

## مطالعه تاثیر مدیریت منابع انسانی بر اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

فاطمه غضنفری<sup>۱</sup>، دکتر حسین مبارکی<sup>۲</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** حاکمیت بالینی، به کارگیری ساز و کارهای حاکمیتی برای انجام درست کار در زمان و مکان مناسب به شیوه‌ای صحیح برای بیماران، در راستای کسب حداکثر نتایج بالینی می‌باشد. اجرای حاکمیت بالینی به طور قاطع نیازمند مهارت‌ها و تمایلات نیروی کار بهداشت و درمان است. هدف اصلی این پژوهش، شناسایی رابطی مدیریت منابع انسانی با اجرای حاکمیت بالینی و استقرار بهینه‌ی چارچوب حاکمیت بالینی با ارائه‌ی راهکارهایی در زمینه مدیریت موثر منابع انسانی در صورت وجود رابطه معنی دار می‌باشد.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی است که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای دو مرحله‌ای است. از بین بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران به طور تصادفی سه بیمارستان دکتر شریعتی، امام خمینی (ره) و شهید هاشمی‌نژاد انتخاب شد و در هر بیمارستان به طور تصادفی پرسشنامه بین ۳۰ نفر توزیع گردید که در مجموع حجم نمونه به ۹۰ نفر رسید. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته و برگه مشاهده بود. داده‌ها از طریق نرم افزار آماری SPSS تحلیل شد.

**یافته‌ها:** حداقل امتیاز حاکمیت بالینی مربوط به بیمارستان امام خمینی (ره) و حداکثر آن مربوط به بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد بود. بین متغیرهای ((آموزش))، ((جذب و به کارگیری)) و ((حقوق و مزایا)) با حاکمیت بالینی رابطه معنی‌داری دیده شد.

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به رابطه معنی‌دار میان متغیرهای مدیریت منابع انسانی با اجرای حاکمیت بالینی، سرمایه‌گذاری بر روی این محور از حاکمیت بالینی به عنوان محوری که موفقیت در سایر محورها را تحت تاثیر قرار می‌دهد می‌تواند در استقرار حاکمیت بالینی اثربخش باشد.

**واژه‌های کلیدی:** حاکمیت بالینی، مدیریت منابع انسانی، بیمارستان

\* نویسنده مسئول :

دکتر حسین مبارکی ؛  
دانشکده توانبخشی دانشگاه  
علوم پزشکی ایران

Email :  
Hmobaraki43@tums.  
ac.ir

- دریافت مقاله : اسفند ۱۳۹۱ - پذیرش مقاله : دی ۱۳۹۲

### مقدمه

مورد نظر می‌باشد (۱ و ۲). حاکمیت بالینی یکی از مدل‌های ارتقای کیفیت بیمارستانی طبق استاندارد می‌باشد که برای اولین بار در نظام سلامت ملی (NHS) در کشور انگلستان مطرح شد و از سال ۱۳۸۸ وزارت بهداشت اجرایی شدن آن را در تمامی مراکز درمانی الزامی دانست (۳). مدل‌ها و الگوهای مختلفی جهت تعریف و توضیح حاکمیت بالینی، در پیشینه‌ی پژوهش می‌توان یافت. یکی از

حاکمیت بالینی، به کارگیری ساز و کارهای حاکمیتی برای انجام درست کار در زمان مناسب به شیوه‌ای صحیح در مکانی مناسب برای بیماران واجد شرایط، در راستای کسب حداکثر نتایج بالینی

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار گروه مدیریت توانبخشی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

درمان، مهمترین سرمایه برای تولید به شمار می‌روند؛ و هنگامی که این بنگاه‌ها مدیریت کارآمدی را بر روی این بخش از منابع خود داشته باشند، نتیجه‌ی آن افزایش کیفیت خدمات ارائه شده و حرکت بنگاه به سمت رقابت پذیری بیشتر خواهد بود. با نگاهی به مشکلات مربوط به بیمارستان‌ها، مشاهده می‌شود که مفهوم مدیریت منابع انسانی به صورت مناسبی در آنها به اجرا در نمی‌آید. علیرغم اینکه بسیاری از مدیران، بر اهمیت نیروی انسانی تاکید فراوان دارند، اما غالباً از نظام مدیریتی، راهکارها و فرایندهایی که برای حمایت از این عامل مهم تولید نیاز است، غافل هستند (۱۰). بی‌توجهی به کارکنان، پیامدهایی از قبیل: عدم انتخاب فرد مناسب برای شغل مورد نظر، عدم انطباق کارکنان با شرایط و محیط کار و جایجایی زیاد، عملکرد پایین کارکنان و نداشتن مهارت کافی در انجام کار، عدم رعایت برخورد منصفانه با کارکنان و کاهش انگیزه کاری، بی‌اعتنایی به ملاحظات بهداشت و ایمنی در کار و هم چنین بی‌توجهی به قوانین و مقررات عمومی سازمان، ناهماهنگی بین کارکنان و نرسیدن به اهداف سازمانی را به دنبال دارد که خود نشان دهنده‌ی اهمیت رسیدگی به موضوع مدیریت منابع انسانی است (۱۱). مدیریت منابع انسانی در بخش سلامت بسیاری از کشورهای در حال توسعه بسیار ضعیف و چند پاره است و نبود انگیزه و آموزش کافی یکی از مهمترین مشکلات نظام سلامت در غالب این کشورها به شمار می‌رود (۱۰). نتایج پژوهش Baker و Feldman در سال ۲۰۰۹ در دانشگاه درهام، وابستگی اجرای حاکمیت بالینی به شایستگی و مهارت نیروی انسانی را نشان می‌دهد، به طوریکه حاکمیت بالینی چالش‌های جدیدی برای مدیریت منابع انسانی ایجاد می‌کند و بر نحوه عملکرد منابع انسانی اثر می‌گذارد (۱۲). همچنین Kabene

الگوهای که در نظام سلامت ملی انگلستان به کارگرفته شده است مدل ۷ محوری یا هفت ستونی است که با توجه به جامعیت آن، از طرف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران به عنوان مدل پیشنهادی پذیرفته شده است (۴). این ۷ محور عبارتند از: مدیریت نیروی انسانی، مشارکت بیمار و جامعه، استفاده از اطلاعات، آموزش و یادگیری، اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی و مدیریت خطر (۵). حاکمیت بالینی یک برنامه درازمدت است و به اجرا درآوردن آن هم به برنامه‌ی زیادی احتیاج دارد و اینکه اجرای حاکمیت بالینی بدون مشارکت کلیه‌ی پزشکان، پرستاران و کارکنان، قابل اجرا نخواهد بود (۵). لذا یکی از اهداف حاکمیت بالینی این است که محیطی را فراهم سازد که کارکنان بخش سلامت به شکل منظم و مستمر به این مساله فکر کنند که چگونه می‌توانند بهتر کار کنند (۶). یکی از مهمترین مسائلی که در حاکمیت بالینی مد نظر است، مدیریت نیروی انسانی است؛ زیرا اگر نیروی انسانی کارآمد، رضایت مند و با انگیزه در بیمارستان‌ها حاکم شود، میزان رضایت‌مندی و پاسخگویی در نظام سلامت بالا می‌رود (۳). در مدیریت منابع انسانی با بهبود مستمر رضایت شغلی کارکنان و توسعه مهارت‌های فردی و شغلی آنان می‌توان شاهد افزایش کیفیت در ارائه‌ی خدمات به بیماران بود که اهمیت مدیریت کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی را نشان می‌دهد (۷). بی‌تردید کنترل و نظام‌مند ساختن منابع انسانی از کنترل سایر منابع و شئون دیگر سازمان دشوارتر می‌باشد (۸). اهمیت مدیریت منابع انسانی در بهبود همه‌ی نتایج سلامت بیمار و ارائه‌ی خدمات مراقبتی به بیمار است (۹). اما نکته مهم آن است که این مراقبت‌ها باید چگونه و توسط چه افرادی با چه خصوصیتی ارائه شود (۳). در بنگاه‌های سلامت، متخصصان بهداشت و

نفر از اعضای جامعه پژوهش توزیع گردید که در کل حجم نمونه به ۹۰ نفر رسید ( $n=90$ ). گردآوری داده‌ها در دو بخش صورت گرفت. بخش اول داده‌ها توسط پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته به دست آمد که متشکل از سه جزء اصلی و مرتبط با مدیریت منابع انسانی در حاکمیت بالینی شامل آموزش، جذب و به کارگیری و حقوق و مزایا بود که وضعیت مدیریت منابع انسانی در بیمارستان‌ها را نشان می‌داد. در این بخش سوالاتی در زمینه نیاز سنجی آموزشی، اهداف و محتوای دوره‌های آموزشی، ارزشیابی دوره‌های آموزشی، قوانین و مقررات استخدامی، توانایی بیمارستان در جذب نیروی انسانی، عدالت در پرداخت و انگیزشی بودن آن و رضایت از پرداخت‌ها پرسیده شد. برای امتیاز دهی به هر یک از سوالات پرسشنامه از طیف لیکرت استفاده شد. به این ترتیب که برای پاسخ‌های کاملاً موافقم امتیاز ۵، موافقم امتیاز ۴، نظری ندارم امتیاز ۳، مخالفم امتیاز ۲ و کاملاً مخالفم امتیاز ۱ در نظر گرفته شد. در بخش دوم، به شناخت وضعیت استقرار چارچوب حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد پژوهش با استفاده از برگه مشاهده‌ای که توسط معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جهت ارزشیابی بیمارستانها در حوزه حاکمیت بالینی تهیه شده بود، پرداخته شد. برگه مشاهده‌ای شامل ۷ محور حاکمیت بالینی است که در هر محور استانداردهایی مطرح شده است. پژوهشگر در هر بیمارستان از طریق مشاهده به سنجش میزان رعایت استانداردهای مطرح‌شده پرداخته و امتیاز متناسب را به موارد برگه مشاهده‌ای داده است. در نهایت، داده‌های مورد نیاز از طریق تکمیل پرسشنامه توسط نمونه پژوهش و تکمیل برگه مشاهده با استفاده از ارزشیابی پژوهشگر از طریق مشاهده‌ی وضعیت استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها به دست آمد.

همکاران در سال ۲۰۰۹ در کانادا، ایالات متحده آمریکا و تعدادی کشورهای پیشرفته، به بررسی نظام مراقبت از دیدگاه جهانی و اهمیت مدیریت منابع انسانی در بهبود نتایج کلی سلامت بیمار و بهبود مراقبت سلامت پرداختند و به این نتیجه رسیدند که چالش‌هایی در نظام مراقبت‌های سلامت این کشورها وجود دارد که راه غلبه بر این مشکلات، اجرای مناسب شیوه‌های مدیریت منابع انسانی است (۱۳). اما طبق بررسی‌های به عمل آمده تاکنون پژوهشی در رابطه با حاکمیت بالینی با تحلیل اجزای مدیریت منابع انسانی و رابطه‌ی این اجزا با حاکمیت بالینی در کشور ما انجام نشده است. با توجه به مطالب پیش گفته، هدف اصلی در این پژوهش، یافتن ارتباط میان مدیریت منابع انسانی با اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

## روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی است که به صورت مقطعی در پائیز ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه آماری پژوهش کارکنان دفتر حاکمیت بالینی و مدیران میانی، متشکل از روسای بخش‌های تشخیصی و درمانی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران بودند. علت انتخاب این گروه از کارکنان، ارتباط تنگاتنگ آنان با اجرای چارچوب حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای بود که به علت صرفه جویی در وقت و هزینه، از بین بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به طور تصادفی سه بیمارستان دکتر شریعتی، امام خمینی (ره) و شهید هاشمی نژاد انتخاب شدند و در هر بیمارستان به طور تصادفی، پرسشنامه بین ۳۰

شد. روایی برگه مشاهده نیز با استفاده از نظر استادان و خبرگان تایید شد. کلیه‌ی اطلاعات با استفاده از رایانه و از طریق نرم افزار آماری SPSS و در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی تحلیل گردید. آمار توصیفی این پژوهش در سطح نمودارها، جداول و خلاصه‌های آماری (میانگین، میانه، انحراف معیار و غیره) انجام شد. میانگین در هر یک از متغیرهای مورد پژوهش از طریق جمع امتیازاتی که هر فرد در طیف لیکرت انتخاب می‌کند تقسیم بر تعداد افراد پاسخ دهنده به دست آمد. در بخش آمار استنباطی، قبل از هر گونه تحلیل بر روی متغیرهای مطرح شده، متغیرهای آموزش، جذب و به کارگیری، و حقوق و مزایا از لحاظ نرمال بودن بررسی گردید. سپس از آزمون تحلیل واریانس و آزمون Post-Hoc با روش Bonferroni برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

امتیازات برگه مشاهده همان امتیازاتی بود که معاونت درمان وزارت بهداشت برای مشاهدات مربوط به هر یک از مستندات مربوط به موارد مطرح شده در نظر گرفته بود و پس از جمع زدن امتیازات در هر یک از محورهای حاکمیت بالینی هر بیمارستان در یک طبقه بندی قرار گرفت. برای سنجش همسانی درونی مقیاس پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ برای هر عامل و همچنین کل پرسشنامه محاسبه شد. جهت بررسی ثبات پرسشنامه، از روش آزمون - بازآزمون (Test-retest) استفاده شد که برای تعیین ضریب بازآزمایی مقیاس، ۲۰ نفر به صورت تصادفی از جامعه پژوهش انتخاب و سپس به فاصله دو هفته دوباره آزمایش شدند. سپس ضریب همبستگی بین نمرات به دست آمده و آزمون باز آزمایی برای هر یک از متغیرها در پرسشنامه و برای کل پرسشنامه محاسبه

## یافته‌ها

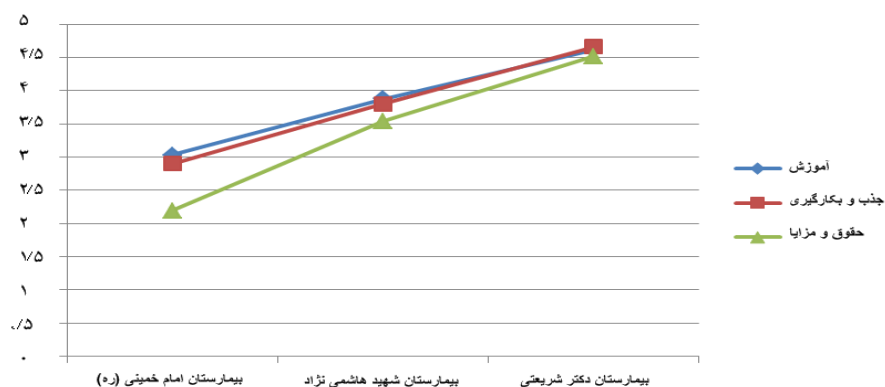
جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه به صورت درصد

متغیر	جنسیت		سابقه کار				میزان تحصیلات			
	♀	♂	۱-۹	۱۰-۱۵	۱۶-۲۰	۲۱-۲۵	کارشناسی ارشد	کارشناسی دکتری	دیگر	
بیمارستان امام خمینی (ره)	۶۶/۷	۳۳/۳	۳۶/۷	۱۶/۷	۱۰	۱۳/۳	۶/۷	۷۳/۳	۲۳/۳	۳/۳
بیمارستان شهیدهاشمی نژاد	۸۶/۷	۱۳/۳	۲۶/۷	۳۳/۳	۶/۷	۶/۷	۳/۳	۷۶/۷	۲۰	۳/۳
بیمارستان دکتر شریعتی	۵۶/۷	۴۳/۳	۱۰	۱۶/۷	۲۰	۲۳/۳	۱۳/۳	۴۰	۲۶/۷	۲۳/۳
مجموع بیمارستان‌ها	۷۰	۳۰	۲۴/۴	۲۲/۲	۲۰	۱۱/۱	۱۴/۴	۷/۸	۶۳/۳	۲۳/۳

شرکت کنندگان پژوهش (حدود ۲۶/۷٪) دامنه سنی بین ۳۱ تا ۳۵ سال داشتند. بیشترین افراد سابقه کاری (حدود ۲۴/۴٪) کمتر از ۶ سال و حدود ۷/۸٪ سابقه کاری ۲۶ تا ۳۰ سال داشتند.

جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشتر افراد مورد مطالعه (۷۰٪) زن بودند. بیشترین شرکت کنندگان در مطالعه یعنی ۵۷ نفر (۶۳/۳٪) دارای مدرک کارشناسی و ۱۲ نفر (۱۳/۳٪) مدرک دکتری داشتند که در بین آنها ۱۰ نفر از بیمارستان شریعتی بودند. بیشتر

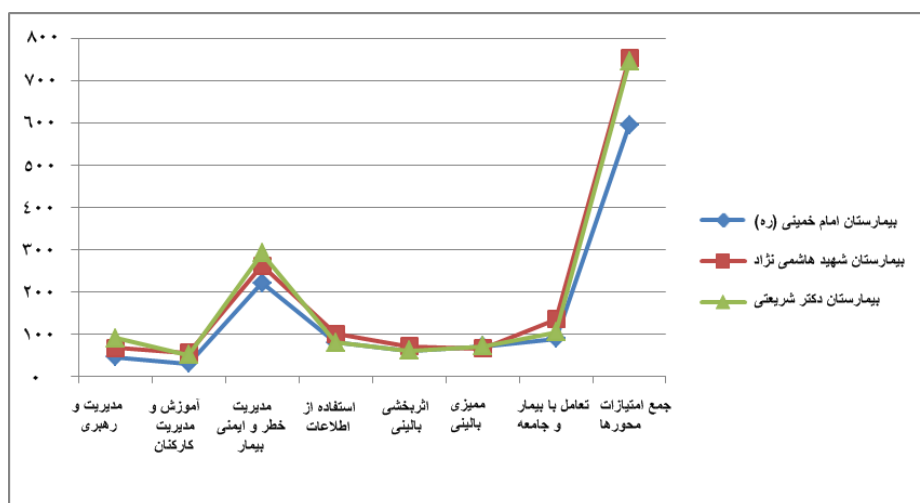




### نمودار ۱: نمودار خطی میانگین‌های متغیرهای مورد پژوهش در بیمارستان‌های مورد مطالعه

از بیمارستان شهید هاشمی نژاد و شریعتی است. بیمارستان شهید هاشمی نژاد، در این سه متغیر، نسبت به دو بیمارستان دیگر، وضعیت بهتری دارد.

در نمودار ۱ میانگین متغیرهای آموزش، جذب و به کارگیری و حقوق و مزایا در سه بیمارستان مورد پژوهش با یکدیگر مقایسه شده است. در بیمارستان امام خمینی (ره) سطح متغیرهای مورد بررسی پایین‌تر



### نمودار ۲: نمودار خطی امتیازات محورهای مختلف حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد مطالعه

کمتر از دو بیمارستان دیگر است، به علاوه بیمارستان امام خمینی (ره) در محور ((ممیزی بالینی))، بیمارستان شهید هاشمی نژاد در محور ((تعامل با بیماران و جامعه)) و بیمارستان دکتر شریعتی در محور

نمودار ۲ نتایج به دست آمده از ارزیابی وضعیت استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد پژوهش را نشان می‌دهد. اکثر امتیازات در هر یک از محورهای حاکمیت در بیمارستان امام خمینی (ره)

بالینی بیمارستان‌ها از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد و معنی‌داری آنها مورد بررسی قرار گرفت. آزمون تحلیل واریانس می‌تواند آشکار کند که آیا متغیر (حاکمیت بالینی) توسط یکی از متغیرهای (آموزش، جذب و حقوق و مزایا) تحت‌تاثیر قرار می‌گیرد و آیا متغیرها با یکدیگر تعامل دارند (۱۴). برای انجام آزمون تحلیل واریانس، امتیاز ۵۹۴، امتیاز حاکمیت بالینی الف، امتیاز ۷۴۴ امتیاز حاکمیت بالینی ب و امتیاز ۷۵۳ امتیاز حاکمیت بالینی ج، در نظر گرفته شده است.

((مدیریت خطر و ایمنی بیمار)) بر دیگر بیمارستان‌ها پیشی گرفته‌اند. علاوه بر این، نمودار مزبور نشان می‌دهد که در این ارزشیابی، محور ((آموزش و مدیریت کارکنان)) به طور کلی در هر سه بیمارستان دارای امتیاز کمتری نسبت به سایر محورها است و توجه بیشتر در بیمارستان‌های مورد پژوهش به محور مدیریت خطر و ایمنی بیمار است. در تحلیل نهایی برای بررسی رابطه بین متغیرهای مورد نظر در بیمارستان‌های مورد پژوهش با وضعیت حاکمیت

### جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس به منظور تعیین (رابطه بین متغیر آموزش، جذب و به کارگیری

#### و حقوق و مزایا با حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد پژوهش

متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار آماره	p-value
واریانس بین گروهی	۳۷/۲۸۲	۲	۱۸/۶۴		
واریانس درون گروهی	۲۶/۹۲۹	۸۷	۰/۳۱	۶۰/۲	<۰/۰۰۱
جمع کل	۶۴/۲۱۱	۸۹	-		
واریانس بین گروهی	۴۶/۷۰۵	۲	۲۳/۳۵		
واریانس درون گروهی	۳۳/۶۳۱	۸۷	۰/۳۸	۶۰/۴۱	<۰/۰۰۱
جمع کل	۸۰/۳۳۵	۸۹			
واریانس بین گروهی	۸۲/۰۵۸	۲	۴۱/۰۲		
واریانس درون گروهی	۴۹/۶۵۳	۸۷	۰/۵۷	۷۱/۸۸	<۰/۰۰۱
جمع کل	۱۳۱/۷۱۲	۸۹			

رابطه معنی‌داری وجود دارد، از آزمون بونفرونی استفاده شد. نتایج بدست آمده با  $p\text{-value} < 0/001$  معنی‌داری رابطه‌ی متغیرهای مورد بررسی و حاکمیت بالینی در میان هر سه بیمارستان را ثابت می‌کند.

### بحث

در این پژوهش به بررسی رابطه‌ی میان متغیرهای آموزش، جذب و به کارگیری و حقوق و مزایا در مدیریت منابع انسانی با اجرای حاکمیت بالینی

در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس به منظور بررسی رابطه‌ی بین هر یک از متغیرهای آموزش، جذب و به کارگیری و حقوق و مزایا با حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد پژوهش نشان داده شده است. ( $p\text{-value} < 0/001$ ) ثابت می‌کند که بین متغیرهای فوق با حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد بررسی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

برای مشخص نمودن این‌که بین متغیرهای مورد بررسی با حاکمیت بالینی کدام‌یک از دو بیمارستان

پرداخته شد. نتایج بدست آمده وجود رابطه‌ی معنی دار میان متغیرهای مورد بررسی را نشان می‌دهد. بر اساس مطالعه‌ی انجام شده وضعیت آموزش در بیمارستان دکتر شریعتی مطلوب گزارش شد که با نتیجه پژوهش حسین زاده و همکاران (۱۳۸۴) همخوانی دارد. حسین زاده و همکاران در پژوهش خود اذعان داشتند که آموزش‌های بالینی که به کارکنان ارائه شده و کنفرانس‌های علمی که برگزار گردیده است از نظر کمی و کیفی وضعیت مطلوبی دارند (۱۵).

همچنین میزان رضایت از حقوق و مزایای دریافتی در بیمارستان دکتر شریعتی، خوب برآورد شد که با نتایج پژوهش منجمد و همکاران (۱۳۸۳)، در تعارض است که علت آن، می‌تواند در نوع ابزار سنجش و همچنین سال انجام پژوهش باشد. ابزار سنجش میزان رضایت از حقوق و مزایای دریافتی در پژوهش منجمد و همکاران، پرسشنامه رضایت شغلی هرزبرگ بوده است (۱۶). رابطه‌ی مستقیم آموزش و اجرای حاکمیت بالینی در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Hodak & Sherry (۲۰۱۱) تناسب دارد. این افراد دریافتند که تکیه بر اهمیت آموختن، مهارت‌های توسعه‌ای پرستاران و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی درمانی بر توسعه‌ی عملکرد مبتنی بر شواهد که از زیر مجموعه‌های حاکمیت بالینی به شمار می‌آید، اثر مثبت دارد (۱۷).

همچنین نتایج پژوهش انجام شده حاکی از آن است که رضایت بالا از حقوق و مزایا در استقرار حاکمیت بالینی موفق‌تر، نقش موثر دارد که با نتایج پژوهش‌های Gould و همکاران (۲۰۰۹) که گزارش کردند بهبود شرایط استخدام کارکنان و نگهداری آن‌ها می‌تواند منجر به افزایش رضایت شغلی شود، تطابق دارد (۱۸).

رابطه معنی‌دار متغیر آموزش با موفقیت در اجرای حاکمیت بالینی نشانه‌ی تاثیر مستقیم آموزش بر اجرای حاکمیت بالینی می‌باشد که با نتایج پژوهش‌های (۲۰۱۰) Dubois & Dussault و Smith & Clark (۲۰۱۲) تطابق دارد. به عقیده‌ی آنان، آموزش نقش اساسی در دستیابی به حاکمیت بالینی دارد. برای مراقبت‌های اولیه نیازهای آموزشی بسیاری وجود دارد که می‌توان با استفاده از برنامه توسعه فردی در جهت رفع نیازها اقدام نمود. برنامه توسعه فردی باید با نیازهای بومی و منطقه‌ای هر کشور هماهنگ و تعدیل شود (۲۰ و ۱۹).

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین هر یک از زیرموضوع‌های متغیر آموزش در بیمارستان امام خمینی (ره) پایین‌تر از دو بیمارستان دیگر بوده و هم چنین امتیاز حاکمیت بالینی در بیمارستان امام خمینی (ره) پایین‌تر از دو بیمارستان دیگر است که با توجه به وجود رابطه‌ی معنی دار میان متغیر آموزش و حاکمیت بالینی می‌توان گفت غنی کردن این بعد از نیروی انسانی تاثیر بسزایی در موفقیت بیمارستان در اجرای حاکمیت بالینی خواهد داشت. استفاده از برنامه توسعه‌ی فردی یا PDP (Personal Development Program) می‌تواند به نیازسنجی آموزش در بیمارستان جهت داده و موجب ارائه‌ی آموزش‌های مبتنی بر هدف و موثر گردد. برنامه‌ی توسعه‌ی فردی یا توسعه‌ی شغلی و حرفه‌ای یک فرایند مستمر در خصوص ارزیابی نیازهای آموزشی هر فرد و برنامه ریزی برای رفع نیازها است. این فرایند به فرد کمک می‌کند که در خصوص دانش، عملکرد و یا موفقیت‌ها برای ارتقا و پیشرفت فردی، سیستمی و آموزشی خود فکر کند. علاوه بر این، مربیان نیز باید از توانایی لازم هم از جهت دانش و هم توانایی ارائه، برخوردار باشند. لذا انتخاب مربیان شایسته از وظایف مدیران منابع انسانی



است (۲۱).

### نتیجه گیری

نتایج این پژوهش رابطه‌ی معنی‌داری میان متغیرهای مدیریت منابع انسانی با اجرای حاکمیت بالینی را اثبات می‌کند. سرمایه‌گذاری بر روی این محور از حاکمیت بالینی به عنوان محوری که موفقیت در سایر محورها را تحت تاثیر قرار می‌دهد می‌تواند در استقرار حاکمیت بالینی اثربخش باشد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد متغیرهای مختلف مدیریت منابع انسانی شامل آموزش، جذب و به کارگیری و حقوق و مزایا که کارکنان را نسبت به اجرای این چارچوب متعهدتر می‌سازد باید مورد توجه بیشتر مدیران و بیمارستان‌ها قرار گیرد. با توجه به تاثیر مستقیم آموزش و وضعیت جذب و به کارگیری و حقوق و مزایا در استقرار چارچوب حاکمیت بالینی پیشنهاد می‌شود برنامه توسعه فردی به صورت جدی در بیمارستان‌ها پیاده سازی شود، اصل برابری در پرداخت حقوق و دستمزد به گونه‌ای باشد که کارکنان بیمارستان‌های مختلف بتوانند دریافتی‌های خود را مقایسه کنند، در انتخاب کارکنان شایسته تدوین استانداردهای لازم به کار گرفته شود، آن هم استانداردهایی که مدیران را از دو اشتباه در فرایند انتخاب، یکی ((انتخاب افراد ناشایست)) و دیگری ((رد افراد شایسته)) برحذر دارد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولان بیمارستان‌های امام خمینی(ره)، شهید هاشمی نژاد و دکتر شریعتی دانشگاه علوم پزشکی تهران سپاسگزاری می‌شود.

رابطه‌ی معنی‌دار و امتیازات به دست آمده در هر یک از متغیرهای جذب و به کارگیری و حقوق و مزایا نیز نشان دهنده‌ی این مساله است که انتخاب کارکنان دارای توانایی‌هایی متناسب با نیازهای شغل مورد نظر نیز می‌تواند زمینه را برای دریافت آموزش‌های بعدی و ارائه مراقبت‌های با کیفیت‌تر به بیماران فراهم نماید. همچنین رضایت کارکنان از حقوق و مزایای دریافتی می‌تواند انگیزه‌ی ارائه‌ی خدمات به گونه‌ای موثرتر و کارتر را در میان آنان بالا برده و آنان را متعهدتر به سازمان نماید که این خود از اهداف حاکمیت بالینی می‌باشد (۲۲). همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد که هرچه در تعیین معیارهای انتخاب و گزینش کارکنان دقت بیشتری شود کارکنان استخدام شده، دارای کارایی و مهارت بالاتری برای انجام فعالیت‌های خود هستند که با نتایج پژوهش Gould و همکاران (۲۰۰۹) تناسب دارد (۱۸).

Donaldson و Scally در سال ۲۰۱۱ پژوهشی تحت عنوان ((حاکمیت بالینی و تاثیر آن که بر بهبود کیفیت دارد)) در انگلستان انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که اگر حاکمیت بالینی به درستی وظایفش را انجام دهد و به عنوان یک رویکرد سیستماتیک برای حفظ و بهبود کیفیت مراقبت از بیمار در سیستم‌های بهداشتی درمانی عمل کند به حمایت و همچنین نیروی انسانی که باعث بهبود و ترویج آن شود نیاز دارد (۲۳).

کمبود منابع علمی قابل دسترس به صورت فارسی و نیز نبود کار مشابه در این زمینه، با وجود تلاش بسیار پژوهشگر برای پیدا کردن پژوهشی که به طور مستقیم به این موضوع پرداخته باشد، از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود.

1. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, et al. A qualitative study of the cultural changes in primary care organizations needed to implement clinical governance. *Br J Gen Pract* 2002; 52(481): 641-5.
2. Sweeney GM & Campbell SM. The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care. *The British Journal of General Practice* 2002 Oct; 52(1): 12-7.
3. Hadizadeh F, Khalighinejad N & Atai M. Valvular to rule and clinical excellence in clinical services. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2008: 5-7[Book in Persian].
4. Currie L, Morrell C & Scrivener R. Clinical governance: an RCN resource guide. Available at: <http://dc337.4shared.com/doc/YaoC6-VK/preview.html>. 2005.
5. Hadizade F, Khalighinejad N & Ataei M. Valvular in clinical governance and excellence. Iran: Adine; 2008: 3-27[Book in Persian].
6. Haxby E, Hunter D & Jagger S. An introduction to clinical governance and patient safety. New York: Oxford University Press; 2010: 90-113.
7. RCN. Developing and effective clinical governance framework for childrens acute health care services. Available at: [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/545150/004507.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0020/545150/004507.pdf). 2001.
8. Desler G. Fundamentals of human resource management. 2<sup>nd</sup> ed. Translated by Parsaieian A & Arabi SM. Iran: Office of Cultural Research; 2011: 40-5[Book in Persian].
9. Som CV. Clinical governance and attention to human resources issues: Evidence from case studies in NHS UK. *British Journal of Healthcare Management* 2011; 17(11): 531-40.
10. West MA, Borill C, Dawson J, Scully J, Carter M, Anelay S, et al. The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals. *IJHRM* 2010; 13(8): 1299-310.
11. Ahmadi Eyni S. Attract and retain highly skilled human resources in the Iranian central oil company processes[Thesis in Persian]. Tehran: Islamic Azad University, Tehran Science and Research; 2006.
12. Som CV. Exploring the human resource implications of clinical governance. *Health Policy*; 2007; 80(2): 281-96.
13. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA & Leduc R. The importance of human resources management in health care: A global context. *Human Resources for Health* 2006; 4(1): 20.
14. Moore DS & McCabe GP. Introduction to the practice of statistics. 4<sup>th</sup> ed. United States: WH Freeman; 2009: 764.
15. Hosseinzade M, Firuzi M, Hurang MH, Tavasoli AR & Jaladat AR. Evaluation of clinical training in the Doctor Shariati hospital. *Iranian Journal of Medical Education* 2005; 5(14): 42-7[Article in Persian].
16. Monjamed Z, Ghorbani T, Mostofiyan F, Oveysipour R, Nakhostpandi S & Mahmudi M. Nursing job satisfaction in Shariati hospital. *Hayat* 2009; 10(23): 39-48[Article in Persian].
17. McSherry R & Hodak J. Evidence-based health care: its place within the clinical governance. *Br J Nurs* 1999; 8(2): 113-7.

18. Gould D, Kelly D, Goldstone L & Maidwell A. The changing training needs of clinical nurse managers: exploring issues for continuing professional development. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34(1): 7-17.
19. Dussault G & Dubois CA. Human resources for health policies: A critical component in health policies. *Jornal of Human Resource for Health* 2003; 1(1): 1-16.
20. Clark CE & Smit LFP. Clinical governance and education: The views of clinical governance leads in the south west of England. *British Journal of Clinical Governance* 2002; 7(4): 261-6.
21. Holloway J. CPD portfolios and personal development plans: Why and how? *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6(6): 467-73.
22. Noe RA, Hollenbeck JR, Gerhart B & Wright PM. *Human resource management: Gaining a competitive advantage*. 7<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw Hill/Irwin; 2010: 30-5.
23. Scally G & Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317(1): 61.

# The Study Of Human Resource Management (HRM) Influence On Implementation Of Clinical Governance In Tehran University Of Medical Sciences Hospitals

Ghazanfari Fatemeh<sup>1</sup>(MSc.)- Mobaraki Hossein<sup>2</sup>(Ph.D)

1 Master of Sciences in Health Care Management, School of Management and Health Economics, Islamic Azad University, Tehran Science and Research Branch, Tehran, Iran

2 Assistant Professor, Rehabilitation Management Department, School of Rehabilitation, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract

Received : Mar 2013  
Accepted : Dec 2013

**Background and Aim:** Clinical governance is the application of mechanisms at the right time and place to do tasks for patients properly and obtain maximum clinical results. The implementation of clinical governance definitely requires the skills and inclinations of those working in healthcare sector. The main objective of this study is to identify the relationship between human resource management (HRM) on the one hand and the implementation of clinical governance and the optimal establishment of its framework on the other hand through offering strategies for effective human resource management.

**Materials and Methods:** This is a descriptive analytical study conducted in a cross-sectional way in 2012. The sampling method was a two-step cluster sampling. Shariati, Imam Khomeini, and Hashemi Nejad were randomly selected from among the hospitals of Tehran University of Medical Sciences (TUMS). The data collection instrument was a researcher-made questionnaire and a checklist. In each hospital, 30 questionnaires were randomly distributed. The gathered data were analyzed by SPSS.

**Results:** The minimum and maximum scores of clinical governance pertained to Imam Khomeini (594) and Hashemi Nejad (753) hospitals, respectively. Moreover, significant relationships were found between variables of training, recruitment and employment, salaries and benefits on the one hand and clinical governance on the other.

**Conclusion:** Considering the significant relationship between HRM and the implementation of clinical governance, investment in this aspect of clinical governance as the one that influences success in other aspects can be effective in the establishment of clinical governance.

**Key words:** Clinical Governance, Human Resource Management, Hospital

\* Corresponding

Author:  
Mobaraki H;  
E-mail:  
Hmobaraki43@  
tums.ac.ir