

اجرای حاکمیت بالینی بر اساس فرهنگ سازمانی سبز در بیمارستان بیله سوار

حسن گروسی^۱، پیمان فاتح^{۲*}، سیدکریم طباطبایی^۳

تاریخ دریافت: ۲۰ آذرماه ۱۴۰۰ تاریخ پذیرش: ۲۰ اسفند ۱۴۰۰

چکیده

تحقیق حاضر با هدف بررسی اجرای حاکمیت بالینی بر اساس فرهنگ سازمانی سبز در بیمارستان بیله سوار به روش کمی و به شیوه میدانی اجرا گردیده است. نوع تحقیق در این پژوهش توصیفی می باشد. جامعه آماری تحقیق کلیه پرسنل بیمارستان آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) بیله سوار را شامل می شود. برای تعیین حجم نمونه از روش هومن (۱۳۹۳) استفاده گردد و حجم نمونه ۲۴۰ نفر و روش نمونه گیری نیز تصادفی ساده انتخاب شد. برای تجزیه و تحلیل فرضیه تحقیق مدل معادلات ساختاری استفاده گردد و همچنین با استفاده از آزمون کشیدگی و چولگی از نرمال بودن توزیع داده ها اطمینان حاصل گردید و بر این اساس برای بررسی نقش میانجی و سایر روابط از نرم افزار مبتنی بر داده های نرمال Amos بر پایه پیشنهاد بارون و کنی استفاده گردید. یافته های تحقیق نشان داد که فرهنگ سازمانی سبز بر اجرای حاکمیت بالینی تاثیر مثبت و معنی داری دارد.

واژه های کلیدی: اجرای حاکمیت بالینی، حاکمیت بالینی، فرهنگ سازمانی سبز، بیمارستان بیله سوار

۱- مقدمه

در کشورهای مختلف روش ها و ابزارهای متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت تا به امروز بکار گرفته شده اند. از میان این روش ها، حاکمیت بالینی برای نخستین بار در NHS انگلیس به

۱ - گروه مدیریت، واحد بیله سوار، دانشگاه آزاد اسلامی، بیله سوار. ایران

۲ - گروه مدیریت، واحد بیله سوار، دانشگاه آزاد اسلامی، بیله سوار. ایران (نویسنده مسئول)

۳ - گروه مدیریت، واحد گرمی، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمی. ایران

عنوان استراتژی ارائه شده از سوی دولت و به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی در سال ۱۹۹۸ مطرح شد. حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بالینی، در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازد. حاکمیت بالینی به طور همزمان توجهش را روی مسئولیت‌پذیری جهت حفظ سطح مراقبت‌های کنونی و نیز ارتقاء وضعیت کیفی مراقبت‌های آتی مبدول می‌دارد. همچنین مفهومی است که می‌کوشد روش‌ها و ابزارهای گذشته در سنجش و ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها ادغام و یکپارچه شوند. در واقع استراتژی واحد و جامعی که بهبود مستمر کیفیت را در نظام NHS انگلیس به عنوان یک مدل سیستماتیک مطرح ساخته است، حاکمیت بالینی است. (Ministry of Health, 2011: 1)

مطرح شدن مفهوم حاکمیت بالینی در سال ۱۹۹۸ سبب شد تا کیفیت در قانون اصلاحات NHS قرار گیرد. این مفهوم قصد دارد تا تمامی فعالیت‌هایی را که در مسیر مراقبت‌های بالینی انجام می‌شوند را ادغام نموده و آنها را در قالب یک استراتژی واحد درآورد (Ebrahimpour et al, 2018). حاکمیت بالینی شامل مفاهیمی چون: بهبود کیفیت اطلاعات، ارتقاء مشارکت و همکاری بیماران، بهبود کار گروهی و اجرایی نمودن پزشکی مبتنی بر شواهد است و همانند چتری است که همه چیزهایی که به حفظ و ارتقای استاندارد های مراقبت از بیمار کمک می‌کند، را پوشش می‌دهد. این امر دربرگیرنده تمامی فعالیت‌های ارتقاء کیفی است که کادر بالینی آنها را روزانه در انجام مراقبت‌های درمانی لحاظ می‌دارند. همچنین حاکمیت بالینی چارچوبی فراهم می‌کند که در قالب آن، فعالیت‌های بهبود کیفیت بصورتی هماهنگ و یکپارچه جای می‌گیرند. (Ministry of Health, 2011:1). آنچه اهمیت آن روشن است لزوم بهبود کارایی، اثربخشی و ایمنی بیمار است. بدین منظور، مسئولیت‌پذیری مراکز ارائه خدمات سلامت می‌بایست افزایش یابد تا از ناهمسانی خدمات ارائه شده به بیماران کاسته شود. هم چنین خطاهای پزشکی به عنوان یک اصل مهم در امر حاکمیت بالینی مورد توجه قرار گرفته تا بدین طریق مراقبت‌های نامناسب، ضعیف و غیر اثربخش از بین بروند. از طرفی سازمان‌های مراقبت سلامت از پیچیدگی زیادی برخوردار بوده و ساختار، فرایندها و مدیریت آنها برای ارتقاء مراقبت‌های بالینی اهمیت زیادی دارد. حاکمیت خدمات بالینی این پیچیدگی‌ها را تشخیص داده و می‌کوشد تا برخی از این مسائل و مشکلات را از طریق ایجاد راهکاری ادغام یافته و جامع و حرکت مستمر به سمت بهبود کیفیت مرتفع سازد (Ebrahimpour et al, 2018).

۲- ادبیات موضوع

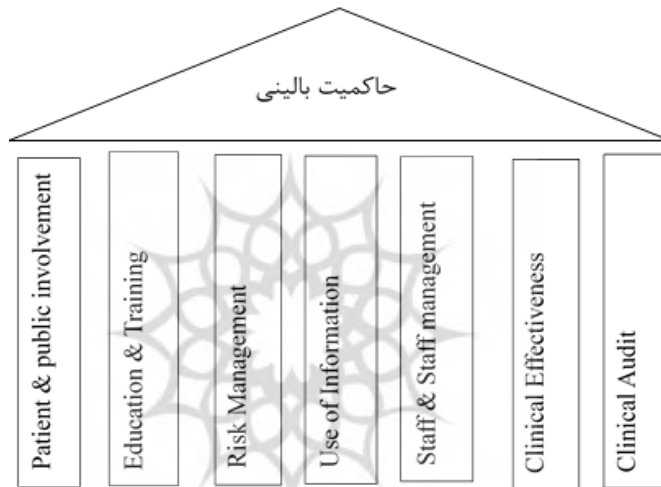
۲-۱- حاکمیت خدمات بالینی

در تعریف حاکمیت خدمات بالینی دیدگاهی ادغام یافته از مراقبت‌های بالینی و نیز غیر بالینی مطرح است که کیفیتی جامع را در بر می‌گیرد. چنین ادغامی به یکپارچگی سازمانی، هماهنگی، همکاری و ارتباطات میان واحدها در سازمان می‌انجامد و با مراقبت‌های با کیفیت بالا مرتبط می‌شود. حاکمیت

خدمات بالینی ادغام تمام فعالیت‌هایی است که مراقبت از بیمار را در یک استراتژی واحد تلفیق می‌کند. این استراتژی شامل ارتقاء کیفیت اطلاعات، بهبود همکاری، بهبود روحیه کار تیمی و مشارکت، کاهش دامنه تغییرات و بی‌ثباتی‌های عملکردی و پیاده سازی طبابت مبتنی بر شواهد است (Ministry of Health, 2011:2).

حاکمیت خدمات بالینی می‌کوشد عملکرد تمامی سازمان‌های مراقبت سلامت را به سوی بهترین استانداردهای قابل قبول سوق دهد به این امید که ناهمگونی‌های موجود در کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران را کاهش دهد (Mossadegh et al. 2019).

۲-۲- اجزای کلیدی حاکمیت بالینی



شکل ۱- مدل اجزای کلیدی حاکمیت بالینی (Ebrahimpour et al, 2018)

۲-۳- مشارکت بیمار و جامعه^۱

«بیماران در طی سفرشان در سیستم سلامت حق دارند که با احترام و صداقت با آن‌ها رفتار شده و در هر جا که امکان داشته باشد، بتوانند در تصمیم‌گیری در مورد درمانشان، شریک شوند.» از آنجا که اتخاذ هر گونه خط مشی و تصمیم‌گیری مرتبط به خدمات بهداشتی درمانی، در نهایت بر جان و زندگی بیماران مؤثر است، بنابر این مشارکت بیماران و جامعه در امور سلامت و تدوین خط مشی‌های کلان سلامت در کشورهای توسعه یافته از زمره حقوق شهروندی بوده و جنبه اخلاقی و وجدانی یافته و مظهر عدالت و پاسخگویی در بسیاری از نظام‌های بهداشت و درمان بشمار می‌آید. برنامه ریزی و ارائه مراقبت‌ها و خدمات درمانی بیمار- محور مبتنی بر نظرات، نیازها و ترجیحات بیماران، مراقبان آنان و جامعه، نکته کلیدی سیستم‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته و عنصر الزامی در بهبود و ارتقاء نظام درمانی و جلب اعتماد عمومی است. این خود موجب تناسب بیشتر و

1 patient and public involvement

هزینه اثربخش بودن خدمات ارائه شده و در نهایت بهبود پیامدهای سلامت، کیفیت زندگی و رضایتمندی بیماران می شود. لذا، پذیرفتن بیمار بعنوان شریک سیستمهای درمانی و تعمیم فرهنگ استقبال و انعطاف نسبت به نظرات و انتقادهای بیماران در سطح بیمارستانها اهم رشد بیمارستانهای تعالی جو بوده و در سطح ملی در تدوین و تنظیم خط مشی ها، طرح ها و خدمات و سیاستگذاریهای کلان سلامت مؤثر است (Ministry of Health, 2011:7)

مثالی در این زمینه، تغییرات رویکردی نظام خدمات سلامت در بعضی کشور های پیشرفته است. از مهمترین دلایل ذکر شده در اصلاحات ده ساله نظام سلامت این کشورها، تغییر ارزشها، باورها و نگرش های مردم مبتنی بر تغییر انتظارات جامعه، تغییر الگوی بیماریها، افزایش امید به زندگی و تاکید روزافزون برحداکثر سطح سلامت و کیفیت زندگی به ویژه در سالهای انتهایی عمر منتج از نظرخواهی از جامعه و عموم مردم است. یکی از اساسی ترین اصول و سیاست های نظام جدید سلامت در این کشورها، ارزش گذاری بر حقوق بیمار و قلمداد کردن آن بعنوان محور ارائه خدمات و تاکید ویژه بر مفهوم مشارکت بیمار و عموم مردم به مفهوم ایجاد فرصت برای عامه برای تعیین چگونگی دریافت خدمات سلامت است. گرچه مفهوم مشارکت استفاده کنندگان در خدمات همگانی جدید نیست. اما ایجاد فرصت برای بیماران و عموم مردم به منظور مشارکت در اتخاذ تصمیمات مؤثر بر سلامت و سیاست های مرتبط به آن، نسبتاً جدید است (Ministry of Health, 2011:7). کلسون مشارکت بیمار و جامعه را در سطوح فردی و جمعی تبیین می نماید. از دیدگاه وی مشارکت فردی اشاره به مشارکت فرد در اتخاذ تصمیمات درمانی در خصوص جوانب سلامتی خود دارد و مشارکت جمعی به مشارکت فعال گروهی افراد یا یک فرد بعنوان نماینده گروه در تعیین خط مشی ها، سیاست ها و برنامه ریزی های نظام سلامت گفته می شود. PPI در سالهای اخیر ارتقاء یافته و در قالب واژه Engagement یا درگیر نمودن بیماران و عموم مردم ابعاد وسیع تری را در بر گرفته است. با توجه به اینکه مشارکت افراد امری داوطلبانه است که تا زمانی که متضمن منافع فردی و یا جمعی آنان نشود، محقق نخواهد شد، لذا تبیین شفاف خط مشی ها و سیاست ها و درک متقابل مردم و جامعه از برنامه ها و طرح های نظام سلامت، از اصول درگیر نمودن و جلب مشارکت فعال مردم محسوب می شود که منجر به مشارکت طولانی مدت طرفین خواهد شد (Imeni & Abolfathi, 2014).

بررسی تجربیات بیماران و اندازه گیری نتایج ارائه خدمات از دیدگاه بیماران^۱ اطلاعاتی را فراهم می نماید که عملکرد ارائه دهندگان خدمت را از دیدگاه بیماران، بتوان مقایسه نمود. در این فرآیند، قبل و بعد از هر پروسیجر درمانی، از بیمار در ارتباط با کیفیت زندگی بعد از انجام پروسیجر از جنبه هایی نظیر میزان درد، سلامت روانی و توان و قدرت حرکت، سووال می شود. بدین ترتیب اثربخشی پروسیجر انجام شده از دیدگاه بیماران از نظر این سه جنبه از سلامت، مشخص می شود (Ministry of Health, 2011:10)

(PALS)^۱ به معنای خدمات مشاوره و ارتباط با بیمار در نظام سلامت جدید انگلیس با هدف پاسخگویی بیشتر به بیماران و مددجویان طراحی شد. این خدمت در واقع یک خدمت محرمانه بمنظور تضمین انتقال اثربخش نگرانی ها و ملاحظات بیماران و گیرندگان خدمت و حل مشکل آنان با حداقل بوروکراسی است. این فرآیند که خود می تواند منجر به شناسایی خطرات و معضلات ایمنی شود، جزیی از مدیریت خطر اثربخش و حاکمیت بالینی محسوب می شود. (Ministry of Health, 2011:10)

در خاتمه فرهنگ سازی و تقویت باور کارکنان و مدیران در ارتباط با موارد ذیل بر تحکیم مبانی مشارکت بیمار و جامعه می افزاید:

بیمارستان تاسیس شده است و ما اینجا هستیم، چون مشتری ارزشمندی چون بیمار وجود دارد؛ مشتری ما مهمترین موجودی یعنی سلامتت را در اختیار ما گذارده پس با اوشرافتمندانه رفتار کنیم؛ بیماران شرکای اصلی و همراه ما در اعتلای سازمانی هستند و خروجهای سلامتی و سازمانی مرتبط با بیمار، مهمترین دستاورد کار ما هستند؛

عالی ترین هدف ما سلامت و رضایت بیمار است؛

نظریات بیماران درحیطه کیفیت خدمات، آینه ای صاف از نقاط ضعف وقوت عملکرد ماست؛ تحلیل ایده ها و انتقادات بیماران و بکار بستن راهکارهای بهبود مبتنی بر آن، می تواند ضمن ارتقاء کیفی خدمات، جلوی هزینه های اضافی بیمارستان را بگیرد؛

همانقدر که رضایت و آرامش بیمار مهم است تامین آرامش و رفع رنج از همراهان او نیز مرجح است تعامل و همکاری بیمار با بیمارستان و تیم درمان، ضامن موفقیت ماست (Imeni & Abolfathi, 2014).

۲-۴- آموزش و مهارت آموزی^۲

«حاکمیت بالینی نیازمند آن است که توسط فرهنگی که برای یادگیری مداوم ارزش قایل شده و آن را کلید موفقیت در مسیر ارتقای کیفیت می داند، پایه ریزی شود» سازمانی می تواند ادعا کند که توانایی اجرای حاکمیت بالینی را دارد که یکی از اجزای مهم (مدیریت خطر) این چهارچوب را تحت کنترل داشته باشد ولی برای مدیریت خطر نیازمند کارکنانی مجرب و دارای دانش و مهارت کافی است. آموزش، مهارت آموزی و توسعه دانش پرسنلی یک فرآیند ادغام یافته در حاکمیت بالینی است. این امر نه فقط به پرسنل برای ارتقای مهارت هایشان کمک می کند بلکه باعث کمک و حمایت از آن ها برای انجام کار به شیوه های مختلف می شود. (Ministry of Health, 2011:10)

هدف کلیه برنامه های آموزشی کارکنان شامل موارد زیر است:

1 Patient Advice and Liaison Services

2 Education & Training

ایجاد فرصت رشد و توسعه عادلانه مهارت و دانش کلیه کارکنان سازمان در زمینه شغلی و کاری خود؛

فراهم کردن برنامه های مختلف آموزشی داخل و یا خارج سازمانی؛

برگزاری برنامه های آموزشی مورد نیاز با توجه به نیازسنجی های انجام شده (Imeni & Abolfathi, 2014).

توسعه مستمر دانش و مهارت های شغلی یا CPD^۱ لازمه هر سازمانی است که می خواهد حاکمیت بالینی را به اجرا در آورد. توسعه مستمر دانش و مهارت های شغلی عبارت است از فرایند یادگیری مداوم برای تمام افراد و تیم های حرفه ای، که بتوانند توانایی های خود در مواجهه با نیاز های بیماران، گسترش داده و به ارائه خدمات سلامت بپردازند. اساس «توسعه دانش و مهارت شغلی» یا CPD آن است که مخصص کارکنان بالینی مانند پزشکان نیست. شواهد متعددی، اهمیت نیازسنجی را قبل از طرح ریزی و اجرای برنامه های آموزشی، نشان می دهد، برای آموزش افراد، تدریس صرف دستورالعمل ها کافی نیست بلکه فعالیت هایی که آنان را تشویق به مشارکت، بحث و کار عملی کند، موثرتر است. توسعه مستمر دانش و مهارت های شغلی (CPD) زمانی است که یادگیری دارای خصوصیات زیر باشد:

- دانش پذیر، آشنایی قبلی با مطلب داشته باشد؛
- براساس نیازسنجی انجام شده از فرد، برنامه ریزی شود؛
- بر محور مشکلات او، بنا شود؛^۲
- مشارکت فعال فرد را در طی آموزش در برداشته باشد؛
- از منابع خود دانش پذیر، استفاده کرده و براساس جریبات او ارائه شود؛
- شامل بازخورد های به موقع و مرتبط باشد؛
- وقتی ارائه شود که فرد نیاز به دانستن آن را حس و تجربه کرده باشد؛
- با خودارزیابی همراه باشد (Imeni & Abolfathi, 2014).

با توجه به شرایط کنونی که در ابتدای مسیر استقرار و اجرای حاکمیت بالینی هستیم و با توجه به آن که هنوز مهارت کافی برای تدوین «برنامه توسعه فردی» یا PDP را به تنهایی نداریم، می توان هر یک از کارکنان با کمک مسوول مافوق خود، تدوین برنامه توسعه فردی را انجام داده و نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصت های خود را شناسایی^۳ نموده و اهداف خود را براساس نیاز های سازمانی تعیین و مسیر حرکت بعدی خود را مشخص نموده و برای آن برنامه ریزی نمایند. هم چنین در فواصلی که با یکدیگر به توافق رسیده اند که می تواند هر سه ماهه یا شش ماهه باشد اجرای برنامه را مورد ارزیابی قرار داده و خط مشی بعدی را مشخص نمایند. (Ministry of Health, 2011:13).

1 continuing professional development

2 problem-centered

3 swot analysis

۲-۵- مدیریت خطروایمنی بیمار^۱

مراقبت های سلامت به طور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار همراه است. بیماران حق دارند که انتظار داشته باشند، مراقبت از آن ها مطابق با بهترین شرایط و استاندارد ها و براساس آخرین شواهد علمی و بالینی باشد احتمال بروز خطر به معنای امکان بروز یک حادثه ناخوشایند و یا از دست دادن (LOSS) است و قسمتی از زندگی طبیعی ما به شمار می رود. ما همیشه در معرض دامنه وسیعی از موارد خطر زا هستیم و قسمت زیادی از وقتمان را در تلاش برای اجتناب از تصادف، جراحی و یا حوادث ناخوشایند بسر می بریم. پیش بینی حوادث و خطرات و کاهش احتمال بروز آن ها در واقع همان مدیریت خطر است. با توجه به رویکرد سیستمیک و عنایت به این موضوع که انسان امکان انجام خطا دارد (جایز الخطا است)، نحوه طراحی سیستم، شرایط آن و نحوه پاسخ دهی سیستم به نواقص و شکست ها، تعیین کننده نتیجه نهایی یک خطا بر روی سلامت بیمار، است. لازم به ذکر است که خطا لزوما منجر به آسیب و صدمه نمی شود. ارزیابی حوادث نه به عنوان پیداکردن مقصر و اعمال تنبیه و سرزنش است بلکه امکان یادگیری، تشخیص و درمان یک مشکل عمده را در طراحی و کارکرد سیستم سلامت، نشان می دهد. (Ministry of Health, 2011:6).

۲-۶- استفاده از اطلاعات^۲

«اطلاعات زیر بنای هر سیستم دارای استاندارد و کیفیت است» با معرفی حاکمیت بالینی جهت اجرا به نظام سلامت انگلیس در سال ۱۹۹۸، کیفیت، بعنوان محور اصلاحات قلمداد شد. هدف اصلی حاکمیت بالینی، یکپارچه نمودن کلیه فعالیتهای مؤثر بر مراقبت بیمار در یک استرژژی واحد و یگانه بوده که مشتمل بر ارتقاء کیفیت اطلاعات، بهبود همکاری، کار گروهی و یکسان سازی نحوه ارائه خدمات سلامت و طبابت مبتنی بر شواهد است. بدیهی است که هر سازمانی به منظور نشان دادن بهبود کیفیت، نیازمند اطلاعات مناسب است. اطلاعات خوب برای برنامه ریزی، اجرا، مدیریت و ارزیابی خدمات ضروری است. زمانی که اطلاعات از صحت کافی برخوردار نبوده و نیز تلاشی برای بهبود اطلاعات انجام نمی شود، استفاده و بکارگیری آنها نیز با مشکل مواجه شده و نارسایی عمده ای در سیستم ایجاد می نماید که همانا عدم تمایل کادر بالینی به جمع آوری اطلاعات است (Ministry of Health, 2011:5).

گریتون و نیکولاس^۳ (۲۰۰۱) در خصوص کار با اطلاعات بالینی موارد ذیل را متذکر می شوند:

1 Risk management & patient safety

2 Use of Information

3 Gerinetone and Nikolass

کل کادر بالینی را در اتخاذ تصمیم مرتبط به نوع داده ای که قرار است جمع آوری شود، مشارکت دهید.

از آگاهی مناسب کادر بالینی در ارتباط با دلایل جمع آوری اطلاعات مطمئن شوید . کادر بالینی را در خصوص فواید اطلاعات جمع آوری شده در جهت ارتقاء خدماتشان آگاه نمایید . اطلاعات را در فواصل زمانی طولانی جمع آوری نمایید تا تغییر آن در طی زمان (روند) مشخص شود.

در تفسیر تفاوتها و درک روند مهارت لازم را کسب نمایید لذا بدیهی است که به منظور راه اندازی و استقرار مطلوب برنامه حاکمیت بالینی نیز ، نیاز مند اطلاعات به روز ، صحیح و با کیفیت مناسب جهت ایجاد زیر ساخت ها و امکان پایش مستمر وضعیت بر اساس استانداردها و ارزیابی و الگو گیری از بهترین خدمات هستیم. بخش کلیدی حاکمیت بالینی استفاده از اطلاعات بالینی است که شامل مراحل جمع آوری ، ذخیره ، تجزیه و تحلیل و استفاده از آن است . به زعم ما، داده ها بیشتر به مفهوم اعداد و ارقامی است که مستقیماً مرتبط به خدمات بالینی می شود و اطلاعات^۱ ، داده هایی هستند که تفسیر شده و در هنگامی که از کیفیت ارائه خدمات بحث می شود حائز اهمیت و سودمند هستند . لذا برای موفقیت در برنامه حاکمیت بالینی بیش از هر زمان دیگری نیازمند آنیم که اطلاعات کاملاً صحیح بوده و بادقت و اطمینان تولید و تفسیر شده باشند . کیفیت داده ها بر اثربخشی اطلاعات تأثیر گذار است. منظور از داده های با کیفیت بالا ، داده هایی است که کامل ، صحیح ، مرتبط ، قابل دسترس و به روز باشد . بهبود در نحوه جمع آوری اطلاعات ، مدیریت و استفاده از اطلاعات در ارتقاء کیفیت ارائه خدمات بالینی به بیماران و پایش مستمر و ارزشیابی خدمات، مؤثر است . نظام اطلاعات بالینی که متخصصان نظام بهداشت و درمان در سطح کلان و یا در یک بیمارستان به آن نیاز مبرم داشته و آنان را قادر به مدیریت و بازنگری کیفیت خدمات ارائه شده می نماید، بعنوان نظامی محسوب می شود که محتوی کلیه اطلاعات مدیریتی، دموگرافیک و فردی مرتبط به کارکنان سلامت برای ارائه خدمات مبتنی برشواهد به بیماران در هر زمان و هر کجا است .نظام یکپارچه اطلاعاتی که مبین نیازهای اطلاعاتی بیماران و کارکنان بالینی است، برای برنامه ریزی، اجراء، مدیریت و ارزیابی خدمات سلامت ضروری است. نظام اطلاعاتی خوب و مطلوب، به کارکنان جهت شناسایی منابعی که به آن نیازمندند و فرآیند های مؤثر و تعیین پیامدها و نتایج، کمک می نماید . نظام اطلاعاتی خوب همچنین به متخصصان سلامت در تعیین اطلاعات برای پژوهش ها ، ممیزی ، اثربخشی بالینی و تدوین راهنماهای بالینی کمک می نماید (Tabrizi & Partovi, 2015).

۲-۷- اثربخشی بالینی^۲

تعریف اثر بخشی بالینی، "استفاده از بهترین دانش به دست آمده از پژوهش ، تجربه بالینی و ترجیحات بیمار برای رسیدن به نتایج مطلوب در روند مراقبت از بیماران، است. چارچوب این فرآیند

1 information

2 Clinical Effectiveness

را اطلاع رسانی، تغییر و پایش تشکیل می دهد. اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی از اجزاء اساسی حاکمیت بالینی به منظور بهبود و تضمین کیفیت هستند. هدف اثربخشی بالینی که در قالب عملکرد بالینی مبتنی بر شواهد ایجاد می شود، بهبود در ارائه خدمات است. اثربخشی بالینی در مورد انجام کار درست، در زمان مناسب، برای بیمار مناسب بوده و با بهبود کیفیت و عملکرد ارتباط دارد. اثربخشی بالینی دامنه ای از فعالیتهای ارتقا کیفیت است و شامل:

شواهد، راهنماهای بالینی و استانداردهایی برای تعیین و اجرای بهترین عملکرد ابزار ارتقای کیفیت (مثل ممیزی بالینی، ارزشیابی) به منظور بازنگری و ارتقای درمانها و خدمات سیستم اطلاعاتی برای ارزیابی عملکرد جاری و تدارک شواهدی برای ارتقاء ارزیابی شواهد از نظر هزینه- اثربخشی ارتقا و استفاده از سیستمها و ساختارهایی که یادگیری درون سازمانی را توسعه می بخشد (Atash Bahar et al, 2014).

اثر بخشی بالینی حاصل کاربرد بهترین دانش برگرفته از پژوهش روزآمد و تجربه، برای انجام فرآیند صحیح بالینی و دستیابی به نتایج بالینی مطلوب برای بیمار است^۱. همچنین اثربخشی بالینی حکایت از مطلوبیت نتایج کاربرد یک دارو یا روش تشخیصی درمانی در تولید بهترین نتایج بالینی در بیمار می کند (Tabrizi & Partovi, 2015)

اصطلاح طبابت مبتنی بر شواهد (EBM2) در سال ۱۹۹۲ توسط جی. اوپات و همکارانش از دانشگاه مک مستر کانادا مطرح شد و آوازه آن بطور فزاینده ای به دانشکده های پزشکی در سرتاسر جهان رسیده است. بطوریکه به مقاله ای که در سال ۱۹۹۲ به معرفی پزشکی مبتنی بر شواهد پرداخت، تا سال ۲۰۰۴، ۱۳۰۰۰ بار رفرنس داده شده است. پزشکی مبتنی بر شواهد ادغام بهترین شواهد از پژوهش های بالینی، تجربیات بالینی و شرایط و ترجیحات بیماران است. مقصود از بهترین شواهد پژوهشی، شواهدی است که از پژوهشهای بالینی با حداقل خطا بر روی بیماران بدست می آید و کارآمدی و بی خطری رژیم های درمانی، پیشگیری، ... و ارزش تستهای تشخیصی یا ... را در تغییر مورتالیتی، موربیدیتی یا کیفیت زندگی بیمار در بر می گیرد. در حقیقت پزشکی مبتنی بر شواهد می آموزد که چگونه استفاده کنندگان خوبی از اطلاعات باشیم. علت نیاز به یادگیری مهارتهای پزشکی مبتنی بر شواهد این است که اولاً اطلاعات پزشکی حجم خیلی زیاد دارند و به سرعت در حال افزایشند. دوما پزشکان زمان کمی را می توانند به مطالعه اختصاص دهند. در حالیکه تجدید اطلاعات به سرعت صورت می گیرد، هم چنین پزشکان نمی توانند همان روشهای تشخیصی و درمانی زمان فارغ التحصیلی خود را ادامه دهند. چه بسا درمان انتخابی برای یک بیماری با مطالعات جدیدتر ثابت می شود که بی اثر یا حتی مضر بوده است. مطالعات نشان داده اند که برای دریافت حدود ۹۵٪ اطلاعات باید هفتگی ۲۰ ژورنال مطالعه نماییم که مسلماً به انجام رساندن آن غیر ممکن است. ضمن اینکه مطالعات نشان می دهد دوره های بازآموزی رایج، کارآیی کافی ندارند، پس نیازمند آموختن روشهایی

1 Promoting Clinical Effectiveness, DOH 1996

2 Evidence Based Medicine

برای آموزش مداوم در تمام عمر هستیم. اطلاعات پزشکی از درجه اعتبار متفاوتی برخوردارند ولی پزشکان امکان کافی برای نقد اطلاعات و جدا کردن اطلاعات معتبر از غیر معتبر را ندارند. علاوه مطالعات نشان می‌دهد پزشکان دید روشنی نسبت به اصطلاحات مورد استفاده در مقالات ندارند، در حالیکه دانستن این اطلاعات مستقیماً در عملکرد بالینی آنان تاثیر می‌گذارد. حتی در مورد جدیدترین کتاب‌ها نیز چندین سال بین ورود نتایج تحقیقات و گنجاندن آن در کتاب وجود دارد. نتیجه اینکه قسمت قابل توجهی از کتاب‌های ما بخصوص در زمینه درمان عقب‌تر نتایج تحقیقات هستند. پزشکی مبتنی بر شواهد ابزارهایی ارائه می‌دهد که می‌تواند با مسائل ذکر شده مقابله نماید، EBM نشان می‌دهد که چطور می‌توان در حداقل زمان، اطلاعات ارزشمند بالینی را یافت، نقد نمود و چطور می‌توان آن را در شرایط منحصر به فرد هر بیمار بکار برد. با این روش مداخلات تشخیصی و درمانی معمولاً زمانی بکار می‌روند که کارایی آنها کاملاً ثابت شده باشد و از مداخلات مضر یا بی‌اثر جلوگیری می‌شود. (Ministry of Health, 2011:31).

۲-۲-۷-۱- راهنماهای بالینی ۱

توصیه‌های ساختار مندی که به پزشک و بیمار در تصمیم‌گیری مناسب برای مواجهه با یک شرایط بالینی خاص کمک می‌کنند. در صورتیکه صحیح، علمی و متناسب با جامعه هدف تدوین شوند، منجر به ارتقا کیفیت و حتی کمیت خدمات سلامت می‌شوند. تدوین راهنماهای بالینی معمولاً در دو قالب نگارش راهنماهای بالینی اصیل ۲ و یا بومی سازی ۳ راهنماهای بالینی صورت می‌گیرد. اکثر راهنماهای بالینی موجود که در نتیجه جستجوهای معمول به دست می‌آیند، در دسته راهنمای بالینی اصیل هستند ولی اعتقاد بر این است که در کشورهای در حال توسعه مانند کشور ما بومی سازی راهنماهای بالینی در کوتاه مدت و میان مدت می‌تواند راه‌کار مناسبی باشد تا این که مهارت‌های لازم و کافی جهت تولید راهنماهای بالینی اصیل ایجاد شود. چون در تدوین یک راهنمای بالینی اصیل علاوه بر احاطه علمی کامل به موضوع مورد نظر و در واقع صاحب نظر بودن در آن حیطه، لازم است که تدوین‌کنندگان به دانش و علوم متدولوژیک وسیع و متنوعی مجهز باشند و از آن مهم‌تر تدوین یک راهنمای بالینی اصیل نیازمند پشتوانه‌ای غنی از مطالعات اپیدمیولوژیک، کارآزمایی‌های بالینی، مطالعات مروری و متاآنالیزهایی است که لازم است از قبل انجام شده باشد. بنابراین در حال حاضر بومی سازی راهنماهای بالینی می‌تواند کارساز باشد. مفهوم بومی سازی راهنمای بالینی از این تفکر سرچشمه گرفته است که در اکثریت حیطه‌های مورد نظر، راهنمای بالینی مختلف و متنوعی در نقاط مختلف دنیا تدوین شده است و کافی است که از این میان، راهنمای بالینی معتبر با بیشترین شباهت ممکن با شرایط تدوین راهنمای بالینی مورد نظر، جستجو و انتخاب شده و سپس متناسب با همان شرایط بازنویسی و به اصطلاح بومی سازی شود. در این زمینه بهتر است که حداکثر تعداد ممکن از راهنمای بالینی مناسب مورد استفاده قرار گیرد تا نکته‌ای حذف نشود. هم چنین مجدداً

1 Guidelines

2 original

3 adaptation

تأکید می شود که نزدیکی و شباهت راهنمای بالینی انتخاب شده با شرایطی که قرار است برای آن بومی سازی شود بسیار حائز اهمیت است. این شباهت به خصوص در زمینه کاربران راهنمای بالینی (ارائه دهندگان خدمات سلامت که قرار است از راهنمای بالینی استفاده کنند مثلاً پزشکان عمومی شاغل در اورژانسها)، جامعه هدف راهنمای بالینی (افرادیکه راهنمای بالینی با هدف ارتقا سلامت آنها نگارش شده است) از نظر جغرافیایی، اقتصادی و... باید مورد توجه ویژه قرار گیرد. نکته بسیار مهم دیگری که در تدوین راهنمای بالینی و به خصوص بومی سازی آنها از اهمیت بسیاری برخوردار است، بحث به اجماع رسانی است. مطلوب است که در مورد تک تک توصیه های یک راهنمای بالینی میان صاحب نظران آن حیطه، اجماع و اتفاق نظر وجود داشته باشد و این امر در بومی سازی راهنمای بالینی و به ویژه در شرایطی که شواهد کافی برای یک توصیه وجود ندارد، اهمیت دوچندان می یابد. در تدوین تک تک توصیه های یک راهنمای بالینی باید به هزینه ها توجه نمود و سعی در کاهش هزینه ها (بدون وارد آوردن آسیب به کیفیت خدمات ارائه شده) داشت. در واقع یکی از دلایل بومی سازی راهنمای بالینی، تطابق توصیه های آنها با شرایط اقتصادی جامعه هدف است. پس از تدوین راهنمای بالینی گام ضروری بعدی اجرایی نمودن آنها است. انتشار یک راهنمای بالینی به عنوان گام اول اجرایی نمودن آن نکته ای است که نباید از نظر دور نگهداشته شود. مرحله پس از اجرایی نمودن یک راهنمای بالینی، بررسی آن از نظر میزان تناسب و اثر بخشی خواهد بود. ممیزی بالینی از ابزارهای ارتقا کیفیت خدمات سلامت است که می تواند به عنوان ابزاری برای این منظور نیز مورد استفاده قرار گیرد. تدوین استانداردها معمولاً براساس راهنمای بالینی علمی و مورد توافق صورت می گیرد و در واقع راهنمای بالینی نقش بسیار مهمی در چرخه های ممیزی بالینی دارند. از سوی دیگر در حین انجام فرایند تدوین استانداردها و انجام ممیزی براساس آنها، تا حدود زیادی می توان تناسب و اثربخشی یک راهنمای بالینی را نیز بررسی و ارزیابی نمود. (Ministry of Health, 2011:26).

۲-۸- ممیزی بالینی¹

ممیزی بالینی بخشی از پاسخگویی حرفه ای در حاکمیت بالینی محسوب می شود. یعنی ارائه دهندگان سطوح مختلف خدمات سلامت در برابر ارائه خدمات با کیفیت و ارتقا مستمر کیفیت آن خدمات، مسئول و پاسخگو هستند. ممیزی بالینی علاوه بر اینکه یکی از اجزای حاکمیت بالینی است، از اجزاء ثابت هر مرکز تعالی خدمات بالینی نیز محسوب می شود. این اجزا با یکدیگر در تعامل نزدیک بوده بر هم تأثیر دارند. به عنوان مثال از ممیزی بالینی به عنوان یکی از اجزا و ارکان اصلی مدیریت خطر نام برده می شود، چرا که ممیزی بالینی با ارتقاء کیفیت خدمات بالینی موجب کاهش خطر و خطاهای سیستم می شود. در ۱۹۹۳ مدیریت اجرایی نظام سلامت انگلستان مصوب نمود که ممیزی فرایندهای پزشکی، پرستاری و کلیه مراقبتهای درمانی باید در یک برنامه ممیزی واحد ادغام شوند.

بدین صورت و در سال ۱۹۹۳ ممیزی بالینی متولد شد و به فرایندی بین بخشی تبدیل گشت (Atash Bahar et al, 2014).

این فرایند چنین تعریف می شود: یک فرایند ارتقا کیفیت، که با هدف ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه شده به بیماران و بهبود نتایج حاصل از آن صورت می گیرد و این عمل را از طریق مرور نظام مند وضعیت موجود و تطابق آنها با استانداردهای صریح و روشن و انجام مداخله و ایجاد تغییر به انجام می رساند. یک تفاوت مهم میان ممیزی بالینی و سایر انواع ممیزی این است که ارائه دهندگان خدمات سلامت، ممیزی بالینی را از آن خود می دانند (در حالت ایده ال)، آنها خودشان فرایند ممیزی را انجام می دهند، خودشان در مورد یافته های حاصل از آن بحث می کنند و به نتیجه می رسند، خودشان تغییرات را اعمال نموده و منجر به ارتقا کیفیت می شوند. در حالیکه در سایر انواع ممیزی، شخصی از بیرون می آید و سازمان را ممیزی می کند. توجه داشته باشید که انجام فرایند ممیزی داخل یک مجموعه بالینی، الزاما به معنای انجام یک پروژه ممیزی بالینی نیست. (Ministry of Health, 2011:35).

۹-۲- مدیریت کارکنان^۱

«بیماران حق دارند که توسط کارکنانی حرفه ای با مهارت ها و تخصص های مرتبط و به روز، تحت مراقبت قرار گیرند» یکی از حیطه های مدیریت منابع، مدیریت کارکنان است. با انتخاب صحیح نیروهای انسانی، می توان بنیان صحیحی برای سازمان تدارک دید. مدیریت کارکنان شامل به کار گیری و انتخاب کارکنان، ارزیابی و نظارت بر آنان، توسعه مهارت های فردی و شغلی و تامین رفاه ایشان است (Abbasi et al , 2015).

با توجه به تعریف بالا، مدیریت کارکنان شامل موارد زیر است:

جای گذاری هر فرد در جایگاه خودش

توسعه و پیشرفت محیط کار به طوری که کارکنان براساس

تغییراتی که در طول زمان در تقاضاهای بیماران برای

دریافت خدمات ایجاد می شود، آماده شوند .

اطمینان از رضایت شغلی کارکنان

با منطبق کردن بهترین عملکرد^۲ در مدیریت منابع انسانی، با بهبود مستمر رضایت شغلی کارکنان و توسعه مهارت های فردی و شغلی آنان، می توان باعث افزایش کیفیت ارائه خدمات به بیماران شد . این امر اهمیت مدیریت کارکنان در اجرای حاکمیت خدمات بالینی را نشان می دهد. ممیزی بالینی می تواند به عنوان مکانیسمی برای یادگیری، به مدیریت کارکنان کمک کند. ممیزی بالینی می تواند تغییراتی را که برای بهبود ارائه خدمات به بیماران نیاز است نشان دهد و این نیاز ها شامل نیازهای

1 Staff & staff management

2 Best Practice

آموزشی کارکنان نیز می شود. هم چنین ممیزی بالینی می تواند نشان دهد که آیا در یک مرکز ارائه خدمات سلامت، تلفیق مناسبی از دانش و مهارت کارکنان برای انجام امور محوله وجود دارد. هم چنین مشارکت بیماران و مردم نیز می تواند به عنوان ابزاری برای یادگیری به مدیریت کارکنان کمک کند. به عنوان مثال بازخورد هایی که از شکایات مردم گرفته می شود می تواند برای آموزش و مهارت آموزی کارکنان نیز مورد استفاده قرار گیرد. مدیریت کارکنان هم چنین شامل مدیریت اطلاعات فردی و مهارت آموزی های کارکنان نیز می شود. استفاده صحیح از اطلاعات فردی و حفاظت از آن ها امری حیاتی است. حاکمیت بالینی نیازمند کار تیمی در تمام سطوح سازمانی با هر میزان تحصیلات و مهارت است. در مدیریت موفق کارکنان، نقش مسوول و یا مدیر مستقیم و یا مدیران ارشد برکسی پوشیده نیست. نقش مدیران مانند نقش رهبر در یک تیم است. هر تیم با مدد یک رهبری خوب و موفق می تواند به تعالی برسد و بهترین خدمات را با بالاترین کیفیت ارائه دهد (Abbasi et al, 2015).

کار تیمی نیازمند احترام متقابل، تعهد و اعتماد است. هم چنین کار تیمی نیازمند مشارکت همه اعضای تیم و فرد بیماری است که به او خدمت می دهند. اعضای تیم باید به طور روشن، از نقش و وظیفه خود در تیم مطلع باشند. کار تیمی نیازمند یک رهبری و یک کانال ارتباطی خوب است. هم چنین نیازمند شناسایی مشکلات و رفع آن ها به منظور ارائه خدمات بیمار- محور است. بسیاری از شکایات بیماران ناشی از وجود یک کانال ارتباطی ضعیف بین اعضای تیم است.

نقش مدیر یا مسوول یا رهبر در سیستم سلامت چیست؟

رهبری در سیستم سلامت در دو سطح عمل می کند:

▪ سطح سازمانی

▪ سطح فردی و شغلی

برای مثال سرپرستار و یا پزشک مسوول هر بخش، یک رهبری شغلی و حرفه ای را فراهم می کند و دارای سطحی از مسوولیت و قدرت است که می تواند نحوه عملکرد را هدایت، پایش، نظارت و مرور کند. هم چنین در یک سازمان تربیتی وجود دارد که از رهبری حمایت کرده و آن را در سطح یک بخش و یا یک تیم و یا یک جامعه توسعه می دهد (Abbasi et al, 2015)

۲-۲- فرهنگ سازمانی سبز

نقشی که فرهنگ در رفتار انسان ایفا می کند، یکی از مهم ترین مفاهیمی است که در علوم رفتاری وجود دارد. هرچند تاکنون به طور کامل مورد ارزیابی قرار نگرفته است. فرهنگ آنچه را که انسان یاد می گیرد و نیز نحوه رفتار او را تعیین می کند. (Atafar, 1996). آپسالون^۱ (۲۰۱۸)، فرهنگ را پدیده های پیچیده میداند که می توان در سطوح و روشهای مختلف آن را تعریف نمود. به طور کلی، فرهنگ قابل اندازه گیری را می توان یک برنامه ریزی جمعی دانست که اعضای یک گروه از مردم

¹ Upson

را از هم متمایز می‌کند. هر فرهنگ از چند سطح تشکیل شده است، زیرا افراد می‌توانند به گروه‌های مختلف اجتماعی تعلق داشته باشند (Baharloo, 2020). مقصود از فرهنگ سازمانی، سیستمی از استنباط مشترک است که اعضاء نسبت به یک سازمان دارند و همین ویژگی موجب تفکیک دو سازمان از یکدیگر می‌شود. کریس آرگریس، فرهنگ سازمانی را نظامی زنده می‌خواند و آن را در قالب رفتاری که مردم در عمل از خود آشکار می‌سازند، راهی که بر آن پایه به‌طور واقعی می‌اندیشند و احساس می‌کنند و شیوه‌ای که به‌طور واقعی با هم رفتار می‌کنند تعریف می‌کند (Zomordian, 1994).

طبق گفته شاین^۱ (۱۹۸۵)، فرهنگ سازمانی در چندین سطح قابل تجزیه و تحلیل است. سطح یک شامل مصنوعات ملموس، ساختارها و رفتارهای سازمانی قابل مشاهده است، سطح میانی شامل ارزش‌های بیان شده سازمان، دیدگاه‌های مشترک و قوانین رفتاری است، پایین‌ترین سطح، شامل فرضیات و معمولاً رفتارهای ناخودآگاه می‌باشد. هر فرهنگ سازمانی متفاوت و به نوعی منحصر به فرد است. عوامل فرهنگی، با نگرش نسبت به استقلال، ریسک و توزیع قدرت ارتباط دارد. فرهنگ سازمانی از طریق فرآیندهای تصمیم‌گیری و افزایش توانایی سازگاری با تغییرات، بر بهره‌وری تأثیر می‌گذارد. ارزش‌های فرهنگی، نفوذ‌پذیری و اثربخشی رهبری را تعیین می‌کنند همچنین اثر بخشی و بهره‌وری را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ بنابراین فرهنگ سازمانی به عنوان یک منبع عملکرد برتر و مزیت رقابتی پایدار مطرح می‌باشد (Baharloo, 2020).

۲-۲-۱- انواع فرهنگ

فرهنگ بر اساس مدل کامرون و کوئین^۲ (۲۰۱۱) به چهار بخش تقسیم شده است که عبارتند

۱- فرهنگ سلسله‌مراتبی

۲- فرهنگ بازاری

۳- فرهنگ قبیله‌ای

۴- فرهنگ ادوکراسی (Cameron and Quinn, 2011).

۲-۲-۲- فرهنگ سازمانی و نوآوری

یکی دیگر از عناصر فرهنگ، ارزش‌های اصلی است که در هدایت کلیه اقدامات سازمانی وجود دارد. ارزش‌های سازمانی قسمت‌های بنیادی فرهنگ هستند و بر روند نوآوری تأثیر می‌گذارند. توسعه محصول جدید با قابلیت‌های توسعه فرآیند عمیقاً ارزش‌های اصلی سازمان ریشه دارد. فرهنگ حمایت از نوآوری با ساختار سازمانی و فعالیت روزمره سازمان عجین شده و از ارزش‌های اصلی سازمان ناشی می‌شود. ارزشها ستون فقرات فرهنگ هستند و روند نوآوری را تقویت می‌کنند.

¹ Shine

² Cameron and Quinn

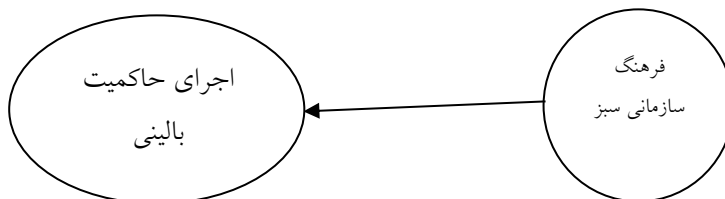
علاوه بر این، فرهنگ سازمانی که بر یادگیری، توسعه و تصمیم‌گیری مشارکتی تأکید دارد منجر به نوآوری بالاتر می‌شود. به طور مشابه، توانایی یک بنگاه برای تشخیص ارزش، یک ایده جدید یا اطلاعات و اجرای تجاری آن به توانایی یادگیری سازمانی بستگی دارد. اطلاعات خارج از سازمان اغلب منابع مهم اطلاعات برای نوآوری و یادگیری سازمانی هستند. علاوه بر این، فرایند یادگیری سازمانی برای خلاقیت در سازمان بسیار مهم است، زیرا توانایی یادگیری با استفاده از ایده‌ها و اطلاعات جدید، ارتباط مستقیمی دارد (Baharloo, 2020).

در اختیار داشتن ویژگی‌های فرهنگی مثبت، مؤلفه‌های لازم را برای نوآوری در اختیار سازمان قرار می‌دهد. فرهنگ دارای چندین عنصر است که می‌تواند در جهت تقویت یا مهار تمایل به نوآوری مؤثر باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که کشورها با فاصله قدرت کم تمایل بیشتری برای نوآوری دارند. به دلیل اقتدار متمرکز، رهبری استبدادی و سطوح بسیار سلسله‌مراتبی، توانایی نوآوری سازمان‌هایی با فاصله قدرت بالا بسیار ضعیف پیش‌بینی می‌شود (Yaghoub et al, 2020).

سطح بالایی از تمرکز و رسمیت با نرخ پایین‌تر پذیرش نوآوری همراه است. ابتکار در سازمان با فاصله قدرت کم، به احتمال زیاد رخ می‌دهد و در محیط بوروکراتیک کمتر اتفاق می‌افتد، زیرا بوروکراسی فعالیت خلاق را کاهش می‌دهد (Rahimi & Vazifeh Demirchi, 2012:241). همچنین نوآوری سازگار با محیط زیست باید فرهنگ و الگوهای مدیریت سازمان و همچنین جنبه‌های اجتماعی و فناوری را نیز مورد توجه قرار دهد. نوآوری سازگار با محیط زیست در سازمان، فرآیند و محصولات نیاز به قابلیت‌های پویا در یک دیدگاه مبتنی بر منابع (RBV) دارد و بر عملکرد شرکت تأثیر خواهد گذاشت. این قابلیت‌ها شامل فرهنگ سازمانی و ساختار سازمانی که از محیط زیست حمایت کند و فناوری‌های پاک و سازگار با محیط زیست را تشویق می‌کند، می‌باشد (Manshadi & Najafi Ziarani, 2012).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
تالار جامع علوم انسانی

۲-۴ - مدل تحلیلی و چهارچوب نظری تحقیق
برای انجام پژوهش‌های علمی و نظام‌مند، چارچوبی علمی و نظری مورد نیاز می‌باشد. که اصطلاحاً مدل مفهومی گفته می‌شود، در این تحقیق بفرهنگ سازمانی سبز به عنوان متغیر مستقل و اجرای حاکمیت بالینی به عنوان متغیر وابسته می‌باشد.



نمودار ۱- مدل مفهومی تحقیق

حاکمیت بالینی: حاکمیت بالینی یک استراتژی سازمانی برای بهبود مستمر و تضمین کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی از طریق توسعه یک ساختار و فرهنگ سازمانی مناسب و افزایش پاسخگویی و مسئولیت پذیری کارکنان بهداشتی و درمانی نسبت به کیفیت خدمات ارائه شده از طریق تدوین، ارتقاء، حفظ و پایش منظم استانداردهای بالینی است (McSherry et al, 1999).

فرهنگ سازمانی سبز: فرهنگ سازمانی سبز، همراه مسائل زیست محیطی، به باورها، ارزش‌ها و هنجارها در ارتباط با مدیریت زیست محیطی اشاره دارد (Chang, 2015).

اجرای حاکمیت بالینی: برای سنجش اجرای حاکمیت بالینی از پرسشنامه استاندارد مصدق راد و همکاران، (۱۳۹۸)، در ۹ سوال استفاده گردید.

فرهنگ سازمانی سبز: مجموع نمراتی است که آزمون دهنده از پرسشنامه فرهنگ سازمانی سبز یو و راماناتان کسب می کند (Yu & Ramanathan, 2015).

۳- روش شناسی تحقیق

روش شناسی تحقیق در این پژوهش کمی بوده و به شیوه میدانی اجرا گردیده است. نوع تحقیق در این پژوهش توصیفی می‌باشد. توصیفی از این حیث که هدف تحقیق توصیف سوالات پرسشنامه‌های پژوهش می‌باشد. و میدانی از آن جهت که برای سنجش نظرات جامعه آماری (مدیران بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی اردبیل) از ابزار پرسشنامه استفاده گردید.

جامعه آماری تحقیق کلیه پرسنل بیمارستان آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) بيله سوار را شامل می‌شود. برای تعیین حجم نمونه با توجه به استفاده از روش مدلسازی معادلات ساختاری در این پژوهش از تعیین حجم نمونه برای معادلات ساختاری استفاده گردید (هومن (۱۳۹۳) تعداد سوالات پرسشنامه‌های پژوهش ۳۲ عدد است که حجم نمونه نایستی کمتر از ۵ برابر آن یعنی ۱۶۰ و بیشتر از پانزده برابر تعداد سوالات یعنی ۴۸۰ باشد بنابراین حجم نمونه ۲۴۰ نفر و روش نمونه‌گیری نیز تصادفی ساده انتخاب گردید.

ابزار اندازه‌گیری به وسیله ای گفته می‌شود که از طریق آن اطلاعات جمع آوری می‌گردد. با توجه به اهداف این تحقیق، در این تحقیق از پرسشنامه‌های استاندارد جهت گردآوری اطلاعات استفاده گردید. روش‌ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، میانگین وزنی و انحراف معیار جهت بررسی آمار توصیفی خصوصیات دموگرافیکی و متغیرهای پژوهش (اجرای حاکمیت بالینی، فرهنگ سازمانی سبز) استفاده گردید و همچنین در آمار استنباطی با استفاده از آزمون کسیدگی و چولگی از نرمال بودن توزیع داده‌ها اطمینان حاصل گردید و بر این اساس برای بررسی نقش میانجی و سایر روابط از نرم افزار مبتنی بر داده‌های نرمال (کووارانوس) Amos بر پایه پیشنهاد بارون و کنی استفاده گردید.

۴- یافته های تحقیق

فرضیه محقق: فرهنگ سازمانی سبز بر اجرای حاکمیت بالینی تاثیر دارد
فرضیه صفر: فرهنگ سازمانی سبز بر اجرای حاکمیت بالینی تاثیر ندارد
نتایج تجزیه و تحلیل این فرضیه فوق در جدول شماره ۱ آمده است:
جدول ۱: تحلیل فرضیه تحقق

تأثیر	ضریب	S.E.	نسبت	PVALUE	نتیجه
	رگرسیونی		بحرانی		
			(C.R)		
فرهنگ سازمانی سبز ---> اجرای حاکمیت بالینی	۰/۴۶۳	۰/۰۵۵	۵/۵۰۷	***	تأیید

*** معنی داری در سطح کمتر از ۰.۰۰۱

با توجه به یافته های تحقیق می توان نتیجه گرفت که ضریب مسیر متغیر فرهنگ سازمانی سبز در تاثیر بر اجرای حاکمیت بالینی در نمودار مثبت و معنی دار می باشد و همچنین یافته های ضریب رگرسیونی این مسیر با توجه به سطح معنی داری به دست آمده که کمتر از ۰.۰۰۱ می باشد معنی دار نشان می دهد (۰.۵۷۲) و همچنین نسبت بحرانی نیز در بازه بحرانی ± ۱.۹۶ قرار نگرفته است (۵.۷۹۵) با توجه به مطالب گفته شده نتیجه می شود که فرهنگ سازمانی سبز بر اجرای حاکمیت بالینی تاثیر مثبت و معنی داری دارد.

نتیجه گیری

و در نهایت تحلیل فرضیه تحقیق با استفاده از روش مدلسازی معادلات ساختاری نشان داد فرهنگ همکاران و دامونت سازمانی سبز بر اجرای حاکمیت بالینی تاثیر مثبت و معناداری دارد پژوهش که کند فراهم را محیطی سازمانی اگر معنا می کند. بدین پشتیبانی فرضیات این نتایج (۲۰۱۸) از سازمان با کند. مطابق فراهم را کارکنان سبز ارزشهای نتیجه در و کند کمک ارزشهای کارمند به کارکنان ارزشهای اگر برعکس بگذارد. نمایش به را کار محل در سبز کارکنان رفتار که می رود انتظار سازد، برآورده را کارکنان نیاز که نکند تأمین را محیطی سازمان باشد یا ناسازگار سازمان ارزشهای با سبز ارزشهای یعنی نمی دهند، نشان کار محیط در را رفتارهای سبز احتمالاً کارکنان صورت این در می گذارند. تأثیر کارکنان سبز بر رفتار متقابل طور به سازمانی سبز ارزشهای و فردی

References

- Abbasi M., Moatari M., Poor Ahmad S. (2015). Patients' satisfaction with nursing care is a reflection of the implementation of the clinical services governance system. *Iranian Journal of Nursing*; 28 (97): 41-34. [In Persian]
- Atafar A. (1996) organizational culture and how to create change in it, Isfahan Work Culture Culture Seminar, , pages 4 and 5. [In Persian]
- Atash Bahar, U. Al-Banin, Rejalian, F., Bahrami, M. A., Qaraei, H., Homayouni, A., Atta Elahi, F., Jamali, E. (2014). Educational needs of the staff of teaching hospitals in Yazd to establish clinical governance. *Health Management*, 5 (1), 69-78. [In Persian]
- Baharloo, E. (2020), Green Organizational Culture: A Window to Competitive Advantage and Environmental Performance, 3rd International Conference on Financial Management, Trade, Banking, Economics and Accounting, Tehran. [In Persian]
- Cameron, K and Quinn, R (2011). *Diagnosing and Changing Organizational Culture. Based on the Competing Values Framework*, Addison-Wesley, Boston, MA
- Chang, C. H. (2015). "Proactive and reactive corporate social responsibility: antecedent and consequence". *Management Decision*, Vol. 53, No. 2: 451-468.
- Ebrahimipour, H., and Lotfi, S., and Afrooz, R., and Lotfi Sheikh Razi, S. (2018). Investigating the effect of implementing clinical governance on the performance of nursing staff. *Ardabil Health*, 9 (2 (special issue)), 172-181. [In Persian]
- Imeni B., Abolfathi Z. (2014). Patients' satisfaction with the methods of implementing clinical governance in the surgical ward of Besat Hospital in Hamadan in 2013. *Journal of Scientific Researchers*; 13 (2): 62-57. [In Persian]
- Manshadi, M. and Najafi Ziarani, H., (2012), Environmental Innovation, Business Models and Economic Performance, National Conference on Culture Development of Economic Behaviors in Today's Iran, Abarkooh. [In Persian]
- McSherry R, Haddock J. Evidence-based health care: its place within clinical governance. *Br J Nurs* 1999;8(2):113-7. doi: 10.12968/bjon.1999.8.2.6710.
- Ministry of Health, (2011), *Principles of Clinical Governance Volume 1*. Tehran: Termeh Publishing, 275. [In Persian]
- Mossadegh Rad A.M., Arab M., Shahid Sadegh N. (2019). Success rate of clinical governance implementation in Tehran University Hospitals. *Health-oriented research*; 5 (1): 101-116. [In Persian]
- Rahimi Gh and Vazifeh Demirchi Q., (2012), *Organizational Behavior Management*, Islamic Azad University Press, First Edition. [In Persian]

- Tabrizi J. and Partovi S. (2015), the only ray. Clinical audit of "hand hygiene process" of nurses. Quarterly Journal of Nursing Management.; 4 (1). [In Persian]
- Yaghoubi, N., and Dehghani, M., and Ahmadi, F. (2020). The role of green organizational culture in human resource productivity mediated by green performance in nurses of Imam Reza (AS) Hospital in Mashhad. Khorasan Socio-Cultural Studies, 15 (2), 149-177. [In Persian]
- Yu, W.; Ramanathan, R. (2015). "An empirical examination of stakeholder pressures, green operations practices and environmental performance". International Journal of Production Research , Vol. 53, No. 21: 6390-6407.
- Zomordian A. (1994) .Transformation Management, Strategies and Application of New Patterns, First Edition, Tehran, Industrial Management Organization Publications, , p.82.



Implementation of clinical governance based on green organizational culture in Bilesvar Hospital

Hassan Grossi, Peyman Fateh *, Seyed Karim Tabatabai

Abstract

The aim of this study was to investigate the implementation of clinical governance based on green organizational culture in Bilesvar Hospital in a quantitative and field manner. The type of research in this research is descriptive. The statistical population of the study includes all the staff of Imam Khomeini Teaching and Medical Hospital. To determine the sample size, the Hooman method (2014) was used and the sample size was 240 people and the sampling method was simple random. To analyze the research hypothesis, the structural equation model should be used and also using the elongation and skewness test, the normality of the data distribution was ensured. Baron and Kenny were used. Findings showed that green organizational culture has a positive and significant effect on the implementation of clinical governance.

Keywords: Clinical Governance Implementation, Clinical Governance, Green Organizational Culture, Bilesvar Hospital

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی