

مقاله پژوهشی

ارزیابی جو حاکمیت بالینی در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی شیراز

طناز فانوسی^۱، محمدخمرنیا^۲، زهرا کاووسی^۳، احمد صادقی^۴، سجاد درزی رامندی^{۵*}

^۱ کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۲ مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
^۳ استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۴ دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۵ دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^{*} نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
sajadramandi@yahoo.com پست الکترونیک:

وصول: ۹۲/۹/۲۳ اصلاح: ۹۳/۱/۳۰ پذیرش: ۹۳/۸/۵

چکیده

زمینه و هدف: حاکمیت بالینی با هدف کاهش شکاف بین کیفیت خدمات ارائه شده و توان بالقوه برای آرایه مطلوب این خدمات در سال های اخیر به اجرا درآمده است. این مطالعه با هدف بررسی جو حاکمیت بالینی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گرفت.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بوده که به صورت مقطعی در تابستان ۱۳۹۲ در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گرفت. جمعیت هدف کلیه کارمندان رده های مختلف ۵ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود. حجم نمونه نیز برابر با ۱۵۰ نفر تعیین گردید. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه استاندارد جو حاکمیت بالینی فریمن استفاده گردید. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط متخصصین مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۷۹٪ برآورد شد. برای تحلیل اطلاعات از آماره های توصیفی و همچنین آزمونهای آنالیز واریانس، تی تست و همبستگی پیرسون توسط نرم افزار SPSS21 بهره گیری شد.

یافته ها: نتایج این مطالعه نشان می دهد که تمام شش مؤلفه حاکمیت بالینی بالاتر از میانگین مبنا قرار دارند. بین متغیرهای سن و سابقه کار با حاکمیت بالینی رابطه آماری معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون تی تست نشان داد بین متغیر جنس با حاکمیت بالینی رابطه آماری معنادار وجود دارد ($P = 0/041$) بدین صورت که میانگین نمره حاکمیت بالینی در زنان بالاتر از مردان بود. **نتیجه گیری:** بیمارستانهای مورد مطالعه در شیراز آمادگی مناسبی برای استقرار حاکمیت بالینی دارند و برای افزایش این میزان پیشنهاد می شود تا تمامی کارکنان بیمارستان آموزش لازم در این زمینه را فرا گرفته و مدیران بیمارستان بستر مناسبی را برای این موضع در بیمارستان مهیا سازند.

واژه های کلیدی: حاکمیت بالینی، کیفیت خدمات، مدیریت یکپارچه، بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

مهمی همچون جان انسان ها سروکار دارند. اما نتایج مطالعات انجام شده حاکی از وجود شکافی عمیق بین کیفیت خدمات ارائه شده و توان بالقوه برای آرایه مطلوب این خدمات است [۱]. این شکاف سبب شد تا نظام های سلامت در دنیا، به دنبال تغییراتی در روش ها و ابزارها برای ارتقاء کیفیت خدمات باشند و در این راستا توانسته

در محیط متغیر امروزی، سازمان ها برای ادامه حیات و بقا نیاز به تغییر و تحول دارند. یکی از سازمان هایی که همواره با تغییر و دگرگونی روبرو می گردد بیمارستان می باشد. خدماتی که در بیمارستان ها ارائه می شود باید از بالاترین کیفیت ممکن برخوردار باشند، چرا که با کالای

اند از روش های متنوعی نیز بهره ببرند. یکی از این ابزارها، حاکمیت بالینی در ارایه خدمات است که برای اولین بار در سال ۱۹۹۸ توسط نظام ملی سلامت انگلستان مطرح شد [۲، ۳]. حاکمیت خدمات بالینی ادغام تمام فعالیت هایی است که مراقبت از بیمار را در یک استراتژی واحد تلفیق می کند. این استراتژی شامل ارتقاء کیفیت اطلاعات، بهبود همکاری، بهبود روحیه کار تیمی و مشارکت، کاهش دامنه تغییرات و بی ثباتی های عملکردی و پیاده سازی طبابت مبتنی بر شواهد است [۴، ۵]. طبق مطالعات پیشین، با وجود اینکه امروزه حاکمیت بالینی به عنوان چهارچوبی مهم و کلیدی می باشد اما کاربرد عملی آن با مشکلاتی مواجه است. در این راستا بیان شده است که حاکمیت بالینی نه به عنوان فعالیتی جداگانه بلکه همانند فعالیت های روزانه افراد در سازمان ها باید مورد ملاحظه قرار گیرد که برای اینکار به کار گروهی و منظم و همچنین تمایل و اشتیاق برای این امر نیاز می باشد. [۶] عملکرد موفق حاکمیت خدمات بالینی نیازمند استقرار فرهنگی است که متخصصان حوزه سلامت را ترغیب کند تا بطور مستمر از خود بپرسند که آیا عملکردی مناسب دارند و نیز اینکه چگونه می توانند عملکرد خود را بهبود بخشند [۷]. قابل ذکر است که ارزیابی اجرای حاکمیت بالینی برای اجرای موفق آن ضروری می باشد. به گونه ای که در مطالعه ای بیان شده است که روش ارزیابی حاکمیت بالینی باید بر اساس شواهد مبتنی بر عملکرد توسعه یابد و مورد استفاده قرار گیرد. [۸] به هرحال، علیرغم فراوانی مطالب مربوط به حاکمیت بالینی، هنوز مفاهیم زیادی در این زمینه وجود دارد که به درستی قابل فهم نیستند. یکی از این مسائل آمادگی برای معرفی و پیاده سازی موفقیت آمیز حاکمیت بالینی در درون سازمان می باشد. بنابراین تعجب برانگیز نیست که ارائه دهندگان مراقبت سلامت با مشکلاتی در عملیاتی سازی حاکمیت بالینی و بهبود عملکرد آن و گسترش سیستم ها، ساختارها و ابزارهایی برای مدیریت و پایش این رویکرد کیفیتی روبرو شوند [۹]. اگر سازمان ها موفق به تغییر جو و فرهنگ خودشان نشوند، تلاش برای تغییر دادن عملکرد سازمان های ارائه دهنده مراقبت سلامت و سوق دادن آنها در زمینه حاکمیت بالینی

محکوم به شکست است. این موضوع بیش از اندازه پیچیده می باشد، بخصوص در بستر بیمارستان که افراد با فرهنگ های مختلف حضور داشته و درون سازمان با یکدیگر تعامل دارند [۱۰]. به علاوه، موضوعات مربوط به بهبود کیفیت در بیمارستان ها بسیار پیچیده و مبهم می باشد و اجزاء و عناصر آن در هر فرهنگی متفاوت می باشد. این موانع، تهدیدی واقعی برای معرفی سیستم های حاکمیت بالینی پیشرو می گذارند که فرهنگ، جو و فعالیت های با سابقه طولانی در سازمان ها را به چالش می کشاند و یک پیش فرض دوباره اندیشی اساسی را در مسیر کیفیت بالینی مفهوم سازی کرده و مطرح می نمایند [۱۱]. به گونه ای که در مطالعات انجام شده بیان گردیده است که دانش و آگاهی در خصوص حاکمیت بالینی، فرهنگ سازمانی و حمایت مدیران سازمان از این برنامه، توانایی برقراری اهداف و استراتژی های شفاف، و در نهایت دیدگاه مثبت مدیران ارشد درباره برنامه حاکمیت بالینی و قرار دادن آن به عنوان مأموریت اصلی در سازمان، برای اجرای موفق آمیز حاکمیت بالینی ضروری می باشد [۱۲، ۱۳].

در مطالعه ای بیان شده است که در ایران نیز مانند دیگر کشورها، بهبود کیفیت خدمات سلامت در نظام سلامت دارای اولویت بالایی می باشد به گونه ای که از سال ۲۰۰۹ اجرای حاکمیت بالینی برای بیمارستان های سراسر کشور به عنوان وظیفه ای در نظر گرفته شده است. با وجود تلاش های فراوان در این زمینه، هنوز چالش هایی برای شفاف سازی مفاهیم و پیاده سازی موفق حاکمیت بالینی در ایران وجود دارد که این امر، لزوم توجه به مفاهیم پیچیده حاکمیت بالینی و ابعاد آن را بیشتر از پیش نشان می دهد [۱۴]. نتایج مطالعه ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان های ارتش جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۲) بیانگر این است که بیمارستانهای مورد مطالعه در اکثر حیطه ها در سطح متوسط و نزدیک به متوسط قرار دارند که این امر نیازمند برنامه ریزی منسجم تری جهت بهبود وضعیت بیمارستان های آجا در زمینه حاکمیت بالینی می باشد [۱۵].

بنابراین با توجه به اینکه برنامه حاکمیت بالینی از سال ۱۳۸۵ در کشور ما مورد توجه قرار گرفته و در سال ۱۳۹۰ نیز اولین ارزیابی سیستماتیک در این زمینه از بیمارستان

های کشور صورت گرفته است، این مطالعه با هدف تعیین میزان آمادگی و ارزیابی جو بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شیراز برای استقرار حاکمیت بالینی در سال ۱۳۹۲ انجام شد تا نقاط ضعف و قوت بیمارستانها در اجرای این برنامه مهم کشوری را ارزیابی و شناسایی کنند.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه تحلیلی بوده که به صورت مقطعی در تابستان ۱۳۹۲ انجام گرفت. جمعیت هدف کلیه کارمندان شاغل رده های مختلف (از جمله کادر پرستاری، اداری-پشتیبانی و غیره) در ۵ بیمارستان دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود که به روش تصادفی از بین تمام بیمارستان های آموزشی شهر شیراز (۱۵ بیمارستان) انتخاب گردیدند. با توجه به نظر متخصص آماری و نیز بررسی سایر مطالعات حجم نمونه برابر ۱۵۰ نفر تعیین گردید.

ابزار جمع آوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه بود که بدین منظور از پرسشنامه استاندارد جو حاکمیت بالینی فریمن [۱۶] استفاده گردید. پرسشنامه جو حاکمیت بالینی فریمن دارای ۶ بعد و ۶۰ گویه می باشد. بعد بهبود کیفیت از سؤالات ۱ تا ۲۱، بعد مدیریت خطر از سؤالات ۲۲ تا ۳۲، بعد فقدان سرزنش و تنبیه غیر موجه از سؤالات ۳۳ تا ۴۱، بعد کار گروهی از سؤالات ۴۲ تا ۴۷،

بعد آموزش و توسعه از سؤالات ۴۸ تا ۵۵ و بعد یادگیری سازمانی از سؤالات ۵۶ تا ۶۰ می باشد. مقیاس امتیازبندی به سؤالات بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای و از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) بوده است؛ بنابراین کسب بیشترین امتیاز یعنی نمره ۳۰۰ به معنی بیشترین حمایت جو سازمانی از پیاده سازی حاکمیت بالینی خواهد بود. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط متخصصین رشته مدیریت خدمات بهداشتی مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن با استفاده از روش الفای کرونباخ، ۰/۷۹ برآورد شد. برای تحلیل داده ها از آماره های توصیفی و همچنین آزمونهای آنالیز واریانس، تی تست و همبستگی پیرسون توسط نرم افزار SPSS21 بهره گیری شد. همچنین در مطالعه حاضر محققین پس از کسب مجوز از دانشگاه برای انجام پژوهش، رعایت محرمانگی در اطلاعات کسب شده از بیمارستان و کسب مجوز برای انتشار نتایج از محیط پژوهش اقدام به جمع آوری اطلاعات و انجام پژوهش نمودند.

یافته ها

در این مطالعه پرسشنامه بین ۱۵۰ نفر از افراد توزیع و همین تعداد نیز جمع آوری گردید. نتایج نشان داد که میانگین سنی افراد ۳۳/۷ سال بود. از این تعداد ۵۱ نفر مرد (۳۴ درصد) و ۹۹ نفر زن (۶۶ درصد) بودند. همچنین

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه در بیمارستانهای دولتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

متغیر	مؤلفه	فراوانی	درصد
سطح تحصیلات	دیپلم	۱۶	۱۰/۷
	فوق دیپلم	۸	۵/۳
	لیسانس	۱۱۲	۷۴/۷
	فوق لیسانس	۱۴	۹/۳
پست سازمانی	سوپروایزر پرستاری	۱۳	۸/۷
	پرستار	۶۲	۴۱/۳
	بهیار	۱۹	۱۲/۷
	اداری و پشتیبانی	۵۶	۳۷/۳
سابقه کار	۱ تا ۵ سال	۵۵	۳۶/۶
	۶ تا ۱۱ سال	۴۳	۲۸/۷
	۱۲ تا ۱۷ سال	۳۰	۲۰/۰
	۱۸ تا ۲۲ سال	۱۵	۱۰/۰
	۲۲ سال به بالا	۷	۴/۷

جدول ۲: میانگین ابعاد استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز

متغیر	حداقل امتیاز	حداکثر امتیاز	میانگین کسب شده	انحراف معیار	میانگین مبنا	اختلاف میانگین	df	P_value
بهبود کیفیت برنامه ریزی شده و یکپارچه	۲۱	۱۰۵	۷۶/۵	۸/۱۴	۵۷/۵	۱۹/۰	۱۴۹	۰/۰۰۱
مدیریت خطر فعال	۱۱	۵۵	۳۵/۱	۵/۷	۲۵	۱۰/۱	۱۴۹	۰/۰۰۱
فقدان سرزنش و تنبیه غیر موجه	۹	۴۵	۳۰/۴	۵/۹	۲۲/۵	۷/۹	۱۴۹	۰/۰۰۱
کار گروهی با همکاران	۶	۳۰	۲۰/۷	۳/۷	۱۵	۵/۷	۱۴۹	۰/۰۰۱
آموزش و توسعه	۸	۴۰	۲۶/۶	۴/۳	۲۰	۶/۶	۱۴۹	۰/۰۰۱
یادگیری سازمانی	۵	۲۵	۱۴/۴	۴/۵	۱۰	۴/۴	۱۴۹	۰/۰۰۱
نمره حاکمیت بالینی	۶۰	۳۰۰	۲۰۴	۱۹/۳	۱۵۰	۵۴/۰	۱۴۹	۰/۰۰۱

یافته ها نشان داد ۷۴ درصد افراد دارای مدرک لیسانس می باشند. ۴۱ درصد افراد، پرستار و سایر افراد در گروه های اداری، پشتیبانی و خدمات مشغول به فعالیت بوده اند. مشخصات دموگرافیک جامعه مورد مطالعه در جدول یک آورده شده است.

یافته های این مطالعه نشان می دهد که تمام شش مؤلفه حاکمیت بالینی بالاتر از میانگین مبنا قرار داشته و اختلاف میانگین ها در هر گروه معنا دار است ($P < 0.001$)؛ اما در عین حال مؤلفه بهبود کیفیت برنامه ریزی شده و یکپارچه بالاترین امتیاز و مؤلفه یادگیری سازمانی کمترین امتیاز را به خود اختصاص داد. همچنین امتیاز کلی وضعیت حاکمیت بالینی (۲۰۴/۵) بالاتر از میانگین مبنا قرار داشت (جدول ۲).

برای تعیین سطح معناداری بین متغیرهای سن و سابقه کار با جو حاکمیت بالینی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد و نتایج نشان داد که رابطه آماری معناداری بین آنها وجود ندارد ($P > 0.05$). همچنین نتایج آزمون تی نشان داد بین متغیر جنس با حاکمیت بالینی رابطه آماری معنادار وجود دارد ($P = 0.041$) بدین صورت که میانگین نمره جو حاکمیت بالینی در زنان بالاتر از مردان

بود. نتایج آزمون آنالیز واریانس نیز نشان داد که بین حاکمیت بالینی با متغیر سطح تحصیلات ($P = 0.797$) هیچ رابطه ای وجود ندارد اما با پست سازمانی ($P = 0.039$) رابطه آماری معنادار وجود دارد.

بحث

با توجه به اهمیت برنامه حاکمیت بالینی در سال های اخیر و لزوم اجرای آن در تمام بیمارستان های کشور، مطالعه حاضر با هدف بررسی استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که بیمارستان های مورد مطالعه دارای میانگین بالاتر از میانگین مبنا بوده و بدین صورت دارای شرایط مناسبی برای استقرار حاکمیت بالینی می باشند. در رابطه با یافته های این مطالعه، تکبیری و همکاران نیز در پژوهش خود دریافتند که مقایسه میانگین امتیازات محور مدیریتی قبل و بعد از استقرار حاکمیت بالینی نشان دهنده اثرگذاری حاکمیت بالینی در بهبود و پیشرفت محور مدیریتی در بیمارستانهای مورد مطالعه بوده که خود می تواند زمینه ای برای پیشرفت و ارتقاء سطح ایمنی بیمار و بهبود خدمات سلامت ایجاد نماید [۱۷]؛ همچنین، داودی در

مطالعه خود دریافت که بین امتیازهای محورهای مورد ارزیابی قبل و بعد از استقرار حاکمیت بالینی، مداخلات صورت گرفته در راستای استقرار حاکمیت بالینی مؤثر بوده و نهایتاً امکان بهبود کیفیت خدمات وجود دارد [۱۸]. به علاوه در مطالعه دیگری نیز که داودی و همکاران انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که مداخلات صورت گرفته در زمینه مدیریت خطر و ایمنی بیمار در راستای استقرار حاکمیت بالینی مؤثر بوده و می تواند گامی در جهت کاهش و به حداقل رساندن مخاطرات بالینی باشد [۱۹]. بنابراین تمامی این مطالعات به اثربخش بودن اجرای ابعاد مختلف حاکمیت بالینی در بیمارستان پی بردند و در مطالعه حاضر نیز نتیجه گرفته شد که بعد بهبود کیفیت نیز امتیاز بالایی داشته است و می توان از این مؤلفه در جهت تقویت نمودن برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستان ها استفاده نمود.

در پژوهشی که کاراساویدو^۱ انجام داد دریافت که جو و فرهنگ موجود در بیمارستان حمایت کافی برای اجرای موفق آمیز حاکمیت بالینی را دارا نمی باشد و نواحی نیازمند اجرای حاکمیت بالینی باید مورد توجه بسیاری قرار گیرند. همچنین بیان نمودند که وضعیت بیمارستان مورد مطالعه نیز از نظر جو حاکمیت بالینی و کیفیت خدمات در سطح متوسطی قرار دارد [۲۰]. از انجایی که حاکمیت بالینی از اولویت های نظام سلامت کشور می باشد لذا در راستای ارتقاء و گسترش برنامه های حاکمیت بالینی در بیمارستان می توان از موارد بسیاری بهره جست؛ از جمله عواملی که فیلیپس^۲ و همکاران در مقاله خود بیان نمودند که شامل شاخص های بالینی بومی شده، استفاده از سیستم های رایانه ای ثبت اسناد پزشکی، همکاری سازمان های محلی مراقبت های بهداشتی اولیه که ظرفیت و توانایی حمایت از حاکمیت بالینی و به عهده گرفتن مسئولیت استقرار آن را دارند و همین طور مشارکت بخش های بومی جامعه محور، که می تواند باعث ارتقاء حاکمیت بالینی و یکپارچه سازی آن با سایر مراقبت های بهداشتی درمانی گردد. علاوه بر این، از جمله مهم ترین موارد مؤثر بر گسترش و توسعه حاکمیت بالینی در

بیمارستان می توان به مشارکت کارمندان سطوح مختلف در این زمینه اشاره نمود. مشارکت مدیران و تعامل آنان با سایر کارکنان نیز عاملی مهم و مؤثر در راستای ارتقاء حاکمیت بالینی می باشد [۲۱] و از آنجا که در این مطالعه یادگیری سازمانی دارای امتیاز کمتری بود، لذا با توجه به نتایج مقاله اخیر، اهمیت این مؤلفه از حاکمیت بالینی معلوم گردیده و لازم است که مورد نظر قرار گیرد. همچنین گرینفیلد^۳ و همکاران در پژوهش خود بیان نمودند که مدل جدید عملی حاکمیت بالینی می تواند به طور گسترده ای به کار برده شود و همچنین منجر به توسعه اساس و زیربنای حاکمیت بالینی می گردد. به عبارتی این مطالعه بیان می دارد که استراتژی هایی برای از بین بردن تفاوت های بین فعالیت های کارمندان سطوح مختلف با کارمندان سطوح مدیریتی در این زمینه لازم می باشد [۲۲]. علاوه بر این بریس ویت^۴ و همکاران در مطالعه خود دریافتند که رویکرد جامع به حاکمیت بالینی الزاماً شامل مشارکت فعال مدیران ارشد و اجرایی برای حمایت و ارتقاء حاکمیت بالینی به عنوان استراتژی مناسبی برای بهبود ایمنی و کیفیت خدمات می باشد [۲۳]. افشاری و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که درک لازم در مورد انجمن حاکمیت و مدیریت برای حمایت از رهبری بالینی مسئله مهمی است و باید از بالاترین سطوح مدیریتی تا مدیران اجرایی در این زمینه نسبت به این مقوله درک عمیقی داشته باشند تا حاکمیت بالینی در سیستم بهداشتی درمانی ما به طور یکپارچه مستقر گردد [۲۴]. همچنین فعالیت گروهی بین گروه بالینی با سطوح مختلف مدیریتی و مشارکت نزدیک آنها برای پیشبرد حاکمیت بالینی نیز بسیار حیاتی می باشد. در این راستا لازم است که جهت اجرای موفق آمیز حاکمیت بالینی به افزایش آگاهی و اطلاعات کارمندان شاغل و درگیر در این برنامه توجه ویژه ای مبذول گردد. در این راستا، حیاتی و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که بیمار و پزشکان و سایر کارکنان شاغل نیازمند تداوم آموزش های مربوطه هستند و باید تلاش هایی در جهت افزایش سطح اطلاعات و آگاهی پرسنل به کار

3 -Greenfield
4- Braithwaite

1- Karassavidou
2 -Phillips

در دسترس نبوده و از جمله محدودیت های مطالعه در نظر گرفته شد که برای رفع آن سعی شد از حداکثر منابع و مستندات موجود استفاده شود؛ همچنین پزشکان به دلیل مشغله کاری تمایلی برای همکاری در پژوهش نشان نداده که برای رفع این موضوع سعی شد از سایر کادر درمانی برای جمع آوری داده ها استفاده شود.

نتیجه گیری

جو سازمانی بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شیراز از لحاظ استقرار حاکمیت بالینی در وضعیت مناسب قرار داشته و تمام مولفه های حاکمیت بالینی نمره بالاتر از میانگین مبنا کسب نمودند. این وضعیت می تواند به عنوان الگویی برای سایر بیمارستانها و مراکز درمانی باشد.

تشکر و قدر دانی

این مطالعه به صورت مستقل و بدون حمایت مالی انجام شده است؛ نویسندگان بر خود لازم می دانند از مدیران و کارکنان بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شیراز و تمام کسانی که در انجام این مطالعه به نحوی ما را یاری کرده اند سپاس گزاری و قدردانی نمایند.

References

1. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, "et al", A Study Of Cultural Changes In Primary Care Organizations Needed To Implement Clinical Governance, Br J Gen Pract, 2002; 52(481): 641-645.
2. Campbell SM, Sweeney GM, The Role Of Clinical Governance As A Strategy For Quality Improvement In Primary Care, Br J Gen Pract, 2002; 52(482):12-7.
3. Clinical Governance Policies And Procedures, NHS Report, 2008.
4. Information Healthcare, Transforming Healthcare Using Information And IT, Cardiff: Welsh Assembly Government, July 2003.
5. Adams D, The Hitch Hiker's Guide To The Galaxy, London: Pan, 1979.
6. Lugon Myriam, Clinical governance—from rhetoric to reality? Current Paediatrics, 15, 460-465, 2005
7. Philip A, Julie W, Lyle B, Linda R, Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series, Committee On Identifying And Preventing Medication Errors, Cronenwett, 2007.

گرفته شود تا بتوان به نتایج مفیدی دست یافت [۲۵]، بدین صورت بستر لازم جهت ارتقای یادگیری سازمانی نیز فراهم می گردد. حسینی و همکاران نیز در پژوهش خود بیان نمودند که ارتقاء سطح کیفیت خدمات پزشکی و امکانات درمانی و افزایش سطح اطلاعات بیماران در موقع ترخیص باعث افزایش رضایت بیماران و همچنین کاهش میزان ترخیص با میل شخصی می شود [۲۶]. این مورد نیز به نوبه خود بر بهبود کیفیت نتایج بیماران و پیامدهای مربوطه تاثیر به سزایی خواهد داشت.

نتایج مطالعه نشان داد بین متغیر جنسیت و پست سازمانی با حاکمیت بالینی رابطه معنادار وجود دارد بدین ترتیب که در زنان، دیدگاه راجع به حاکمیت بالینی بهتر بود؛ بدین ترتیب می توان با توجه بیشتری بر گروههای جنسی و کارمندان شاغل در بیمارستان به افزایش توجه به حاکمیت بالینی در بیمارستان دست یافت.

با توجه به نو بودن برنامه حاکمیت بالینی در کشور و کمبود تجربیات لازم در این زمینه، منابع اطلاعاتی و اجرایی کافی برای بستر سازی حاکمیت بالینی به خوبی

8. Specchia, Maria Lucia, Torre. La Giuseppe, Siliquini. Roberta, "et al", COorPresTpoIGndeOncVe - A new methodology for evaluating Clinical Governance implementation by health providers, BMC Health Services Research, 10:174. 2010.
9. Konteh F, Mannion R, Clinical Governance Views On Culture And Quality Improvement, Clinical Governance: An International Journal: 2006; 4 (3): 200 -7.
10. Peak M, Bruke R, Ryan S, Wratten K, Turnock R, Clinical Governance – The Turn Of Continuous Improvement? Clinical Governance: An International Journal, 2005; 10(2): 98-105.
11. Morgan P, Ogbonna E, Sub-Cultural Dynamics In Transformation: A Multi-Perspective Study Of Healthcare Professionals, Human Relations, 2008; Vol. 6(1): 39-65.
12. Hogan H, Basnett I, McKee M, Consultants' attitudes to clinical governance: Barriers and incentives to engagement. Public Health, 121, 614-622, 2007.
13. Ravaghi, Hamid, Heidarpour, Peigham, Mohseni, Maryam and Rafiei, Sima, Senior

Managers' Viewpoints Toward Challenges of Implementing Clinical Governance: A National Study in Iran, *International Journal of Health Policy and Management*, 1(4), 295–299, 2013[Persian]

14. Heyrani Ali, Maleki Mohammadreza, Barati Marnani Ahmad, Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: a systems approach, *Implementation Science*, 7:84. 2012[Persian].

15. Dahnavi H, Markazi Moghadam N, Designing the evaluation framework for Clinical governance in IR Iran AJA Hospitals, *J Army Univ Med Sci*. 2014 January; 11 (4) : 311-317[Persian]

16. Freeman T, Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the Clinical Governance Climate Questionnaire, *Health Services Management Research*, 2003;16(4):234-50.

17. Takbiri A, Amini A, Samimi N, Zare Hosseini M. Mashhad Based Study Management In Hospitals Before And After The Implementation Of Clinical Governance In 2010, Congress Clinical Audit And Quality Improvement; Tabriz University Of Medical Sciences And Health Services, 2011 [Persian].

18. Davoudi R, Soltanifar A, Hossieni T, Ghoshkhaneh H, Mashhad Based Study Of Risk Management And Patient Safety In Hospitals Before And After The Implementation Of Clinical Governance In 2010, Congress Clinical Audit And Quality Improvement; Tabriz University Of Medical Sciences And Health Services 2011. [Persian]

19. Davoudi R, Rahmani S, Soltanifar A, Hosseini T, Sabori G, The Impact Of Clinical Governance In Hospitals In Mashhad In 2010, Congress Clinical Audit And Quality Improvement; Tabriz University Of Medical Sciences And Health Services 2011. [Persian]

20. Eleonora Karassavidou, , Niki Glaveli), Kostas Zafiroopoulos, Assessing Hospitals'

Readiness For Clinical Governance Quality Initiatives Through Organisational Climate, *Journal Of Health Organization And Management* > Volume 25 Issue 2. 2011

21. Christine B Phillips, Christopher M Pearce, Sally Hall, Joanne Travaglia, Simon De Lusignan, Tom Love And Marjan Kljakovic Can Clinical Governance Deliver Quality Improvement In Australian General Practice And Primary Care? A Systematic Review Of The Evidence, *Med J Aust* 2010; 193 (10): 602-607.

22. David Greenfield, Peter Nugus, Greg Fairbrother, Jacqueline Milne, Deborah Debono, Applying And Developing Health Service Theory: An Empirical Study Into Clinical Governance, *Clinical Governance: An International Journal* > Volume 16 Issue 1. 2011.

23. Jeffrey Braithwaite And Joanne F Travaglia, An Overview Of Clinical Governance Policies, Practices And Initiatives, *Australian Health Review* 32(1) 10 – 22. 2008.

24. Afshari M, Qeshm M, Provide Measures Of The Development Of Clinical Governance In Health Centers. Congress Clinical Audit And Quality Improvement; Tabriz University Of Medical Sciences And Health Services 2011. [Persian]

25. Hayati H, Zafari A, The Establishment Of Clinical Governance And Operational Plans, Medical Waste, Congress Clinical Audit And Quality Improvement; Tabriz University Of Medical Sciences And Health Services 2011. [Persian]

26. Hosseini S, Naderi F, Fasihi Ramandi A, Factors Affecting Personal Discharge During Bed Making And Implementation Of Clinical Governance Martyr Rajai Hospital In Qazvin In 2010, Congress Clinical Audit And Quality Improvement; Tabriz University Of Medical Sciences And Health Services 2011. [Persian]

Original Article

The Assessment of Clinical Governance Climate in Selected Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences

Fanusi T¹, Khammarnia M², Kavosi Z³, Sadeghi A⁴, Darzi Ramandi S⁵

¹M.Sc Student of Health Services Management, , Faculty of Management & Medical Info, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

²Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

³Assistant Professor, Health Services Management, Faculty of Management & Medical Info, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

⁴Ph.D Student of Health Services Management, Faculty of Management & Medical Info, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁵ M.Sc Student of health economic Faculty of Management & Medical Info, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

***Corresponding Author:**

Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Email:

sajadramandi@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives: in the recent decades, clinical governance have been used for reducing a deep division between the qualities and the potential to provide the desired and high quality services en. This study aimed to assess the readiness to deploy clinical governance in hospitals of Shiraz University of Medical Sciences.

Material & Methods: This study is a cross-sectional study was conducted in the summer of 2013. The target population for all categories of staff in five hospital affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. The sample size was set equal to 150. Standardized questionnaire to collect information on clinical governance climate Freeman (26) was used. Content validity of the questionnaire was approved by the therapists and reliability using Cronbach's alpha, was estimated at 79%. For data analysis, descriptive statistics and ANOVA, t-test and Pearson correlation were used SPSS21 software.

Results: The findings of this study indicate that all six components of clinical governance are higher than the baseline average. Between the age and experience of clinical governance there is no statistically significant relationship ($P > 0.05$). T test results also showed that there is a statistically significant relationship between gender and clinical governance ($P = 0.041$) so that the mean clinical governance was higher in women than in women.

Conclusion: the hospitals in this study have a good readiness for implementation of clinical governance and to develop and enhance this, it suggested that focus on educational staff needs and managers's perspective.

Key words: Clinical Governance, Service Quality, Integrated Management, Hospital, of Shiraz University of Medical Sciences.

Submitted: 14 Dec 2013

Revised: 19 Apr 2014

Accepted: 27 Oct 2014