

ارزیابی نگرش کارکنان نسبت به حاکمیت بالینی، موانع، عوامل تسهیل کننده و پیامدهای این رویکرد

جمیله فرخ‌زادیان^۱، پروین منگلیان شهربابکی^{۲*}

• دریافت مقاله: ۹۴/۴/۲

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۴/۵/۱۰

• پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۱۰



چکیده

مقدمه: حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارایه دهنده خدمات بالینی، در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخ‌گو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند. با توجه به این که بیش از نیم دهه است رویکرد حاکمیت بالینی به بیمارستان‌های ایران معرفی شده است و کارکنان بالینی نقش بسیار مهمی در اجرا و ساماندهی آن دارند؛ لذا این مطالعه با هدف ارزیابی نگرش کارکنان بالینی نسبت به حاکمیت بالینی، موانع، عوامل تسهیل کننده و پیامدهای اجرا و ساماندهی این رویکرد انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که به شیوه مقطعی در یک بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۳ انجام شده است. داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته و پنج بخشی (مشخصات دموگرافیک، نگرش، موانع، عوامل تسهیل کننده و پیامدهای حاکمیت بالینی) جمع‌آوری شدند. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام گرفت و ۱۴۷ نفر از پرسنل بالینی در مطالعه شرکت کردند. از آمار توصیفی (درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی (آزمون t مستقل، تحلیل واریانس و ضریب همبستگی پیرسون) استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ۷۳/۵٪ از کارکنان سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی حاکمیت بالینی را داشتند. نگرش کارکنان بالینی نسبت به حاکمیت بالینی در حد متوسط بود ($3/18 \pm 1/21$). همچنین موانع، عوامل تسهیل کننده و پیامدهای حاکمیت بالینی نیز در حد متوسطی بودند. بزرگترین مانع از دیدگاه کارکنان افزایش کاغذبازی، مقررات و تشریفات اداری ($4/01 \pm 1/91$) بود، مهمترین فاکتور تسهیل کننده برنامه‌های آموزشی مانند سمینارها و کارگاه‌ها ($3/77 \pm 1/20$) و مهمترین پیامد حاکمیت بالینی جلوگیری از اشتباهات و خطاها در مسیر ارایه خدمات و یادگیری از آن‌ها ($3/48 \pm 1/95$) بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به این که اجرای حاکمیت بالینی پیچیده و پویا است اجرا و ساماندهی موفق آن نیازمند یک برنامه استراتژیک متناسب با ساختار، موقعیت و امکانات بیمارستان‌های ایران و بر اساس موانع و عوامل تسهیل کننده و پیامدهای سازنده آن است.

واژگان کلیدی: ارتقاء کیفیت، حاکمیت بالینی، نگرش، موانع، عوامل تسهیل کننده، پیامدها

ارجاع: فرخ‌زادیان جمیله، منگلیان شهربابکی پروین. ارزیابی نگرش کارکنان نسبت به حاکمیت بالینی، موانع، عوامل تسهیل کننده و پیامدهای این رویکرد. مجله پژوهش-های سلامت محور ۱۳۹۴؛ ۱(۱): ۷۴-۶۱.

۱. استادیار، بخش بهداشت همگانی، دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲. دانشجوی دکتری، دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۳. مربی، گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهربابک، شهربابک، ایران.

* نویسنده مسؤول: دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بزرگراه هفت باغ

Email: mangolian167@yahoo.com

تلفن: ۰۳۴۳۴۱۱۳۲۰۰، ۰۳۴۳۱۳۲۵۱۹۸

مقدمه

طی دو دهه اخیر این تفکر که سیستم سلامت به اندازه کافی ایمن نیست، فشار زیادی بر سیستم‌های مراقبت سلامت برای افزایش بهره‌وری و بهبود کیفیت عملکرد وارد کرده است (۱). همچنین نگرانی از کیفیت و ایمنی، افزایش هزینه‌ها و نارضایتی مردم از خدمات مراقبت سلامت، افزایش اشتباهات پزشکی (۲)، فقدان و یا ضعف استانداردهای بهبود خدمات عمیقاً اجرای یک رویکرد سیستماتیک ارتقاء کیفیت را ضروری ساخته است (۳، ۴). بدین جهت در کشورهای مختلف رویکردها و ابزارهای متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامت تا به امروز به کار گرفته شده‌اند، از جمله حاکمیت بالینی (Governance Clinical) که در سال ۱۹۹۸ در نظام سلامت انگلیس مطرح شد (۵).

هدف حاکمیت بالینی تعیین استانداردهای روشن و کاربردی، نظارت بر نحوه عملکرد سازمان‌های مراقبت سلامت و انتشار نتایج حاصل از انجام ارزیابی‌های دوره‌ای است. این رویکرد هر اقدامی که برای حداکثر نمودن کیفیت لازم باشد را به انجام می‌رساند و به دنبال یافتن روش‌هایی است که از آن طریق بتوان کارایی و اثربخشی بالینی را توسعه داده و فرهنگی مناسب به منظور حمایت از آن ایجاد کرد (۶). این رویکرد سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت را در قبال بهبود دائمی کیفیت برون‌داده‌ها و ایمنی مراقبت از بیمار پاسخگو کرده و با بازنگری و اطمینان از مسئولیت‌های بالینی، به صورت جدی، راه‌هایی را برای افزایش ایمنی بیمار، جلوگیری و کاهش خطاهای بالینی ارائه کرده است (۷، ۸).

حاکمیت بالینی می‌تواند با در برداشتن مفاهیمی چون بهبود کیفیت اطلاعات، ارتقاء مشارکت و همکاری

بیماران و بهبود کار تیمی و اجرایی نمودن عملکرد مبتنی بر شواهد، همانند چتری همه عملکردهای حفظ و ارتقای استانداردهای مراقبت را پوشش دهد (۵). بنابراین مردم می‌توانند نسبت به دریافت خدمات باکیفیت، مدرن، مؤثر، ایمن و مطابق با مفاد منشور حقوق بیمار مطمئن باشند (۹). با اجرای حاکمیت بالینی، سازمان‌های مراقبت سلامت به سازمان‌های یادگیرنده‌ای تبدیل خواهند شد که در آن نقد سازنده، همکاری و احترام بین حرفه‌ای اجازه می‌دهد که از موفقیت‌ها تقدیر شده و با درس گرفتن از اشتباهات، زمینه بهبود و پیشرفت فردی و سازمانی فراهم شود (۷).

با توجه به این که حاکمیت بالینی در کشورهای دیگر آزمون موفقیت داشته و به دلیل این که رویکردهای قبلی تأمین کیفیت مانند (استانداردهای ایزو، اجرای برنامه مدیریت جامع کیفیت)، هر کدام نقاط ضعفی داشته‌اند و نتیجه ناخواسته و جانبی این رویکردها، گسسته شدن فرآیند کیفیت و عملکردهای مقطعی و از دست دادن دیدگاه جامع نگر بوده است (۱۰، ۱۱). دیگر این که این برنامه‌ها بیش از حد «مدیریت محور» تلقی می‌شدند و به طور روشن، نقش کارکنان را مشخص نمی‌کردند (۱۲)؛ بنابراین مدل ۷ محوری حاکمیت بالینی پس از بومی سازی و بررسی‌های کارشناسی شده و اجرای آزمایشی موفق آن در ۴ بیمارستان در سال‌های ۸۴-۱۳۸۳ (۱۰، ۱۳) نهایتاً در سال ۱۳۸۸، در بیمارستان‌های سراسر کشور در اولویت برنامه‌های بهبود کیفیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت (۱۴).

علیرغم پیامدهای مثبت ذکر شده برای حاکمیت بالینی در کشورهای مختلف، در بسیاری از موارد، اجرای این رویکرد با موانعی روبه‌رو بوده است.

رواقی و همکاران در یک مطالعه کمی به بررسی چالش‌های اجرای حاکمیت بالینی در ایران از دیدگاه ۴۳ مدیر ارشد که نمایندگان دانشگاه‌های علوم پزشکی (تیپ ۱، ۲ و ۳) بودند، پرداختند. در این مطالعه، عواملی برای اجرای موفقیت آمیز حاکمیت بالینی مهم ذکر شد. این عوامل شامل: دانش و نگرش نسبت به حاکمیت بالینی، فرهنگ حمایتی، برقراری ارتباط مؤثر، کار تیمی، تعهد سازمانی و حمایت توسط مدیران ارشد، تعامل کارکنان پزشکی در روند پیاده‌سازی حاکمیت بالینی، تعیین افراد مسئول برای دفتر بهبود کیفیت، منابع کافی، و فهم چالش‌ها از دیدگاه مراقبین سلامت و حل چالش‌های برنامه‌های بهبود کیفیت بودند. محققان در این مطالعه گزارش کردند به نظر می‌رسد در بیمارستان‌ها هنوز اقدامات کافی در این موارد صورت نگرفته است (۴).

رشیدیان در یک مطالعه موردی در دانشگاه تهران نشان داد ایجاد ساختارها و تشکیلات در سطح بیمارستان‌ها و طراحی برنامه‌های عملیاتی با توجه به مطالعه فرصت‌ها و چالش‌های اجرای حاکمیت بالینی ضروری است (۱۷).

همان‌طور که مرور متون نشان داد اگر چه در ایران بیش از نیم دهه است که بیمارستان‌ها تغییر در رویکرد خود به سوی ارتقاء کیفیت با اجرای حاکمیت بالینی را شروع کرده‌اند و از سال ۱۳۹۱ نیز اعتباربخشی بیمارستان‌ها بر اساس اصول حاکمیت بالینی شروع شده است، اما این تغییر کند بوده است. این نوع مشکلات نه تنها ناشی از کمبود دانش و مهارت درباره حاکمیت بالینی است، بلکه نشأت گرفته از موانع متعددی است که در راه اجرای آن وجود دارد. محققان در یک مطالعه بیان می‌دارند با وجود سرمایه‌گذاری‌های فراوان، شواهد حاکی از این

چندین مطالعه در کشورهای مختلف پیامدها، موانع و فاکتور تسهیل‌کننده اجرای حاکمیت بالینی را بررسی کردند. به طور مثال محققان در چندین مطالعه کمی و کیفی در انگلستان، موانع ساختاری (مانند سرعت زیاد تغییر، حجم زیاد کار، کمبود منابع، تنوع بیش از حد در عملکردها) و موانع فرهنگی (مانند عدم مشارکت کارکنان، عدم پشتیبانی و یا سوءظن کارکنان از ادامه برنامه‌ها، فرهنگ سرزنش) را برای اجرای حاکمیت بالینی گزارش کردند. همچنین در این مطالعات عوامل تسهیل‌کننده حاکمیت بالینی عبارت بودند از: تغییرات سازمانی و فرهنگی، تشویق و حمایت از کارکنان، کلاس‌های آموزشی، تجزیه و تحلیل شکایات و وقایع مهم در بیمارستان‌ها، انجام ممیزی‌ها، یادگیری سازمانی، به اشتراک گذاری بهترین عملکردها و تجربیات موفق، استفاده از مهارت‌ها، واضح‌سازی نقش‌ها و مسئولیت‌ها، رهبری مؤثر، کار تیمی و یادگیری تیمی، تخصیص منابع (بودجه، منابع انسانی و زمان)، دور شدن از فرهنگ مقصر کردن و سرزنش، توسعه و اجرای پروتکل‌ها و دستورالعمل‌ها (۱۵، ۶، ۵). همچنین محققان در یک مرور سیستماتیک به بررسی سیاست‌ها، عملکردها و ابتکارات حاکمیت بالینی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که ترویج کیفیت و ایمنی از طریق تمرکز بر تضمین کیفیت و بهبود مستمر، ایجاد ساختارهای دولتی و بالینی برای بهبود ایمنی و کیفیت، توسعه استراتژی‌هایی برای تبادل مؤثر اطلاعات، دانش، تخصص و حمایت از رویکرد مراقبت بیمار محور از پیامدهای اجرای حاکمیت بالینی می‌باشند. محققان تأکید کردند برای رسیدن به این پیامدها ترکیبی از دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های کارکنان درمانی و تشویق، پشتیبانی پزشکان و مدیران نیاز است (۱۶).

شامل تمامی کارکنان درمانی شاغل در بیمارستان (اعم پرستار، ماما، بهیار، کاردان و کارشناس اتاق عمل و هوشبری، رادیولوژی و آزمایشگاه) که در زمان جمع‌آوری داده‌ها، ۱۶۰ نفر بودند، در نظر گرفته شد. با توجه به محدود بودن جامعه آماری، نمونه-گیری به صورت سرشماری صورت گرفت و ۱۴۷ نفر در مطالعه شرکت کردند. ضریب پاسخگویی حدود ۹۲٪ بود.

در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از یک پرسشنامه محقق ساخته با بهره‌گیری از مطالعات خارجی و داخلی استفاده شد. این پرسشنامه از ۵ بخش تشکیل شده بود. بخش اول به جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان مانند جنسیت، سن، مدرک تحصیلی، رده شغلی، سابقه کار و شرکت در آموزش‌های حاکمیت بالینی اختصاص داشت. بخش دوم مربوط به جمع‌آوری اطلاعات در مورد نگرش کارکنان نسبت به حاکمیت بالینی که مشتمل بر ۱۲ گویه، در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از امتیاز ۵ (کاملاً موافقم) تا امتیاز ۱ (کاملاً مخالفم) بود. بخش سوم اطلاعات مربوط به موانع ساماندهی حاکمیت بالینی حاوی ۱۳ گویه در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از امتیاز ۵ (کاملاً موافقم) تا امتیاز ۱ (کاملاً مخالفم)، بخش چهارم عوامل تسهیل‌کننده حاکمیت بالینی متشکل از ۱۰ گویه در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از امتیاز ۱ (خیلی کم اهمیت) تا امتیاز ۵ (خیلی مهم) و بخش پنجم پیامدهای حاکمیت بالینی را با ۱۵ گویه در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از امتیاز ۱ (خیلی کم) تا امتیاز ۵ (خیلی زیاد) مورد بررسی قرار گرفت. نمره کلی در بخش نگرش، موانع، عوامل تسهیل‌کننده و پیامدها، بر اساس جمع میانگین پاسخ‌های مربوط به هر گویه در مبنای ۵ محاسبه گردید؛ بدین صورت که

است که سیر پیشرفت و ساماندهی حاکمیت بالینی هنوز با میزان مطلوب فاصله زیادی دارد و دستاوردهای حاکمیت بالینی با توجه به اهداف ذاتی آن هنوز در کشورمان به حد چشم‌گیری نرسیده است. شاید یکی از علل مهم این وضعیت عدم پرداختن به حاکمیت بالینی در محافل علمی، آکادمیک و تحقیقاتی باشد. بنابراین تحقیقات در زمینه چیرستی و چرایی، موانع، عوامل تسهیل‌کننده و پیامدهای حاکمیت بالینی باید گسترش یابد و از سوی دیگر با موشکافی و سنتز تجربیات ارزنده و دستاوردهای سایر کشورها در این زمینه، نسخه‌ای منطبق با اقلیم و مقتضیات کشورمان فراهم شود (۱۸). با جستجوی پژوهشگران، پژوهشی جامع در زمینه نگرش کارکنان بالینی نسبت به حاکمیت بالینی، موانع، تسهیل‌کننده‌ها و پیامدهای اجرای این رویکرد در بیمارستان‌های کرمان به عنوان قطب جنوب شرق ایران، یافت نشد. بنابراین با توجه به اهمیت موضوعات بیان شده، این پژوهش با هدف بررسی نگرش کارکنان درمانی نسبت به حاکمیت بالینی، موانع، عوامل تسهیل‌کننده و پیامدهای آن در یک بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد، تا شاید گام مؤثری در جهت ساماندهی این رویکرد برداشته شود. همچنین مدیران با در نظر گرفتن موانع، عوامل تسهیل‌کننده و پیامدهای اجرای حاکمیت بالینی به برنامه‌ریزی استراتژیک برای ساماندهی این رویکرد و افزایش اثربخشی و کارایی آن پردازند.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی، به شیوه مقطعی در یک بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان و در شهریور ماه ۱۳۹۳ انجام شده است. جامعه آماری

دموگرافیک با میانگین نمره نگرش، موانع، عوامل تسهیل کننده و پیامدهای حاکمیت بالینی و همچنین ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها

از بین ۱۴۷ نفر پرسنل درمانی که مورد پرسش قرار گرفتند، ۸۶/۴ درصد زن و بقیه مرد با میانگین سنی ۳۳/۷ و ۶۹ درصد پرسنل رسمی بودند. ۵۹ درصد افراد سابقه خدمت ۱۰ تا ۲۰ سال و ۱۳ درصد افراد سابقه خدمت بالای ۲۰ سال و ۷۶/۳ داری مدرک کارشناسی و از این تعداد ۶۰/۵ درصد دارای مدرک کارشناسی پرستاری و ۱۷ درصد دارای مدرک کاردانی و بقیه دارای مدرک دیپلم بهیاری بودند. ۸۷/۹ درصد شیفت کاری چرخشی و ۷۳/۵ درصد سابقه شرکت در دوره‌های آموزشی حاکمیت بالینی را داشتند.

نتایج در بخش نگرش نشان داد، نگرش کارکنان بالینی به حاکمیت بالینی در حد متوسط بود ($1/21 \pm$ ۳/۱۸). بیشترین میانگین ($3/9 \pm 1/9$) مربوط به گویه «حاکمیت بالینی انتشار فعالیت‌های خوب، ایده‌ها و نوآوری‌ها است» و کمترین میانگین ($2/40 \pm 1/16$) متعلق به گویه «اجرای حاکمیت بالینی در بالین ضعیف و گرفتار کاغذبازی است» بود. اختلاف معنی دار آماری بین میانگین نمره نگرش با سابقه کار ($F=3/9, P=0/005$) و گروه‌های سنی ($P=0/007$)، وجود داشت. بین میانگین نمره نگرش با سایر مشخصات دموگرافیک اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P>0/05$).

از مشارکت کنندگان در مورد موانع ساماندهی

میانگین بالای ۴ به صورت زیاد، میانگین ۳-۴ به صورت متوسط و میانگین زیر ۳ به صورت کم در نظر گرفته شد.

برای سنجش روایی پرسشنامه از روایی محتوا به شکل کیفی از طریق نظرخواهی از ۶ نفر متخصص بالینی که سابقه درگیری در اجرای حاکمیت بالینی داشتند مانند مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، مسئول دفتر حاکمیت بالینی و همچنین ۵ نفر از اعضا هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی استفاده شد. برای سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید به این ترتیب که پرسشنامه به صورت تصادفی بین ۲۰ نفر از کارکنان بالینی توزیع شد و این تعداد در مطالعه اصلی شرکت داده نشدند. این ضریب برای بخش نگرش ۰/۸۹، بخش موانع ۰/۸۵، بخش عوامل تسهیل کننده ۰/۸۴ و بخش پیامدها ۰/۸۲ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ حاصل شد.

در این مطالعه بعد از گرفتن کد اخلاق (۵۲۱۰۱۹۱۱۱۱۰۰۲) و پس از کسب اجازه از ریاست بیمارستان و مدیر پرستاری و هماهنگی با مسئولین بخش‌های بیمارستان مورد نظر، پرسشنامه‌ها در شیفت‌های مختلف توسط یکی از پژوهشگران توزیع شد. قبل از تکمیل پرسشنامه شرکت کنندگان در مورد اهداف مطالعه مطلع شدند. همچنین به آن‌ها در مورد ماهیت شرکت داوطلبانه توضیح داده شد و از ناشناس ماندن و محرمانه بودن پاسخ‌ها مطمئن شدند. رضایت آگاهانه از تکمیل و بازگرداندن پرسشنامه‌ها استنباط شد. مورد اخلاقی در طول مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها وجود نداشت.

از آمار توصیفی شامل درصد، میانگین و انحراف استاندارد و آمار تحلیلی شامل آزمون t مستقل، تحلیل واریانس (ANOVA) برای مقایسه بعضی مشخصات

کیفیت» ($3/55 \pm 0/99$) بود. ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌داری بین نگرش و موانع حاکمیت بالینی نشان داد به طوری که کسانی که نگرش بهتری داشتند درک بیشتری از موانع داشتند ($r=0/20, P=0/030$).

حاکمیت بالینی سؤال شد؛ از نظر آنان موانع حاکمیت بالینی در حد متوسط بود ($3/73 \pm 1/11$). موانع بر اساس میانگین نمره رتبه‌بندی شدند (جدول ۱). بزرگترین مانع از نظر کارکنان بالینی «افزایش کاغذ-بازی، مقررات و تشریفات اداری» ($4/01 \pm 1/91$) و کم‌ترین مانع «تأکید بیشتر بر کمیت به جای تأکید بر

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار بُعد موانع ساماندهی حاکمیت بالینی از دید کارکنان بالینی

| موانع | میانگین | انحراف معیار |
|--|-------------|--------------|
| ۱- افزایش کاغذ بازی و مقررات و تشریفات اداری | ۴/۰۱ | ۱/۹۱ |
| ۲- عدم آگاهی پرسنل از پیامدهای اجرای حاکمیت بالینی | ۳/۹۳ | ۱/۶ |
| ۳- کمبود منابع (پول، نیروی انسانی، زمان) | ۳/۸۶ | ۱/۱۲ |
| ۴- تمایل کم پرسنل به اجرای حاکمیت بالینی | ۳/۸۰ | ۱/۰۶ |
| ۵- عدم همکاری و حمایت سایر اعضای تیم مراقبت و مقاومت به کار تیمی | ۳/۷۹ | ۰/۸۴ |
| ۶- کمبود مهارت‌هایی مثل تکنولوژی اطلاعات (IT) و ممیزی کردن | ۳/۷۶ | ۰/۹۴ |
| ۷- مقاومت به تغییر فرهنگ | ۳/۷۳ | ۱ |
| ۸- هدایت، راهنمایی و همراهی ناکافی از طرف مدیران | ۳/۶۷ | ۱/۰۵ |
| ۹- آموزش ناکافی به کارکنان بالین و مدیران | ۳/۶۷ | ۱/۱۲ |
| ۱۰- ممیزی نکردن نیروی انسانی | ۳/۶۱ | ۱ |
| ۱۱- پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری کم بعضی از کارکنان | ۳/۵۹ | ۱ |
| ۱۲- عدم وجود استانداردها و دستورالعمل‌های ملی | ۳/۵۵ | ۰/۹۱ |
| ۱۳- تأکید بیشتر بر کمیت (عدد و ارقام) به جای تأکید بر کیفیت | ۳/۵۵ | ۰/۹۹ |
| کل | ۳/۷۳ | ۱/۱۱ |

از مشارکت‌کنندگان در مورد عواملی که می‌توانند اجرای حاکمیت بالینی را تسهیل کنند، سؤال شد. میانگین نمرات در جدول ۲ نشان می‌دهد که همه عوامل از اهمیت متوسطی برخوردار بودند. مهمترین عامل «برنامه‌های آموزشی مانند سمینارها و کارگاه‌ها» ($3/77 \pm 1/20$) و کم‌اهمیت‌ترین عامل «قرار دادن حاکمیت بالینی به عنوان کار روتین روزانه» ($3/05 \pm 1/14$) بود. ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌داری بین نگرش و عوامل تسهیل‌کننده نشان داد به طوری که کسانی که نگرش بهتری داشتند، درک بیشتری از عوامل تسهیل‌کننده داشتند، همچنین اختلاف معنی‌داری بین عوامل تسهیل‌کننده و سایر متغیرها وجود نداشت ($r=0/33, P=0/001$). ($P>$)

از مشارکت‌کنندگان در مورد عواملی که می‌توانند اجرای حاکمیت بالینی را تسهیل کنند، سؤال شد. میانگین نمرات در جدول ۲ نشان می‌دهد که همه عوامل از اهمیت متوسطی برخوردار بودند. مهمترین عامل «برنامه‌های آموزشی مانند سمینارها و کارگاه‌ها» ($3/77 \pm 1/20$) و کم‌اهمیت‌ترین عامل «قرار دادن حاکمیت بالینی به عنوان کار روتین روزانه» ($3/05 \pm 1/14$) بود. ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌داری بین نگرش و عوامل تسهیل‌کننده نشان داد به طوری که کسانی که نگرش بهتری داشتند، درک بیشتری از عوامل تسهیل‌کننده داشتند، همچنین اختلاف معنی‌داری بین عوامل تسهیل‌کننده و سایر متغیرها وجود نداشت ($r=0/33, P=0/001$). ($P>$)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار بُعد عوامل تسهیل کننده برای ساماندهی حاکمیت بالینی از دید کارکنان بالینی

| عوامل | میانگین | انحراف معیار |
|---|-------------|--------------|
| ۱- برنامه‌های آموزشی مانند سمینارها و کارگاه‌ها و..... | ۳/۷۷ | ۱/۲۰ |
| ۲- اختصاص منابع (پول، نیروی انسانی، زمان) | ۳/۶۴ | ۱/۰۲ |
| ۳- عدم استفاده از فرهنگ مقصر کردن و میج گیری | ۳/۴۰ | ۱/۱۴ |
| ۴- استفاده از تشویق‌های مالی و معنوی و دیگر تشویق‌ها | ۳/۳۵ | ۱/۱۷ |
| ۵- وجود استانداردها و پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های ملی | ۳/۳۴ | ۱/۰۹ |
| ۶- شناسایی رهبران فکری و استفاده از آن‌ها برای ایجاد تغییر | ۳/۱۹ | ۱/۱۱ |
| ۷- ایجاد گروه‌های و تیم‌های کاری و تقویت روحیه کار تیمی | ۳/۱۶ | ۱/۱۲ |
| ۸- استفاده از تکنیک‌های مناسب مدیریت تغییر برای ارزیابی و غلبه بر موانع تغییر | ۳/۱۴ | ۱/۰۹ |
| ۹- همکاری بین رشته‌ای همراه با حمایت مدیران | ۳/۰۶ | ۱/۱۴ |
| ۱۰- قرار دادن حاکمیت بالینی به عنوان کار روتین روزانه | ۳/۰۵ | ۱/۱۴ |
| کل | ۳/۳۱ | ۱/۱۲ |

دوره‌های آموزشی حاکمیت بالینی ($P=0/002$ ، $r=0/36$ ، $t=$ و تحصیلات ($F=4/65$ ، $P=0/03$) اختلاف معنی داری مشاهده شد. همچنین ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی داری بین نگرش و پیامدهای حاکمیت بالینی نشان داد ($P=0/002$ ، $r=0/45$) به طوری که کسانی نگرش بهتری داشتند درک بیشتری از پیامدهای حاکمیت بالینی داشتند.

میانگین نمرات در جدول ۳ نشان می‌دهد که از نظر کارکنان پیامدهای ساماندهی حاکمیت بالینی در سطح متوسطی بودند ($3/14 \pm 1/09$). بیشترین پیامد حاکمیت بالینی «جلوگیری از اشتباهات و خطاها در مسیر ارائه خدمات و یادگیری از اشتباهات» ($3/48 \pm 1/95$) و کمترین پیامد آن «افزایش همکاری بین کارکنان و مدیران» ($2/88 \pm 1/04$) بود. در مقایسه میانگین نمره پیامدهای حاکمیت بالینی با شرکت در

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار بُعد پیامدهای (تأثیرات) ساماندهی حاکمیت بالینی از دید کارکنان بالینی

| پیامدها | میانگین | انحراف معیار |
|---|-------------|--------------|
| ۱- جلوگیری از اشتباهات و خطاها در مسیر ارائه خدمات و یادگیری از آن‌ها | ۳/۴۸ | ۱/۹۵ |
| ۲- رعایت حقوق گیرندگان خدمت (بیماران و همراهان) | ۳/۲۶ | ۱/۰۸ |
| ۳- استفاده از مشارکت بیماران و همراهان در فرآیند درمان و مراقبت | ۳/۲۳ | ۱/۰۴ |
| ۴- توسعه‌ی مهارت‌های فردی و حرفه‌ای کارکنان | ۳/۲۸ | ۰/۹۶ |
| ۵- ارتقا مستمر کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران | ۳/۱۸ | ۱/۰۲ |
| ۶- افزایش رضایت گیرندگان خدمت (بیماران و همراهان) | ۳/۱۸ | ۱/۱۳ |
| ۷- بهبود پیامد بیماران | ۳/۱۳ | ۰/۹۲ |
| ۸- کاهش عملکردهای غیر مؤثر، بی‌فایده و مضر | ۳/۱۱ | ۱/۰۵ |
| ۹- کاهش گوناگونی در عملکرد (ارائه خدمات یکسان و استاندارد) | ۳/۱۰ | ۰/۹۱ |
| ۱۰- کاهش شکایت گیرندگان خدمت (بیماران و همراهان) | ۳/۰۹ | ۰/۹۴ |
| ۱۱- تغییر در شیوه‌های مستندسازی عملکرد و گزارش نویسی | ۳/۰۹ | ۱/۱۰ |
| ۱۲- تقویت روحیه کار تیمی و افزایش مسوولیت پذیری تیم‌های کاری | ۳/۰۷ | ۱/۰۵ |
| ۱۳- استفاده بهتر از منابع (پول، نیروی انسانی، زمان) | ۳/۰۷ | ۱/۲۰ |
| ۱۴- مشارکت در یادگیری از همکاران | ۳/۰۳ | ۰/۹۷ |
| ۱۵- افزایش همکاری بین کارکنان و مدیران | ۲/۸۸ | ۱/۰۴ |
| کل | ۳/۱۴ | ۱/۰۹ |

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اهمیت برنامه حاکمیت بالینی در سال‌های اخیر و لزوم اجرا و ساماندهی آن و انجام اعتبار بخشی بیمارستان‌ها براساس اصول این رویکرد، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی نگرش کارکنان درمانی نسبت به حاکمیت بالینی، موانع، عوامل تسهیل‌کننده و پیامدهای اجرا و ساماندهی آن انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که نگرش کارکنان بالینی به حاکمیت بالینی در حد متوسط بود. همچنین موانع و عوامل تسهیل‌کننده و پیامدهای ساماندهی حاکمیت بالینی در سطح متوسطی بودند.

نتایج این مطالعه نشان داد که حدود ۳۰ درصد کارکنان بالینی در دوره‌های آموزشی مربوط حاکمیت بالینی شرکت نکرده‌اند. همراستا با مطالعه حاضر مطالعه دیگری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مراغه در ۱۳۹۱ نیز گزارش کرد ۷۳/۲ درصد افراد در زمینه حاکمیت بالینی آموزش دیده‌اند و بقیه افراد هیچ آموزشی ندیده بودند. در این مطالعه کمبود آموزش و آگاهی ناکافی کارکنان از موانع اصلی اجرا و ساماندهی حاکمیت بالینی برشمرده شده است (۱۹). تشابه نتایج احتمالاً به این دلیل است که در هر دو مطالعه مشارکت‌کنندگان کلیه کارکنان بالینی درمانی بودند؛ در حالی که در بیمارستان‌ها محور اصلی برنامه‌های آموزشی پرستاران می‌باشند و این موضوع می‌تواند نشان دهنده عدم کفایت دوره‌های آموزشی و پوشش ندادن کلیه کارکنان به دلایل مختلف بعد از گذشت چندین سال از اجرای حاکمیت بالینی باشد. دهقان و همکاران در یک مطالعه در کرمان، انگیزه کم کارکنان و حجم زیاد کار را از دلایل مهم شرکت نکردن کارکنان در

جلسات آموزشی مربوط به حاکمیت بالینی نام بردند (۱۳). عطالهی و همکاران در یک مطالعه کیفی در بیمارستان‌های آموزشی یزد عدم مشارکت کارکنان و کمبود اعتبارات و نیرو و امکانات را از چالش‌های آموزش‌های حاکمیت بالینی ذکر نمودند (۲۰).

نتایج این مطالعه نشان داد مشارکت‌کنندگان نگرش متوسطی به حاکمیت بالینی داشتند. همراستا با مطالعه حاضر در مطالعه دیگری در ایران گزارش شد اکثر مدیران شرکت‌کننده در مطالعه نگرش متوسطی به حاکمیت بالینی داشتند (۲۱) اما برعکس چندین مطالعه در کشورهای دیگر نشان دادند در بین گروه‌های مختلف پزشکی نگرش مثبت و خوبی به حاکمیت بالینی وجود داشت (۲۴-۲۲). این تفاوت می‌تواند ناشی از شرایط حاکم بر بیمارستان‌های ایران از جمله آموزش ناکافی و آگاهی کم، زیاد بودن تعداد بیماران و کمبود پرسنل، حجم کاری زیاد و حقوق کم باشد. این عوامل بر نگرش کارکنان نسبت به حاکمیت بالینی تأثیر می‌گذارد و در نتیجه با وجود سرمایه‌گذاری بالا بیمارستان‌ها هنوز نتوانسته‌اند به درجات عالی از حاکمیت بالینی دست پیدا کنند. عقیقی و همکاران در یک مطالعه مروری گزارش کردند فرهنگ، میزان دسترسی به حمایت تکنیکی، توانایی در برقراری ارتباطات شفاف بین مدیریت و کادر درمانی، ساختارهای شفاف و مکانیسم‌هایی جهت حمایت از حاکمیت بالینی از جمله مواردی هستند که در ایجاد نگرش مثبت نسبت به حاکمیت بالینی نقش دارند (۲۵). بنابراین لازم است برای ساماندهی هر گونه رویکرد ارتقاء کیفیت و نوآوری در بیمارستان‌ها اقدامات لازم جهت ایجاد نگرش مثبت در کارکنان فراهم شود.

هرحال این موانع می‌تواند احساس محاصره شدن و محدود شدن، افت یادگیری و کمبود زمان برای جذب و فهم ابتکارات و نوآوری‌های متعدد شود و همچنین بر روی شخصیت کارکنان، ارتباطات خانوادگی و کاری نیز تأثیر گذارد. بنابراین باید مکانیسم‌هایی برای حمایت از حاکمیت بالینی به کار گرفته شود (۵).

نتایج این مطالعه نشان داد، همه عوامل تسهیل‌کننده حاکمیت بالینی از اهمیت متوسطی برخوردار بودند، اما برنامه‌های آموزشی مانند سمینارها و کارگاه‌ها مهمترین عامل تسهیل‌کننده ذکر شد. همراستا با مطالعه حاضر مطالعاتی در ایران نیز بر طراحی برنامه‌های آموزشی با توجه به ارزیابی نیازهای آموزشی و بر اساس اهداف روشن، تمرکز بیشتر بر جنبه‌های عملی آموزش (۱)، آموزش مداوم و توسعه فردی و حرفه‌ای با توجه نیازهای سازمان، جامعه، تجارب بالینی و فردی کارکنان (۳)، برای اجرای حاکمیت بالینی تأکید کردند. در مطالعات دیگری در دیگر کشورها در نظر گرفتن ابزارهای متنوعی برای آشنا کردن تمامی کارکنان با حاکمیت بالینی و تعهد بیشتر آن‌ها (۲۶)، سیستم تشویق مناسب و ایجاد انگیز در کارکنان، استفاده از روش‌های مناسب برای ایجاد رضایت و به دست آوردن همکاری، مشارکت و تعهد تمامی کارکنان (۲۷) از مهمترین عوامل اجرا و ساماندهی حاکمیت بالینی نام برده شدند. شاید علت این تفاوت در جدید بودن این رویکرد و گسترده بودن محورهای آن و از جهتی ضعف در برنامه‌ریزی برای آموزش‌های مداوم در بیمارستان‌های ایران باشد. در مطالعه حاضر قرار دادن حاکمیت بالینی به عنوان کار روتین روزانه کم اهمیت‌ترین عامل تسهیل‌کننده حاکمیت بالینی بود در حالی برعکس این مطالعه، در

نتایج این مطالعه نشان داد موانع مهمی مانند افزایش کاغذبازی، مقررات و تشریفات اداری مانع اجرای درست حاکمیت بالینی می‌شوند. اگرچه مطالعات مختلف نیز در کشورهای دیگر موانع متعدد و مشابهی برای اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت گزارش نمودند اما اولویت و رتبه بندی این موانع با مطالعه حاضر تفاوت داشت به طور مثال: کمبود زمان (۲۲)، فقدان حمایت مدیران و سوپروایزران از رویکردهای بهبود، نگرانی در مورد سرعت تغییر و حجم بالای کار و کمبود زمان، فرهنگ مقصر (۵)، کمبود اعتبارات، ناکافی بودن نیروی انسانی و مستندسازی ناقص (۲۰)، فقدان دانش و مهارت مورد نیاز، کمبود حس پاسخ‌گویی و تعهد، نقص‌ها و کاستی‌ها در برنامه‌های آموزشی و توانمندی سازی کارکنان (۴) به ترتیب مهمترین موانع حاکمیت بالینی در مطالعات گزارش شدند. علت این تفاوت در اولویت بندی موانع می‌تواند فراهم نبودن فرآیندها و مستندات یکپارچه و مورد نیاز برای اجرای حاکمیت بالینی مطابق با شرایط بیمارستان‌های ایران در شروع کار حاکمیت بالینی باشد؛ به طوری که کارکنان آماده کردن مستندات و فرآیندهای کاری، استاندارد سازی و ساماندهی فرآیندها و تدوین گردش کارهای مورد نیاز همراه با حجم زیاد کار را کاغذبازی و تشریفات بی‌مورد اداری می‌دانستند. در این مطالعه کمترین مانع تأکید بیشتر بر کمیت (عدد و ارقام) به جای تأکید بر کیفیت بود شاید به این دلیل باشد که کارکنان تا حدودی آگاه شده‌اند که کیفیت تا حد زیادی وابسته به اطلاعات و اعداد و ارقام است بنابراین با ایجاد ساختار مشخص و هدفمند برای اندازه گیری، کیفیت نیز بهتر صورت خواهد پذیرفت ولی باید دقت داشت که کمیت به جای کیفیت قرار نگیرد. به

یک مطالعه در انگلستان اکثر مشارکت‌کنندگان موافق بودند که حاکمیت بالینی به عنوان جزء ضروری نقش و عملکرد روزانه آن‌ها قرار گیرد (۲۲). شاید دلیل این تفاوت نگرش متوسط کارکنان به حاکمیت بالینی، فراهم نکردن زیرساخت‌های مناسب و موانع متعدد بر سر راه اجرای آن باشد؛ به طوری که کارکنان با توجه موانعی مانند کمبود نیروی انسانی و حجم زیاد کار، هنوز پیاده سازی حاکمیت بالینی را کار اضافی و خارج از وظیفه می‌دانند.

در بخش پیامدها، این مطالعه نشان داد که ساماندهی حاکمیت بالینی پیامدهای متعددی برای سازمان، کارکنان و بیماران دارد؛ از جمله جلوگیری از اشتباهات و خطاها در مسیر ارائه خدمات و یادگیری از اشتباهات و رعایت حقوق گیرندگان خدمت، در همین راستا مطالعاتی نیز به بررسی پیامدهای استمرار حاکمیت بالینی پرداختند و آن را ابزار مسلم پیاده‌سازی حقوق بیمار و ارائه مراقبت ایمن و باکیفیت دانستند (۲۸، ۹). صفازاده در مطالعه خود بیان می‌دارد حاکمیت بالینی بر رضایتمندی و استاندارد سازی مراقبت تأکید دارد و ایمنی بیمار هدفی است ارزشمند که در سایه تحقق حاکمیت بالینی می‌توان به آن دست یافت. برای تضمین ایمنی بیمار توجه دقیق به مدیریت خطر و روش‌های اجرای حاکمیت بالینی حیاتی است (۲۸). موسوی نیز در یک مطالعه مروری بیان می‌کند، حاکمیت بالینی یکی از ابزارهای اصلی و زیرساخت‌های مسلم برای احقاق حقوق بیماران است. این رویکرد با ایجاد و نهادینه کردن فرهنگ آمیخته با اخلاق حرفه‌ای می‌تواند ضامن تحقق مفاد ذکر شده در منشور حقوق بیمار از جمله ارائه خدمات شایسته شأن و منزلت انسانی، احترام به ارزش‌ها و رعایت محیط خصوصی بیمار، محرمانه

بودن اطلاعات و رعایت اصل رازداری باشد و در نهایت بیمار با اطمینان از این که مراقبت‌های با کیفیت و ایمن را مطابق با ارزش‌ها، شأن و منزلتش دریافت می‌کند در کمال آرامش، به ادامه درمان خود در یک محیط دوستدار بیمار ادامه می‌دهد. با اجرای حاکمیت بالینی، با افزایش رضایت بیماران و کاهش شکایات قانونی مواجه خواهیم شد. از طرفی با شناسایی و مدیریت خطا، زمینه‌های جبران خسارت و رسیدگی به شکایت برای بیماران محیا می‌شود (۹). در این مطالعه افزایش همکاری بین کارکنان و مدیران کمترین پیامد حاکمیت بالینی از نظر کارکنان بود. این موضوع احتمالاً به این دلیل می‌تواند باشد که حاکمیت بالینی هنوز نتوانسته است فرهنگ همکاری مدیران و کارکنان را به خوبی تقویت کند. در همین راستا مشارکت‌کنندگان در یک مطالعه کیفی که در کرمان انجام شده است، معتقد بودند حمایت و همکاری مدیران در اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت بسیار کم است و حتی بسیاری از مدیران به الزامات سیستم بهبود کیفیت آشنایی کافی ندارند و از کارکنان فقط در مورد مستندات بازخواست می‌نمایند (۲۹).

به طور کلی در بعضی مطالعات در دیگر کشورها پیامدهایی مانند بهبود مستندسازی، استفاده بهتر از منابع، کاهش عملکردهای غیر مؤثر، بهبود ارتباطات مدیران و کارکنان و ایجاد فرهنگ پذیرش تغییر (۳۰)، ایجاد خدمات استاندارد، پایش و بهبود پیامدهای بالینی بیمار و تقویت رویکردهای مبتنی بر تیم و درگیری تمامی کارکنان حتی پزشکان را از پیامدهای مهم حاکمیت بالینی گزارش نمودند (۳۱). اگرچه یافته‌های این مطالعات از نظر اولویت با یافته‌های مطالعه حاضر تفاوت دارد ولی یافته‌های مطالعه را حمایت می‌کنند. بنابراین نیاز به تأکید بیشتری بر

بر عوامل تسهیل کننده و پیامدهای سازنده و در نتیجه ایجاد نگرش مثبت نسبت به آن نیاز است. بنابراین با توجه به اینکه اجرای حاکمیت بالینی پیچیده و پویا است، برنامه ریزی برای ساماندهی آن باید با توجه به موقعیت و امکانات بیمارستانها انجام شود و مسئولین بیمارستانها، سیاست گذاران و تصمیم گیران مراقبت سلامت باید به توسعه یک برنامه استراتژیک متناسب با شرایط بیمارستانهای ایران و ایجاد بستر و فرهنگ مناسب برای ارتقاء کیفیت با استفاده از رویکرد حاکمیت بالینی پردازند.

پیشنهادها

پیشنهاد می شود مطالعات کمی و کیفی بیشتری برای توسعه و طراحی مداخلات مؤثری جهت غلبه بر موانع و تقویت تسهیل کننده ها و پیامدهای ساماندهی حاکمیت بالینی انجام شود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی شهر بابلک در سال ۱۳۹۳ می باشد. بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را از آن دانشگاه به جهت فراهم نمودن امکانات مالی و یاری پژوهشگران و همچنین از کلیه مسئولین و کارکنان بیمارستان ولیعصر (عج) به سبب همکاری اعلام می دارند. نویسندگان مقاله هیچ گونه تضاد منافی با نتایج مطالعه ندارند.

References

1. Dehnavieh R, Ebrahimipour H, Jafari Zadeh M, Dianat M, Noori Hekmat S, Mehrolhassani MH. Clinical governance: the challenges of implementation in Iran. *International Journal of Hospital Research*. 2013; 2(1):1-10.
2. Travaglia JF, Debono D, Spigelman AD, Braithwaite J. Clinical governance: a review of key

پیامدها، کارایی و اثربخشی حاکمیت بالینی در بیمارستانهای ایران می باشد.

در این مطالعه ارتباط معنی داری بین نگرش با درک موانع، عوامل تسهیل کننده و پیامدها وجود داشت. بنابراین باید توجه داشت که با برطرف کردن موانع و تأکید بیشتر بر عوامل تسهیل کننده و پیامدهای حاکمیت بالینی می توان بر نگرش کارکنان و در نتیجه بر روی کیفیت مراقبت و خدمات بیمارستانی تأثیر گذاشت.

این مطالعه نگرش کارکنان نسبت به حاکمیت بالینی، موانع، عوامل تسهیل کننده و پیامدهای بالینی آن را فقط در یک بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد بررسی قرار داد. برای دسترسی به نتایج جامع توصیه می شود مطالعات وسیع تری در دیگر بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان و بیمارستانهای وابسته به سایر ارگانها مثل ارتش و بیمارستانهای خصوصی و حتی در دیگر مناطق جغرافیایی انجام شود. چنین مطالعه ای می تواند منجر به راهبردهای ملی برای ساماندهی حاکمیت بالینی شود.

یافته های این مطالعه نشان داد علیرغم گذشت چندین سال از اجرای حاکمیت بالینی و تأکید بر انجام اعتباربخشی با توجه خاص به این رویکرد، هنوز نگرش کارکنان به این رویکرد متوسط است. همچنین کاستی ها و موانع متعددی اجرا و ساماندهی حاکمیت بالینی را با مشکل مواجه ساخته است. تلاش بیشتری برای ساماندهی حاکمیت بالینی با رفع موانع، تمرکز

concepts in the literature. *Clinical Governance: An International Journal*. 2011; 16(1):62-77.

3. Hooshmand E, Tourani S, Ravaghi H, Ebrahimipour H. Challenges in evaluating clinical governance systems in Iran: a qualitative study. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16(4): e13421.

4. Ravaghi H, Heidarpour P, Mohseni M, Rafiei S.

- Senior managers' viewpoints toward challenges of implementing clinical governance: a national study in Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2013;23;1(4):295-9.
5. Campbell SM, Sheaff R, Sibbald B, Marshall MN, Pickard S, Gask L, et al. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care.* 2002;11(1):9-14.
 6. Campbell SM, Sweeney GM. The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care. *Br J Gen Pract.* 2002;52 Suppl:S12-7.
 7. Fong N. Western Australian Clinical Governance Guidelines. Department of health government of Western Australia. 2005. [cited 2013 Sep 2] Available from: <http://www.health.wa.gov.au/safetyandquality/>.
 8. Tuan LT. Clinical governance: a lever for change in Nhan Dan Gia Dinh hospital in Vietnam. *Clinical Governance: An International Journal.* 2012; 17(3): 223-47.
 9. Mousavi A. Role of Clinical governance in realizing the Declaration of the Rights of Patients. *J Med Ethics.* 2011; 5(18):161-78. Persian.
 10. Delkhroshan A, Dehghani Firoozabadi M, Raghebi S, Farhadian A. Clinical Governance. Birjand: Birjand University of Medical Sciences; 2011. Persian.
 11. Davoodi R, Soltanifar A, Rahmani Sh, Sabouri G, Asadi M, Zare Hoseini M, et al. Clinical governance: Efficacy of establishment in Mashhad hospital. *Patient Saf Qual Improv.* 2014; 2(1): 48-52.
 12. Khalify-nejad N, Ateaei M, Hadizadeh F. A window into the clinical governance and clinical service excellence. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2008. Persian.
 13. Dehghan M, Dehghan D, Sheikhrabari A, Sadeghi M, Jalalian M. Quality improvement in clinical documentation: does clinical governance work? *J Multidiscip Healthc.* 2013;6:441-50.
 14. Sheikhtaheri A, Sadoughi F, Ahmadi M, Moghaddasi H. A framework of a patient safety information system for Iranian hospitals: lessons learned from Australia, England and the US. *Int J Med Inform.* 2013;82(5):335-44.
 15. Campbell S, Roland M, Wilkin D. Improving the quality of care through clinical governance. *BMJ.* 2001; 322(7302):1580-2.
 16. Braithwaite J, Travaglia JF. An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Aust Health Rev.* 2008;32(1):10-22.
 17. Rashidian A. clinical governance in Tehran University of Medical Science: Health services quality improvement, case study. *Hospital.* 2009;8(5):27-32. Persian.
 18. Dehnavi H, Markazi-Moghadam N. Designing a framework for evaluating establishment situation of Clinical Governance in AJA Hospitals. *Annals of Military and Health Sciences Research.* 2013; 11(4): 311-7. Persian.
 19. Karimi M, Adel A, Raoofi S, Moraveji M. Survey of performance of impedimental clinical governance of point of view personal of in Medical University of Mashhad hospital and Maragheh; The first Congress on Clinical Governance and Continuous Quality Improvement; 2012 May 16-17; Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2012.
 20. Ataollahi F, Bahrami MA, Atashbahar O, Rejalian F, Gharaie H, Homayooni A, et al. Clinical governance implementation challenges in Teaching Hospitals Affiliated to Yazd University of Medical Sciences, Iran, based on the experts' viewpoint. *J Manage Med Inform Sch.* 2014;1(2):102-10. Persian.
 21. Moeini B, Shahrabadi R, Faradmal J, Khatiban M. The study of hospital administrators's views of quality improvement of health: Applying Clinical Governance Model. *Pajouhan Scientific Journal.* 2014;12(3):28-36. Persian.
 22. Shakeshaft AM. A study of the attitudes and perceived barriers to undertaking clinical governance activities of dietitians in a Welsh National Health Service trust. *J Hum Nutr Diet.* 2008;21(3):225-38.
 23. Meal A, Wynn A, Pringle M, Cater R, Hippisley-Cox J. Forging links: evolving attitudes of clinical governance leads in general practice. *Quality in Primary Care.* 2004; 12(1):59-64.
 24. Murray J, Fell-Rayner H, Fine H, Karia N, Sweetingham R. What do NHS staff think and know about clinical governance? *Clinical Governance: An International* 2004; 9(3):172-80.
 25. Aghigheh N, Najafpour J, Keshavrs N. Attitudes of hospital staff towards clinical governance and the challenges facing it: A review study. 8th Annual Conference of Health Services Management Students Across the Country; 2012 Feb 22-23; Ahvaz: Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences 2010. p. 59.
 26. Clark CE, Smith LF. Clinical governance and education: the views of clinical governance leads in the south west of England", *British Journal of Clinical Governance.* 2002;7(4):261-6.
 27. Cox SJ, Holden JD. Presentation and outcome of clinical poor performance in one health district over a 5-year period: 2002-2007. *Br J Gen Pract.* 2009;59(562):344-8.
 28. Safazadeh S. Challenges and strategies to implement clinical governance and patient safety in health care. Proceeding of the 1st Regional Congress of Clinical Governance; 2010 Aug 28-29; Gorgan: Golestan University of Medical Sciences; 2010. p. 36-9.

29. Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F. Rocky milieu: challenges of effective integration of clinical risk management into hospitals in Iran. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2015;10:27040.

30. Wallace LM, Freeman T, Latham L, Walshe K, Spurgeon P. Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the

challenges of clinical governance. *Qual Health Care*. 2001;10(2):76-82.

31. Hogan H, Basnett I, McKee M. Consultants' attitudes to clinical governance: barriers and incentives to engagement. *Public Health*. 2007;121(8):614-22.

Evaluation of Staff's Attitude toward Clinical Governance, Barriers, Facilitating Factors and Outcomes of Implementing and Organizing This Approach

Farokhzadian Jamileh¹, Mangolian Shahrabaki Parvin*^{2,3}

• Received: 23.06.2015

• Revised: 08.01.2015

• Accepted: 01.09.2015



Abstract

Introduction: Clinical governance is a framework through which health organizations are accountable to improve the quality of their services continuously and safeguard high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will be flourished. Since clinical governance approach has been introduced to Iranian hospitals formore than half a decade, and clinical staff have a very important role in implementing and organizing clinical governance, this study aimed to evaluate the clinical staff's attitude toward clinical governance, barriers, facilitating factors, and outcomes of implementing and organizing this approach.

Method: The present study was a descriptive analysis conducted in a cross-sectional method at a hospital affiliated with Kerman University of Medical Sciences in 2014. Data were collected using a five-part researcher-made questionnaire (demographic characteristics, attitude, barriers, facilitating factors, and outcomes of clinical governance). Sampling was conducted by the census method, and 147 people of clinical staff participated in the study. Descriptive statistic (percentage, mean, and standard deviation) and analytic statistic (t-test, analysis of variance, and Pearson's correlation coefficient) have been used. SPSS version 20 software was used for data analysis.

Results: The results showed that 73.5% of staff had a background of participation in educational programs of clinical governance. Clinical staff's attitude toward clinical governance was moderate (3.18 ± 1.21), and also barriers, facilitating factors, and outcomes were in moderate level. The staff claimed that the biggest barriers were the increasing bureaucracy, regulations, and paperwork (4.01 ± 1.91). The most important facilitating factor was educational programs, such as seminars and workshops (3.77 ± 1.20), and the most important outcome of clinical governance was to prevent errors and mistakes in the way of service and learning from them (3.48 ± 1.95).

Conclusion: Since the implementation of clinical governance is complex and dynamic, successful implementation and organization of clinical governance require a strategic plan proportional to the structure, location, and facilities of Iranian hospitals based on its barriers, facilitating factors and its constructive outcomes.

Keywords: Clinical governance, Quality improvement, Attitude, Barriers, Facilitating factors, Outcomes

• **Citation:** Farokhzadian J, Mangolian Shahrabaki P. Evaluation of Staff's Attitude toward Clinical Governance, Barriers, Facilitating Factors and Outcomes of Implementing and Organizing This Approach. Journal of Health Based Research 2015; 1(1): 61-74.

1. Assistant Professor, Department of Community Health, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. PhD Student, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3. Lecturer, Department of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University Shahrabak Branch, Shahrabak, Iran

*Correspondence: Razi School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Haft-bagh Highway
Tel: 003431325198, 03434113200 Email: mangolian167@yahoo.com