرتبط با فرد تکمیل‌کننده پرسشنامه بود. بخش سوم پرسشنامه دارای ۳۵ سؤال بود که میزان موفقیت بیمارستان را در هر یک از محورهای هفت‌گانه حاکمیت بالینی (هر محور پنج سؤال) می‌سنجید. سؤالات این بخش بر اساس مقیاس لیکرت با گزینه‌های هرگز (۰)، خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) تنظیم شد. بنابراین، کسب امتیاز کمتر از ۱، بین ۱ و ۲، بین ۲ و ۳، بین ۳ و ۴ و بیشتر از ۴ بیانگر

جدول ۱: ابعاد و ضریب آلفای کرونباخ هر بعد از پرسشنامه محقق ساخته حاکمیت بالینی

ابعاد پرسشنامه	تعداد سؤالات	شماره سؤالات	ضریب آلفای کرونباخ
مدیریت و رهبری	۵	۱-۵	۰/۹۰۶
آموزش و مدیریت کارکنان	۵	۶-۱۰	۰/۸۷۷
اثربخشی بالینی	۵	۱۱-۱۵	۰/۹۵۰
ممیزی بالینی	۵	۱۶-۲۰	۰/۹۲۴
مدیریت خطر	۵	۲۱-۲۵	۰/۹۳۷
تعامل با بیمار	۵	۲۶-۳۰	۰/۹۰۲
استفاده از اطلاعات	۵	۳۱-۳۵	۰/۹۵۹
میزان اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی	۳۵	۱-۳۵	۰/۹۷۴

یافته‌ها

میانگین تعداد تخت بیمارستان‌های استان خوزستان ۱۵۸ تخت بود (حداقل ۳۰ و حداکثر ۷۰۰ تخت). بیمارستان‌های مورد مطالعه به طور میانگین ۳۵۵ نفر کارمند داشتند. جدول ۲ اطلاعات دموگرافیک کارشناسان حاکمیت بالینی بیمارستان‌های استان خوزستان را نشان

داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شد. از آمار توصیفی برای محاسبه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. با استفاده از آزمون‌های تحلیلی نظیر همبستگی و رگرسیون لجستیک، میزان تأثیر مدیریت اطلاعات بر موفقیت حاکمیت بالینی مورد سنجش قرار گرفت.

می‌دهد. بیشتر کارشناسان زن، با تحصیلات لیسانس و دارای سابقه کاری ۵ تا ۱۰ سال بودند.

جدول ۲: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک کارشناسان حاکمیت بالینی

تعداد (درصد)	آماره توصیفی	ویژگی‌های دموگرافیک
۳۷(۹۲/۵)	زن	جنسیت
۳(۷/۵)	مرد	
۱(۳)	زیر ۳۰ سال	گروه سنی
۷(۱۸)	۳۰ تا ۳۹ سال	
۲۴(۶۰)	۴۰ تا ۴۹ سال	
۸(۲۰)	بالای ۵۰ سال	
۳۷(۹۲/۵)	لیسانس	تحصیلات
۳(۷/۵)	فوق لیسانس	
۸(۲۰)	کمتر از ۵ سال	سابقه کار
۱۹(۴۷/۵)	۵-۱۰ سال	
۷(۱۷/۵)	۱۱-۱۵ سال	
۴(۱۰)	۱۶-۲۰ سال	
۲(۵)	۲۱-۲۵ سال	
۴۰(۱۰۰)	جمع	

بسیار کم گزارش شد. رابطه آماری مثبت و معناداری بین میزان تعهد مدیران بیمارستان‌ها به اجرای برنامه حاکمیت بالینی و مشارکت کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی وجود داشت ($P=0/01$).

میانگین میزان موفقیت بیمارستان‌های استان خوزستان در اجرای حاکمیت بالینی در حد متوسط برابر با ۳/۲۸ از ۵ امتیاز بود (۶۵/۶ درصد). بیشترین میزان موفقیت در محور آموزش و مدیریت کارکنان و کمترین موفقیت در محور اثربخشی بالینی گزارش شد. میزان موفقیت حاکمیت بالینی در حدود نیمی از بیمارستان‌ها در حد متوسط گزارش شد (جدول ۳).

میانگین زمان اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان ۲۳ ماه (حداقل ۴ و حداکثر ۴۲ ماه) بود. بین مدت زمان اجرای حاکمیت بالینی و میزان موفقیت آن ارتباط آماری معناداری مشاهده شد ($P=0/01$). ۷ بیمارستان (۱۷/۵ درصد) برای اجرای حاکمیت بالینی از خدمات مشاوره سازمان‌های دیگر استفاده کردند. میزان تعهد مدیران در اجرای حاکمیت بالینی در ۵۷/۵ درصد بیمارستان‌ها بیش از متوسط بود. در نیمی از بیمارستان‌های مورد مطالعه تعهد و همکاری کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی در حد متوسط بود. در یک چهارم بیمارستان‌ها نیز میزان مشارکت کارکنان در حد کم یا

جدول ۳: درصد، میانگین و انحراف معیار میزان موفقیت بیمارستان‌ها در اجرای ابعاد حاکمیت بالینی از دید کارشناسان مورد بررسی

نام محور	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	انحراف معیار
مدیریت و رهبری	۷/۵	۲/۵	۴۵	۳۲/۵	۱۲/۵	۳/۴۶	۰/۷۸
آموزش و مدیریت کارکنان	۵	۲/۵	۴۲/۵	۳۵	۱۵	۳/۵۴	۰/۸۰
اثربخشی بالینی	۱۷/۵	۱۷/۵	۴۰	۱۲/۵	۱۲/۵	۳/۰۰	۱/۰۳
ممیزی بالینی	۱۰	۱۷/۵	۴۷/۵	۱۷/۵	۷/۵	۳/۰۹	۰/۸۶
مدیریت خطر	۵	۱۵	۲۵	۵۰	۵	۳/۳۹	۰/۸۱
تعامل با بیمار	۵	۱۵	۳۷/۵	۳۵	۷/۵	۳/۳۸	۰/۷۳
مدیریت اطلاعات	۱۷/۵	۵	۵۰	۲۰	۷/۵	۳/۱۲	۱/۰۰
وضعیت کلی حاکمیت بالینی	۲/۵	۲۰	۴۵	۲۲/۵	۱۰	۳/۲۸	۰/۷۱

جدول ۴ ارتباط و همبستگی بین محورهای حاکمیت بالینی را نشان می‌دهد. بین میزان موفقیت حاکمیت بالینی و کلیه محورهای آن ارتباط آماری معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. بیشترین ارتباط آماری معنی‌دار بین حاکمیت بالینی و مدیریت کارکنان بود. محورهای آموزش و مدیریت کارکنان، ممیزی بالینی و مدیریت خطر و

بیشترین تأثیر را بر موفقیت حاکمیت بالینی داشتند. بین محور مدیریت اطلاعات و میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان ارتباط آماری معناداری مشاهده شد ($P=0/01$). محور مدیریت اطلاعات بیشترین ارتباط را با محورهای ممیزی بالینی، مدیریت خطر و تعامل با بیمار داشت.

جدول ۴: ماتریس همبستگی بین محورهای هفت‌گانه حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان

ضرب همبستگی	مدیریت و رهبری	مدیریت کارکنان	اثربخشی بالینی	ممیزی بالینی	مدیریت خطر	تعامل با بیمار	مدیریت اطلاعات
آموزش و مدیریت کارکنان	۰/۸۶۴						
اثربخشی بالینی	۰/۷۳۳	۰/۷۸۵					
ممیزی بالینی	۰/۵۳۰	۰/۶۱۲	۰/۶۷۳				
مدیریت خطر	۰/۵۴۸	۰/۵۰۱	۰/۵۳۹	۰/۷۱۰			
تعامل با بیمار	۰/۵۶۲	۰/۶۳۴	۰/۴۹۷	۰/۶۷۹	۰/۵۲۱		
مدیریت اطلاعات	۰/۶۱۹	۰/۶۴۸	۰/۵۷۲	۰/۷۲۱	۰/۷۰۶	۰/۶۵۰	
حاکمیت بالینی	۰/۸۳۳	۰/۸۶۷	۰/۸۳۸	۰/۸۵۲	۰/۷۸۰	۰/۷۷۱	۰/۸۵۴

میزان موفقیت بیمارستان‌ها در محور مدیریت اطلاعات ۶۲/۴ درصد بود (جدول ۵). به ترتیب استفاده صحیح کارکنان از فناوری‌ها و سیستم‌های اطلاعاتی، آموزش کارکنان در زمینه

ثبت صحیح داده‌ها و اطلاعات و استفاده از اطلاعات در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و ارزشیابی‌ها بیشترین تأثیر را در موفقیت این محور داشت.

جدول ۵: درصد، میانگین و انحراف معیار میزان موفقیت بیمارستان‌ها در اجرای بعد مدیریت اطلاعات حاکمیت بالینی

گویه	هرگز	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	انحراف معیار
ایجاد زیرساخت‌ها و امکانات لازم برای جمع‌آوری، تحلیل و استفاده از اطلاعات بیمارستان	۵	۲/۵	۱۲/۵	۳۵	۳۷/۵	۷/۵	۳/۲۰	۱/۱۵
آموزش کارکنان جهت ثبت داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان	۲/۵	۲/۵	۱۲/۵	۴۰	۳۵	۷/۵	۳/۲۵	۱/۰۳
استفاده صحیح کارکنان از فناوری و سیستم‌های اطلاعاتی	۵	۲/۵	۱۷/۵	۵۰	۱۷/۵	۷/۵	۲/۹۵	۱/۱۰
دسترسی به داده‌ها و اطلاعات صحیح، دقیق، معتبر و به روز	۲/۵	۲/۵	۱۲/۵	۴۷/۵	۳۰	۵	۳/۱۵	۰/۹۷
استفاده از اطلاعات در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و ارزشیابی‌ها	۲/۵	۱۰	۷/۵	۴۵	۳۰	۵	۳/۰۵	۱/۱۰

سیستم‌های اطلاعاتی و محور مدیریت اطلاعات و کمترین میزان همبستگی در دسترسی به اطلاعات صحیح، دقیق، معتبر و به روز و محور مدیریت و رهبری مشاهده شد.

جدول ۶ همبستگی سؤالات محور مدیریت اطلاعات و محورهای هفت‌گانه حاکمیت بالینی را نشان می‌دهد. رابطه مثبت و معناداری بین سؤالات پنج‌گانه این محور و محورهای هفت‌گانه حاکمیت بالینی در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. بیشترین همبستگی بین میزان استفاده کارکنان از

جدول ۶: همبستگی بین سؤالات محور مدیریت اطلاعات و محورهای هفت‌گانه حاکمیت بالینی

سؤالات محور مدیریت اطلاعات	ایجاد هفت‌گانه حاکمیت بالینی	مدیریت و رهبری	مدیریت کارکنان	اثربخشی بالینی	ممیزی بالینی	مدیریت خطر	تعامل با بیمار	مدیریت اطلاعات
ایجاد زیر ساخت‌ها و امکانات لازم برای جمع‌آوری، تحلیل و استفاده از اطلاعات بیمارستان	۰/۶۰۶	۰/۵۵۹	۰/۵۱۰	۰/۶۸۷	۰/۶۸۲	۰/۵۱۷	۰/۹۲۵	
آموزش کارکنان جهت ثبت داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان	۰/۵۷۶	۰/۶۳۸	۰/۵۴۹	۰/۶۶۹	۰/۶۵۰	۰/۵۴۸	۰/۹۳۹	
استفاده صحیح کارکنان از فناوری و سیستم‌های اطلاعاتی	۰/۶۲۴	۰/۶۴۲	۰/۵۲۵	۰/۶۹۱	۰/۶۹۹	۰/۵۶۴	۰/۹۴۹	
دسترسی به داده‌ها و اطلاعات صحیح، دقیق، معتبر و به روز	۰/۴۳۶	۰/۵۶۷	۰/۴۹۹	۰/۶۰۳	۰/۵۸۳	۰/۶۲۷	۰/۸۸۰	
استفاده از اطلاعات در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و ارزشیابی‌ها	۰/۶۱۶	۰/۶۰۳	۰/۵۷۴	۰/۶۹۱	۰/۶۵۴	۰/۶۷۶	۰/۹۴۷	

بحث و نتیجه‌گیری

بالای مدیران در اجرای حاکمیت بالینی برخوردار بودند، موفقیت بیشتری نسبت به بیمارستان‌های دیگر به دست آوردند. تعهد مدیران بیمارستان‌ها پیش نیاز مهم اجرای مدیریت کیفیت در سازمان‌های بهداشتی و درمانی است (۱۰). تعهد مدیران باید به صورت عملی باشد. آن‌ها باید منابع مورد نیاز را برای ارتقای فرآیندهای کاری کارکنان فراهم کنند. کارکنان همواره به مدیران خود به عنوان یک الگوی سازمانی توجه دارند. تعهد و مشارکت فراگیر مدیران منجر به افزایش مشارکت و تعهد کارکنان خواهد شد.

این پژوهش با هدف بررسی نقش مدیریت اطلاعات در اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان انجام شد. میزان موفقیت حاکمیت بالینی در این بیمارستان‌ها در حد متوسط ارزیابی شد. شهیدی صادقی در پژوهش خود میزان موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران را در حد متوسط (۵۶/۴ درصد) ارزشیابی کرد (۳۹). ابراهیمی‌پور و همکاران نیز در پژوهشی در یک بیمارستان تأمین اجتماعی اردبیل میزان موفقیت اجرایی حاکمیت بالینی را در حد متوسط ارزشیابی کردند (۴۰). این نتایج ثابت می‌کند که استفاده از مدل‌ها و استراتژی‌های توسعه یافته در کشورهای غربی لزوماً منجر به ارتقای عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران نخواهد شد. این مدل‌ها باید متناسب با ساختار و فرهنگ سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران تغییر یابند و سپس به کار گرفته شوند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که محورهای آموزش و مدیریت کارکنان، ممیزی بالینی و مدیریت خطر بیشترین تأثیر را بر موفقیت حاکمیت بالینی داشتند. قلعه‌ای و شهودی در پژوهشی در بیمارستان‌های دولتی شهر کرمانشاه نقش محور مدیریت خطر را در حاکمیت بالینی کلیدی بیان کردند (۴۱). ممیزی بالینی و مدیریت خطر دو رکن مهم فرآیندی حاکمیت بالینی است که نقش به‌سزایی در بهبود ایمنی، کیفیت و اثربخشی خدمات بیمارستانی دارند. با توجه به نقش مهم کارکنان در انجام

یافته‌های این پژوهش نشان داد که عواملی مانند تعهد مدیران و کارکنان بر اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی تأثیرگذار است. بیمارستان‌هایی که از مشارکت و تعهد

گروهی و تیمی نیاز دارد (۴۴) که زمان بر است. بنابراین، مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها نباید زود ناامید شوند. آن‌ها باید اهداف بلندمدتی را تدوین کنند و تلاش‌های خود را به منظور دستیابی به آن‌ها متمرکز سازند. مدیران باید پروژه‌های کیفیتی هماهنگ و منسجمی را طراحی و اجرا کنند که بازده کوتاه مدت هم داشته و در کارکنان انگیزه لازم را برای ادامه اجرای حاکمیت بالینی ایجاد کنند.

میزان موفقیت بیمارستان‌ها در محور مدیریت اطلاعات در حد متوسط گزارش شد. شهیدی صادقی هم در پژوهش خود میزان موفقیت در اجرای محور مدیریت اطلاعات حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران در حد متوسط (۵۴/۶ درصد) گزارش کرد (۳۹). استفاده صحیح کارکنان از فناوری‌ها و سیستم‌های اطلاعاتی، آموزش کارکنان در زمینه ثبت داده‌ها و اطلاعات و استفاده از اطلاعات در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و ارزشیابی‌ها در موفقیت محور مدیریت اطلاعات مؤثر بوده است. بین محور مدیریت اطلاعات و میزان موفقیت حاکمیت بالینی در این پژوهش ارتباط آماری معناداری مشاهده شد. محور مدیریت اطلاعات بیشترین ارتباط را با محورهای ممیزی بالینی، مدیریت خطر و مدیریت کارکنان داشته است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که اگرچه بین محور مدیریت اطلاعات و محور مدیریت و رهبری ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد، ولیکن این ارتباط کمتر از حد مورد انتظار است. یک سیستم مدیریت اطلاعاتی قوی بیمارستانی و نظام گزارش‌دهی مناسب طراحی شده بر اساس شاخص‌های فرآیندی و عملکردی، اطلاعات لازم و ضروری را در اختیار مدیران قرار می‌دهد که نقش به‌سزایی در برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌گیری‌های مدیریتی ایفا می‌کند. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید حداکثر استفاده را از اطلاعات جمع‌آوری و تحلیل شده در تصمیم‌گیری‌ها

فرآیندهای کاری، آموزش آن‌ها تأثیر قابل توجه‌ای در اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی دارد. علاوه بر این، آموزش کارکنان منجر به افزایش تعهد آن‌ها در اجرای حاکمیت بالینی خواهد شد.

این پژوهش نشان داد که آموزش و مدیریت اثربخش کارکنان تأثیر قابل توجهی بر موفقیت حاکمیت بالینی دارد. غضنفری و همکاران به بررسی تأثیر مدیریت منابع انسانی بر اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداختند و رابطه معنی‌داری بین عناصر مدیریت منابع انسانی نظیر آموزش، جذب و به‌کارگیری، حقوق و مزایا و اجرای حاکمیت بالینی یافتند (۴۲). در پژوهشی که در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد هم عدم توجه به این محور، مهمترین مانع در اجرای حاکمیت بالینی بوده است. عدم رضایت شغلی کارکنان بیمارستان‌ها تأثیر منفی بر موفقیت حاکمیت بالینی داشته است (۴۳). بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها پیش از اجرای هر برنامه تغییر سازمانی باید آموزش‌های لازم را در اختیار کارکنان قرار دهند، سپس اختیارات لازم را به آن‌ها داده، انگیزش لازم را ایجاد کرده و آن‌ها را در راستای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه تغییر سازمانی هدایت و رهبری کنند. در این صورت است که کارکنان توانمند شده و تلاش‌های آن‌ها منجر به عملکرد مثبت خواهد شد. آموزش به تنهایی منجر به توانمندی کارکنان نمی‌شود، انگیزش و اختیارات لازم هم باید به کارکنان داده شود.

نتایج این پژوهش نشان داد بیمارستان‌هایی که زمان بیشتری به اجرای حاکمیت بالینی اختصاص دادند، موفقیت بیشتری کسب کردند. اصول حاکمیت بالینی باید در ساختار و فرهنگ سازمان نهادینه شود تا نتایج قابل توجهی داشته باشد. اجرای مدیریت کیفیت به برنامه‌ریزی دقیق، نگرش سیستمی، تعهد مدیران و کارکنان و کار

عدم سرمایه‌گذاری در محورهای دیگر به ویژه محورهایی که نیاز به تغییر ساختار و فرهنگ سازمانی دارد، موفقیت‌چندانی حاصل نمی‌شود و بعد از مدتی این استراتژی سازمانی جای خود را به استراتژی دیگری خواهد داد. چنین موضوعی در مورد سایر استراتژی‌ها و ابزارهای مدیریتی نظیر مدیریت کیفیت فراگیر، برنامه‌ریزی استراتژیک و اعتباربخشی هم دیده می‌شود. در نتیجه، خواهیم دید که برخلاف بسیاری از بیمارستان‌های کشورهای توسعه یافته که اجرای این استراتژی‌ها منجر به افزایش قابل توجه کیفیت و ایمنی خدمات می‌شود، در بیمارستان‌هایی که ابزار تبدیل به هدف می‌شود، نتایج چشمگیری مشاهده نمی‌شود.

محور مدیریت خطر نیز رابطه‌ای مثبت و معنادار با مدیریت اطلاعات داشت. نقش مدیریت اطلاعات در اجرای مؤثرتر این محور به مستندسازی خطاها و ارائه گزارشات وقوع حوادث کمک خواهد نمود. بر اساس نتایج پژوهش شیخ طاهری، فناوری اطلاعات می‌تواند نقش مهمی در کاهش خطاهای پزشکی داشته باشد. فناوری‌های دستورات پزشکی کامپیوتری و سیستم‌های تصمیم‌بازی، خطاهای ناشی از تجویز داروی اشتباه را کاهش می‌دهند. وی همچنین توجه به عوامل فرهنگی، سازمانی، اخلاقی و قانونی را در به کارگیری این فناوری‌ها، مورد توجه ویژه قرار داد (۶۵).

اجرای مدیریت کیفیت و حاکمیت بالینی در ایران نقش قابل توجهی در افزایش آگاهی کارکنان بیمارستان‌ها نسبت به حقوق بیماران شده است. در نتیجه، مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها با انجام رضایت‌سنجی‌های ادواری و بررسی شکایات بیماران در جهت ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌ها تلاش می‌کنند. از طرف دیگر، اجرای این سیستم‌های مدیریت کیفیت منجر به افزایش آگاهی بیماران از حقوق خود هم شده است. خمرنیا و

و برنامه‌ریزی‌های مدیریتی ببرند. چنین تصمیمات مبتنی بر شواهد علاوه بر این که منجر به افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها می‌شود، موجب افزایش انگیزه و رضایت کارکنان هم خواهد شد و زحمات آن‌ها در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها سودمند واقع خواهد شد.

رابطه محور آموزش و مدیریت کارکنان با محور اطلاعات نیز در این پژوهش مثبت و معنادار بود، ولی این رابطه چندان قوی نبود. آگاهی کارکنان از روش استفاده از بانک‌های اطلاعاتی، نحوه محاسبه، گزارش‌دهی و تفسیر شاخص‌های محاسبه شده، نقش مدیریت اطلاعات در محور مدیریت کارکنان را مؤثرتر می‌کند. علاوه بر این، آموزش و مدیریت کارکنان تأثیر بسیار زیادی در موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها دارد.

براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، مدیریت اطلاعات با محور ممیزی بالینی ارتباط محکم‌تری از سایر محورها داشت، به عبارتی، مدیریت اطلاعات در اجرای موفقیت‌آمیز محور ممیزی بالینی نقش مؤثرتری داشته است. در این پژوهش، مدیریت اطلاعات در اجرای موفقیت‌آمیز محور اثربخشی بالینی، نقش ضعیف‌تری نسبت به سایر محورها داشته است. دو محور اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی کمترین موفقیت را از اجرای حاکمیت بالینی به خود اختصاص دادند. هدف اصلی حاکمیت بالینی ارتقای اثربخشی بالینی است که ممیزی بالینی خود یک الزام برای دستیابی به آن است. با این وجود، بیمارستان‌ها در این زمینه کار چندانی انجام ندادند. در حالی که، حاکمیت بالینی ابزاری برای ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی است، برخی از مدیران آن را هدف قلمداد می‌کنند. در چنین حالتی، هدف این است که فقط حاکمیت بالینی در بیمارستان اجرا شود. بنابراین، فقط اقداماتی در برخی از محورهای ساده نظیر آموزش کارکنان انجام می‌شود ولیکن، با توجه به

سیستم‌های پیشرفته مدیریت و در نظر گرفتن نقاط قوت و ضعف آن‌ها و ویژگی‌های بارز ساختاری و فرهنگی سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران، مدل‌های بومی مناسب به مدیران این سازمان‌ها پیشنهاد کنند.

پیشنهادها

نتایج این پژوهش نشان داد که مدیریت اطلاعات نقش به‌سزایی در موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها دارد. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید امکانات و تسهیلات لازم را برای استفاده صحیح کارکنان از فناوری‌ها و سیستم‌های اطلاعاتی به منظور استفاده از اطلاعات بیمارستانی در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری‌ها فراهم کنند. این پژوهش در بیمارستان‌های استان خوزستان انجام شد. بنابراین، نتایج به سایر بیمارستان‌های کشور قابل تعمیم نیست. بنابراین، ضرورت دارد پژوهش‌های مشابه در سایر استان‌های کشور انجام شود و نقش عواملی نظیر مدیریت و رهبری و ساختار و فرهنگ سازمانی در موفقیت یا شکست حاکمیت بالینی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدارک پزشکی با عنوان «بررسی نقش مدیریت اطلاعات در اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان» بود که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شد. نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از همکاری کلیه کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان‌های شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی کنند. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، قدردانی می‌کنند.

همکاران، اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دولتی شهر شیراز را در افزایش شکایات بیماران مؤثر دانستند. بیشتر شکایات مربوط به کیفیت خدمات و برخورد کارکنان بیمارستان‌ها با بیماران بوده است. بسیاری از شکایات در یک هفته اول ثبت آن‌ها در بیمارستان‌ها مورد رسیدگی قرار گرفتند که بیانگر تسریع در روند بررسی شکایات بیماران ناشی از الزامات حاکمیت بالینی است (۴۶). مدیریت اطلاعات نقش قابل توجهی در ارتقای محور تعامل با بیمار حاکمیت بالینی دارد و یافته‌های این پژوهش نیز این موضوع را تأیید کرد. مستندسازی شکایات بیماران به صورت صحیح، منجر به پاسخگویی مناسب و به موقع به شکایات بیماران و برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری درست برای رفع شکایات مراجعین خواهد شد.

پژوهش حاضر نشان داد که به کارگیری مدل‌های مدیریت کیفیت بدون بومی‌سازی و توجه به ساختار و فرهنگ سازمانی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، نتایج مثبت زیادی به دنبال نخواهد داشت. بیمارستان یک سازمان اجتماعی بسیار پیچیده است. مدیریت اثربخش و کارآمد چنین سازمانی بدون داشتن یک سیستم مدیریت جامع امکان‌پذیر نیست. مدیران بیمارستان‌ها به جای استفاده ابزاری از مدل‌ها و استراتژی‌های توسعه یافته در غرب باید نسبت به توسعه سیستم مدیریت بیمارستان‌های خود اقدام کنند. به عنوان مثال، مصدق‌راد یک مدل مدیریت کیفیت برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران توسعه داد (۴۷) که اجرای آن منجر به افزایش تعهد سازمانی و رضایت شغلی کارکنان (۵۰-۴۸)، افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها (۵۲،۵۱)، بهبود کیفیت خدمات (۵۳) و افزایش رضایت بیماران (۵۱) شده است. بنابراین، پژوهشگران و اساتید دانشگاه باید نقش پررنگ‌تری در ترجمان دانش ایفا کنند. آن‌ها باید ضمن مرور مدل‌ها و

References

1. Mosadeghrad AM. A survey of total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations. *International Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2005;18(4-5): 12-34.
2. Agha Molaei T, Zare Shahram, Poudat A, Kebriaei A. customers' perceptions and expectations of primary healthcare services quality in health centers of Bandar Abbas. *J Hormozgan Univ Med Sci.* 2007; 11 (3):173-8. Persian
3. Azami A, Akbarzadeh K. Patient's satisfaction of medical services in Ilam hospitals. *J Ilam Univ Med Sci.* 2004; 12 (44 -45):10-6. Persian
4. Kebriaei A, Akbari F, Hosseini S, Eftekhari Ardabili H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary health care in Kashan health centers. *J Qazvin Univ Med Sci.* 2004; 8 (2):82-8. Persian
5. Mohammadi A, Shoghli AR. A survey on quality of primary health care in Zanjan district health centres, *J Zanjan Univ Med Sci.* 2008; 16(65):89-100. Persian
6. Tabibi J, Maleki MR, Mojdehkar R. Performance evaluation of ayatollah kashani hospital based on baldrige organizational excellence model. *Journal of medical council of I.R.I.* 2009; 27(1):23-30. Persian
7. Marandi SA. The Integration of Medical Education and Health Care Services in the Islamic Republic of Iran and its Health Impacts. *Iran J Public Health.* 2009; 38(1): 4-12. Persian.
8. Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Alavi-Majd, HR. Quality assessment of family planning services in urban health centers of Shahid Beheshti Medical Science University, 2004. *International Journal of Health Care Quality Assurance.* 2006; 19(5):430 - 42.
9. Mosadeghrad AM. Principles of healthcare management. Tehran: Dibagran; 2003. Persian
10. Mosadeghrad AM. Why TQM does not work in Iranian healthcare organisations. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(4):320-35.
11. Aghlmand S, Akbari F, Lameei A, Mohammad K, Small R, Arab M. Developing evidence-based maternity care in Iran: a quality improvement study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:20.
12. Askarian M, Heidarpoor P, Assadian O. A total quality management approach to healthcare waste management in Namazi Hospital, Iran. *Waste Manag.* 2010;30(11):2321-6.
13. Hamidi Y, Tabibi SJ. A Study of TQM Implementation Outcomes in Hamadan Province, District Health Systems 2000-2002. *Sci J Hamadan Univ Med Sci.* 2004; 11 (1):37-43. Persian
14. Mohammadi SM, Mohammadi SF, Hedges JR, Zohrabi M, Ameli O. Introduction of a quality improvement program in a children's hospital in Tehran: design, implementation, evaluation and lessons learned. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(4):237-43.
15. Dargahi H, Rezaeian M. Total quality management in health care providers' organization. *Teb va Tazkieh.* 2003; 50:49-62. Persian
16. Hamidi Y. Strategic leadership for effectiveness of quality managers in Medical Sciences Universities: What skills are necessary? *Australian Journal of Basic and Applied Sciences.* 2009; 3(3): 2563-9.
17. Torani S, Tabibi SJ, Shahbazi B. Influencing factors on implementation of total quality management attaching hospitals affiliated with Iran University of Medical Sciences. *Hakim Research Journal.* 2008; 11 (2):22-32. Persian
18. Mosadeghrad AM. The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management. *The TQM Magazine.* 2006; 18 (6): 606 - 25.
19. Mosadeghrad AM, Shaali F, TajmirRiahi Z. The applicability of ISO 9001:2000 in University hospitals: The managers' perspectives. *Information and Management in Health.* 2006; 2 (2): 1-10.
20. Ravaghi H, Heidarpoor P, Mohseni M, Rafiei S. Senior managers' viewpoints toward challenges of implementing clinical governance: a national study in Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2013;1(4):295-9.
21. Mosadeghrad AM. Developing and validating a total quality management model for healthcare organisations. *The TQM Journal.* 2015; 27 (5): 544 - 64.
22. Mosadeghrad AM. Why TQM programs fail? A pathology approach. *The TQM Journal.* 2014; 26 (2): 160-87.
23. Som CV. Clinical governance: a fresh look at its definition", *Clinical Governance: An International Journal.* 2004; 9(2):87 - 90.
24. Scally G, Donaldson L. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ.* 1998; 317:61-5.
25. Karimi M. A survey of clinical governance barriers in Mashhad university hospitals: Staff perspectives. *Proceeding of the first seminar of clinical governance; 2012 May 17-16; Tabriz: Tabriz University of Medical Science.* 2012; Persian
26. Yousefian S, Kokabi F, Najafi M. Clinical governance implementation challenges in Iranian healthcare organizations. *Proceeding of the first seminar of clinical governance; 2012 May 17-16; Tabriz: Tabriz University of Medical Science; 2012. Persian*
27. Ziari A, Abachizadeh K, Rassouli M, Heidamia M, Mohseny M. Barriers of implementing clinical governance in educational hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences: a qualitative study. *Journal of Hospital.* 2014; 13 (4): 93-103. Persian
28. Dehnavieh R, Ebrahimpour H, Jafarizadeh 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.
29. Hogan H, Basnett I, McKee M. Consultants' attitudes to clinical governance: barriers and incentives to Engagement. *Public Health*. 2007;121(8):614-22.
30. Shakeshaft AM. A study of the attitudes and perceived barriers to undertaking clinical governance activities of dietitians in a Welsh National Health Service trust. *J Hum Nutr Diet*. 2008;21(3):225-38.
31. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, et al. A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance. *Br J Gen Pract*. 2002; 52(481): 641-45.
32. Mosadeghrad AM. Handbook of hospital professional organisation and management (2). Tehran: Dibagran; 2004. Persian
33. Orzano AJ, McInerney CR, Scharf D, Tallia A. F, Crabtree BF. A knowledge management model: Implications for enhancing quality in health care. *Journal of the Association for Information Science and Technology*. 2008; 59(3):489-505.
34. Melymuka, K. Knowledge management helps cut errors by half. *Computerworld*. 2002;36(28): 44.
35. Braithwaite J, Travaglia JF. An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Aust Health Rev*. 2008;32(1):10-22.
36. Konteh FH, Mannion R, Davies HT. Clinical governance views on culture and quality improvement. *Clinical Governance: An International Journal*. 2008; 13 (3): 200 -7.
37. Campbell SM, Sheaff R, Sibbald B, Marshall MN, Pickard S, Gask L, et al. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care* 2002;11:9-14
38. Grainger C, Hopkinson R, Barrett V, Campbell C, Chittenden S, Griffiths R, et al. Implementing clinical governance – results of a year's programme of semi-structured visits to assess the development of clinical governance in West Midlands Trusts. *British Journal of Clinical Governance*. 2002; 7(3): 177 -86.
39. Shahidi-Sadeghi N. A survey of clinical governance success in Tehran city hospitals. [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2015. Persian
40. Ebrahimpour H, Yaghubi N, Zahedi S S. Organizational Learning Capacity and Clinical Governance Implementation in Social Security hospital (A Case Study). *Journal of Hospital*. 2016; 15 (2):75-83. Persian
41. 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):40-9. Persian
42. Ghazanfari F, Mobaraki H. The Study of Influence of Human Resource Management (HRM) On Implementation of Clinical Governance in Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Payavarde salamat*. 2014; 7 (6):468-78. Persian
43. Hojjat M, Mosalanejad L, Charkhandaz M, Pabarja E, Ehsani M, Mohammadi S. Barriers to clinical governance implementation: managers and nurses' perspectives. *Holistic Nursing and Midwifery Journal*. 2015; 25 (78): 45-52 .
44. Mosadeghrad AM. Essentials of total quality Management in healthcare: a systematic review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2014; 27 (6):544-58.
45. Sheikhtaheri A. Patient safety and health information technology. *Health information management*. 2013; 10 (3): 1-4. Persian
46. Khammarnia M, Kavosi Z, Ghanbari Jahromi M, Moradi A. Impact of Clinical Governance on Patients' Compliance in Shiraz Public Hospitals. *Payavard Salamt*. 2016; 10 (1):93-103. Persian
47. Mosadeghrad AM. Towards a theory of quality management: an integration of strategic management, quality management and project management. *International Journal of Modelling in Operations Management*. 2012; 2 (1): 89-118.
48. Mosadeghrad AM. Strategic collaborative quality management and employee job satisfaction. *Int J Health Policy Manag*. 2014; 2(4): 167-74.
49. Mosadeghrad AM, Afshari M. The impact of quality management on job satisfaction of operating theatre department employees of Valiasr hospital in Tehran: a participatory action research. *Journal of Health Based Research*. 2016; 2(2): 147-58. Persian
50. Mosadeghrad AM, Ashrafi E. The impact of quality management on employees' job satisfaction in respiratory intensive care unit at Labbafinejad hospital. *Journal of Hospital*. 2015; 14 (4): 41-50. Persian
51. Mosadeghrad AM. Implementing strategic collaborative quality management in healthcare sector. *International Journal of Strategic Change Management*. 2012; 4 (3-4): 203-28.
52. Mosadeghrad AM, Afshari M. The impact of quality management on reducing cancelled elective operations: a Participatory Action Research. *Journal of Health in the Field*. 2015; 3 (4): 41-8. Persian
53. Mosadeghrad AM, Khalaj F. The impact of quality management in reducing surgical site infection: an action research. *Journal of Medical Council of Iran*. 2015; 33 (2): 110-18. Persian

The Role of Information Management in the Successful Implementation of Clinical Governance

Mosadeghrad Ali Mohammad¹, Sadoughi Farahnaz², Ghorbani Moloud³ *

• Received: 16. 09. 2016

• Revised: 28. 09. 2016

• Accepted: 03. 10. 2016



Abstract

Introduction: The ability of managers to use accurate, reliable, and up-to-date information is an important factor for organizational success. The aim of this study was to investigate the role of information management in the successful implementation of clinical governance in the hospitals of Khuzestan province, Iran.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted in 40 hospitals of Khuzestan province in 2014, using a valid and reliable researcher-made questionnaire included 35 questions about 7 dimensions of clinical governance. All clinical governance managers of the hospitals were asked to complete the questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (such as correlation coefficient and logistic regression) by SPSS 19.

Results: The mean success rate of clinical governance in the hospitals of Khuzestan was 65.6 percent. The mean score of information management of clinical governance was 62.4 percent. There was statistically significant relationship between information management and successful implementation of clinical governance ($P=0.01$). Appropriate use of health technology and information systems by the staff, staff training in data documentation, and using hospital information in decision-making process, planning, control, and evaluation had great effect on the successful implementation of clinical governance.

Conclusion: Due to the important role of accurate, reliable, and up-to-date information and information management system in the successful implementation of clinical governance, hospital managers should provide necessary facilities for collection, analysis, and use of hospital information. Hospital staff should be trained in data documentation.

Keywords: Clinical Governance, Information Management, Hospital, Quality Management

•**Citation:** Mosadeghrad AM, Sadoughi F, Ghorbani M. The Role of Information Management in the Successful Implementation of Clinical Governance. Journal of Health Based Research 2016; 2(3): 207-221.

1. Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Professor, Department of Health Information Management, School of Health Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. MSc, Department of Health Information Management, School of Health Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Correspondence:** Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.

Tel: 021-42933006

Email: ghorbanimoloud@gmail.com