

Designing and Assessing the Validity and Reliability of the Hospital Readiness Assessment Tools to Conducting Quality Improvement Program

Kamal Gholipour¹, Jafar-Sadegh Tabrizi², Amaneh Mirzaei³, Shabnam Iezadi*¹

Article Info:

Article History:

Received: 2016/04/09

Accepted: 2016/06/19

Published: 2016/09/20

Keywords:

- Hospital Readiness Assessment Tools
- Clinical Audit
- Quality Improvement
- Content Validity
- Reliability

Abstract

Background and objectives: Identifying the readiness of hospital and its strengths and weaknesses can be useful in developing appropriate planning and situation analyses and management to getting effective in clinical audit programs. The aim of this study was to design and assess the validity of the Hospital Readiness Assessment Tools to conduct quality improvement and clinical audit programs.

Material and Methods: In this study, based on the results of a systematic review of literature, an initial questionnaire with 77 items was designed. Questionnaire content validity was reviewed by experts in the field of hospital management and quality improvement in Tabriz University of Medical Sciences. For this purpose, 20 questionnaires were sent to experts. Finally, 15 participants returned completed questionnaire. Questionnaire validity was reviewed and confirmed based on Content Validity Index and Content Validity Ratio. Questionnaire reliability was confirmed based on Cronbach's alpha index ($\alpha = 0.96$) in a pilot study by participation of 30 hospital managers.

Results: The results showed that the final questionnaire contains 54 questions as nine category as: data and information (9 items), teamwork (12 questions), resources (5 questions), patient and education (5), intervention design and implementation (5 questions), clinical audit management (4 questions), human resources (6 questions), evidence and standard (4 items) and evaluation and feedback (4 items). The final questionnaire content validity index was 0.91 and final questionnaire Cronbach's alpha coefficient was 0.96.

Conclusion: Considering the relative good validity and reliability of the designed tool in this study, it appears that the questionnaire can be used to identify and assess the readiness of hospitals for quality improvement and clinical audit program implementation.

Citation: Gholipour K, Tabrizi JS, Mirzaei M, Iezadi Sh. Designing and Assessing the Validity and Reliability of the Hospital Readiness Assessment Tools to Conducting Quality Improvement Program. *Depiction of Health* 2016; 7(2): 32-42.

1. PhD Candidate for Health Services Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. (Email: sh_iezadi@yahoo.com)

2. Associate Professor of Health Services Management, Tabriz Health Services Management Research Center, Department of Health Services Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3. Expert of Clinical Governance, Treatment Affaire, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran



طراحی و سنجش روایی و پایایی ابزار ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت

کمال قلی پور^۱، جعفر صادق تبریزی^۲، آمنه میرزایی^۲، شبنم ایزدی^{۱*}

چکیده

زمینه: شناسایی میزان آمادگی و همچنین نقاط ضعف و قوت هر بیمارستان در راستای برنامه ریزی مناسب و همچنین مدیریت صحیح شرایط برای ارتقای اثربخشی برنامه‌های ممیزی بالینی می‌تواند کمک کننده باشد. هدف از این مطالعه طراحی و سنجش روایی ابزار ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌های برای اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت و ممیزی بالینی می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه بر اساس نتایج مرور نظام مند متون علمی، پرسشنامه‌ای اولیه با ۷۷ گویه طراحی شد. به منظور بررسی روایی پرسشنامه‌ی اولیه از روش‌های اندازه‌گیری روایی محتوا از پانل خبرگان متشکل از متخصصین مدیریت بیمارستان و ارزشیابی بیمارستان‌ها استفاده شد و برای این منظور ۲۰ پرسشنامه ارسال و در نهایت ۱۵ پرسشنامه تکمیل شده بازگردانده شد. برای تأیید روایی محتوا از شاخص روایی محتوا (Content Validity Index) و نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio) استفاده شد. برای بررسی پایایی ابزار نیز از ضریب آلفای کرونباخ و با تکمیل ۳۰ پرسشنامه نهایی توسط مدیران بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که تعداد آیتم‌های پرسشنامه‌ی نهایی ۵۴ سوال در حیطه‌های داده و اطلاعات (۹ سوال)، کار تیمی (۱۲ سوال)، منابع (۵ سوال)، آموزش و بیماران (۵ سوال)، نوع مداخله (۵ سوال)، مدیریت ممیزی بالینی (۴ سوال)، نیروی انسانی (۶ سوال)، استانداردها (۴ سوال) و ارزشیابی و بازخورد (۴ سوال) بود. میانگین شاخص روایی محتوای پرسشنامه‌ی نهایی ۰/۹۱ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ی نهایی نیز ۰/۹۶ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: با توجه به این‌که ابزار طراحی شده در این مطالعه از روایی و پایایی نسبی خوبی برخوردار است، به نظر می‌رسد به منظور شناسایی وضعیت بیمارستان‌ها و بررسی میزان آمادگی آن‌ها برای اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت و ممیزی بالینی می‌توان از این پرسشنامه استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: ابزار ارزیابی آمادگی بیمارستان، ممیزی بالینی، ارتقای کیفیت، روایی محتوا، پایایی

قلی پور ک، تبریزی جص، میرزایی آ، ایزدی ش. طراحی و سنجش روایی و پایایی ابزار ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت. تصویر سلامت ۱۳۹۵؛ ۷(۲): ۳۲-۴۲.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی

تبریز، تبریز، ایران. (Email: sh_iezadi@yahoo.com)

۲. دانشیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (NPMC)، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳. مسئول ستاد حاکمیت بالینی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

مقدمه

برنامه‌های ممیزی بالینی نقش داشته باشند که این عوامل در دو دسته عوامل حمایت‌کننده و عوامل بازدارنده دسته‌بندی می‌شود که عوامل کمک‌کننده شامل منابع انسانی، عوامل سازمانی و ساختاری، ساختار مدیریت کیفیت، مدیریت اطلاعات و فعالیت‌های ممیزی و عوامل بازدارنده در قالب دسته‌های عوامل انسانی، منابع لازم برای ممیزی و عوامل سازمانی و فنی دسته‌بندی می‌کند (۱۰). از سوی دیگر همین محققین عوامل درونی برنامه‌های ممیزی که در اثربخشی این برنامه‌ها مؤثر هستند را در قالب عوامل مربوط به درون داده‌های برنامه‌ممیزی، عوامل مربوط به فرایند برنامه‌های ممیزی و عوامل مربوط به نتایج برنامه‌های ممیزی بالینی دسته‌بندی کردند (۱۱). بر اساس نتایج مطالعات ذکر شده مشخص می‌شود که آمادگی بیمارستان‌ها در جهت اجرای برنامه‌های ممیزی بالینی متفاوت می‌باشد و شناسایی میزان آمادگی و همچنین نقاط ضعف و قوت هر بیمارستان در راستای برنامه‌ریزی مناسب و همچنین مدیریت صحیح شرایط برای ارتقای اثربخشی برنامه‌های ممیزی می‌تواند کمک‌کننده باشد. از این رو، هدف از این مطالعه طراحی و سنجش روایی ابزار ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای ممیزی بالینی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کمی و کیفی به منظور طراحی ابزار ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای ممیزی بالینی بود. در مرحله اول این مطالعه بر اساس شاخص‌های مشخص شده توسط وحیدی و همکاران (۱۰) (۱۱) در یک مطالعه مرور نظام‌مند لیست عوامل مؤثر بر اثربخشی ممیزی بالینی در بیمارستان‌ها استخراج شد و در قالب گویه‌هایی، ویژگی‌هایی که یک بیمارستان باید برای موفقیت در اجرای برنامه‌های ممیزی بالینی داشته باشد، استخراج و در فرم روایی محتوایی وارد شد. مرحله دوم این مطالعه با استفاده از تکنیک دلفی تا رسیدن به اشیاع اطلاعات از متخصصین برای ارزیابی این عوامل از نظر معیارهای روایی محتوایی نظرسنجی شد. بدین ترتیب که گویه‌های مربوط به عوامل شناسایی شده از نظر معیارهای ضرورت، مرتبط بودن، شفافیت و سادگی مورد بررسی قرار گرفت.

افراد شرکت‌کننده در این مطالعه از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و منظور از افراد متخصص در این مطالعه دارندگان مدرک دکتری در رشته‌های مدیریت بهداشت و درمان و همچنین کارشناسان ارزشیابی بیمارستان‌ها معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند. جامعه مورد مطالعه برای بررسی پایایی ابزار نهایی رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری بیمارستان، مسئولین واحدهای بهبود کیفیت و کارشناسان بیمارستانی بیمارستان‌های

حاکمیت بالینی به‌عنوان رویکردی که از سازمان‌های سلامت منشأ گرفته و با هدف ارتقای کیفیت خدمات به‌عنوان رویکردی که مبتنی بر فلسفه‌ی جامع کیفیت بوده و ارتقای مستمر کیفیت از اهداف و مقاصد آن به‌شمار می‌رود، در سال‌های اخیر مورد توجه سیستم‌های بهداشتی قرار گرفته است (۱). حاکمیت بالینی به‌عنوان چارچوبی که در آن سازمان‌های ارایه‌کننده خدمات در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می‌شود، به‌صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند (۳-۱). یکی از عناصر اصلی که ویژگی ارتقای مستمر و مداوم کیفیت را در چارچوب حاکمیت بالینی تضمین می‌کند، ممیزی بالینی می‌باشد (۵، ۵). ممیزی بالینی به‌عنوان فرایندی جهت ارتقای کیفیت خدمات بالینی و تحلیلی نظام‌مند و نقادانه در مورد کیفیت مراقبت‌ها، شامل فعالیت‌های صورت‌گرفته برای تشخیص و درمان، استفاده از منابع و پیامدهای حاصل از خدمات و کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران می‌باشد (۶) که در این راستا انواع موضوعات و مسائلی که می‌تواند به‌عنوان موضوعی برای ارتقا و بهبود فرایندها انتخاب شود، می‌تواند شامل انواع موضوعات از قبیل: خدمات تشخیصی و درمانی و پیشگیری، رضایت کارکنان و گیرنده‌گان خدمات، ارتباطات و همکاری بین کارکنان و همکاران، بروز انواع خطاهای پزشکی و همچنین عملکرد سیستم‌های مدیریتی و پشتیبانی باشد (۲).

در مطالعه‌ای که در انگلیس در مورد بخش‌های جراحی پلاستیک در این کشور انجام گرفت، مشخص گردید؛ ۷۲٪ از ممیزی‌های صورت‌گرفته منجر به ممیزی مجدد نشده و یا ممیزی مجدد صورت‌گرفته گزارش نشده است و تنها ۱۶٪ پس از اجرای ممیزی به ممیزی مجدد پرداخته‌اند. همچنین در این مطالعه مشخص گردید ۸۰٪ ممیزی‌های صورت‌گرفته منجر به ارائه‌ی پسخورندهای مناسب برای بهبود شده‌اند و ۸۴٪ از برنامه‌ها نیز دارای برنامه‌ی اجرایی برای ممیزی بالینی بوده‌اند اما تنها در مورد ۵۲٪ از برنامه‌ها مستندات لازم در مورد اجرای ممیزی وجود داشته است (۷). همچنین در مطالعه‌ای دیگری در انگلیس تنها ۱۴٪ از ممیزی‌های بالینی به‌صورت کامل انجام شده بودند. همچنین در ۶۳٪ موارد نیز راهکارهای اجرایی برای بهبود کیفیت خدمات شناسایی شده بودند و تنها در ۲۴٪ موارد ممیزی مجدد در مدت ۳ سال از شروع ممیزی انجام شده بود (۶). مطالعات نشان می‌دهد عوامل محیطی از یک سو و وجود برنامه‌ریزی منظم برای اجرای ممیزی می‌تواند در موفقیت نقش مؤثری داشته باشد (۸). از سوی دیگر فرهنگ سازمانی حامی برنامه‌های ارتقای کیفیت (۹) و گروه‌های پشتیبان این برنامه‌ها به‌خصوص از طرف متخصصین بالینی می‌تواند کمک‌کننده باشد (۲).

بر اساس یافته‌های وحیدی و همکاران، عوامل مختلفی خارج از برنامه‌های ممیزی می‌تواند در موفقیت و اثربخشی

بیمارستان‌های مطبوع خود را برای اجرای ممیزی بالینی ارزیابی کنند و با داده‌های به‌دست آمده پایایی ابزار بر اساس روش همسانی درونی و با محاسبه شاخص آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت (۱۲). در این مطالعه از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ (IBM Corp., Armonk, NY, USA) و Microsoft® Excel 2007 به منظور انجام تحلیل‌های آماری بهره گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

اطلاعات شرکت کنندگان، شامل اسامی و اطلاعات شناسایی در پرسشنامه‌ها محرمانه نگهداری می‌شد. همچنین رضایت شرکت کنندگان و امکان خارج شدن از مطالعه در هر مرحله از مطالعه برای شرکت کنندگان مد نظر قرار گرفت.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های مطالعه ۳ نفر از مشارکت کنندگان در بررسی روایی ابزار، دارای مدرک دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی بودند و عضو هیئت علمی دانشگاه بودند و ۷ نفر مدرک کارشناس ارشد و ۵ نفر مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی داشتند و به‌عنوان کارشناس امور بیمارستان یا کارشناس ارزشیابی بیمارستان‌ها و یا مدیر بیمارستان مشغول به‌کار بودند. نتایج مطالعه نشان داد پرسشنامه پیش نویس این مطالعه شامل ۷۷ سوال بود، این پرسشنامه در جدول ۱ آورده شده است که ۱۱ سوال به داده و اطلاعات، ۱۴ سوال به کارتی، ۷ سوال به منابع، ۳ سوال به بیماران، ۹ سوال به آموزش، ۷ سوال به نوع مداخله، ۹ سوال به مدیریت ممیزی بالینی، ۶ سوال به نیروی انسانی، ۶ سوال به استانداردها و ۵ سوال به بازخورد مربوط می‌شوند.

بر اساس نتایج این مطالعه تعداد آیت‌های دارای امتیاز بالاتر از ۰/۷۹ برابر با ۶۶ سوال بود و ۱۱ سوال که شاخص روایی محتوایی آن‌ها کمتر از ۰/۷۹ بود از پرسشنامه حذف شدند. همچنین میانگین شاخص روایی محتوایی (S-CVI/Ave) پرسشنامه نهایی ۰/۹۱ به‌دست آمد.

در خصوص نسبت روایی محتوا، تعداد آیت‌هایی که نسبت روایی محتوایی آن‌ها بالاتر از ۰/۵۶ بود، برابر بود با ۶۲ سوال و ۱۵ سوال این امتیاز را کسب نکردند و حذف شدند.

مطابق نتایج این مطالعه ۱۸ سوال امتیاز نسبت روایی محتوایی یا امتیاز شاخص روایی محتوایی یا هر دوی آن‌ها را کسب نکردند و حذف شدند و ۵۹ سوال باقی ماند که ۵ سوال از این ۵۹ سوال نیز با سؤالات دیگر با نظر پانل خبرگان تجمیع شدند که شامل تجمیع سوال ۳۴ با ۳۳ پرسشنامه‌ی اولیه، سؤالات ۳۰ و ۳۱ و ۵۷ با سوال ۵۶ سوال ۷۶ و ۷۷ نیز با هم می‌باشد.

دانشگاهی شهر تبریز بودند که به‌صورت تمام شماری انتخاب شده بودند.

تعیین روایی محتوایی ابزار

یکی از مهمترین بخش‌های ارزیابی روایی یک ابزار است. با توجه به این‌که برای تعیین روایی محتوایی در مقیاس‌های چند گزینه‌ای رایج‌ترین روش کمی مورد استفاده محققان شاخص روایی محتوا می‌باشد، در این مطالعه برای تأیید روایی محتوا از شاخص روایی محتوا (Content Validity Index) و نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio) استفاده شده است (۱۲). به این منظور، سه معیار "سادگی"، "مرتبط بودن" و "شفافیت" با استفاده از مقیاس لیکرت ۴ قسمتی برای هر یک از آیت‌های پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از متخصصان به کار گرفته شد (۱۳). همچنین بر اساس میانگین نمره‌ی همه‌ی سؤالات پرسشنامه‌ی نهایی، میانگین شاخص روایی محتوایی (Scale-Level Content Validity Index/ Averaging Calculation Method) پرسشنامه نیز محاسبه گردید.

برای محاسبه شاخص روایی محتوایی از فرمول زیر استفاده شد:

$CVI = \frac{\text{مجموع امتیازات موافق برای هر آیت}}{\text{تعداد کل متخصصان}}$ که رتبه ۳ و ۴ کسب کرده اند) / (تعداد کل متخصصان)

به منظور تعیین نسبت روایی محتوا از ۱۵ نفر از متخصصین خواسته شد تا مطابق روش [Lawsche 1975] (۱۴) در خصوص هر یک از آیت‌ها از نظر ضرورت اظهار نظر کنند (۱۲). تک تک آیت‌ها توسط سه گزینه "ضروری"، "مفید" و "غیر ضروری" و "غیر مفید" بررسی شد. برای محاسبه نسبت روایی محتوایی از فرمول زیر استفاده شد.

$CVR = \frac{\text{تعداد افرادی که گزینه ضروری را انتخاب کرده اند}}{\text{تعداد کل متخصصان}} / \frac{\text{تعداد کل متخصصان}}{۲}$

نسبت‌های به دست آمده برای هر یک از آیت‌های ابزار اولیه با اعداد ارائه شده توسط Lawsche مقایسه گردید و با توجه به تعداد متخصصین شرکت کننده در مطالعه‌ی حاضر که ۱۵ نفر بودند، آیت‌هایی که شاخص آن‌ها بزرگتر از (۰/۴۹) بود، از نظر روایی محتوایی مورد تأیید قرار گرفت. همچنین بر اساس نظرات کیفی متخصصین مشارکت کننده در مطالعه، تغییرات لازم در نحوه نگارش سؤالات پرسشنامه اعمال گردید.

تعیین پایایی ابزار

پایایی نوعی از روایی همگرایی است که هدف از آن ارزیابی همبستگی بین آیت‌های سازنده‌ی یک مقیاس است. به عبارت دیگر هدف بررسی همسانی (همبستگی) آیت‌های سازنده‌ی مقیاس با یکدیگر می‌باشد. در این مطالعه برای تأیید پایایی پرسشنامه، پرسشنامه‌ی نهایی تدوین شده که روایی آن تأیید شده بود، به‌صورت پایلوت در اختیار مدیران بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تبریز قرار گرفت تا بر اساس آن میزان آمادگی

۳۶ / طراحی و سنجش روایی و پایایی ابزار ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت

جدول ۱. پرسشنامه‌ی اولیه ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌های برای اجرای ممیزی بالینی از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها

سؤال	CVI	CVR	وضعیت *
۱. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی اطلاعات با جزئیات مورد نیاز گردآوری می‌شود؟	۰/۸۹	۰/۶۷	*
۲. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی از روش‌های مختلف در گردآوری داده‌ها استفاده می‌شود؟	۰/۸۶	۰/۶۷	*
۳. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی از اصول مطلوب گردآوری داده‌ها استفاده می‌شود؟	۰/۶۹	۱	**
۴. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی از سیستم‌های کامپیوتری در گردآوری و تحلیل داده‌ها استفاده می‌شود؟	۰/۹۲	۰/۶۷	*
۵. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی از گزارشات موردی به عنوان منابع داده استفاده می‌شود؟	۰/۸۳	۰/۵۰	**
۶. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی پرونده‌های پزشکی هنگام گردآوری داده‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد؟	۱	۱	**
۷. در این بیمارستان در برنامه‌های ممیزی اجرا شده بین داده‌ها و راه‌حل مورد استفاده ارتباط منطقی وجود دارد؟	۰/۹۴	۰/۶۷	*
۸. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی بیماران در فرایند گردآوری داده‌ها مشارکت داده می‌شوند؟	۰/۹۲	۰/۶۷	*
۹. در این بیمارستان در مورد برنامه‌های ممیزی مکانیزم‌های صریح و روشی برای انتشار اطلاعات وجود دارد؟	۰/۸۹	۰/۸۳	*
۱۰. در این بیمارستان اطلاعات و داده‌های مورد نیاز در ممیزی بالینی به موقع در دسترس قرار می‌گیرد؟	۰/۹۲	۱	*
۱۱. در این بیمارستان در برنامه‌های ممیزی اجرا شده داده‌های گردآوری شده قابل اعتماد می‌باشند؟	۰/۸۶	۰/۸۳	*
۱۲. در این بیمارستان تیم ممیزی بالینی از عملکرد اثربخشی برخوردار می‌باشد؟	۱	۰/۸۳	*
۱۳. در این بیمارستان در زمان اجرای برنامه‌های ممیزی تیم ممیزی بالینی هماهنگ با تیم اعتباربخشی عمل می‌کند؟	۰/۹۴	۰/۸۳	*
۱۴. در این بیمارستان در زمان اجرای برنامه‌های ممیزی عملکرد تیمی به صورت مستمر پایش می‌شود؟	۰/۸۱	۰/۵۰	**
۱۵. در این بیمارستان هم‌کادربالینی و هم‌کادر غیر بالینی عضو تیم ممیزی بالینی هستند؟	۰/۸۱	۱	*
۱۶. در این بیمارستان اعضای تیم ممیزی انگیزه کافی برای انجام ممیزی دارند؟	۰/۹۲	۰/۸۳	*
۱۷. در این بیمارستان اعضای تیم ممیزی آگاهی کافی از چگونگی انجام ممیزی دارند؟	۰/۹۲	۰/۸۳	*
۱۸. اعضای تیم بخوبی می‌دانند که در چه شرایطی ممیزی بالینی به بهترین نحو به هدف خود دست پیدا می‌کند؟	۰/۸۱	۰/۶۷	*
۱۹. در این بیمارستان عضویت در تیم ممیزی بالینی داوطلبانه می‌باشد؟	۰/۶۷	۰/۱۷	***
۲۰. در این بیمارستان در زمان اجرای برنامه‌های ممیزی ارتباط مطلوبی بین ممیزان و عواملی که مورد ممیزی قرار گرفته‌اند وجود دارد؟	۰/۸۱	۰/۸۳	*
۲۱. در این بیمارستان در زمان اجرای برنامه‌های ممیزی تعارض و عدم همکاری بین تیم‌های مختلف بالینی وجود دارد؟	۰/۸۹	۰/۸۳	*
۲۲. در این بیمارستان در زمان اجرای برنامه‌های ممیزی دستیابی به توافق بین اعضای تیم ممیزی بالینی امکان‌پذیر می‌باشد؟	۰/۹۴	۰/۶۷	*
۲۳. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی قبل از انجام ممیزی بین اعضا بر روی برنامه اجرایی ممیزی توافق صورت می‌گیرد؟	۰/۸۳	۰/۸۳	*
۲۴. در این بیمارستان اعضای تیم ممیزی کاملاً متعهد به انجام ممیزی و نتایج آن می‌باشند.	۰/۸۳	۰/۸۳	*
۲۵. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی جهت افزایش انگیزش برای اعضای تیم برنامه‌های خاصی در نظر گرفته می‌شود؟	۰/۹۷	۱	*
۲۶. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی منابع کافی در اختیار قرار دارد.	۰/۹۷	۰/۸۳	*
۲۷. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی زمان کافی اختصاص داده می‌شود.	۰/۹۷	۰/۸۳	*
۲۸. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی از منابع بصورت بهینه استفاده می‌شود.	۰/۸۶	۰/۸۳	*
۲۹. در این بیمارستان بودجه اختصاصی جهت ممیزی بالینی تعلق می‌گیرد.	۰/۸۳	۰/۸۳	*
۳۰. در این بیمارستان فعالیت‌های برنامه‌های ممیزی در زمان پیش‌بینی شده انجام می‌گیرند.	۰/۹۲	۰/۸۳	ادغام با ۵۶
۳۱. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی قبل از شروع ممیزی، برنامه ریزی صورت می‌گیرد.	۰/۸۹	۰/۸۳	ادغام با ۵۶
۳۲. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی قبل از شروع ممیزی، امکانات موجود و محیط بالینی ارزیابی می‌شوند.	۰/۸۶	۰/۶۷	*
۳۳. در این بیمارستان از بیماران قبل از انجام ممیزی رضایت کسب می‌شود.	۰/۸۶	۰/۶۷	*
۳۴. در این بیمارستان در اجرای برنامه‌های ممیزی بیماران از حقوقشان مطلع می‌شوند.	۰/۸۱	۰/۶۷	ادغام با ۳۳
۳۵. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی بیماران در تمامی مراحل فرایند ممیزی بالینی مشارکت داده می‌شوند.	۰/۷۵	۰/۳۳	***
۳۶. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی جلسات آموزشی مستمر طی فرایند ممیزی به منظور کمک به اعضا جهت تکمیل چرخه ممیزی تشکیل می‌شود؟	۰/۹۲	۰/۸۳	*
۳۷. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی جلسات آموزشی با حضور اعضای هیات علمی دانشگاه تشکیل می‌شود؟	۰/۸۹	۰/۸۳	*
۳۸. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی قبل از شروع ممیزی در مورد ممیزی بالینی، بهبود کیفیت و اهداف آن دوره‌های آموزشی برگزار می‌شود؟	۰/۸۳	۰/۶۷	*
۳۹. در این بیمارستان روش‌های مناسبی برای ارائه پسخوارند در دوره‌های آموزشی به مشارکت‌کنندگان پیش‌بینی شده است؟	۰/۷۸	۰/۸۳	*
۴۰. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی تمام اعضای تیم ممیزی بالینی در جلسات آموزشی مشارکت فعال دارند؟	۰/۸۶	۰/۸۳	*
۴۱. در این بیمارستان در مورد جلسات آموزشی در زمینه ممیزی بالینی اهداف بطور دقیق تعریف و طبقه‌بندی می‌شود.	۱	۰/۵۰	**
۴۲. پیامدهای دلخواه معرفی می‌شود.	۰/۷۲	۰/۱۷	***
۴۳. در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی پیامدهای محتمل در دوره‌های آموزشی به مشارکت‌کنندگان شناسانده می‌شود.	۰/۷۲	۰/۳۳	***

**	۰/۵۰	۰/۸۱	۴۴. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی جهت جلوگیری از پیامدهای منفی آموزش داده می شود.
***	۰/۳۳	۰/۶۷	۴۵. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی مداخلاتی با اهداف چندگانه به کار برده می شود.
***	۰/۳۳	۰/۷۲	۴۶. از مداخلات کمکی همراه با مداخله اصلی نیز استفاده می شود.
***	۰/۰۰	۰/۶۱	۴۷. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی از مداخلات تکرار پذیر استفاده می شود.
		۰/۸۹	۴۸. در این بیمارستان مداخلات برنامه های ممیزی هم پروسیجرهای درمانی و هم پروسیجرهای تشخیصی را شامل می شوند.
	۰/۸۳	۰/۸۳	۴۹. مداخلات هم متوجه تضمین کیفیت و هم بهبود کیفیت می باشند.
***	۰/۵۰	۰/۷۲	۵۰. مداخلات عینی می باشند.
	۰/۸۳	۰/۸۹	۵۱. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی مداخلات با حضور متخصصان به بحث گذارده می شوند و در مورد انتخاب آن توافق می شود.
**	۰/۳۳	۰/۸۱	۵۲. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی یک مرکز مشاوره و هدایت وجود دارد؟
	۰/۸۳	۰/۸۶	۵۳. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی مسئولین بیمارستان بر برنامه های ممیزی نظارت دارد؟
	۰/۸۳	۰/۸۳	۵۴. در این بیمارستان اجرای برنامه های ممیزی بر اساس اولویت بندی شفاف و عینی صورت می گیرد؟
		۰/۸۹	۵۵. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی قبل از اجرای ممیزی بالینی ارزیابی هزینه اثربخشی مداخلات پیشنهادی صورت می گیرد؟
	۰/۸۳	۰/۸۹	۵۶. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی قبل از انجام کار برنامه ریزی عملیاتی صورت می گیرد؟
	۰/۸۳	۰/۹۲	۵۷. در این بیمارستان فرایند برنامه های ممیزی طبق برنامه عملیاتی پیش می رود و ثبت می گردد.
	۰/۸۳	۰/۸۹	۵۸. در این بیمارستان فرایند برنامه های ممیزی به طور مستمر توسط رهبر تیم پیش می شود.
*	۰/۸۳	۰/۷۸	۵۹. در این بیمارستان موضوعات و حیطه های اولویت دار برای اجرای برنامه های ممیزی بصورت مدون وجود دارد؟
	۰/۸۳	۰/۸۶	۶۰. در این بیمارستان برنامه ریزی برای اجرای ممیزی مجدد یکی از گام های اساسی برنامه های ممیزی به حساب می آید؟
	۰/۸۳	۰/۹۲	۶۱. در این بیمارستان کارکنان فرصت کافی برای مشارکت در اجرای برنامه های ممیزی بالینی دارند؟
	۰/۸۳	۰/۸۹	۶۲. در این بیمارستان کارکنان از قوانین و مقررات مربوط به اجرای برنامه های ممیزی بالینی آگاهی دارند؟
	۰/۸۳	۰/۸۱	۶۳. در این بیمارستان کارکنان تعامل مناسبی با بیماران برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی دارند؟
		۰/۸۹	۶۴. در این بیمارستان کارکنان از پیامدهای تغییرات ناشی از اجرای برنامه های ممیزی بالینی آگاهی دارند؟
	۰/۸۳	۰/۸۱	۶۵. در این بیمارستان کارکنان آموزش دیده و توانمند کافی برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی وجود دارد؟
	۰/۸۳	۰/۹۲	۶۶. در این بیمارستان نتایج ممیزی های بالینی انجام شده در ارزیابی عملکرد کارکنان تأثیر گذار می باشد.
	۰/۶۷	۰/۹۲	۶۷. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی از استانداردهای مبتنی بر شواهد و به روز استفاده می شود.
**	۰/۵۰	۰/۹۷	۶۸. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی شواهد مورد استفاده به روز می باشند.
	۰/۶۷	۰/۸۶	۶۹. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی شواهد مورد استفاده در حد کفایت می باشند.
		۰/۹۷	۷۰. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی استانداردها طی یک فرایند منطقی و با توافق متخصصین مربوطه انتخاب می شوند.
	۰/۸۳	۰/۸۹	۷۱. از استانداردهای از پیش تدوین شده مورد استفاده در سایر ممیزی های بالینی استفاده می شود.
**	۰/۵۰	۰/۸۳	۷۲. در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی از تحلیل های اقتصادی استفاده می شود.
	۰/۸۳	۰/۹۲	۷۳. در این بیمارستان در طول فرایند ممیزی بازخورد منظم به تمامی اعضای تیم ارائه می گردد.
	۰/۶۷	۰/۸۶	۷۴. در این بیمارستان در طول فرایند ممیزی بازخورد مستمر به بیماران ارائه می گردد.
	۰/۶۷	۰/۸۳	۷۵. در این بیمارستان پس از اجرای برنامه های ممیزی بازخورد نهایی فرایند ممیزی به جامعه و ذینفعان ارائه می گردد.
	۰/۶۷	۰/۸۹	۷۶. در این بیمارستان پس از اجرای برنامه های ممیزی بازخورد ممیزی بالینی به دانشگاه و اعضای هیأت علمی ارائه می گردد.
	۰/۶۷	۰/۸۹	۷۷. در این بیمارستان پس از اجرای برنامه های ممیزی بازخورد فرایند ممیزی بالینی به تمامی متخصصین مرتبط با حیطه ارائه می گردد.

* حذف بدلیل شاخص روایی محتوایی کمتر از ۰,۷۹، ** حذف به دلیل نسبت روایی محتوایی ۰,۵۶، *** حذف به هر دو دلیل

بازخورد مربوط می باشد. ضمن این که با نظر پانل خبرگان و متخصصان تغییرات ضروری بر روی تعدادی از آیتم های پرسشنامه انجام گرفت و در پرسشنامه نهایی اعمال گردید (جدول ۲).

پرسشنامه ی نهایی که در جدول ۲ آمده است دارای ۵۴ سؤال می باشد که تعداد ۹ سؤال به داده و اطلاعات، ۱۲ سؤال به کار تیمی، ۵ سؤال به منابع، ۵ سؤال به آموزش و بیماران، ۵ سؤال به نوع مداخله، ۴ سؤال به مدیریت ممیزی بالینی، ۶ سؤال به نیروی انسانی، ۴ سؤال به استانداردها و ۴ سؤال به ارزشیابی و

جدول ۲. پرسشنامه‌ی نهایی ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌های برای اجرای ممیزی بالینی از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها

ردیف	سؤال	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۱	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی اطلاعات با جزئیات مورد نیاز گردآوری می‌شود؟					
۲	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی از روش‌های مختلف در گردآوری داده‌ها استفاده می‌شود؟					
۳	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی از سیستم‌های کامپیوتری در گردآوری و تحلیل داده‌ها استفاده می‌شود؟					
۴	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی پرونده‌های پزشکی هنگام گردآوری داده‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد؟					
۵	در این بیمارستان در برنامه‌های ممیزی اجرا شده بین داده‌ها و راه‌حل مورد استفاده ارتباط منطقی وجود دارد؟					
۶	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی بیماران در فرایند گردآوری داده‌ها مشارکت داده می‌شوند؟					
۷	در این بیمارستان در مورد برنامه‌های ممیزی مکانیزم‌های صریح و روشنی برای انتشار اطلاعات وجود دارد؟					
۸	در این بیمارستان اطلاعات و داده‌های مورد نیاز در ممیزی بالینی به موقع در دسترس قرار می‌گیرد؟					
۹	در این بیمارستان در برنامه‌های ممیزی اجرا شده داده‌های گردآوری شده قابل اعتماد می‌باشند؟					
۱۰	در این بیمارستان تیم ممیزی بالینی از عملکرد اثربخشی برخوردار می‌باشد؟					
۱۱	در این بیمارستان در زمان اجرای برنامه‌های ممیزی تیم ممیزی بالینی هماهنگ با تیم اعتبار بخشی عمل می‌کند؟					
۱۲	در این بیمارستان هم‌کادربالینی و هم‌کادر غیر بالینی عضو تیم ممیزی بالینی هستند؟					
۱۳	در این بیمارستان اعضای تیم ممیزی انگیزه کافی برای انجام ممیزی دارند؟					
۱۴	در این بیمارستان اعضای تیم ممیزی آگاهی کافی از چگونگی انجام ممیزی دارند؟					
۱۵	اعضای تیم بخوبی می‌دانند که در چه شرایطی ممیزی بالینی به بهترین نحو به هدف خود دست پیدا می‌کند؟					
۱۶	در این بیمارستان در زمان اجرای برنامه‌های ممیزی ارتباط مطلوبی بین ممیزان و عواملی که مورد ممیزی قرار گرفته‌اند وجود دارد؟					
۱۷	در این بیمارستان در زمان اجرای برنامه‌های ممیزی تعارض و عدم همکاری بین تیم‌های مختلف بالینی وجود دارد؟					
۱۸	در این بیمارستان در زمان اجرای برنامه‌های ممیزی دستیابی به توافق بین اعضای تیم ممیزی بالینی امکان‌پذیر می‌باشد؟					
۱۹	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی قبل از انجام ممیزی بین اعضا بر روی برنامه اجرایی ممیزی توافق صورت می‌گیرد؟					
۲۰	در این بیمارستان اعضای تیم ممیزی کاملاً متعهد به انجام ممیزی و نتایج آن می‌باشند.					
۲۱	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی جهت افزایش انگیزش برای اعضای تیم برنامه‌های خاصی در نظر گرفته می‌شود؟					
۲۲	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی منابع کافی در اختیار قرار دارد.					
۲۳	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی زمان کافی اختصاص داده می‌شود.					
۲۴	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی از منابع به صورت بهینه استفاده می‌شود.					
۲۵	در این بیمارستان بودجه اختصاصی جهت ممیزی بالینی تعلق می‌گیرد.					
۲۶	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی قبل از شروع ممیزی، امکانات موجود و محیط بالینی ارزیابی می‌شوند.					
۲۷	در این بیمارستان در اجرای برنامه‌های ممیزی بیماران از حقوقشان مطلع شده و رضایت آگاهانه کسب می‌شوند.					
۲۸	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی جلسات آموزشی مستمر طی فرایند ممیزی بمنظور کمک به اعضا جهت تکمیل چرخه ممیزی تشکیل می‌شود؟					
۲۹	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی جلسات آموزشی با حضور اعضای هیات علمی دانشگاه تشکیل می‌شود؟					
۳۰	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی قبل از شروع ممیزی در مورد ممیزی بالینی، بهبود کیفیت و اهداف آن دوره‌های آموزشی برگزار می‌شود؟					
۳۱	در این بیمارستان برای اجرای برنامه‌های ممیزی تمام اعضای تیم ممیزی بالینی در جلسات آموزشی مشارکت فعال دارند؟					

در این بیمارستان مداخلات برنامه های ممیزی هم پروسیجرهای درمانی و هم پروسیجرهای تشخیصی را شامل می شوند.	۳۲
مداخلات هم متوجه تضمین کیفیت و هم بهبود کیفیت می باشند.	۳۳
در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی مداخلات با حضور متخصصان به بحث گذارده می شوند و در مورد انتخاب آن توافق می شود.	۳۴
در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی مسئولین بیمارستان بر برنامه های ممیزی نظارت دارد؟	۳۵
در این بیمارستان اجرای برنامه های ممیزی بر اساس اولویت بندی شفاف و عینی صورت می گیرد؟	۳۶
در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی قبل از اجرای ممیزی بالینی ارزیابی هزینه اثربخشی مداخلات پیشنهادی صورت می گیرد؟	۳۷
در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی قبل از انجام کار برنامه ریزی عملیاتی صورت می گیرد؟	۳۸
در این بیمارستان فرایند برنامه های ممیزی به طور مستمر توسط رهبر تیم پیش می شود.	۳۹
در این بیمارستان برنامه ریزی برای اجرای ممیزی مجدد یکی از گام های اساسی برنامه های ممیزی به حساب می آید؟	۴۰
در این بیمارستان کارکنان فرصت کافی برای مشارکت در اجرای برنامه های ممیزی بالینی دارند؟	۴۱
در این بیمارستان کارکنان از قوانین و مقررات مربوط به اجرای برنامه های ممیزی بالینی آگاهی دارند؟	۴۲
در این بیمارستان کارکنان تعامل مناسبی با بیماران برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی دارند؟	۴۳
در این بیمارستان کارکنان از پیامدهای تغییرات ناشی از اجرای برنامه های ممیزی بالینی آگاهی دارند؟	۴۴
در این بیمارستان کارکنان آموزش دیده و توانمند کافی برای اجرای برنامه های ممیزی بالینی وجود دارد؟	۴۵
در این بیمارستان نتایج ممیزی های بالینی انجام شده در ارزیابی عملکرد کارکنان تاثیر گذار می باشد.	۴۶
در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی از استانداردهای مبتنی بر شواهد و بروز استفاده می شود.	۴۷
در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی شواهد مورد استفاده در حد کفایت می باشند	۴۸
در این بیمارستان برای اجرای برنامه های ممیزی استانداردها طی یک فرایند منطقی و با توافق متخصصین مربوطه انتخاب می شوند.	۴۹
از استانداردهای از پیش تدوین شده مورد استفاده در سایر ممیزی های بالینی استفاده می شود.	۵۰
در این بیمارستان در طول فرایند ممیزی بازخورد منظم به تمامی اعضا تیم ارائه می گردد.	۵۱
در این بیمارستان در طول فرایند ممیزی بازخورد مستمر به بیماران ارائه می گردد.	۵۲
در این بیمارستان پس از اجرای برنامه های ممیزی بازخورد نهایی فرایند ممیزی به جامعه و ذینفعان ارائه می گردد.	۵۳
در این بیمارستان پس از اجرای برنامه های ممیزی بازخورد ممیزی بالینی به دانشگاه و اعضای هیات علمی و تمامی متخصصین مرتبط با حیطه ارائه می گردد.	۵۴

حیطه های پرسشنامه حیطه داده و اطلاعات با شاخص آلفای کرونباخ ۰/۹۴ بیشترین پایایی درونی و منابع با ۰/۸۷ کمترین پایایی درونی را به خود اختصاص دادند که با توجه به حد قابل قبول شاخص آلفای کرونباخ (۰/۷۰) همه حیطه ها و کل پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار بود (جدول ۳).

در نهایت به منظور محاسبه پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که با مشارکت ۳۰ نفر از مدیران بیمارستان های استان آذربایجان شرقی مورد بررسی قرار گرفت. شاخص آلفای کرونباخ پرسشنامه ی نهایی در این مطالعه ۰/۹۶ به دست آمد. همچنین در میان

جدول ۳. شاخص آلفای کرونباخ حیطه های پرسشنامه ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان های برای اجرای ممیزی بالینی از دیدگاه مدیران بیمارستان ها

شاخص آلفای کرونباخ (α)	حیطه
۰/۹۴	داده و اطلاعات
۰/۸۷	کارتیمی
۰/۸۷	منابع
۰/۸۷	آموزش و بیماران
۰/۸۲	طراحی و اجرای مداخله
۰/۸۹	مدیریت ممیزی بالینی
۰/۹۰	نیروی انسانی
۰/۸۸	شواهد و استانداردها
۰/۸۶	ارزشیابی و بازخورد
۰/۹۶	کل

بحث

میانگین شاخص روایی محتوای (S-CVI/Ave) پرسشنامه‌ی نهایی ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای ممیزی بالینی از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها در این مطالعه برابر با ۰/۹۱ بود که حد مطلوبی می‌باشد. در این رابطه پولیت (Polit) و همکاران نمره‌ی ۰/۹۰ و بالاتر را برای شاخص روایی محتوای توصیه کرده‌اند (۱۵). همچنین نتایج مطالعه نشان داد ابزار نهایی طراحی شده برای ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای ممیزی بالینی پایایی قابل قبولی دارد و کل ابزار و همچنین تک تک اجزای آن می‌تواند ابزار قابل اتکایی برای ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای ممیزی بالینی می‌باشد (۱۲). بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر در ارزیابی آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و ممیزی بالینی توجه به اطلاعات یکی از حیطه‌های مهم و می‌باشد و در این راستا مطالعات مختلف وجود سیستم اطلاعات (۱۶) و دسترسی به موقع به داده‌ها و اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده و بیماران و گیرندگان خدمات و همچنین اطلاعات مدیریتی را از الزامات موفقیت و اثربخشی برنامه‌های ممیزی بالینی عنوان کرده‌اند (۲۰-۱۷).

با توجه به این‌که فعالیت‌های ارتقای کیفیت و ممیزی بالینی فعالیت‌هایی جمعی و تیمی می‌باشند و نتیجه آن‌ها وابسته به کار تیمی می‌باشد در ابزار طراحی شده نیز تیم و کار تیمی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم در ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌های برای اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت در نظر گرفته شده است. در مطالعات مختلفی که در مناطق مختلف انجام شده است، مشخص گردید؛ موضوعات ارزشمند از طریق کار تیمی شکل می‌گیرند و طراحی، اجرا و پایش و ارزشیابی فعالیت‌های بهبود کیفیت بصورت تیمی منجر به ارتقای عملکرد و موفقیت برنامه‌ها می‌شود (۲۱-۱۸ و ۲۰).

تأمین منابع لازم برای اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت می‌تواند به عنوان یکی از موضوعات زیربنایی در موفقیت این برنامه‌ها قلمداد شود و در ابزار طراحی شده نیز دسترسی به منابع مورد نیاز برای اجرای برنامه‌های ممیزی مورد توجه قرار گرفته است. هر چند دسترسی به منابع یکی از الزامات اثربخشی برنامه‌های ممیزی بالینی می‌باشد؛ اما در مطالعات مختلف و به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه، کمبود منابع از محدودیت‌های عمده در دستیابی به موفقیت در برنامه‌های ارتقای کیفیت مطرح بوده است (۲۲).

در پرسشنامه طراحی شده بر اساس نتایج مطالعه، توجه به مشارکت بیماران و آموزش آن‌ها به عنوان یکی از مؤلفه‌های موفقیت برنامه‌های ممیزی بالینی و همچنین الزامات اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت مطرح شده است. در این راستا مطالعات مختلف، جلب مشارکت بیماران و گیرندگان خدمات را در موفقیت برنامه‌های ممیزی بالینی مهم ارزیابی کرده‌اند و

همچنین نشان داده‌اند برنامه‌های ارتقای کیفیت که به صورت مشارکتی با گیرندگان خدمات انجام شده است نتایج بهتری به بار آورده‌اند (۲۳-۲۵).

در کنار تأمین منابع، امکانات و شرایط لازم برای اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت، فرایند طراحی و اجرای مداخلات مربوط به ارتقای کیفیت و ممیزی بالینی یک مؤلفه مهم در مسیر موفقیت برنامه‌های ارتقای کیفیت می‌باشد. در این راستا انتخاب مداخلاتی که دارای پشتوانه عملی و تجربی بالایی هستند (۲۶ و ۲۲) و همچنین مداخلات انتخابی باید مقبولیت مناسبی در بین کارکنان و مردم داشته باشد و تیم ارتقا توان و علاقه لازم برای اجرای کامل مداخله و ممیزی مجدد را داشته باشند (۲۱ و ۲۲ و ۲۵ و ۲۷).

برای اجرای موفقیت‌آمیز ممیزی‌های بالینی صورت گرفته در بیمارستان‌ها و سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید توجه داشت که لزوم توجه به مدیریت ممیزی بالینی و ملزم کردن تیم ممیزی به اجرای مداخلات لازم برای بهبود کیفیت خدمات، موضوع بسیار مهمی در روند اجرای ممیزی بالینی می‌باشد که در این راستا مشارکت دادن تمامی همکاران دخیل در فرایندهای مورد بررسی و همچنین مسئولین رده بالای سازمان می‌تواند در تسریع روند ممیزی کمک کننده باشد (۲۱ و ۷). توجه به علائق و توانمندی‌های کارکنان در طراحی و اجرای مداخلات ارتقای کیفیت و ایجاد زمینه‌های همکاری بین کارکنان و فراهم کردن مشوق‌های لازم برای کارکنان می‌تواند گام‌های مؤثری در جهت بهبود فرایندهای ارتقای کیفیت و گسترش این اقدامات باشد (۲۸ و ۱۸ و ۲۰).

از سوی دیگر بر اساس نتایج مطالعات مختلف در زمینه موفقیت پروژه‌های ممیزی بالینی، باید توجه داشت که در اجرای ممیزی آموزش و تشویق کارکنان در موفقیت فرایند بسیار مهم و تأثیرگذار می‌باشد که برای این کار باید افرادی که توانمندی‌های بین فردی بالایی دارند پرورش داده شوند چرا که بسیاری از کارهایی ممیزی نیاز به فعالیت‌های بین بخشی و بین رشته‌ای دارد که هماهنگی بین آنها نیاز به عزم جدی بین کارکنان و تیم ممیزی دارد (۲۸ و ۷).

همچنین باید توجه داشت که موضوع انتخاب شده برای ممیزی باید موضوعی باشد که استاندارد‌های مربوط به آن به‌صورت شفاف تدوین شده باشد و استانداردهای لازم برای ارزیابی میزان پیشرفت در دسترس می‌باشد. همچنین در صورت لزوم تیم تدوین استاندارد باید یک تیم بین بخشی و توانمند باشد و استانداردهای انتخابی نیز باید واقع بینانه و قابل دستیابی باشند (۲۹ و ۱۸). مشارکت اعضای تیم ممیزی در انتخاب و تدوین استانداردها نیز می‌تواند در افزایش اثربخشی برنامه‌های ارتقای کیفیت کمک کننده باشد (۲۷ و ۴).

باید توجه داشت که بر اساس یافته‌های مطالعات مختلف، فعالیت‌های ممیزی پروژه‌های مفیدی هستند که موفقیت آن‌ها

هریک از این عوامل جهت دستیابی به یک ممیزی بالینی اثربخش ضروری می باشد. سازمان هایی که عملکرد بالایی را در بین رقیبان خود دارند، دارای یک سری ویژگی هایی هستند که در جهت ایجاد محیط و شرایط ارتقای عملکرد می تواند تأثیر داشته باشد. این عوامل همچون طیفی است که یک سوی آن عاملی کمک کننده و سوی دیگر نشانگر مانعی در دستیابی به اهداف عملکردی می باشد. از این رو به نظر می رسد شناسایی وضعیت بیمارستان ها در راستای اجرای برنامه های ارتقای کیفیت و ممیزی بالینی می تواند گام مؤثری در شناسایی صحیح وضعیت آن ها و برنامه ریزی صحیح در راستای اجرای برنامه های ارتقای کیفیت اثربخش باشد. از این رو به نظر می رسد مسئولین بیمارستان ها و مدیران ارشد بهداشت و درمان می توانند با استفاده از ابزار طراحی شده، وضعیت بیمارستان های تحت مدیریت خود را ارزیابی و در مسیر برنامه ریزی درست برای نهادینه کردن برنامه های ارتقای کیفیت گام بردارند.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض و تضاد مالی و غیر مالی بین نویسندگان و سازمان ها و اشخاص ثالث وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بر خود فرض می دانیم از مشارکت و همراهی تمامی متخصصین و مدیران بیمارستان های شرکت کننده در مطالعه، کارکنان و مدیران معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز که در تمامی مراحل جمع آوری داده ها، حامی پژوهش حاضر بودند، کمال سپاس را داشته باشیم. ضمناً از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به خاطر حمایت مالی از پروژه فوق نهایت تشکر را داریم.

با آگاه سازی افراد و گروه هایی که می توانند از نتایج این پروژه استفاده کنند بهبود می یابد. همچنین مشارکت دادن افراد و سازمان هایی که امکان رایبه حمایت های لازم برای گسترش و تکرار این فعالیت ها را دارند، یکی از گام های اساسی در روند اجرای برنامه های ممیزی می باشد (۲۷ و ۳۰).

همچنین یافته های تحقیقات مختلف در زمینه موفقیت برنامه های ممیزی بالینی نشان داده است که موفقیت برنامه های ممیزی بالینی در دستیابی به اهداف، علاوه بر این که تحت تأثیر خود فرایند اجرای ممیزی بالینی می باشد، برخی عوامل دیگر در سازمان و بیمارستان محل اجرایی ممیزی نیز می تواند در تعیین مسیر و موفقیت و اثربخشی آن نقش کمک کننده و یا بازدارنده داشته باشد. هر چند این عوامل به طور مستقیم در فرآیند ممیزی بالینی وارد نمی شوند ولی در ایجاد شرایط و محیط حمایتی برای افزایش امکان بهبود در فرآیندهای مورد بررسی و همچنین ایجاد محیط مشوق برنامه های ممیزی بالینی نقش بسزایی دارند. از این رو محققین مختلف پیشنهاد می کنند؛ مدیران و برنامه ریزان برنامه های ممیزی بالینی در بیمارستان ها لازم است با شناخت دقیق این عوامل در جهت کنترل محیط سازمانی به بهبود اثربخشی برنامه های ممیزی بالینی و همچنین ایجاد محیط حمایتی برای افزایش توجه کارکنان و به خصوص متخصصین بالینی به مسئله بهبود کیفیت خدمات ارائه شده کمک کنند (۱۰).

نتیجه گیری

فرایند ممیزی بالینی نیز مانند سایر فرآیندها از سه جز اصلی درون داد، فرایند و برون داد تشکیل شده است. عوامل موجود در هر یک این اجزا می تواند بر ممیزی بالینی تأثیر مثبتی داشته باشد و دستیابی به موفقیت را تسهیل کند و ضعف در هر یک از عوامل مربوطه می تواند زمینه ساز شکست آن گردد. بنابراین درک دقیقی

References

1. McSherry R, Pearce P. Clinical Governance: A Guide to Implementation for Healthcare Professionals. 3rd ed: John Wiley & Sons; 2011. ISBN: 140513920X, 9781405139205
2. Bowie P, Bradley NA, Rushmer R. Clinical audit and quality improvement – time for a rethink? Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2010;18:42–8. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01523.x
3. Maher D. Clinical audit in developing country. Tropical Medicine and International Health. 1996;1(4):409-13. doi: [10.1046/j.1365-3156.1996.d01-94.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.1996.d01-94.x)
4. Grol R, Wensing M. Implementation of quality assurance and medical audit: general practitioners' perceived obstacles and requirements. British Journal of General Practice. 1995;48:548-52. PMID:74924255. Morehead MA. The medical audit as an operational tool. AJPH. 1967;57(9):1643-. doi: [10.2105/AJPH.57.9.1643](https://doi.org/10.2105/AJPH.57.9.1643)
5. Gnanalingham J, Gnanalingham MG, Gnanalingham KK. An audit of audits: are we completing the cycle? J R Soc Med. 2001 94(6):288-9. PMID: 11387419
6. Guryel E, Acton K, Patel S. Auditing orthopaedic audit. The Royal College of Surgeons of England. 2008;90:675-8. doi: [10.1308/003588408X318147](https://doi.org/10.1308/003588408X318147)
7. Williamson JD. Quality control, medical audit and the general practitioner. Journal of the Royal College of General Practitioners. 1973;23:697-706. PMID: 4804832
8. Hopkins A. Approaches to medical audit. journal of Epidemiology and Community Health. 1991;45:1-3. doi: [10.1136/jech.45.1.1](https://doi.org/10.1136/jech.45.1.1)
9. Vahidi RG, Tabrizi JS, Iezadi S, Gholipour K, Mojahed F, Rasi V. Organizational Facilitators and Barriers to Implementing Effective Clinical Audit: Systematic Review. J Pak Med Stud. 2013;3(1):38-45.

11. Tabrizi JS, Vahidi RG, Iezadi S, Shokri A. Content of clinical audit programs affecting its effectiveness: A systematic review. *The Online Journal of Clinical Audits*. 2013;5(2).
12. Hajizadeh E, Asghari M. *Statistical methods and analyses in health and biosciences a research methodological approach* first ed. Tehran: Jahade Daneshgahi Publications; 2011. ISBN: 978-600-102-196-1
13. Yaghmaie F. Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*. 2003;3(1):25-7.
14. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975;28:563-75. doi: [10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x)
15. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and Recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2007;30:459-67. doi: [10.1002/nur.20199](https://doi.org/10.1002/nur.20199)
16. Gullo A. Prospective manage monitoring: principle, organization and quality of care. *Minerva anestesial*. 2006;72:71-81.
17. Ruckley CV. Mechanisms of audit: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1984;77:40-4. PMID: 6699851
18. Benjamin A. Audit: how to do it in practice. *BMJ*. 2008;336:1241-5. doi: [10.1136/bmj.39527.628322.AD](https://doi.org/10.1136/bmj.39527.628322.AD)
19. Radiology ESo. Clinical audit-ESR perspective. *Insights Imaging*. 2010;1:21-6. PMID: 22347898
20. Wright J, Ayres P, Hill P. Public health in hospitals: new steps in old directions. *Journal of Public Health Medicine*. 1997;19(4):408-12. doi: [10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024669](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024669)
21. Wallin L, Boström A-M, Harvey G, Wikblad K, Ewald U. Progress of unit based quality improvement: an evaluation of a support strategy. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:308-14. doi: [10.1136/qhc.11.4.308](https://doi.org/10.1136/qhc.11.4.308)
22. Foy R, Eccles M, G Jamtvedt JY, Grimshaw J, Baker R. What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2005;5:50-7. PMID: 16011811
23. Moore DA, Klingborg DJ. Using clinical audits to Identify practitioner learning needs. *JVME*. 2003;30(1):57-61. PMID: 12733095
24. Maire JA. Clinical Activities Audit: A Useful Tool for Changing Clinician's Practice. *ACO*. 2003;11(1):27-33. PMID: 1798720225. Wilson A, Tabrizi JS, Gholipour K, Farahbakhsh M. Technical Quality of Maternity Care: the Pregnant Women's Perspective. *Health promotion perspectives*. 2013;3(1):23. PMID: 24688949
26. Gnanalingham J, Gnanaligham M, Gnanaligham K. An audit of audits; are we completing the audit cycle. *Journal of the Royal College of society medicine*. 2001;94:288-9. PMID: 11387419
27. Gillis A. Improving patient care in the UK: clinical audit in the oxford region. *International Journal for Quality in Health Care*. 1998;8(2):2141-152. doi: [10.1093/intqhc/8.2.141](https://doi.org/10.1093/intqhc/8.2.141)
28. Johnston G, Crombie IK, Davies HTO, Alder EM, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in Health Care* 2000;9:23-36. doi: [10.1136/qhc.9.1.23](https://doi.org/10.1136/qhc.9.1.23)
29. Walshe K. Opportunities for improving the practice of clinical audit. *Quality in Health Care*. 2012;4:231-2. doi: [10.1136/qshc.4.4.231](https://doi.org/10.1136/qshc.4.4.231)
30. Nyamtema AS, Jong ABd, Urassa DP, Roosmalen Jv. Using audit to enhance quality of maternity care in resource limited countries: lessons learnt from rural Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011;11:94-100. doi: [10.1186/1471-2393-11-94](https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-94)