

قابلیت یادگیری سازمانی و اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان تامین اجتماعی

(یک مطالعه موردی)

حبیب ابراهیم پور^{۱*}، نورمحمد یعقوبی^۲، سیدسعیدزاهدی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۸

چکیده:

زمینه و هدف: یادگیری سازمانی در نظریه‌ها و مدل‌های مختلف در بعد نظری و تجربی تاثیر زیادی در تحولات سازمانها داشته است و زمینه مساعدی برای تسهیل هر نوع تغییر و تحولی فراهم می‌کند. این قابلیت می‌تواند در اجرای حاکمیت بالینی نیز نقش اساسی ایفا نماید.

موارد و روش‌ها: مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بود و به شیوه مقطعی درشش ماه اول سال ۹۳ انجام شد. جامعه آماری کارکنان بیمارستان تامین اجتماعی اردبیل بود. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد و تعداد نمونه ۱۷۰ نفر به دست آمد. از پرسشنامه ۱۶ سوالی گومز و همکاران برای سنجش قابلیت یادگیری در چهار بعد و از پرسشنامه ۳۵ سوالی محقق ساخته برای سنجش حاکمیت بالینی در هفت بعد استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده گردید. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد.

نتایج: نتایج تحقیق نشان داد که قابلیت یادگیری با اجرای حاکمیت بالینی با ضریب ۰/۵۰۷ رابطه معنی‌داری دارد این ضریب برای تعهد مدیریت ۰/۶۴۴، دید سیستمی ۰/۴۹۸، فضای باز و آزمایشگری ۰/۴۴۶ و انتقال و یکپارچگی دانش ۰/۲۶۱ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش تاثیرگذار قابلیت یادگیری در اجرای حاکمیت بالینی پیشنهاد می‌شود زمینه لازم برای تقویت قابلیت یادگیری سازمانی در چهار بعد بویژه در بعد حمایت مدیریتی و دید سیستمی فراهم شود تا حاکمیت بالینی با اثربخشی بیشتر اجرا گردد.

کلمات کلیدی: حاکمیت بالینی، قابلیت یادگیری سازمانی، بیمارستان تامین اجتماعی

^۱ دانشیار، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. (* نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیکی: ebrahimpourh@yahoo.com آدرس: اردبیل، دانشگاه محقق

اردبیلی - دانشکده ادبیات و علوم انسانی، شماره تماس: ۰۹۱۴۳۵۵۳۹۵۰ فکس ۰۴۵۳۳۵۱۶۴۰۲

^۲ استاد، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

^۳ دانش آموخته دانشکده آزاد اسلامی واحد گرمی، اردبیل، ایران

مقدمه

حاکمیت بالینی یکی از روشهای ارتقاء کیفیت مراقبتهای بالینی محسوب می شود که در کشورهای مختلف در سالهای اخیر مورد توجه قرار گرفته و با روشی منظم به استقرار و اجرای آن می پردازند. هدف اصلی حاکمیت بالینی تضمین بهبود کیفیت خدمات بالینی در مراکز و سازمانهای خدمات بهداشت و درمانی است (۱). تمرکز اصلی حاکمیت بالینی بهبود کارایی، اثربخشی و ایمنی بیمار است. دغدغه اصلی در مورد حاکمیت بالینی، اجرایی شدن آن در بیمارستانها و مراکز خدمات درمانی است. قابلیت یادگیری سازمانی، بستر مناسبی برای این کار فراهم می کند زیرا اجرای حاکمیت بالینی افزون بر حمایت مدیریتی و دید سیستمی، نیازمند برنامه توسعه فردی و آموزش و توسعه مستمر دانش و مهارتهای همه کارکنان بیمارستان است. برنامه توسعه فردی به پزشکان و پرستاران و کارکنان سلامت این امکان را می دهد که گامهای موثری برای رسیدن به اهداف و موفقیت های شغلی بردارند (۲).

حاکمیت بالینی برای نخستین بار در خدمات بهداشت ملی (NHS^۱) انگلیس به عنوان استراتژی دولت به منظور ارتقاء کیفیت مراقبتهای بالینی در دهه ۱۹۹۰ مطرح شد. حاکمیت بالینی سازوکار جدید و جامعی برای ارتقاء کیفیت خدمات و رعایت بالاترین استاندارد در سازمان محسوب می شود (۳ و ۴). این استراتژی با ایجاد محیطی مناسب برای ارائه خدمات بالینی در صدد بهبود مستمر کیفیت خدمات بالینی و تامین استاندارد بالای مراقبت از بیماران می باشد (۵). ارائه بهتر این خدمات و بهبود مستمر در آن نیازمند تغییر در فرهنگ مدیریتی و بالینی است (۶). حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمانهای ارائه دهنده خدمات بالینی، در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می پردازد. در واقع استراتژی واحد و جامعی برای بهبود مستمر کیفیت را در نظام خدمات بهداشت حاکمیت بالینی فراهم می کند (۲) و بطور مستمر به بررسی و اصلاح سیستم ارائه خدمات و تضمین کیفیت و پاسخگویی در ارائه خدمات می پردازد (۷). ویژگی متمایز این استراتژی توجه همزمان به نظارت و اجرای آن است (۸). از اینرو حاکمیت بالینی فعالیت سیستمی است که مجموعه مباحث پراکنده، متنوع و متعدد موجود در حوزه خدمات درمانی را تحت یک برنامه خدمات کیفیت واحد منسجم و یکپارچه ساخته و فعالیتهایی نظیر نظارت بر کیفیت، مجموعه استانداردهای کیفیت، بهبود کیفیت سازمانهای مراقبتهای درمانی، توسعه

حرفه ای و رهبری و فعالیتهای مرتبط با آنها نظیر تحقیق و توسعه، ممیزی بالینی و غیر بالینی^۲، الگوگیری، اقدامات مستند، توسعه حرفه ای مستمر و تجزیه و تحلیل خطر^۳ را تحت یک مجموعه واحد تلفیق می کند (۹).

تعاریف متعددی در مورد حاکمیت بالینی ارائه شده است. به باور اسکالیو دونالدسون (۱۹۹۸) حاکمیت بالینی سیستمی است که در آن سازمانهای خدمات بهداشت ملی در مورد بهبود مستمر کیفیت خدمات و تامین مراقبتهای بالینی با استاندارد بالا تلاش می کنند و بستر مناسبی برای توسعه مراقبتهای بالینی فراهم می کنند. در مباحث جدید در مورد حاکمیت بالینی بر بهبود بالینی، حرفه ای و سازمانی تاکید می شود (۱۰). بنابراین حاکمیت بالینی رویکرد منظم و تلفیقی به کیفیت خدمات و پاسخگویی در قبال ارائه خدمات درمانی با کیفیت را ایجاد می کند. از اینرو با تلفیق عملکرد همسازمانهای خدمات درمانی و بهداشتی تلاش می کند آنها را در جهت استانداردهای مطلوب جهت دهی نماید (۱۱).

سازمان بهداشت جهانی^۴ چهار اصل برای حاکمیت بالینی تحت عنوان ابعاد کیفیت معرفی کرده که عبارتند از: عملکرد حرفه ای (کیفیت فنی)، استفاده کارآمد از منابع، مدیریت خطر (خطر جراحات و بیماری مرتبط با خدمات ارائه شده) و نارضایتی بیماران از خدمات ارائه شده (۹). به باور اسکالیو و دانلسون (۲۰۰۲) برای عملیاتی سازی این اصول در سازمانهای بهداشتی مولفه های اجتناب از خطر، کاهش عملکردهای ضعیف، فرهنگ، زیرساختها و همبستگی بایستی مورد توجه قرار گیرد.

به زعم مک شرری و پیرس (۲۰۰۲) تحقق موارد فوق نیازمند توجه به عناصر حاکمیت بالینی است (۱۲). این عناصر و اجزای آن عبارتند از: مدیریت عملکرد (شکایتها، رخدادهای بالینی، حمایت کارکنان و توجه به حساسیتهای آنها و اعتماد سازی در روابط)، مدیریت خطر (سیاستها، رویه ها و سیستمها)، برنامه های بهبود کیفیت (توسعه حرفه ای مستمر، ممیزی، اقدامات مستند و NICE و CHI)، اطلاعات (سیستم های اطلاعاتی بالینی، پیامدها، داده های مقایسه ای و الگوگیری) و پاسخگویی (پاسخگویی موثر به مدیران، پاسخگویی به متخصصان بالینی ارشد برای تضمین سیستم های نظارتی موثر و گزارش منظم به کمیسیون ها) (۱۲).

بودلیکا و اسپراگون (۲۰۱۴) حاکمیت بالینی را در سطح کلان در پنج سطح طبقه بندی کرده اند که عبارتند از: ممیزی بالینی، مدیریت خطر بالینی، سازوکارهای کنترل هزینه، وجود

^۲. Clinical and non-clinical audit

^۳. Risk analyses

^۴. The World Health Organisation

^۱. The National Health Service

از الزامات و نیازهای اجرای حاکمیت بالینی جو سازمانی حمایتی، تعهد مستمر به اجرا و آمادگی کارکنان و سازمان برای اجرای آن است (۱۸). قابلیت‌های یادگیری سازمانی زمینه مناسبی برای اجرا آماده می‌کند. از آنجا که حاکمیت بالینی درصدد بهبود مستمر و همینطور تعیین استانداردهای پایه‌ای برای ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستانها است. این کار از طریق ابتکارات فردی، گروهی و سازمانی امکان‌پذیر بوده و مستلزم وجود چالشهای سازمانی گسترده برای تبدیل این ابتکارات به نوآوری های سازمانی است (۹).

تمپلتون و همکارانش یادگیری سازمانی را در سه پارادایم جمعیت‌شناختی (تاکید بر یادگیری فردی و یادگیری سازمانی)، اقدامات اجتماعی (توجه به کسب دانش، توزیع اطلاعات، تفسیر اطلاعات و حافظه سازمانی) و نتیجه‌گیری (تاکید بر تغییرات برنامه‌ریزی شده، یادگیری ثانوی، دانش‌اندوزی، اعتباربخشی محتوای اطلاعات) طبقه‌بندی و تعریف می‌کنند (۱۹). به باور کریتنر (۲۰۰۱) قابلیت یادگیری سازمانی بیانگر مجموعه‌ای از شایستگی‌هایی تلقی می‌شود که به عنوان دانشی خاص با بکارگیری مهارت‌های تکنولوژیکی و فرایندها، سازمان را از رقبای خود متمایز کرده و آن را برای انطباق با محیط خود توانا می‌سازد. ویژگی‌های یادگیری سازمانی از دیدگاه پیتر سنج شامل تفکر سیستمی، بهبود قابلیت‌های فردی، یادگیری تیمی، مدل‌های ذهنی و بینش مشترک است و ویژگی‌های عمومی یادگیری سازمانی عبارتند از: قدردانی و تقدیر از موفقیتها، کنار گذاشتن خودشیفتگی و غرور کاذب، تحمل اشتباهات، باور به قابلیت‌های انسانی، شناسایی دانش صریح، تسهیم اطلاعات و دانش، اعتماد، توجه به بیرون سازمان (۱۲). در تحقیق دیگر قابلیت‌های سازمانی در چهار بعد طبقه‌بندی شده است: تعهد مدیریت برای یادگیری سازمانی، دید سیستمی، فضای باز و آزمایشگری و انتقال و یکپارچه سازی دانش (۲۰).

باتوجه به اهمیت یادگیری سازمانی در اجرایی شدن برنامه‌ها و تغییرات سازمانی و نقش سطح قابلیت‌های یادگیری سازمانی در بیمارستانها در پذیرش و اجرای حاکمیت بالینی، همچنین اجرای تکلیفی حاکمیت بالینی بعنوان یک سیستم جامع مدیریت بیمارستانی از سوی بیمارستانها این موضوع برای بررسی انتخاب گردید. قابلیت یادگیری سازمانی با ایجاد زمینه برای اجرای حاکمیت بالینی می‌تواند موجب بهبود کارایی و اثربخشی در بیمارستان شده و در ایجاد بیمارستانهای یادگیرنده موثر واقع شود. باتوجه به تاثیرپذیری اجرای حاکمیت بالینی از قابلیت‌های یادگیری سازمانی بر اساس یافته‌های تحقیق راهکارهایی برای اجرای موثر آن ارائه شده است.

هیات مدیره و نظارت شرکای خارجی. اقدامات حاکمیت در سطح خرد در دیدگاه آنها عبارتند از: کیفیت ارتباط بین پزشک-بیمار، تمرکز و توجه به بیمار، اعتماد و اخلاق حرفه‌ای، سواد پزشکی بیمار، انتخاب و استقلال بیمار (۱۳). رویکرد مشهور در طبقه بندی ابعاد حاکمیت بالینی تقسیم آن به هفت بعد است که عبارتند از: مشارکت بیمار و جامعه^۱، آموزش و یادگیری^۲، مدیریت خطر و ایمنی بیمار^۳، استفاده از اطلاعات^۴، اثربخشی بالینی^۵، ممیزی بالینی^۶ و مدیریت کارکنان^۷. در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نیز همین هفت بعد مورد توجه قرار گرفته و در حال اجرایی شدن است (۵).

در بعد مشارکت بیمار و جامعه، بیماران در فرایند سیستم سلامت حق دارند با احترام و صداقت با آنها رفتار شده و در هر جا که امکان داشته باشد، بتوانند در تصمیم‌گیری در مورد درمانشان، شریک شوند (۹). این بعد حاکمیت بالینی موجب ایجاد اعتماد در بیماران شده و در همراهی ارتقاء کیفیت ارائه خدمات تاثیرگذار است (۱۴). از حیث آموزش و یادگیری، حاکمیت بالینی نیازمند آن است که توسط فرهنگی که برای یادگیری مداوم ارزش قابل شده و آن را کلید موفقیت در مسیر ارتقای کیفیت می‌داند، پایه‌ریزی شود. در مدیریت خطر ایمنی بیمار بدیهی است در مراقبت‌های سلامت بروز خطر برای ایمنی غیرقابل اجتناب است. بیماران حق دارند که انتظار داشته باشند، مراقبت از آنها مطابق با بهترین شرایط و استانداردها و براساس آخرین شواهد علمی و بالینی باشد. اطلاعات زیر بنای هر سیستم و از الزامات اصلی سیستم‌های استاندارد و کیفیت است (۱۵). بدیهی است هر سازمانی به منظور نشان دادن بهبود کیفیت، نیازمند اطلاعات مناسب است. اثربخشی بالینی حاصل کاربرد دانش برگرفته از پژوهش روزآمد و تجربه، برای انجام فرآیند صحیح بالینی و دستیابی به نتایج بالینی مطلوب برای بیمار است. ممیزی بالینی بخشی از پاسخگویی حرفه‌ای در حاکمیت بالینی محسوب می‌شود (۱۶). در بعد ممیزی مهمترین نکته توجه به فرایندهای مراقبت خوب- سازماندهی^۸ شده است (۱۷). یکی از حیطه‌های مدیریت منابع، مدیریت کارکنان است. با انتخاب صحیح نیروهای انسانی، می‌توان بنیان درستی برای سازمان تدارک دید. مدیریت کارکنان شامل به کارگیری و انتخاب کارکنان، ارزیابی و نظارت بر آنان، توسعه مهارت‌های فردی و شغلی و تأمین رفاه ایشان است (۹).

1 Patient and public involvement

2. Education & Training

3 Risk management & patient safety

4 Use of Information

5 Clinical Effectiveness

6 Clinical Audit

7 Staff management

8 . well-organized care processes

روش اجرا

تحقیق حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به شیوه مقطعی در شش ماه اول سال ۹۳ انجام گرفت. جامعه آماری، کارکنان (بخش درمان) بیمارستان تامین اجتماعی در اردبیل شامل ۳۰۰ نفر بود. برای برآورد حجم نمونه از روش برآورد حجم نمونه کوکران استفاده شد که ۱۷۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بدست آمد. ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول برای سنجش قابلیت یادگیری، پرسشنامه ۱۶ سوالی استاندارد گومزو همکاران^۱ در چهار بعد شامل تعهد مدیریت، دید سیستمی، فضای باز و آزمایشگری و انتقال و یکپارچگی دانش بود. برای هر بعد چهار سوال طرح شده و برای سنجش این ابعاد از طیف پنج گزینه‌ای لیکرت استفاده گردید. همچنین از پرسشنامه ۳۵ سوالی محقق ساخته براساس کتابچه وزارت بهداشت، برای سنجش هفت بعد حاکمیت بالینی شامل ابعاد مشارکت بیمار و جامعه، آموزش و یادگیری، مدیریت خطر و ایمنی بیمار، استفاده از اطلاعات، اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی و مدیریت کارکنان استفاد گردید و برای هر بعد پنج سوال طراحی شد. برای سنجش این سوالها نیز از طیف پنج گزینه‌ای لیکرت استفاده شد.

برای تعیین پایایی پرسشنامه قابلیت یادگیری از آلفای کرونباخ استفاده شد که برای متغیر تعهد مدیریت ۰/۶۹، دید سیستمی ۰/۷۲، فضای باز و آزمایشگری ۰/۶۸، انتقال و یکپارچه سازی دانش ۰/۷۳ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۰ بدست آمد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه حاکمیت بالینی ۰/۸۴ حاصل شد که بیانگر پایایی قابل قبول هر دو پرسشنامه بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از میانگین جهت توصیف وضعیت حاکمیت بالینی و قابلیت یادگیری و ابعاد آنها استفاده گردید. از آنجا که پرسشنامه در طیف پنج گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده بود، دامنه میانگین در مقیاس پنج تایی در نظر گرفته شد. برای دسته‌بندی وضع موجود قابلیت یادگیری و اجرای حاکمیت بالینی در جامعه آماری از میانگین کل پرسشها به تفکیک ابعاد متغیرهای تحقیق استفاده گردید. میانگین کمینه قابلیت یادگیری ۱۶ و بیشینه آن ۸۰ بود در این مقیاس میانگین ۱۶ الی ۳۷ بیانگر وضع نامطلوب، ۳۸ الی ۵۸ وضعیت متوسط و ۵۹ الی ۸۰ وضعیت مطلوب در نظر گرفته شد. میانگین هر یک از ابعاد قابلیت یادگیری بین ۴ (کمینه) الی ۲۰ (بیشینه) بود. میانگین ۴ الی ۹ وضعیت نامطلوب، ۱۰ الی ۱۴ متوسط و ۱۵ الی ۲۰ وضع مطلوب را نشان می‌داد. میانگین کمینه حاکمیت بالینی ۳۵ و بیشینه آن ۱۷۵ در نظر گرفته شد. در

این مقیاس میانگین ۳۵ الی ۸۱ وضع نامطلوب، ۸۲ الی ۱۲۷ متوسط و ۱۲۸ الی ۱۷۵ مطلوب بود. میانگین کمینه هر یک از ابعاد آن ۵ و بیشینه آن ۲۵ لحاظ گردید. میانگین ۵ الی ۱۱ بیانگر وضع نامطلوب، ۱۲ الی ۱۸ متوسط و ۱۹ الی ۲۵ مطلوب بود.

برای آزمون فرضیه‌های تحقیق پس از اطمینان از نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف و اسمیروف، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده گردید. در روش گام به گام، نحوه ورود متغیرها به تحلیل در اختیار محقق نیست. پس از انتخاب یک متغیر، R^2 مربوطه محاسبه می‌شود. در این روش تغییر در R^2 پس از حذف اثر متغیرهای قبلی وارد شده در معادله بررسی می‌شود. از روش گام به گام برای پیش‌بینی متغیر ملاک استفاده گردید. تحلیل داده‌ها بوسیله نرم‌افزار SPSS 18 انجام شد.

یافته‌ها

نتایج بدست آمده در مورد پاسخگویان نشان داد که ۳۷/۱ درصد کارکنان مرد و ۶۲/۹ درصد زن بودند. ۶۹/۴ درصد کارکنان بین ۳۰ تا ۴۰ سال سن داشتند ۱۳/۵ درصد زیر ۳۰ سال، ۱۶/۵ درصد بین ۴۱ تا ۵۰ سال سن داشتند و تنها ۰/۶ بالاتر از ۵۰ سال سن را دارا بودند. برحسب میزان تحصیلات ۱۳/۵ درصد دیپلم، ۱۳/۵ درصد فوق دیپلم، ۶۳/۵ درصد لیسانس، ۲/۴ درصد فوق لیسانس و ۷/۱ درصد دارای مدرک دکتری بودند. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب سابقه خدمت نشان داد که ۱۸/۲ درصد زیر پنج سال، پنج تا ده سال ۲۷/۱ درصد، یازده تا پانزده سال ۲۴/۷ درصد، بالای پانزده سال ۳۰ درصد سابقه خدمت داشتند. یافته‌های تحقیق در مورد میانگین ابعاد قابلیت یادگیری سازمانی نشان داد که میانگین تعهد مدیریت برابر ۱۳/۶، میانگین دید سیستمی ۱۲/۴۴، میانگین فضای باز و آزمایشگری ۱۳/۱۶، انتقال و یکپارچه سازی ۱۴/۰۸ و میانگین قابلیت یادگیری برابر ۵۵/۲ بود و نشانگر آن بود که کارکنان بیمارستان به لحاظ قابلیت یادگیری و ابعاد آن از وضعیت متوسطی برخوردار بودند. این یافته‌ها در مورد حاکمیت بالینی و ابعاد آن نشان داد که بعد مشارکت بیمار و جامعه با میانگین ۱۴/۰۵، آموزش و یادگیری ۱۵/۲، مدیریت خطر و ایمنی بیمار ۱۴/۵۵، استفاده از اطلاعات ۱۵/۹۵، اثربخشی بالینی ۱۵/۴، ممیزی بالینی ۱۷/۵ و مدیریت کارکنان ۱۴/۴۵ این میانگین برای کل حاکمیت بالینی ۱۱۲/۰ به دست آمد. در نتیجه بیمارستان از حیث حاکمیت بالینی و سه بعد مشارکت بیمار و جامعه، مدیریت خطر و ایمنی بیمار و مدیریت کارکنان از وضعیت متوسط و در چهار بعد دیگر از وضعیت مطلوبی برخوردار است.

^۱ Jerez-Gomez P., Cespedes-Lorente J., Valle-Cabrera R, 2005

اجرای حاکمیت بالینی رابطه مثبت و معنی داری وجود داشت. ضریب همبستگی بین تعهد مدیریت و اجرای حاکمیت بالینی برابر ۰/۶۴ و ضریب تعیین برابر ۰/۴۱ بود. این ضریب بیندیدی سیستمی و اجرای حاکمیت بالینی برابر ۰/۴۹ و ضریب تعیین آن برابر ۰/۲۴ بود. ضریب همبستگی بین فضای باز و آزمایشگری و اجرای حاکمیت بالینی برابر ۰/۴۴۶ و ضریب تعیین برابر ۰/۱۹۹ به دست آمد. بنابراین می توان گفت که بین فضای باز و آزمایشگری و اجرای حاکمیت بالینی رابطه معنی داری وجود داشت. با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون کمتر از ۰/۰۱ بود، بنابراین می توان گفت که فضای باز و آزمایشگری بر اجرای حاکمیت بالینی با ضریب همبستگی ۰/۲۶۱ و ضریب تعیین ۰/۰۶۸ تاثیر معنی داری داشت (جدول ۱).

برای تعیین نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار Z کولموگروف-اسمیرنوف ۱/۲۳۱ بود و سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۵ مقدار ۰/۱۰۵ به دست آمد که بیش از ۰/۰۵ بود. بنابراین توزیع متغیرهای تحقیق نرمال بوده و جهت تجزیه و تحلیل داده های تحقیق می توان از آزمونهای آماری پارامتریک استفاده کرد.

نتایج حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین قابلیت یادگیری سازمانی و اجرای حاکمیت بالینی ضریب ۰/۵۰ رابطه مثبت و معنی داری وجود داشت و ضریب تعیین آن برابر ۰/۲۵ بود. با توجه به اینکه سطح معناداری خطای آزمون برای تعهد مدیریت در سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ بود، بنابراین می توان گفت که بین قابلیت یادگیری سازمانی

جدول ۱: خلاصه مدل رگرسیون بررسی ارتباط بین ابعاد قابلیت یادگیری سازمانی با حاکمیت بالینی

متغیرها	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده
قابلیت یادگیری سازمانی	۰/۵۰۷	۰/۲۵۷	۰/۲۵۳
تعهد مدیریت	۰/۶۴۴	۰/۴۱۴	۰/۴۱۱
دید سیستمی	۰/۴۹۸	۰/۲۴۸	۰/۲۴۳
فضای باز و آزمایشگری	۰/۴۴۶	۰/۱۹۹	۰/۱۹۴
انتقال و یکپارچگی دانش	۰/۲۶۱	۰/۰۶۸	۰/۰۶۳

پیش بینی می کرد ($R^2 d - R^2 c = 0/15$)، و به همراه سه مدل قبلی ۰/۴۴۰ از پراکندگی اجرای حاکمیت بالینی را پیش بینی می کرد ($R^2 d = 0/440$).

نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندمتغیره به روش گام به گام برای مشخص کردن متغیرهای تعیین کننده در پیش بینی اجرای حاکمیت بالینی جهت تعیین و تایید مدل تحقیق در جدول ۳ آمده است. مطابق جدول ۰/۴۴۰ از پراکندگی اجرای حاکمیت بالینی توسط متغیرهای تعهد مدیریت، دید سیستمی، فضای باز و آزمایشگری و انتقال و یکپارچه سازی دانش قابل پیش بینی بود. به عبارتی دیگر ۰/۴۴ از عوامل تاثیرگذار در اجرای حاکمیت بالینی مربوط به چهار بعد قابلیت یادگیری سازمانی بوده و از طریق این ابعاد توجیه می شدند.

همچنان که در جدول ۲ مشاهده می شود، اولین متغیر پیش بین که وارد معادله گردید، تعهد مدیریت بود. این متغیر ($R^2 a = 0/414$) میزان پراکندگی اجرای حاکمیت بالینی را پیش بینی می کند و مدل اول را تشکیل داد. دید سیستمی، دومین مدل را تشکیل می دهد و ۰/۰۵ از میزان پراکندگی متغیر ملاک را پیش بینی می کرد ($R^2 b - R^2 a = 0/05$) و به همراه مدل اول ۰/۴۱۹ از پراکندگی متغیر ملاک را پیش بینی می کرد ($R^2 b = 0/419$). سومین متغیر وارد شده به معادله فضای باز و آزمایشگری بود که ۰/۰۶ از پراکندگی را پیش بینی می کرد ($R^2 c - R^2 b = 0/06$) و به همراه دو مدل قبلی ۰/۴۲۵ از پراکندگی اجرای حاکمیت بالینی را پیش بینی می کرد ($R^2 c = 0/425$). چهارمین متغیر وارد شده به معادله، انتقال و یکپارچه سازی دانش بود که ۰/۱۵ از پراکندگی را به تنهایی

جدول ۲: تحلیل رگرسیون متغیرهای قابلیت یادگیری با اجرای حاکمیت بالینی به روش گام به گام (enter)

ضریب رگرسیون				شاخص های آماری				متغیرهای پیش بین
انتقال و یکپارچه سازی دانش	فضای باز و آزمایشگری	دید سیستمی	تعهد مدیریت	P	F	SR	MR	
			B = ۰/۴۰ t = ۱۰/۹۰ p = ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۱۱۸/۸۱	۰/۴۱۴	۰/۶۴۴	تعهد مدیریت
		B = ۰/۰۰۵ t = ۰/۰۰۴ p = ۰/۹۶۳	B = ۰/۴۰ t = ۶/۸۸ p = ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۵۹/۰۵	۰/۴۱۹	۰/۶۴۸	دید سیستمی
	B = ۰/۰۵ t = ۰/۴۷ p = ۰/۶۳	B = ۰/۰۲ t = ۰/۲۲ p = ۰/۸۱	B = ۰/۴۱ t = ۶/۵۷ p = ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۳۹/۲۶	۰/۴۲۵	۰/۶۵۲	فضای باز و آزمایشگری
B = ۰/۱۲ t = ۲/۶۸ p = ۰/۰۰۸	B = ۰/۰۹ t = ۰/۸۳ p = ۰/۴۰	B = ۰/۱۰ t = ۰/۹۰ p = ۰/۳۶	B = ۰/۴۱ t = ۶/۵۸ p = ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۳۲/۳۴	۰/۴۴۰	۰/۶۶۳	انتقال و یکپارچه سازی دانش

جدول ۳: تحلیل رگرسیون خطی چندمتغیره به روش گام به گام

برای تعیین متغیرهای تعیین کننده در پیش بینی اجرای حاکمیت بالینی

Sig	F	R2	مقدار R	مدل
۰/۰۰۱	۱۱۸/۸۱	۰/۴۱۴	۰/۶۴۴	A
۰/۰۰۱	۵۹/۰۵	۰/۴۱۹	۰/۶۴۸	B
۰/۰۰۱	۳۹/۲۶	۰/۴۲۵	۰/۶۵۲	C
۰/۰۰۱	۳۲/۳۴	۰/۴۴۰	۰/۶۶۳	D

متغیر ملاک: اجرای ابعاد هفتگانه حاکمیت بالینی

a. تعیین کننده: تعهد مدیریت

b. تعیین کننده ها: تعهد مدیریت و دید سیستمی

c. تعیین کننده ها: تعهد مدیریت، دید سیستمی و فضای باز و آزمایشگری

d. تعیین کننده ها: تعهد مدیریت، دید سیستمی، فضای باز و آزمایشگری و انتقال و یکپارچه سازی دانش

بحث و نتیجه گیری

قابلیت یادگیری سازمانی افزایش پیدا کند، امکان اجرای موثر حاکمیت بالینی نیز افزایش پیدا می کند. همچنین ضریب تعیین قابلیت یادگیری سازمانی ۰/۲۵۷ به دست آمد در نتیجه این متغیر ۰/۲۵۷ از تغییرات اجرای حاکمیت بالینی را تبیین می کرد. این یافته ها با نتایج تحقیقات ملاحظه شده و همکاران (۱۳۸۹) مطابقت دارد (۲۱). نتایج بررسی آنها نشان داده که همه ابعاد قابلیت یادگیری سازمانی بر عملکرد سازمانی تاثیر مثبت و معنی داری داشتند. در واقع قابلیت

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها و یافته های تحقیق نشان داد که قابلیت یادگیری سازمانی بر اجرای حاکمیت بالینی تاثیر مثبت و معنی داری داشت. براساس یافته های تحقیق، میزان همبستگی بین متغیر مستقل (قابلیت یادگیری سازمانی) و متغیر وابسته (اجرای حاکمیت بالینی) با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۰۷ بود. در نتیجه بین این دو متغیر رابطه معنی داری وجود داشت. به این معنی که هر چه

سازمانی امکان عملی شدن بیشتری پیدا می‌کنند. یافته‌های تحقیق حاضر نیز در مورد این اصول و نقش قابلیت یادگیری در اجرای آنها نشان داده شد. این یافته‌ها همچنین با نتایج تحقیق مک‌کول و رولند (۲۰۰۰)، کمپل و همکاران (۲۰۰۱)، بریتون و همکاران (۲۰۰۴)، فریمین و ولش (۲۰۰۴)، بریتویت و تراواگلیا (۲۰۰۸) و فیتون و سالت (۲۰۰۹) در بعد یادگیری همخوانی دارد. بنابراین آموزش و یادگیری از اصول اولیه اجرای موفق هر برنامه‌ای به شمار می‌رود. این بعد در کاهش مقاومت در برابر تغییر و آماده‌سازی کارکنان برای پذیرش تغییر و همچنین در اجرای موفق برنامه‌های تغییر نقش اساسی دارد. حاکمیت بالینی نیز به عنوان یک سیستم در حال اجرا در ایران برای موفقیت در دستیابی به اهداف خود نیازمند زمینه‌سازی برای یادگیری و افزایش قابلیت یادگیری کارکنان است.

در نتیجه همه ابعاد قابلیت یادگیری سازمانی در اجرای حاکمیت بالینی تاثیرگذار بوده و ترتیب تاثیر آنها نیز نشانگر اهمیت هر یک از این ابعاد در اجرای موفق حاکمیت بالینی است. طوری که بیشترین تاثیر مربوط به تعهد مدیریت بوده است، ابعاد دیگر به ترتیب دید سیستمی، فضای باز و آزمایشگری و انتقال و یکپارچه سازی دانش با ضریبی کمتر بر اجرای حاکمیت بالینی تاثیرگذار بود. از اینرو پیشنهاد می‌شود به بهبود قابلیت یادگیری سازمانی و کارکنان به عنوان عامل کلیدی در اجرای حاکمیت بالینی نگریسته شود. مدیران باید کارکنان را مکرراً در تصمیم‌گیری اجرای حاکمیت بالینی مشارکت دهند. به یادگیری نه به‌عنوان هزینه بلکه با دید سرمایه‌گذاری در اجرای حاکمیت بالینی نگریسته شود. باید همه بخش‌ها از چگونگی مشارکت برای رسیدن به اهداف کلی اجرای حاکمیت بالینی آگاه شوند. تجارب، ایده‌ها و مدل‌های ارایه شده از سوی سازمانها و مراکز بهداشت و درمان و دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان ابزاری مفید برای یادگیری در اجرای حاکمیت بالینی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین باید فضایی فراهم شود تا کارکنان بتوانند در مورد ایده‌ها، برنامه‌ها و فعالیت‌هایی که ممکن است در اجرای حاکمیت بالینی مفید باشند با یکدیگر صحبت نموده و تبادل نظر نمایند. در اجرای حاکمیت بالینی وسایل و ابزارهایی مانند دفتر ثبت وقایع وجود داشته باشد تا تجارب گذشته حتی اگر کارکنان در کوتاه مدت عوض شوند حفظ شود. تا از این طریق زمینه برای اجرای موثر حاکمیت بالینی فراهم شده و موجب ارتقاء کیفیت خدمات درمانی و به تبع آن بهبود سلامت جسمی و روانی جامعه بیماران فراهم شود.

یادگیری سازمانی بستر مناسبی برای تحقق موثر اهداف و برنامه‌های سازمانی فراهم کرده و نقش اساسی در اجرای موفق برنامه‌های مدیریتی دارد از اینرو قبل از اجرای هر برنامه‌ای ضروری است به آماده‌سازی و تمهید زمینه برای استفاده از این قابلیت‌ها اقدام شود.

از ابعاد قابلیت یادگیری سازمانی تعهد مدیریت با بیشترین ضریب (۰/۴۱۴) بر اجرای حاکمیت بالینی تاثیر مثبت و معنی‌داری داشت. به این معنی که تعهد مدیران به برنامه‌های حاکمیت بالینی در اجرای موثر آن تاثیر اساسی دارد. دید سیستمی با ضریب ۰/۲۴۸ در رتبه دوم، بعد فضای باز و آزمایشگری (۰/۱۹۹) و بعد انتقال و یکپارچه سازی دانش (با ضریب ۰/۰۶۸) در رتبه پایین‌تر بر اجرای حاکمیت بالینی تاثیر معنی‌داری داشتند. به این معنی که هر چه دید سیستمی، فضای باز و آزمایشگری و بعد انتقال و یکپارچه سازی دانش در سازمان رونق داشته باشد به همان میزان موجب اجرای موثرتر حاکمیت بالینی خواهد گردید. این نتایج با یافته‌های تحقیق شیپز (۲۰۰۶) مطابقت دارد (۲۲). با این تفاوت که در تحقیق آنها تعهد مدیریت در رتبه سوم قرار داشت ولی در تحقیق حاضر به لحاظ رابطه با اجرای حاکمیت بالینی و تبیین آن در رتبه نخست قرار داشته است. آنها در تحقیق خود به این نتیجه رسیده‌اند که یادگیری سازمانی بوسیله این چهار بعد قابل اندازه‌گیری بوده و مدیران می‌توانند با استفاده از این ابزار قابلیت یادگیری سازمانی را بهبود داده و زمینه‌های مناسبی برای اجرای برنامه‌های تحول در بیمارستانها فراهم نمایند. زیرا گام اول در اجرای هر برنامه‌ای آمادگی سازمان در چهار بعد یادگیری است. در این بین عنصر مهم در رفع چالشهای جدید در حاکمیت بالینی تغییر در فرهنگ مدیریتی است. بنابراین تعهد و حمایت مدیریت از حاکمیت بالینی همانطور که در نتایج تحقیق حاضر نشان داده شد، مشابه نتایج یافته‌های سام (۲۰۰۹) نقش اساسی و تاثیرگذاری در پیاده‌سازی و اجرای حاکمیت بالینی دارد (۲۳).

نتایج به دست آمده در بعد مشابه با بعد انتقال و یکپارچه‌سازی دانش در سازمان در تحقیق حاضر، با یافته‌های تحقیق دبی و همکاران (۲۰۰۶) مطابقت دارد. یافته‌های آنها بیانگر این بود که حمایت از کارکنان صفی مراقبتهای اولیه به منظور بهبود تجربه بیمار بر اساس اصول حاکمیت بالینی و از طریق تمرین روزانه و ارائه آموزشهای به‌روز امکان‌پذیر بوده و می‌تواند در اجرای اصول حاکمیت بالینی نقش موثری داشته باشد (۲۴). از اینرو آموزش و یادگیری و مدیریت کارکنان به عنوان دو اصل حاکمیت بالینی در سایه بهبود قابلیت یادگیری

References

1. Goodman, N. W., Clinical governance: vision or mirage?, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2014; 8(2): 243-249.
2. Health Ministry, *Fundamentals of Clinical Governance*, 2011; 1(1) [Persian].
3. Laubscher, H., Branch, S. N., Clinical governance in the hospital environment, *Pharmaceutical Journal*, 2008;1(1):16-18.
4. Hooshmand, E., Tourani, H., Ravaghi, H., Ebrahimipour, H., Challenges in Evaluating Clinical Governance Systems in Iran: A Qualitative Study, *Iran Red Crescent Med Journal*, 2014; 16(4):1-7[Persian].
5. Scally G, Donaldson. L. J., Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England, *BMJ*, 1998; 61(1): 301-320.
6. Sheps, S. New frontiers and approaches to clinical governance, *Clinical Governance: An International Journal*, 2006; 1(2):141-147.
7. Maxwell, R., The Doctor's Dilemma: Clinical Governance and Medical Professionalism, *Ulster Med J* 2011; 80(3):154-158.
8. Freeman, T. and Walshe, K., Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England, *Quality Safety Health Care*, 2014; 13(1): 335-343.
9. Newman, D. W.; Kellett S. and Beail N., from research and development to practice-based evidence: clinical governance initiatives in a service for adults with mild intellectual disability and mental health needs, *Journal of Intellectual Disability Research*, 2003; 47(1): 68-74.
10. Braithwaite, J. and Travaglia, J. F., An overview of clinical governance policies, practices and initiatives, *Australian Health Review February* 2008; 32(1): 25-43.
11. Phillips C. B., Pearce C. M., Hall, S, Travaglia, J., Lusignan, S. d., Love. T., Kljakovic, M., Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence, *The Medical Journal of Australia*, 2010; 193(10): 601-607.
12. Wilkinson, J., Rushmer, R. K. and Davies, H. O., Clinical governance and the learning organization, *Journal of Nursing Management*, 2004; 12(1), 105-113.
13. Bodolica, V. and Spraggon, M., Clinical Governance Infrastructures and Relational Mechanisms of Control in Healthcare Organizations, *Journal of Health Management*, 2014; 16(2): 183-198.
14. Sykes B. D. M., User involvement in clinical governance, *Quality in Primary Care*, 2003; 11(1): 13- 18.
15. Stephen, A., Buetow, S. A., Roland, M., Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of Care, *Quality in Health Care*, 1999; 8(1):184-190.
16. Davoodi, R.; Soltanifar, A.; Rahmani, S.; Sabouri, G.; Asadi, M.; ZareHoseini, M.; Takbiri, A. and Koleini, F., Clinical Governance: Efficacy of Establishment in Mashhad Hospital, *Patient Safety & Quality Improvement Journal*, 2014; 2(1): 48-52[Persian].
17. Vanhaecht K., Witte, K. D., Depreitere, R., and Sermeus, W., Clinical pathway audit tools: a systematic review, *Journal of Nursing Management*, 2006; 14(7): 529-537.
18. Meal A. B. M., Wynn, A. B., Pringle, M. M. F., Cater, R. B., Hippisley, J. C., Forging links: evolving attitudes of clinical governance leads in general practice, *Quality in Primary Care*, 2004;12(4):59- 64.
19. Huntington, J., Gillam, S., Rosen, R., Organisational development for clinical governance, *BMJ* 2000; 32(1):661-679.
20. Agdasi, m. and Khakzarbrafiue, m., The evaluation organizational learning capacity level in Hospitals, *Journal of Industrial Engineer and Production Management, Iranian Science and Industrial University*, 2008; 19(40):71-83[Persian].
21. Mollahuseni, A., Forghani, A., Moradkhani, B., The survey influence of organizational learning capacity on SME performance in Kerman City with AHP method, *Business Journal of Management Research*, 2010; 2(3): 91-111[Persian].
22. Sheps, S., New frontiers and approaches to clinical governance, *Clinical Governance: An International Journal*, 2006; 11(2): 141-147.
23. Som C., Sense making of clinical governance at different levels in NHS hospital trusts, Emerald Group Publishing Limited: *Clinical Governance, An International Journal*, 2009; 14(2): 98-112.
24. Debbie, W., Clare, G., Maurice, C., Sharon, O. S. and Lucy W., Supporting clinical governance in primary care, *Clinical Governance: An International Journal*, 2006; 11(1): 30 - 38.
25. McColl, A and Roland, M, Knowledge and information for clinical governance, *QualSaf Health Care*, 2000;32(9): 603-611.
26. Campbell, S; Roland, M and Wilkin, D, Primary care groups improving the quality of care through clinical governance, *BMJ*, 2001; 32(2): 90-97.
27. Freeman, T and Walshe, K, Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England, *QualSaf Health Care*, 2004; 13(5): 335-343.
28. Britton, J.E.R; Wilkinson, S.M; English, J.S.C; Gawkrödger, D.J; Ormerod, A.D; Sansom, J.E; Shaw, S. and Statham, B., The British standard series of contact dermatitis allergens: validation in clinical practice and value for clinical governance, *British Journal of Dermatology*, 2004;14(8):259-264.
29. Braithwaite, Jeffrey and Travaglia, J. F. (2008), An overview of clinical governance policies, practices and initiatives, *Australian Health Review* 32(1) 10 - 22
30. Fenton, L. and Salter, B., Competition and compromise in negotiating the new governance of medical performance: the clinical governance and revalidation policies in the UK. *Health Economics, Policy and Law*, 2009; 4(1): 283-303.

Organizational Learning Capacity and Clinical Governance Implementation in Social Security hospital (A Case Study)

Submitted: 24.12.29

Accepted: 2016.3.17

Ebrahimpour.H^{1*}, Yaghubi.NM², Zahedi.SS³

Abstract

Background: The organizational learning has been influenced in different theories and model based on theoretical and practical dimensions in organizations development and provides a favorable context for changing and development. Organizational learning capacity can play a main role in clinical governance implementation.

Materials and Methods: This study was a descriptive- analytical and cross-sectional one which performed during the first six months of 2014. Study population included staff of Ardabil Social Security hospital. One hundred and seventy participants selected using simple random sampling. A four dimensional standard questionnaire of Gumejeet et al and a seven dimensional self administrated questionnaire were conducted to examine organizational learning capacity and clinical governance assessment, respectively. Data analysis was carried out using Pierson Correlation Coefficient and Mulivariate regression analysis. Data was analyzed by SPSS₁₈ software.

Results: Study results revealed that there was a positive and significant relation between organizational learning capacity and clinical governance implementation ($R= 0.507$). This correlation coefficient was 0.644 in management commitment, 0.498 in systematic approach, 0.446 in open climate and 0.261 in knowledge transfer.

Conclusion: According to the main role of organizational learning on implementing clinical governance, providing an essential background to enforce organizational learning capacity in four components especially management commitment and systematic approach to implement efficient clinical governance is recommended.

Keywords: Clinical Governance, Organizational Learning Capacity, Social Security Hospital

-
1. Associate professor, University of Mohaghegh Ardabili ,Faculty of Humanities, Ardabil, Iran, (*Corresponding author), Email: ebrahimpourh@yahoo.com, Tel: 09143553950, Fax: 04533516402
 2. Professor, Sistan and Baluchestan University Zahedan, Iran
 3. M.A of Islamic Azad University, Germe Branch, Ardabil, Iran