Journal of Nurse and Physician within War/Winter 2020/ Eighth Year
ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.8.29.14

Investigating the awareness of managers of army hospitals in Tehran regarding the principles of passive defense

Abstract

Introduction: Risk management is the process of adopting policies and guidelines for accepting, identifying, evaluating, controlling, minimizing or reducing the assessed risks and selecting and implementing appropriate options. The aim of this study was to evaluate the clinical risk management in selected military hospitals in Tehran.
Methods: The present study is descriptive in terms of purpose and its method is descriptive based on the data collection method, the data of which were collected with the standard NHS QIS questionnaire. The statistical population is the members of the crisis committee and the clinical governance team, metrons, supervisors and head nurses of selected army hospitals in Tehran. Among the army hospitals in Tehran, selected hospitals (Khanevade, 502, Besat, Hajar) were randomly selected, the sample size in each hospital was selected by census of 120 people. All statistical calculations and analyzes in this study were performed using SPSS software version 18 and One Sample T-test and Pearson correlation coefficient.
Results: Data analysis showed that all clinical risk variables (existence of risk management approach, alignment of organizational management goals, attention to risk management when making decisions, risk identification and evaluation, evaluation of the effectiveness of risk management framework, use of management experiences Risk, operational planning prioritization, risk management, and adequacy of risk assessment) are above average in selected military hospitals and are confirmed at an error level of less than 5%. According to the results, the highest mean score is related to the identification variable of evaluating the effectiveness of the risk management framework with an average score of 4.76 and the lowest is the variable of prioritization of risk management operational programs with an average of 4.35.
Conclusion: Establishing a system to support risk management in the hospital is essential for its proper functioning. In order to do this, regular clinical risk management monitoring is required to consider the possibility of accepting evolving and dynamic risks.
Keywords: Hospital, Clinical Risk Management, Army

Article Info

Authors:

Sanaz Zargar[1]
Maryam Moradi[2]

***Corresponding authors:**

Sanaz Zargar PhD candidate. Dept. of Health in Disaster and Emergencies. School of Health and Safety. Aja Medical University.
Maryam Moradi PhD Student. Dept. of Health in Disaster and Emergencies. School of Health and Safety. Aja Medical University.
Tel:09910195421.
Address: Aja University of Medical Sciences, Tehran.
Postal Code: 1411718541

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-11-16]
[DOI: 10.29252/npwjm.8.29.14]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ زمستان ۹۹ / سال هشتم

سخن آغازین 10.29252/npwjm.8.29.14 ISSN: 2645-3940

ارزیابی مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان‌های منتخب ارتش در شهر تهران

چکیده

مقدمه: مدیریت ریسک عبارت از فرایند اتخاذ سیاست‌ها و خط مشی‌هایی برای پذیرش، شناسایی، ارزیابی، کنترل، به حداقل رساندن و یا کاهش خطرات ارزیابی شده و انتخاب و اجرای گزینه‌های مناسب است. هدف از این پژوهش ارزیابی مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان‌های منتخب ارتش در شهر تهران می‌باشد.

روش‌کار: پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و روش آن براساس نحوه گردآوری داده‌ها توصیفی است و داده‌های آن با استفاده از پرسشنامه استاندارد **NHS QIS** گردآوری شد. جامعه آماری اعضای کمیته بحران و تیم حاکمیت بالینی، مترون، سوپروایزران و سرپرستاران بیمارستان‌های منتخب ارتش در شهر تهران می‌باشد. از میان بیمارستان‌های ارتش در سطح تهران بیمارستان‌های منتخب (خانواده، ۵۰۲، بعثت، هاجر) به صورت تصادفی انتخاب شدند و حجم نمونه در هر بیمارستان به صورت سرشماری ۱۲۰ نفر انتخاب گردید. کلیه محاسبات و تحلیل‌های آماری در این تحقیق به کمک نرم افزار **SPSS** نسخه ۱۸و از طریق آزمون **T** تک نمونه‌ای (**One Sample T- test**) و ضریب همبستگی پیرسون صورت پذیرفت.

یافته ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که تمام متغیرهای ریسک بالینی (وجود رویکرد مدیریت ریسک، همسویی اهداف مدیریت سازمانی، توجه به مدیریت ریسک به هنگام تصمیم‌گیری، شناسایی و ارزیابی ریسک، ارزیابی اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک، استفاده از تجارب مدیریت ریسک، اولویت بندی برنامه‌های عملیاتی، مدیریت ریسک و کفایت ارزیابی ریسک) در بیمارستان‌های منتخب ارتش بالاتر از حد متوسط بوده و در سطح خطای کمتر از ۵ درصد، تایید می‌شوند با توجه به نتایج بدست آمده، بیشترین میانگین امتیازات مربوط به متغیر شناسایی ارزیابی اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک با میانگین امتیاز ۴/۷۶ و کمترین آن، متغیر اولویت‌بندی برنامه‌های عملیاتی مدیریت ریسک با میانگین ۴/۳۵ است.

نتیجه گیری: ایجاد یک سیستم برای پشتیبانی از مدیریت ریسک در بیمارستان برای عملکرد صحیح آن ضروری است. به منظور انجام این کار یک نظارت منظم مدیریت ریسک بالینی لازم است که امکان پذیرش خطرات در حال تحول و پویا را در نظر گیرد.

کلیدواژگان: بیمارستان، مدیریت ریسک بالینی، ارتش

اطلاعات مقاله

ساناز زرگر[1]
مریم مرادی[2]

وابستگی سازمانی نویسندگان

ساناز زرگر، استادیار سلامت در بلایا و فوریت‌های پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی آجا. Sanazzargar@gmail.com

مریم مرادی، دانشجوی دکتری علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آجا (نویسنده مسئول)، Moradi21922@yahoo.com

تلفن: ۰۲۱۸۸۸۲۲۲۲۲

همراه:۰۹۹۱۰۱۹۵۴۲۱

آدرس: تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا.

عنوان کوتاه: مدیریت ریسک بالینی

کدپستی: ۱۴۱۱۷۱۸۵۴۱

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-11-16]

[DOI: 10.29252/npwjm.8.29.14]

مقدمه

فلسفه وجودی نظام‌های سلامت، تامین و ارتقای سلامت مردم و جامعه بوده، که دستیابی به این هدف تنها با ارائه مراقبت مطلوب و مورد نیاز امکان‌پذیر است (۱). در این میان، مهم‌ترین و شاید رایج‌ترین و در عین حال جامع‌ترین مرکز ارائه کننده این مراقبت‌ها بیمارستان می‌باشد (۲). بیمارستان یکی از نهادهای مهم در نظام نوین سلامت است و از این جهت دارای اهمیت است که منابع عظیمی از سرمایه‌های مرتبط با سلامت جامعه و از طرفی سرمایه‌های انسانی، فیزیکی، مالی و تجهیزاتی را به خود اختصاص می‌دهد؛ لذا ایمنی در محیط بیمارستان به لحاظ اقتصادی، انسانی و اخلاقی از اهمیت زیادی برخوردار است (۳). یکی از بارزترین حقوق انسان‌ها، حق ایمن بودن از خطرات و آسیب‌ها در هنگام دریافت خدمات سلامت است (۴). ایمنی بیمار به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و آسیب به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های بهداشتی، شناخته می‌شود (۵). علیرغم پیشرفت‌های صورت گرفته در مراقبت‌های سلامت، هنوز ایمنی بیمار و بیمار محوری در سیستم‌های مراقبت سلامتی در سراسر دنیا موضوعی نگران‌کننده است (۶). لذا لازم است تا مدیریت ریسک و ایمنی به طور گسترده و همه جانبه بین کشورها و سازمان‌ها به اجرا درآیند (۷). سازمان استاندارد جهانی، ریسک را شامل احتمالی از حادثه و پیامدهای آن می‌داند (۸). ریسک بالینی مفهوم جدیدی است که به عنوان یک اثر منفی مستقیم یا غیر مستقیم بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی تعریف می‌شود که ممکن است ایمنی بیماران را تهدید کرده و باعث بالا رفتن هزینه‌های عملیاتی شود. خطرات بالینی ممکن است به ارائه مراقبت (خطرات اعمال جراحی، مواد و محصولات، خطرات اخلاقی و اطلاعاتی)، ساختار بیمارستان (بروز آتش سوزی، قطع برق، خرابی کامپیوتر، نبود آب) و یا به سازماندهی موسسه (از دست دادن منابع انسانی، عدم وجود پروتکل، حمل بیمار، تصادفات) مربوط شوند (۹).

مدیریت ریسک عبارت از فرایند اتخاذ سیاست‌ها و خط مشی‌هایی برای پذیرش، شناسایی، ارزیابی، کنترل، به حداقل رساندن و یا کاهش خطرات ارزیابی شده و انتخاب و اجرای گزینه‌های مناسب است (۱۰).

مدیریت ریسک در مراقبت‌های سلامتی به گروه متنوعی از اقدامات اطلاق می‌شود که برای بهبود کیفیت و تضمین ایمنی خدمات برای بیماران انجام می‌شود. مدیریت ریسک موثر در مرکز ایمنی بیمار قرار دارد، با این حال، ساختارهای مدیریت ریسک به طور قابل توجهی در بیمارستان‌های مختلف متفاوت است (۱۱).

آمارهای مختلفی از بروز و شیوع خطاهای پزشکی در بیمارستان‌های مختلف منتشر شده است. طبق برآوردهای انجام شده، تقریبا از هر ۱۰ نفری که در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند، یک نفر رویداد ناگواری را تجربه می‌کند که حدود نیمی از آنها قابل پیشگیری هستند. همچنین حدود یک سوم از رویدادها به بیمار زیانی می‌رسانند، که این زیان می‌تواند به صورت‌های گوناگون از بالا بردن طول اقامت تا مرگ متغیر باشد (۲۱). در نیویورک رویدادهای نامطلوب در ۳/۷٪ از خدمات بیمارستانی رخ می‌دهند. همچنین در سوئیس، ۹۲٪ از گزارشات فردی بیانگر وجود خطاهای پزشکی هستند که ۲/۸٪ از این خطاها برای بیمار پیامد داشته است (۳۱).

در سازمان‌های پزشکی- درمانی، اقدامات پزشکی ممکن است با اخلال در کامل کردن یک روند برنامه ریزی شده و یا کاربرد یک برنامه اشتباه در راه رسیدن به یک هدف مشخص همراه باشد (۴۱). مدیریت ریسک در بیمارستان‌ها، برنامه‌ای برای کاهش وقوع و شیوع حوادث قابل پیشگیری است (۵۱). شناسایی و مدیریت خطر یکی از رویکردهای جدیدی است که برای تقویت و اثربخشی سازمان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد (۶۱).

در همین راستا این پژوهش با هدف ارزیابی مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان‌های منتخب ارتش تهران سال ۸۹۳۱ انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و روش آن براساس نحوه گردآوری داده‌ها توصیفی است. در این پژوهش از پرسشنامه SIQ SHN بین اعضای کمیته بحران و تیم حاکمیت بالینی، مترون، سوپروایزران و سرپرستاران بیمارستان‌های منتخب ارتش استفاده شد. برای تهیه پرسشنامه این تحقیق، از استانداردSIQ SHN استفاده شد. سپس فهرست کلیه سوالات و گویه‌های آن از طریق مکاتبه با سازمان SHN انگلستان توسط رضوی (۵۹۳۱) دریافت شد و پس از بررسی و بومی‌سازی سوالات با توجه به نظر اساتید و متخصصان، پرسشنامه‌ای تهیه شد (۷۱). بخش اول از استاندارد شماره یک SIQ SHN در ارتباط با سنجش مدیریت ریسک بالینی است. در این استاندارد هشت متغیر برای مدیریت ریسک بالینی لحاظ شده است،که پژوهش حاضر وضعیت مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان‌ها را با استفاده از این متغیرهای هشتگانه مورد آزمون و ارزیابی قرار می‌دهد. بخش اول مربوط به وجود رویکرد مدیریت ریسک و دارای ۸ سوال، بخش دوم در رابطه با همسویی اهداف مدیریت ریسک با اهداف سازمانی با ۲ سوال، بخش سوم سوالات پرسشنامه مربوط به توجه به مدیریت ریسک بهنگام تصمیم گیری با ۳ سوال، بخش چهارم مرتبط با شناسایی و

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-11-16]
[DOI: 10.29252/npwjm.8.29.14]

ارزیابی ریسک با ۴ سوال، بخش پنجم که مربوط به کفایت ارزیابی ریسک می‌باشد با ۲ سوال، بخش ششم در رابطه با اولویت‌بندی برنامه‌های کنترل ریسک با ۳ سوال، بخش هفتم سوالات مرتبط با استفاده از تجارب مدیریت ریسک با ۳ سوال، و نهایتا بخش هشتم اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک با ۱۱ سوال بود که در مجموع پرسشنامه در ۶۳ سوال در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) مورد بررسی قرار می‌گیرد. جهت بررسی پایایی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن ۰/۲۸ بدست آمد که نشان از پایا بودن ابزار اندازه‌گیری است.

حداکثر میانگین امتیاز هر یک از سوالات پرسشنامه، ۵ می‌باشد. براساس میانگین امتیازات بدست آمده، سطح امتیازات میانگین به سه دسته ضعیف (کمتر از ۳)، متوسط (۳-۴) و خوب (بیشتر از ۴) طبقه بندی شده است.

جامعه آماری این پژوهش اعضای کمیته بحران و تیم حاکمیت بالینی، مترون، سوپروایزران و سرپرستاران بیمارستان‌های منتخب ارتش در تهران با تعداد کل اعضای جامعه ۵۷۱ می‌باشد.

از میان بیمارستان‌های ارتش در سطح تهران بیمارستان‌های منتخب (خانواده، ۲۰۵، بعثت، هاجر) به صورت تصادفی انتخاب شدند و حجم نمونه در هر بیمارستان به صورت سرشماری ۰۲۱ نفر انتخاب گردید. در این پژوهش از استنباط آماری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیات بهره گرفته شد. کلیه محاسبات و تحلیل‌های آماری در این تحقیق به کمک نرم افزار SSPS نسخه ۸۱صورت گرفت که عبارت از آزمون T تک نمونه‌ای (tset -T elpmaS enO) و ضریب همبستگی پیرسون می‌باشند.

یافته‌ها

تکمیل و جمع آوری پرسشنامه طراحی شده از شرکت کنندگان در سال ۸۹۳۱ انجام شد. در مجموع ۰۲۱ پرسشنامه تکمیل شد و اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان به شرح زیر می‌باشد. بیشترین فراوانی سنی ۶۳- ۰۴ سال (۰۵ درصد)، زن (۲۶/۵ درصد)، مرد (۷۳/۵ درصد)، بیشترین افراد شرکت کننده، سرپرستاران ۹۳ نفر (۲۳ درصد)، بالاترین سابقه کار در گروه ۶۱-۰۲ سال (۵۵

جدول شماره ۱- دموگرافیک شرکت کنندگان مطالعه حاضر.

سن	فراوانی	درصد
۳۰-۲۵	۱۲	۱۰
۳۵-۳۱	۲۴	۲۰
۴۰-۳۶	۶۰	۵۰
بیشتر از ۴۰	۲۴	۲۰
جنسیت		
مرد	۴۵	۳۷/۵
زن	۷۵	۶۲/۵
نوع شغل		
مترون	۴	3
سوپروایزر	۳۷	30
سرپرستار	۳۹	32
اعضاء حاکمیت بالینی	۲۵	20
اعضاء تیم بحران	۱۹	15
سابقه کار		
۱۰-۵	۱۲	۱۰
۱۵-۱۱	۲۴	۲۰

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-11-16]

[DOI: 10.29252/npwjm.8.29.14]

درصد) می‌باشد (جدول شماره ۱).
نتیجه آزمون در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که مقدار میانگین حاصله، بالاتر از حد متوسط بوده و فرض صفر مبنی بر برابری میانگین با ۳ رد می‌شود. همچنین پاسخ‌ها به طور روشنی با عدد ۳ (عدد متوسط) و به صورت دو دنباله تفاوت معناداری دارند (سطح معناداری ۰/۵۰). مقدار عدد بحرانی آزمون تک دنباله در سطح آلفای ۰/۵۰ برابر با مقدار ۱/۶۹± می‌باشد. از سوی دیگر مقدار آمار t از مقدار بحرانی تک دنباله ۱/۶۹+ بزرگ‌تر می‌باشد. بنابراین، فرض آزمون تک دنباله مبنی بر بزرگتری با عدد ۳ تایید می‌گردد. در نتیجه رعایت مدیریت کمترین آن مربوط به متغیر اولویت بندی برنامه‌های عملیاتی مدیریت ریسک با میانگین ۴/۵۳ می‌باشد.
نتایج بررسی ضریب همبستگی (جدول شماره ۴) نشان می‌دهد که متغیر وجود رویکرد مدیریت ریسک با ضریب تعیین ۰/۹۸۵، متغیر همسویی اهداف مدیریت سازمانی با ضریب تعیین ۰/۶۲۶ ، توجه به مدیریت ریسک به هنگام تصمیم گیری با ضریب تعیین ۰/۵۵۶، متغیر شناسایی و ارزیابی ریسک با ضریب تعیین ۰/۳۲۵، متغیر ارزیابی اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک با ضریب تعیین ۰/۵۷۴، متغیر استفاده ازتجارب مدیریت ریسک با ضریب تعیین ۰/۸۵۵، متغیر استفاده از اولویت بندی برنامه‌های

جدول شماره ۲- آزمون t تک نمونه‌ای برای آزمون فرضیه اصلی.

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آمار t	درجه آزادی	سطح معناداری	فاصله اطمینان	
						کران پایین	کران بالا
مدیریت ریسک بالینی	۴/۵۹	۰/۲۹	۶۰/۷	۱۱۹	۰/۰۰۰	۱/۵۳	۱/۶۴

ریسک بالینی در بیمارستان‌ها بر مبنای استاندارد SIQ SHN در سطح بالاتر از متوسط قرار دارد و فرضیه اصلی در سطح اطمینان ۵۹ درصد تایید می‌شود.
جدول شماره ۳، نتایج آزمون فرضیات فرعی پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول نوشته شده، مقدار میانگین حاصله برای تمامی متغیرها بالاتر از حد متوسط ارزیابی شده و فرض صفر مبنی بر برابری میانگین با ۳ رد می‌شود (سطح معناداری کمتر از ۰/۵۰). برای تمامی متغیرها مقدار آمار t از مقدار بحرانی تک دنباله ۱/۶۹+ بزرگ‌تر می‌باشد و فرض آزمون تک دنباله مبنی بر بزر گتری با عدد ۳ تأیید می‌گردد. در نتیجه تمام متغیرهای ریسک بالینی (وجود رویکرد مدیریت ریسک، همسویی اهداف مدیریت سازمانی، توجه به مدیریت ریسک به هنگام تصمیم گیری، شناسایی و ارزیابی ریسک، ارزیابی اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک، استفاده از تجارب مدیریت ریسک، اولویت بندی برنامه‌های عملیاتی، مدیریت ریسک و کفایت ارزیابی ریسک) در بیمارستان‌های منتخب ارتش یالاتر از حد متوسط بوده و در سطح خطای کمتر از ۵ درصد، تمامی فرضیات فرعی تایید می‌شوند. با توجه به نتایج بدست آمده، بیشترین میانگین امتیازات مربوط به متغیر ارزیابی اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک با میانگین امتیاز ۴/۶۷ و عملیاتی مدیریت ریسک با ضریب تعیین ۰/۸۲۵ و متغیر کفایت ارزیابی ریسک با ضریب تعیین ۰/۹۸۶ می توانند به طور مثبت و معنا داری در سطح اطمینان ۹۹ درصد، متغیر مدیریت ریسک بالینی را پیش بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت مدیریت ریسک بالینی (براساس شاخص‌های استاندارد SIQ SHN) در بیمارستان‌های منتخب ارتش انجام گردید. نتایج تحقیق حاکی از سطح متوسط مدیریت ریسک بالینی با میانگین ۴/۹۵ بود. این نتایج با مطالعه مظلومی و همکاران که وضعیت مدیریت ریسک بالینی را متوسط گزارش کرده بودند در یک راستا می‌باشد. شریفی و همکاران (۸۱) و زابلی و همکاران (۹۱) در مطالعه‌ای که با هدف" ارزیابی وضعیت مدیریت ریسک در بخش‌های منتخب بیمارستان‌های شهر تهران "انجام گرفت، وضعیت مدیریت خطر در بیمارستان‌های شهر تهران را متوسط ارزیابی کردند که همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. همچنین یافته‌های هندل و همکاران نشان داد که داشتن برنامه‌های مدیریت ریسک و کیفیت بیمارستان‌ها در کاهش خطاهای پزشکی موثر می‌باشد. otacloB و همکاران در پژوهشی با عنوان ص‌سهم

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-11-16]
[DOI: 10.29252/npwjm.8.29.14]

جدول شماره ۳- آزمون t تک نمونه ای برای آزمون فرضیه فرعی.

مولفه	میانگین	انحراف استاندارد	آمار t	درجه آزادی	سطح معناداری	فاصله اطمینان	
						کران پایین	کران بالا
وجود رویکرد مدیریت ریسک	۴/۶	۰/۴۹	۳۵/۶۲	۱۱۹	۰/۰۰۰	۱/۵۱	۱/۶۸
همسویی اهداف مدیریت سازمانی	۴/۶۷	۰/۴۷	۳۹	۱۱۹	۰/۰۰۰	۱/۵۹	۱/۷۶
توجه به مدیریت ریسک به هنگام تصمیم گیری	۴/۵۲	۰/۵۰	۳۳/۳	۱۱۹	۰/۰۰۰	۱/۴۳	۱/۶۱
شناسایی و ارزیابی ریسک	۴/۷۲	۰/۴۵	۴۲/۲	۱۱۹	۰/۰۰۰	۱/۶۴	۱/۸۰
ارزیابی اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک	۴/۷۶	۰/۴۲	۴۵/۶	۱۱۹	۰/۰۰۰	۱/۶۸	۱/۸۴
استفاده از تجارب مدیریت ریسک	۴/۷۱	۰/۴۶	۴۱	۱۱۹	۰/۰۰۰	۱/۶۲	۱/۷۹
اولویت بندی برنامه های عملیاتی مدیریت ریسک	۴/۳۵	۰/۴۸	۳۰/۹	۱۱۹	۰/۰۰۰	۱/۲۶	۱/۴۴
کفایت ارزیابی ریسک	۴/۶۷	۰/۴۷	۳۹	۱۱۹	۰/۰۰۰	۱/۵۹	۱/۷۶

پزشکی قانونی در مدیریت ریسک بالینی" به تجزیه و تحلیل سهم پزشکی قانونی در مدیریت ریسک بالینی و همچنین پیشنهاد یک الگوی سازمانی به منظور هماهنگی مداخله در مدیریت ریسک بالینی، خدمات پزشکی و قانونی پرداختند. این پژوهشگران نشان دادند که تحقیقات سیستماتیک اسناد موجود با هدف استفاده در پزشکی قانونی، امکان دستیابی به اطلاعات بیشتری را در این مورد بالینی فراهم می‌نماید و همچنین تعداد و دقت گزارش‌ها را به واحد ریسک بالینی افزایش می‌دهد (۰۲)، که با مولفه شناسایی و ارزیابی مدیریت ریسک در مطالعه حاضر مرتبط می‌باشد.

یافته‌های Sreep و همکاران در پژوهشی که با عنوان "آموزش شبیه سازی به عنوان بخشی از مدیریت ریسک بالینی: دیدگاه اقتصاد سلامت" انجام شد، نشان دادند که آموزش شبیه سازی شرکت کنندگان را قادر می‌سازد که شرایط شبیه‌سازی را تجربه کنند و اقدامات خود را در موقعیت‌های حساس منعکس نمایند (۱۲)، که با مولفه توجه به مدیریت ریسک به هنگام تصمیم گیری در مطالعه حاضر مرتبط می‌باشد.

Mresna و همکاران در پژوهشی به بررسی مدیریت ریسک بالینی بیمارستان‌ها در کشور آلمان: سطوح اجرایی و زمینه‌هایی برای بهبود پرداختند، نشان دادند که وضعیت مدیریت ریسک (شناسایی ریسک ، تجزیه و تحلیل ریسک و ارزیابی ریسک) در بیمارستان‌های آلمان متوسط می‌باشد (۲۲)، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

نتایج مطالعهBrenir و همکاران با هدف " ارزیابی مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان‌ها: استراتژی ، هماهنگی مرکزی و مذاکره به عنوان عوامل کلیدی" انجام گرفت و سه عامل اصلی در ارتباط با مدیریت ریسک بالینی به شرح ذیل مشخص شدند: اجرای عملکردی برای هماهنگی مدیریت ریسک بالینی،

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-11-16]
[DOI: 10.29252/npwjm.8.29.14]

جدول شماره ۴- بررسی ضریب همبستگی و ضریب تعیین مولفه‌ها.

مولفه ها		وجود رویکرد مدیریت ریسک	همسویی اهداف مدیریت سازمانی	توجه به مدیریت ریسک به هنگام تصمیم گیری	شناسایی و ارزیابی ریسک	ارزیابی اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک	استفاده ازتجارب مدیریت ریسک	اولویت بندی برنامه های عملیاتی مدیریت ریسک	کفایت ارزیابی ریسک
مدیریت ریسک بالینی	ضریب همبستگی	۰/۵۸۹**	۰/۶۲۶**	۰/۶۵۵**	۰/۵۲۳**	۰/۴۷۵**	۰/۵۵۸**	۰/۵۲۸**	۰/۶۸۹**
	ضریب تعیین	۰/۳۵	۰/۳۹	۰/۴۳	۰/۲۷	۰/۲۳	۰/۳۱	۰/۲۸	۰/۴۷

اطمینان از مذاکرات بین خدمات مختلف بیمارستان و توسعه اهداف استراتژیک مدیریت ریسک بالینی (۳۲). که به صورت ضمنی با مولفه همسویی اهداف مدیریت سازمانی مرتبط می‌باشد.

atsoC و همکارانش در مطالعه‌ای با هدف طرح یک سیستم اطلاعات برای حمایت از مدیریت خطر در بیمارستان‌های پرتغال انجام گردید، نشان دادند که برای مدیریت بهتر ایمنی در بیمارستان‌ها، سیستم‌های اطلاعاتی باید با کارایی بهتری فعالیت کنند و موسسات بهداشتی نیازمند پیاده سازی سیستم‌های دقیق مدیریت بالینی هستند (۹). در این زمینه، مدیریت خطر نقش مهمی را با هدف به حداقل رساندن عوارض جانبی و در نتیجه کمک به بهبود کیفیت مراقبتهای بهداشتی فراهم کرده است. با افزایش تعداد و پیچیدگی مسایل در بیمارستان، استفاده از سیستمهای اطلاعاتی برای جمع آوری و نظارت بر دادههای بیمارستان ضرورت می‌یابد که با مولفهی رویکرد مدیریت ریسک در مطالعه حاضر مرتبط میباشد.

گراهام نیل در پژوهشی به بررسی میزان حوادث بیمارستانی در سیستم طب ملی انگلستان پرداخته و بر اساس یافتهها نشان داد که بکارگیری مدیریت ریسک میتواند میزان خطاها را کاهش دهد (۴۲).

در مجموع، ایجاد یک سیستم به منظور پشتیبانی از مدیریت ریسک در بیمارستان جهت عملکرد صحیح آن ضروری است. مدیریت خطر بالینی یکی از مهمترین جنبههای حاکمیت بالینی است که بر ضرورت انجام تجزیه و تحلیل جامع برای کشف علل ریشههای عوارض جانبی تاکید میکند. باید توجه داشت که خطا در محیطهای بالینی هرگز حذف نمی‌گردد، اما میتوان با بهبود و فراهم سازی شرایط و استانداردهایی برای کادر درمان جهت کاهش و کنترل خطر و همچنین شناسایی خطاهایی که به ناچار هنوز هم رخ می دهند، اقدام کرد.

این مطالعه به منظور بررسی مدیریت ریسک بالینی در بیمارستان‌های منتخب ارتش انجام شد و نشان داده شد که به منظور انجام این کار، نظارت منظم مدیریت ریسک بالینی ضروری است تا امکان پذیرش خطرات در حال تحول و پویا را در نظر گیرد. در این پژوهش اثربخشی چارچوب مدیریت ریسک در بیمارستان‌ها "خوب" ارزیابی شد. موفقیت مدیریت ریسک وابسته به اثر بخشی چارچوب مدیریت است که بنیادها و تمهیداتی را که در کل مجموعه در تمامی سطوح آن تعبیه شده‌اند، فراهم می‌سازد. جهت دستیابی بیمارستان‌ها به سطح بالاتر و قابل قبولی از این شاخص، به مسئولین پیشنهاد می‌گردد که اطلاعات در مورد ریسک که از فرآیند مدیریت ریسک به دست می‌آید، به نحو مناسب گزارش شده و به عنوانی اساسی برای تصمیم گیری و پاسخگویی در تمام سطوح سازمانی مربوطه به کار برده شود.

استفاده از استانداردهای حاکمیت بالینی و مدیریت ریسک SIQ SHN، ابزار مناسبی برای رتبه بندی بیمارستان‌ها از نظر حاکمیت و مدیریت ریسک بالینی پیشنهاد می‌شود. همچنین اتخاذ تصمیمات با توجه به مدیریت ریسک، تبعیت از پروتکل‌های ایمنی و حمایت از کارکنان برای مشارکت در شناسایی و ارزیابی ریسک در بیمارستان‌ها باید بصورت جدی پیگیری شود.

این مطالعه تنها بیمارستان‌های منتخب ارتش را مورد مطالعه قرار داد ،که به نظر می‌رسد مقایسه بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از لحاظ میزان موفقیت در استقرار مدیریت ریسک و حاکمیت بالینی موضوع خوبی برای محققان آتی باشد.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-11-16]

[DOI: 10.29252/npwjm.8.29.14]

منابع

1. Madani, Gh. Patient satisfaction from medical and nursing care. The Journal of nursing midwifery research. 2004;3(24): 15-21. [persian]
2. Amerion A, Ebrahimnia M, Karimi-Zarchi AA, Tofighi SH, Zaboli R and et al. Inpatient satisfaction in a military hospital. The Journal of Scientific Information Database. 2009; 11(1): 37-44. [persian].
3.Vockley M. Making wireless work a look at what hospitals are doing. Biomed Instrum Technol. 2016; 50:92-101.
4.Wong P, Helsinger D, Petry J. Providing the right infrastructure to lead the culture change for patient safety. Joint Commission Journal Quality Improvement, 2002;28:363-72
5.Ebrahimpour F, Shahrokhi A, Ghodousi A. Patients' safety and nurses' medication administration errors. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2014; 20 (1) :401-408. [Persian]
6.Aghaei Hashjin A, Kringos DS, Manoochehri J, Ravaghi H, Klazinga NS. Implementation of patient safety and patient centeredness strategies in Iranian hospitals. PLoS ONE, 2014; 9(9): e108831.
7.Baumer JH. Clinical risk management in neonatology. Semin Fetal Neonatal Med 2005; 10:197-202.
8. Arnetz JE, Zhdanova L, Arnetz BB. Patient involvement: A new source of stress in health care work? Health Community. 2016; 7:1-7.
9. Costa F, Patrícia S, João V, Luís Torres P, Vitor C. Proposal of an Information System to Support Risk Management–The Case of the Portuguese Hospital Center CHTMAD. Procedia Technology 2012; 5:951-8
10. McHugh M, Kevin V. Risk Management Staffing Arrangements and Hospital Performance. Journal of Healthcare Risk Management 2011: 1-5.
11.Walshek M, Dineen M. clinical risk management: Making a difference? Birmingham: University of Birmingham; 1998.

12.Watcher RM. Understanding patient safety. United States of America: Mac Graw- Hill Componies; 2008;10: 23-4.
13.Küng K, Carrel T, Wittwer B, Engberg S, Zimmermann N, Schwendimann R. Medication Error in a Swiss Cardiovascular Surgery Department: A Cross-Sectional Study Based on a Novel Medication Error Report Method. Nursing Research and Practice. 2013
14.Scholefield, H. Risk management in obstetrics. Current obstetrics and gynecology 2005; 15: 237-43.
15.Purreza, A, Akbari FA, KhodabakhshNejad, V. Maintenance and safety management on diagnostic departments on hospitals affiliated in Gilan. Health Inform Manage J. 2006;5(8):5-6. [Persian]
16.Vakilian M. Survey on safety management on public hospital affiliated on Hamedan medical university of sciences[dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences1999. [Persian].
17.Mazloumi, N, Turkestani, M. S. And Razavi, F. Evaluation of clinical risk management in hospital, Quarterly Journal of Nursing Management, 2016, 51, (1): 59-49. [Persian].
18.Sharifi, M, Arab, M, Khosravi, B, Hejbari, R. Status of preventive risk management in selected hospitals in Tehran. Health Information Management 2015; 12 (2): 229. [Persian].
19.Zaboli R, Karamali M, Salaem M, Rafarti H. Evaluation of risk management in various parts of Tehran city hospitals. Journal of Military Medicine 2011; 12(4):197-202. [In Persian]
20.Bolcato M, Fassina G, Rodriguez D, Russo M, Aprile A. The contribution of legal medicine in clinical risk management. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):85.
21.Speer T, Mühlbradt T, Fastner C, Schöffski O, Schröder S. Simulation straining ales Teil des klinischen Risikomanagements: Eine gesundheitsökonomische Betrachtung [Simulation training as part of clinical risk management: A health economic view] [published correction appears in Anaesthesist. 2019 Apr 12;]. Anaesthesist. 2019;68(3):161-170.
22.Manser T, Frings J, Heuser G, Mc Dermott F. The German clinical risk management survey for hospitals: Implementation levels and areas for improvement in 2015. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2016; 114:28-38.
23.Briner M, Manser T, Kessler O. Clinical risk management in hospitals: strategy, central coordination and dialogue as key enablers. J Eval Clin Pract. 2013;19(2):363-369.
24.Handel DA, McConnell KJ. Emergency department length of stay and predictive demographic characteristics. Ann Emerge Med. 2007;50(3):10-4.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-11-16]

[DOI: 10.29252/npwjm.8.29.14]