

## موانع اجرای حاکمیت بالینی از دیدگاه مدیران و پرستاران

پژوهشگران: محسن حجت<sup>۱</sup>، لیلا مصلی نژاد<sup>۲\*</sup>، مریم چرخ انداز<sup>۳</sup>، الهام پابرجا<sup>۴</sup>،

مریم احسانی<sup>۵</sup>، سپیده محمدی<sup>۶</sup>

(۱) گروه پرستاری، دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران  
(۲) گروه بهداشت روان، استادیار، مرکز توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران  
(۳) کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران  
(۴) کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران  
(۵) گروه پرستاری، دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
(۶) گروه پرستاری، دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۷/۸

### چکیده

**مقدمه:** حاکمیت بالینی چهارچوبی است که در آن سازمان های ارائه دهنده خدمات بالینی، در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می پردازند.  
**هدف:** این پژوهش با هدف تعیین موانع اجرای حاکمیت بالینی از دیدگاه مدیران و پرستاران بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد.

**روش کار:** این یک مطالعه توصیفی-مقطعی است و بر روی ۲۸۰ پرستار و ۲۰ مدیر به روش سرشماری، انجام شده است. اطلاعات با کمک پرسشنامه ای محقق ساز مشتمل بر ۴۸ گویه در ۷ حیطه حاکمیت بالینی جمع آوری شد. روایی پرسش نامه باشیوه تعیین روایی صوری و محتوایی انجام شد و پایایی آن به روش آزمون مجدد و آزمون اسپیرمن ( $r=0/73$ ) کسب شد. اطلاعات به کمک آمارهای توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** ممیزی بالینی کمترین و مدیریت کارکنان بیشترین تاثیر منفی را از نظر شرکت کنندگان در اجرای حاکمیت بالینی داشته است. در بین تمام سئوالات "بی توجهی به رضایت شغلی پرسنل" در محور "مدیریت کارکنان" بیشترین تاثیر منفی را به خود اختصاص داد.  
**نتیجه گیری:** با توجه به اهمیت اجرای حاکمیت بالینی، بایستی نتایج چنین تحقیقاتی از سوی مدیران سلامت بسیار مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه:** حاکمیت بالینی، مدیران بیمارستان، کادر پرستاری بیمارستان

### مقدمه

می گیرد. در حقیقت چارچوبی است که در محدوده آن، سازمان های ارائه دهنده خدمات درمانی موظف به پاسخگویی مستمر و ارتقاء کیفیت خدمات خود هستند و لازم است ضمن حفظ استانداردهای بالای مراقبت از بیماران، به ایجاد محیطی بپردازند که در آن، مراقبت های بالینی در بهترین شکل خود به شکوفایی خواهد رسید. این امر در برگیرنده کلیه فعالیت های ارتقاء کیفیت است که کادر بالینی روزانه در انجام مراقبت های بالینی لحاظ می دارند(۳). حاکمیت بالینی نیازمند استقرار فرهنگی است که کارکنان حوزه سلامت را ترغیب کند تا به طور مستمر از خود بپرسند که آیا عملکرد مناسبی دارند و نیز

در کشورهای مختلف تا به امروز روش و ابزارهای متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت به کار گرفته شده اند(۱). از میان آن ها حاکمیت بالینی برای نخستین بار در سیستم ملی سلامت انگلستان National Health System (NHS) به عنوان استراتژی ارائه شده از سوی دولت و به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت های بالینی در سال ۱۹۹۸ مطرح شد(۲).

حاکمیت بالینی، اصطلاحی است که برای توصیف نوعی رویکرد طبقه بندی و برنامه ریزی شده (سیستماتیک)، به منظور حفظ کیفیت مراقبت از بیماران و بهبود این کیفیت در نظام سلامت، مورد استفاده قرار

تا بتوان شاهد اجرای بهتر طرح بود. لذا پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه ای با هدف تعیین موانع اجرای حاکمیت بالینی از دیدگاه مدیران و پرستاران در حیطه تعامل بیمار و جامعه، آموزش و مهارت آموزی، ایمنی بیمار، استفاده از اطلاعات، اثر بخشی بالینی، مدیریت کارکنان و ممیزی بالینی بوده انجام دهد.

### روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی است و جامعه پژوهش را کلیه پرستاران و مدیران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی جهرم تشکیل می دادند. نمونه گیری به روش سرشماری انجام شد، ۳۰۰ پرستار و ۴۰ مدیر در بیمارستان های تابعه (مسئول بخش ها- سوپروایزرها- مدیران پرستاری - مدیران داخلی - روسای بیمارستان ها- مدیران معاونت درمان که مسئول اجرای طرح هستند) جزء نمونه های این پژوهش بودند. از میان ۴۰ مدیر و ۳۰۰ پرستار که به صورت سرشماری انتخاب شده بودند، ۲۰ مدیر و ۲۰ پرستار از پر کردن پرسشنامه امتناع کردند و نهایتاً ۲۸۰ پرستار و ۲۰ مدیر پرسشنامه ها را تکمیل کردند.

نمونه ها شامل کلیه پرسنل پرستاری و مدیرانی (طرحی - رسمی - پیمانی - شبه پیمانی) بودند که بیش از ۶ ماه در بیمارستان سابقه کار داشتند. اطلاعات با کمک پرسشنامه محقق ساخته و پرسشگران آموزش دیده جمع آوری شد. پرسشنامه ۷ حیطه و ۴۸ گویه را دربر می گرفت. این گویه ها شامل آموزش و مهارت آموزی (۵ گویه)، مدیریت کارکنان (۷ گویه)، ممیزی بالینی (۶ گویه)، اثربخشی بالینی (۶ گویه)، استفاده از اطلاعات (۶ گویه)، تعامل با بیمار و جامعه (۹ گویه)، مدیریت خطر و ایمنی بیمار (۵ گویه) بوده است. هر گویه در پنج حیطه رتبه بندی بصورت لیکرت از خیلی زیاد (۵) تا خیلی کم (۱) طراحی شد. روایی پرسشنامه به روش روایی صوری و محتوایی به کمک ۱۰ تن از اساتید رشته پرستاری کسب شد، پایایی پرسشنامه نیز به روش آزمون مجدد و با کمک تست اسپیرمن کسب شد ( $r=0.73$ ). اطلاعات با کمک نرم افزار SPSS و با کمک آماره های توصیفی تحلیل شد.

اینکه چگونه می توانند عملکرد خود را بهبود ببخشند (۴). حاکمیت بالینی اثر بخش شامل ۷ محور کلیدی است؛ آموزش و مهارت آموزی، مدیریت کارکنان، توسعه مهارت های فردی و شغلی و تامین رفاه ایشان، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، تعامل با بیمار و جامعه، استفاده از اطلاعات و مدیریت خطر و ایمنی بیمار (۶-۵).

در کشور ما این مفهوم در سال ۱۳۸۸ به عنوان چهارچوب مورد قبول برای ارتقای کیفیت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب شد و طی بخشنامه ای به روسای دانشگاه های سراسر کشور ابلاغ شد. در حال حاضر تیم حاکمیت بالینی شامل کارشناسان و اعضاء کمیته حاکمیت بالینی در دانشگاه های سراسر کشور مشغول به فعالیت می باشند (۷).

با این حال در اجرای این امر مهم موانع متعددی ذکر شده است. برای مثال در مطالعه ای که توسط گلوپاز و همکارانش (Gluyas) در استرالیا بر روی بیمارستان هایی که طرح حاکمیت بالینی در آنها اجرا می شد انجام گرفت، مشخص گردید که سیستم جمع آوری اطلاعات دچار نقص می باشد، همچنین بیمارستان در تعامل با بیمار دچار مشکل بوده است (۸). در مطالعات دیگری در انگلستان درک متفاوت پرسنل و مدیران رده های مختلف یکی از موانع دستیابی به هدف طرح حاکمیت بالینی که همانا ارتقاء مداوم کیفیت خدمات می باشد بیان شد (۹،۱۰). در مطالعات بسیاری نیز به لزوم کشف موانع موجود بر سر راه اجرای حاکمیت بالینی جهت ارتقا کیفیت آن تاکید شده است (۱۱-۱۳).

با توجه به اینکه بحث اجرای طرح حاکمیت بالینی در کشور نو و تازه می باشد و همچنین در دانشگاه علوم پزشکی جهرم سابقه اجرا ندارد و با توجه به اینکه پرستاران قسمت اعظم نیروهای بیمارستانی را تشکیل می دهند و مدیران نیز نقش بسیار مهمی در اجرای طرح حاکمیت بالینی دارند. لذا انجام این پژوهش بسیار مهم و ضروری به نظر میرسد چرا که با توجه به بودجه ای که دانشگاه برای اجرای طرح حاکمیت بالینی اختصاص داده پس از مدت دو سال می بایست موانع اجرا مشخص شوند

## نتایج:

یافته های این مطالعه نشان داد که ۲۱۰ نفر معادل ۶۵/۶ درصد شرکت کنندگان زن و ۱۱۰ نفر یعنی ۳۴/۳ درصد مرد با متوسط سن  $25/75 \pm 13/77$  بودند. متوسط سابقه کار شرکت کنندگان  $6/98 \pm 2/1$  سال بود و ۱۸۴ نفر (۵۷/۵٪) استخدام رسمی، ۹۶ نفر (۳۰٪) شبه پیمانی و ۴۰ نفر (۱۲/۵٪) نیروی طرحی بودند.

بر اساس تجزیه و تحلیل داده ها محور ممیزی بالینی کمترین میانگین نمرات را از بین هفت محور به خود اختصاص داد. به عبارت دیگر این محور کمترین تاثیر منفی و ضعیف ترین مانع در اجرای طرح حاکمیت بالینی از نظر شرکت کنندگان بوده است و برعکس بالاترین نمره مربوط به محور مدیریت کارکنان بوده است که بیشترین تاثیر منفی و بزرگترین مانع برای اجرای حاکمیت بالینی محسوب می شده است. نمره کل به تفکیک پرستاران و مدیران در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

در هفت محور مورد بررسی، گویه های هر محور نیز به تفکیک نمرات بررسی شدند و گویه ای که در هر محور بیشترین نمره را به خود اختصاص داده بود، تعیین گردید. در حقیقت این گویه ها را می توان به عنوان موانع اصلی اجرای حاکمیت بالینی در هر سطح نام برد. از میان تمام گویه ها "بی توجهی به رضایت شغلی پرسنل" بیشترین نمره را به خود اختصاص داد (جدول شماره ۲).

## بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج حاصله از این مطالعه، مهمترین مانع در اجرای طرح حاکمیت بالینی، مدیریت کارکنان بوده است. در همین راستا هال (Hal) معتقد است به منظور یکپارچه سازی و ادغام کامل حاکمیت بالینی (راهبری بالینی) با فعالیتهای روزانه در بالین، نیاز به بهبود زیرساختها و حمایت مدیریتی مناسب هم در سطح اداری و هم اجرایی می باشد (۱۴). در واقع شالوده حاکمیت بالینی بر ایده استوار است که، مهمترین عامل در تعیین کیفیت مدیریت می باشد (۱۶، ۱۵). درحالی که بنظر میرسد در این پژوهش عدم توجه کافی به شرایط کاری پرسنل منجر به جدایی حاکمیت بالینی از مدیریت شده است.

افشاری و همکارانش نیز معتقدند به منظور اجرای یکپارچه و کامل حاکمیت بالینی در سیستم های بهداشتی درمانی، از بالاترین سطوح مدیریتی تا مدیران اجرایی مسئول در این زمینه باید نسبت به این مقوله درک عمیقی داشته باشند و در رابطه با آن آموزش داده شوند (۱۷).

از بین هفت حیطه حاکمیت بالینی، ممیزی بالینی کمترین نمره را به خود اختصاص داده و به عنوان ضعیف ترین مانع برای اجرای حاکمیت بالینی مطرح شده است. اگر چه ممیزی بالینی مکانیزمی برای نظارت بر استانداردهای کیفی است که تحت چارچوب حاکمیت بالینی تعریف شده اند، اما باید توجه داشت که بدون استراتژی مشخص و تنها با هدف حمایت از ممیزی موثر، تمامی فرصتهای موجود در راستای ارتقاء کیفیت از دست خواهند رفت (۱۹، ۱۸).

نتایج مربوط به گویه های هر محور نشان می دهد که در بین گویه ها "بی توجهی به رضایت شغلی پرسنل" بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده و به عنوان بزرگترین مانع برای اجرای حاکمیت بالینی مطرح شده است. با توجه به این که عامل نیروی انسانی به عنوان مهم ترین عامل توسعه در هر کشور و سازمانی در نظر گرفته می شود، بنابراین توجه به روحیات و انگیزه های انسانی در سازمانها از ضرورت و اولویت بالایی برخوردار است. در همین راستا اقداماتی نظیر ارائه ترفیعات بر اساس لیاقت و شایستگی افراد، برقراری جو دوستانه و صمیمانه و پرهیز از رقابت های ناسالم، گرایش به سمت مدیریت مشارکتی، ایجاد تنوع در شغل، رفع مشکلات اقتصادی و تقدیر و تشکر از پرسنل خصوصا در جمع جهت بهبود رضایت شغلی پرسنل در سازمانها پیشنهاد می شود (۲۰). در رابطه با حاکمیت بالینی هم با عنایت به اهمیت به رضایت شغلی پرسنل در محور مدیریت بالینی، توجه مدیران به اجرای پیشنهادات فوق ضروری می باشد. با توجه به وجود رابطه بین رضایت شغلی و توانمند سازی و یافته ی پژوهش که در محور "آموزش و مهارت آموزی"، فقدان سیستم بازخورد توانمندی به پرسنل بیشترین امتیاز را کسب کرده

و به عنوان مهمترین عامل اجرای حاکمیت بالینی مطرح شده است، لازم است بر لزوم توجه بیشتر مدیران به توانمند سازی پرسنل سیستم های بهداشتی و درمانی برای اجرای حاکمیت بالینی بیش از پیش تاکید کرد. در همین رابطه میر کمالی و ناستی زایی هم معتقدند: ضروری است سازمان ها با شناخت درست عوامل موثر بر توانمند سازی و تعدیل شرایط به منظور ارتقاء اثربخشی، جهت افزایش رضایت شغلی کارکنان تلاش کنند و شرایطی را فراهم کنند که کارکنان: شغل خود را با ارزش تلقی نموده و نسبت به آن علاقه درونی داشته باشند، به توانایی و ظرفیت خود برای انجام وظایف محوله اعتقاد داشته باشند، دارای حق انتخاب، آزادی عمل و استقلال در محیط کار باشند، در تصمیمات مشارکت داشته و به یکدیگر احساس علاقمندی و اعتماد داشته باشند(۲۱).

برقراری ارتباط با بیمار و ارائه اطلاعات صحیح و قابل فهم به وی جزء مضامین بند های مشروحه در منشور حقوق بیماران می باشد که باید حتما به آنها توجه شود، ولی متأسفانه فشار کاری پرسنل و استاندارد نبودن نسبت پرستاران به بیماران و عواقب ناشی از آن مشکلات متعددی را برای برقراری ارتباط موثر با بیماران ایجاد کرده به طوری که در این پژوهش هم بعد از عامل بی توجهی به رضایت شغلی پرسنل، فقدان وقت کافی جهت برقراری ارتباط با بیماران به عنوان یکی از موانع اجرای حاکمیت بالینی مطرح شده است که این مسئله لزوم توجه بیشتر مدیران را به چیدمان مناسب نیروی انسانی در مراکز بهداشتی درمانی آشکار می کند.

در محور "مدیریت خطر و ایمنی بیمار" عدم تبیین فرایند پاسخگویی به خطر در بیمارستان به عنوان یکی از بزرگترین موانع برای اجرای حاکمیت بالینی مطرح شده است. این در حالی است که بهبود ایمنی بیماران از اولویت های سیستم های ارائه کننده مراقبت است و ضرورت مدیریت ایمنی در بیمارستان ها توجه به این نکته را ایجاب می کند که علیرغم آن که حوادث به ندرت اتفاق می افتند، وخامت حوادث بسیار گسترده هستند و بار مالی زیادی برای بیمارستانها به همراه خواهند داشت (۲۲).

متأسفانه "عدم توجه به فرایند پاسخگویی به خطر" در این پژوهش در شرایطی به دست آمده که منابع مختلف تاکید می کنند اتخاذ سیاست ها و برنامه ریزی برای آموزش و نظارت بر فعالیت های مدیریت خطر باید به صورت جدی در بیمارستان ها پیگیری شود و اقداماتی نظیر آموزش و برگزاری کلاس های آموزشی، تشویق و تنبیه کارکنان از طرف مدیران، برنامه های دقیق بازرسی، برگزاری جلسات کمیته ایمنی، ضرورت توجه کامل کارکنان در تمام سطوح به رهنمود های ایمنی، ایجاد یک نظام گزارش دهی مناسب و موثر و بررسی و پیگیری پیامدهای آنها و از همه مهمتر مدیریت خوب ایمنی برای افزایش آگاهی کارکنان در این رابطه پیشنهاد می شود(۲۳، ۲۴).

در محور "اثر بخشی بالینی"، فقدان فرهنگ مطالعه بین پرسنل به عنوان مهمترین مانع برای اجرای حاکمیت بالینی از طرف پرستاران مطرح شد. در همین راستا نتایج پژوهش ادی حاج باقری هم نشان داد که شواهد حاصل از تحقیقات کمتر در مراقبتهای پرستاری به کار می روند و پرستاران در زمینه درک ارزش و اهمیت تحقیق و کاربرد یافته های حاصل از آن با مشکل مواجه هستند و پیشنهاد می کند ضمن تاکید بر مراقبت مبتنی بر شواهد، روش های تولید، بازیابی و ارزیابی شواهد تحقیقی در برنامه آموزش پرستاری، سیاست های تشویقی نیز برای پرستارانی که مراقبت مبتنی بر شواهد داشته و در جهت ارتقای دانش و مهارت خود و ارتقای کیفیت مراقبت تلاش می کنند در نظر گرفته شود(۲۵). قطعا در سایه توجه به این مسائل و پرورش فرهنگ مطالعه در بین پرستاران می توان به اثر بخشی بالینی و نهایتا اجرای حاکمیت بالینی در مراکز مراقبتی کمک بسیار زیادی نمود.

در محور "ممیزی بالینی"، مقایسه نکردن شرایط بالینی موجود با استانداردها به عنوان مهمترین مانع اجرای حاکمیت بالینی از طرف پرستاران مطرح شده است. با توجه به آن که انتخاب موضوع، تعیین استانداردها و توافق روی آنها، جمع آوری اطلاعات، مقایسه اطلاعات با

مکانیزمهای حمایتی هم به منظور تسهیل این تغییرات تدوین و ارائه گردند.

از محدودیتهای عمده پژوهش میتوان به نو پا بودن مفاهیم و اصول حاکمیت بالینی در ایران اشاره کرد که اجرا و شناخت کامل محدودیتهای آن را به شکل کاربردی با چالش روبه رو میکند.

در این راستا پیشنهاد میگردد که با گذشت زمان و اجرای استانداردهای بالینی تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام شود.

### تشکر و قدردانی

از کلیه مدیران و پرستاران بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم که در انجام تحقیق ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی مینمایم.

استانداردها، پیشنهاد تغییر و اعمال آن و نهایتاً بازبینی و مرور مجدد به ترتیب اجزای چرخه ممیزی محسوب می شوند (۲۶)، بنابراین ضروری است با آموزش لازم در رابطه با چگونگی اجرای این مراحل و تاکید بر آن که ممیزی بالینی فرایندی برای ارتقای کیفیت بوده، باید به قسمتی از فرهنگ سازمان تبدیل شده، همه افراد در آن درگیر شوند و اهمیت اجرای ممیزی بالینی و به تبع آن حاکمیت بالینی برای پرسنل و مدیران سیستم های بهداشتی و درمانی مشخص شود.

نهایتاً در رابطه با محور "استفاده از اطلاعات"، نامشخص بودن اطلاعات مورد نیاز در ارزیابی اولیه و نهایه به عنوان مهمترین مانع اجرای حاکمیت بالینی مطرح شده است که به نظر میرسد علت اصلی آن توجیه نبودن پرسنل و کمبود آگاهی آنها در رابطه با دلایل جمع آوری اطلاعات و فواید اطلاعات جمع آوری شده برای ارتقاء خدمتشان باشد که مجدداً اهمیت آموزش به افراد را برای اجرای موثر حاکمیت بالینی آشکار می سازد (۲۷).

با توجه به آن که حاکمیت بالینی، مکانیسمی قدرتمند برای اطمینان از رعایت بالاترین استانداردهای ارائه خدمات درمانی و ارتقاء مداوم کیفیت این خدمات در نظام سلامت می باشد، بنابراین کلیه افراد سیستم های بهداشتی و درمانی باید تمام تلاش خود را برای اجرای هر چه موثرتر این برنامه به کار گیرند و در این راستا از کلیه اقدامات نظیر آموزش موثر، تشویق افراد به فعالیتهای تیمی و بین رشته ای، نظارت و پایش مداوم، ایجاد انگیزه در کارکنان، ارائه بازخورد مناسب و اثربخش به افراد، استفاده از نظام تشویق و تنبیه و برآورده کردن نیازهای پرسنل برای افزایش رضایتمندی و توانمندی آنها استفاده نمایند.

در واقع می توان بر این نکته تاکید کرد که اگرچه حاکمیت بالینی موتور توسعه و بهبود استانداردهای عملکرد بالینی و حمایت از مردم در برابر استانداردهای غیر قابل قبول در حیطه درمان می باشد، اما، به نظر می رسد تدوین استراتژی های سازمانی به تنهایی نمی تواند رفتارهای حرفه ای را تغییر داده و می بایست

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار نمرات حیطة های موانع اجرای حاکمیت بالینی

پرستاران	مدیران	میانگین نمره
		حیطه ها
میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
۳/۴۰ ± ۱/۴۵	۳/۷۹ ± ۶/۱۲	تعامل با بیمار و جامعه
۳/۵۶ ± ۰/۷۱	۳/۷۹ ± ۰/۹۶	آموزش و مهارت آموزی
۳/۴۴ ± ۹۷	۳/۷۱ ± ۱/۰۴۸	مدیریت خطر و ایمنی بیمار
۳/۵۱ ± ۰/۸۸	۳/۸۷ ± ۰/۷۸	استفاده از اطلاعات
۳/۴۹ ± ۰/۹۰	۳/۸۴ ± ۰/۹۲۰	اثربخشی بالینی
۳/۸۸ ± ۰/۹۳	۳/۹۳ ± ۰/۸۹	مدیریت کارکنان
۳/۵۳ ± ۰/۸۵	۳/۴۴ ± ۰/۲۶	ممیزی بالینی

جدول شماره (۲) - میانگین و انحراف معیار گویه های هر محور به عنوان موانع اجرای حاکمیت بالینی

محور	گویه	(میانگین و انحراف معیار)
تعامل با بیمار و جامعه	نبود وقت کافی جهت برقراری ارتباط با بیماران	۳/۹۷ ± ۱/۱۳
آموزش و مهارت آموزی	نبود سیستم بازخورد توانمندی به پرسنل	۳/۸۳ ± ۱/۱۲
مدیریت خطر و ایمنی بیمار	عدم تبیین فرایند پاسخگویی به خطر در بیمارستان	۳/۶۲ ± ۱/۰۹
استفاده از اطلاعات	نا مشخص بودن اطلاعات مورد نیاز در ارزیابی اولیه و نهایی	۳/۷۳ ± ۱/۱۱
اثربخشی بالینی	نبود فرهنگ مطالعه بین پرسنل	۳/۷۴ ± ۱/۱۰
مدیریت کارکنان	بی توجهی به رضایت شغلی پرسنل	۴/۱۳ ± ۱/۰۹
ممیزی بالینی	مقایسه نکردن شرایط بالینی موجود با استانداردها	۳/۷۵ ± ۱/۱۴

## References

- 1- Carolan K. Clinical governance policies and procedures. UK: NHS;2008. Available from: <http://journals.nkums.ac.ir/index.php/mj/article/view/364>
- 2-Haxby E, Hunter David H, Jaggat S. An Introduction to clinical Governance and patient safety . New York: Oxford University Press; 2010.
- 3-Campbell SM, Sweeney GM. The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care. Br J Gen Pract. 2002 Oct; 52 Suppl: S12 – 7.
- 4-Chambers R, Wakley G. Making Clinical Governance Work for You. UK: Stafford Shire University, Radcliffe Medical press; 2000. Available from: [http://www.zums.ac.ir/files/Treatment/pages/making\\_clinical\\_governance\\_work\\_for\\_you.pdf](http://www.zums.ac.ir/files/Treatment/pages/making_clinical_governance_work_for_you.pdf)
- 5-Rajiv Kumar Singh. Clinical governance in operation, everybody's business: a proposed framework. Clinical Performance and Quality Healthcare. 2009; 14 (3): 35-45.
- 6-Spark JI, Rowe S. Clinical governance: its effect on surgery and the surgeon. ANZ J Surg. 2004 Mar; 74(3):167-70.
- 7-Peigham Heidarpoor P, Dastjerdi R, Rafiee S, Sadat S, Mostofian F. Orientation to Clinical Governance Barriers. Tehran: Tandis ; 2011. Persian.
- 8-Gluyas H, Allix S, Morrison P. Do inquiries into health system failures lead to change in clinical governance systems? Collegian. 2011; 18(4):147-55.
- 9-Chandra S. Sense making of clinical governance at different levels in NHS hospital trusts. Clinical Governance: An International Journal. 2009; 14(2):98 – 112.
- 10-Allison R. Clinical governance in primary care: a literature review. Journal of Clinical Nursing. 2004;13 (6): 723–730.
- 11-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.
- 12-Walsh K, Offen N. A very public failure: lessons for quality improvement in health care organizations from the Bristol Royal Infirmary. Quality in Health Care. 2001; 10:250–256.
- 13-Tuan Trong L. Clinical governance: A lever for change in Nhan Dan GiaDinh Hospital in Vietnam. Clinical Governance: An International Journal. 2002; 17(3):44.
- 14-Hal H. Professions Allied to Medicine and Development of Clinical Governance in Scotland. Physiotherapy. 2002; 88(7): 428.
- 15-Freedman DB. Clinical governance—bridging management and clinical approaches to quality in the UK. Clinica Chimica Acta. 2002; 319(2): 133–141.
- 16-Degeling PJ, Maxwell SH, Iedema R, Hunter DJ. Making clinical governance work. BMJ. 2004; 329:679-681.
- 17-Afshari M, Gheshm M. Clinical Governance Development Index (CGDI) in health centers. The First Congress on Clinical Governance and Continuous Quality Improvement; 2012 May 17–18. Tabriz: University of Medical Science. Persian. Available from: <http://congress.tbzmed.ac.ir/ccgcqi/Abstract/3162>
- 18-Lugon JSW. Clinical governance: making it happen. London: The Royal Society of Medicine Press Ltd; 1999.
- 19- Johnston G, Crombie I, Alder E, Davies H, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. Qual Health Care. 2000 March; 9(1): 23–36.
- 20-Pourghaz A, Nastizaie N, Hezare Moghaddam M. Job Satisfaction of Nursing Staff in Hospitals of Zahedan. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2010; 8(3): 143-8. Persian.
- 21-Mirkamali M, Nastiezaie N. The relationship between psychological empowerment and job satisfaction of nursing personnel. Journal of nursing and midwifery of Urmia University of medical sciences. 2010; 8(2): 104-113. Persian.
- 22-Royal S, Smeaton L, Avery A, Hurwitz B. Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis. Quality and Safety in Health Care. 2006; 15: 23-31.
- 23-Zaboli R, Karamali M, Salem M, Rafati H. Risk management assessment in selected wards of hospitals of Tehran. Iranian Journal of Military Medicine. 2011; 12(4): 197-202. Persian.
- 24-Habibi E, Soleymani B, Nateghi R, Lotfiroshani M, Yarmohammadian M. Risk Management in Radiology Units of Isfahan University of Medical Sciences' Hospitals. Health information Management. 2007; 4(1): 133-141. Persian.
- 25-Adi-Hajbagheri M. Iranian nurses perceptions of evidence-based practice: A qualitative study. Feyz. 2007; 11(2): 44-52. Persian.
- 26-Hadizadeh F, Kalighinejad N, Ataie M. A widow (glance) to the clinical governance and improvement of clinical services. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2008. Persian.
- 27-Rahim Salmani, Ferdosi M, Bahman Ziyari F, Nematollahi M. Implementing Clinical Governance in Isfahan Hospitals; Barriers and Solutions, 2014. Journal of patient safety and quality improvement. Forthcoming 2014.

## Barriers to clinical governance administration from point of view of managers and nurses

BY: Hojjat M<sup>1</sup>, Mosalanejad L<sup>2\*</sup>, Charkhandaz M<sup>3</sup>, Pabarja E<sup>3</sup>, Ehsani M<sup>4</sup>, Mohammadi S<sup>4</sup>

1- Department of Nursing, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

2- Department of Mental Health, Assistant Professor, educational development center, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

3- Department of Nursing, BSc in Nursing, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

4- Department of Nursing, PhD Student in Nursing, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran

Received: 2013/07/20

Accepted: 2013/09/30

### Abstract

**Introduction:** Clinical governance is a framework in which the organization providing clinical services is accountable for continuing improvement of quality of clinical service excellence.

**Objective:** This study aimed to determine obstacles of clinical governance administration from view point of managers and nurses in hospitals affiliated to Jahrom University of Medical Sciences.

**Methods:** This is a cross-sectional study conducted on 280 nurses and 20 managers selected by census method. Data were gathered by a researcher made questionnaire, consisting of 48 items in 7 domains of clinical governance. Questionnaire validity was done by face and content determination style and its reliability was established through Test-retest method and Spearman test ( $r=0.73$ ). Data were analyzed by descriptive statistics.

**results:** Clinical audit and personnel management had the most negative effect in clinical governance administration from participants' viewpoint. From all questions "inattention to personnel job satisfaction" in "personnel management" domain had the most negative effect.

**Conclusion:** According to importance of clinical governance administration, such research results should be considered by health managers.

**Keywords:** Clinical Governance, Hospital Administrators, Nursing Staff, Hospital

\*Corresponding Author: Mosalanejad Leila, Jahrom, University of Medical Sciences

Email: saedparsi2012\_ma@gmail.com