

بررسی آمادگی بیمارستانهای منتخب شهر تهران در اجرای برنامه حاکمیت بالینی با استفاده از مدل CGCQ

محمد عرب^۱، مسلم شریفی^{۲*}، محمود محمودی^۳، بهمن خسروی^۴، روزبه هژبری^۵، علی اکبری ساری^۶، بتول احمدی^۷، فرخ افتخار^۸

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۵

تاریخ دریافت: ۹۲/۵/۲۵

چکیده:

زمینه و هدف: در سالهای اخیر حاکمیت بالینی به عنوان مدلی برای تبیین اصول بهبود مستمر کیفیت در خدمات سلامت معرفی شده است. این بررسی در نظر دارد با استفاده از ابزار سنجش جو سازمانی حاکمیت بالینی میزان آمادگی بیمارستانهای مورد مطالعه را برای اجرای برنامه های حاکمیت بالینی مورد بررسی قرار دهد.

مواد و روش ها: این بررسی در ۱۴ بیمارستان دولتی و غیر دولتی واقع در شهر تهران برای ارزیابی وضعیت آمادگی این بیمارستانها برای اجرای حاکمیت بالینی انجام شد. بدین منظور ۸۰۰ نفر از پزشکان و پرستاران شاغل در این بیمارستانها مورد پرسش قرار گرفته اند. داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ و با استفاده از آزمون های همبستگی و مقایسه میانگین ها و همچنین آماره های توصیفی مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: یافته ها نشان دهنده آمادگی هر دو نوع بیمارستان دولتی و غیر دولتی برای اجرای برنامه حاکمیت بالینی بود. یافته های حاصل از بررسی میدانی نشان داد که میانگین امتیاز جو سازمانی حاکمیت بالینی در بیمارستانهای مورد بررسی (۳/۱۴) بالاتر از حد متوسط (۲/۵) است.

نتیجه گیری: این بررسی نشان داد که آمادگی لازم برای اجرای برنامه های حاکمیت بالینی در بیمارستانها در حد قابل قبولی وجود دارد. با این حال با اجرای حاکمیت بالینی تلاش می شود استراتژی واحد و جامعی برای بهبود مستمر کیفیت در خدمات بالینی به کار گرفته شود.

کلمات کلیدی: حاکمیت بالینی، جو سازمانی، بیمارستان، ایران

^۱ استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ مسئول گروه پژوهشی مدیریت سلامت، مرکز تحقیقات اقتصاد سلامت، پژوهشکده سلامت صنعت نفت: (نویسنده مسئول) sharifimoslem@yahoo.com

^۳ استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۵ مسئول گروه پژوهشی فن آوری اطلاعات، مرکز تحقیقات اقتصاد سلامت، پژوهشکده سلامت صنعت نفت

^۶ دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۷ استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۸ مرکز تحقیقات سلامت کار و محیط صنعت نفت ایران.

مقدمه:

در دهه های اخیر، سازمان بهداشت جهانی^۱ مفهوم حاکمیت بالینی^۲ را به عنوان چارچوبی برای تبیین اصول بهبود مستمر کیفیت در خدمات سلامت معرفی نموده است (۱). باید در نظر داشت که حاکمیت بالینی نمی تواند با انجام آنچه "درست به نظر می رسد" اجرایی شود. بلکه سازمانهای بهداشتی و درمانی نیاز به یک طرح و برنامه به منظور افزایش کیفیت خدمات بالینی خود دارند. همچنین مهم است تا اطمینان حاصل شود که زیر ساخت هایی مانند فن آوری اطلاعات، آموزش و تحقیق و توسعه و... برای دستیابی به اهداف بهبود کیفیت مناسب هستند (۲). اما اجرای موفق برنامه های بهبود کیفیت در سیستم های درمانی بیشتر از سایر صنایع بر فاکتورهای انسانی از جمله فرهنگ و جو سازمانی متکی است (۳).

اجرای موفق حاکمیت بالینی نیاز به رویکردهایی برای تغییر در تمام سطوح فردی (به عنوان مثال پزشک عمومی)، گروهی (به عنوان مثال تیم مراقبت های بهداشتی اولیه)، سازمانی (بیمارستان) و در سطح سیستم بزرگتر (کل نظام سلامت که در آن افراد و سازمان ها تعبیه شده اند)، دارد (۴). در دنیای تجارت و صنعت سالهاست که وابستگی میان دستیابی به شاخص هایی همچون عملکرد و کیفیت بر ترو تغییر فرهنگ سازمانی شناخته شده است (۵). در نظام سلامت نیز نیاز به تغییر فرهنگ سازمان همراه با تجدید ساختار به نسخه ای آشنا برای بهبود کیفیت، ایمنی و بهبود عملکرد بالینی از دیدگاه مدیران، سیاستگذاران و محققان دانشگاهی تبدیل شده است (۵-۶).

کشورهای مختلفی بر اساس شرایط خاص خویش اقدام به اجرای برنامه حاکمیت بالینی نموده اند. با این وجود و علیرغم شفاف سازی ها در ادبیات موضوع، همچنان مطالعات مختلف وجود یک چارچوب ایده آل برای پیاده سازی موفق حاکمیت بالینی را نشان نمی دهند. نبود این چارچوب مشخص، احتمال شکست مجریان آن را بالاتر خواهد برد. نکته مهم اینکه برنامه های بهبود کیفیت نوعاً «وابسته به فرهنگ حاکم بر سازمان بوده و به شدت به پذیرش افراد و اجزای سازمانی وابسته است» (۷). از طرفی محیطهای بهداشتی درمانی و به خصوص بیمارستانی به دلیل پیچیدگی های ساختاری و همچنین ماهیت حیات سازمانی خاص خود مقاومت های فرهنگی قدرتمندی در برابر برنامه های اصلاحی نشان می دهند. این مقاومتها

موانع و تهدیدات جدی در برابر اجرای برنامه های اصلاحی نظیر حاکمیت بالینی می باشند که اساساً "شیوه های عملکرد مرسوم سازمان را به چالش می کشد (۸).

بنابراین اگر متولیان برنامه های حاکمیت بالینی به خصوص در بیمارستانها، موفق به شناخت و تغییر فرهنگ حاکم بر سازمان (که ریشه در باورها و ارزشهای مشترک کارکنان دارد) نشوند، موفق به ایجاد چارچوب اجرایی مناسب نشده و احتمال شکست تلاش های خود را بالاتر خواهند برد. این مشکلات در بیمارستانها، زمانی که بخواهیم تاثیر خرده فرهنگها را نیز لحاظ کنیم پیچیده تر خواهد شد (۹).

در ایران نیز، از سال ۱۳۸۴ مفاهیم مربوط به حاکمیت بالینی به ادبیات کیفیت خدمات در بخش بهداشت وارد شد و از سال ۱۳۸۸ و با دستور وزیر وقت بهداشت، این برنامه رسماً به عنوان چارچوب مورد قبول برای بهبود کیفیت خدمات سلامت معرفی شد و پس از آن به طور گسترده ای در بیمارستانهای مختلف اجرایی گردید. با این وجود تلاش مشخصی برای شناخت و مدیریت مولفه های فرهنگی ناظر بر اجرای آن صورت نگرفته و جای خالی ارزیابی فرهنگی محیط های بیمارستانی برای پذیرش و اجرای موفق اصلاحات در قالب برنامه های حاکمیت بالینی، احساس می شود. حیرانی و همکاران در مطالعه ای دریافتند که اجرای حاکمیت بالینی یک فرایند واضح و روشن برای بیمارستان های ایران نبوده و برخی مدیران و کارکنان معتقدند که در بیمارستان آنها فرایندهای مداوم برای بهبود کیفیت وجود ندارد. علاوه بر این، به نظر می رسد که تقریباً همه این افراد کلیدی، مفهوم حاکمیت بالینی و روش های مناسب برای پیاده سازی آن را به خوبی درک نکرده اند (۱۰).

مبهم بودن کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی، فعل و انفعالات پیچیده در میان بازیگران مختلف نظام سلامت، مسئله ی رضایت بیماران و دخالت آنها در طراحی و نظارت بر مراقبت، تخصیص منابع و نیاز به کاربرد ابزار و تکنیک های موثر در مراحل مختلف اجرا از چالش برانگیزترین مسائل استراتژیک در اجرای حاکمیت بالینی در ایران بیان شده اند (۱۰).

بر این اساس این مطالعه در پی ارزیابی جو سازمانی حاکمیت بالینی از دیدگاه کارکنان کادر پزشکی و پرستاری بیمارستانهای مورد مطالعه و آمادگی این بیمارستانها برای اجرای برنامه حاکمیت بالینی است.

¹ World Health Organization

² Clinical Governance

مواد و روش ها:

نفری از پزشکان و پرستاران شاغل به کار در این بیمارستان ها اجرا شد.

جهت سنجش روایی و پایایی ابزار، پرسشنامه به صورت پایلوت در میان ۱۲۰ نفر از اعضای جامعه پژوهش به صورت تصادفی توزیع گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری مناسب شامل بررسی همبستگی و آزمون تی مستقل نسبت به تحلیل داده ها اقدام گردید.

یافته ها:

در این مطالعه، ۸۰۰ پرسشنامه در میان کادر پزشکی و پرستاری در ۱۴ بیمارستان شهر تهران توزیع گردید که از این بین ۵۹۳ پرسشنامه تکمیل و به مطالعه وارد شد که نرخ پاسخگویی بیش از ۷۴٪ نشان می دهد. بیش از ۶۷ درصد پاسخگویان را زنان تشکیل داده و ۷۴ درصد از پاسخگویان پرستار بوده اند. رده سنی ۳۰ تا ۳۹ ساله با ۳۷ درصد و گروه سابقه کار ۱ تا ۵ سال با ۳۸ درصد بیشترین سهم را داشته اند. بیش از ۴۶ درصد از شرکت کنندگان به صورت قراردادی مشغول به کار بوده اند. با توجه به بافت کلی حاکم بر نیروی کار درمانی در بخش بیمارستانی این نتایج قابل انتظار است. با توجه به اهمیت متغیر نوع مالکیت بیمارستان در مطالعات قبلی (کاراساویدو ۲۰۱۰) در جدول زیر نتایج آزمون تی مستقل برای دو گروه بیمارستانهای مورد مطالعه - دولتی (۸ بیمارستان) و غیر دولتی (۶ بیمارستان) - بیان می گردد

جدول ۱: نتایج آزمون میانگین دو جامعه بیمارستانهای دولتی و غیر دولتی

متغیر وابسته	نوع بیمارستان	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	p-value
جو سازمانی	دولتی	۳۵۳	۳/۳۰	۰/۴۵	۱/۷۳	۰/۱۸
	غیر دولتی	۲۴۰	۳/۳۲	۰/۴۰		

دولتی در مولفه های برنامه بهبود برنامه ریزی شده و یکپارچه و جو تنبیه و سرزنش وضعیت بهتری نسبت به بیمارستانهای غیر دولتی و در مولفه های مدیریت خطر پیشگیرانه و یادگیری سازمانی وضعیت بدتری نسبت به بیمارستانهای غیر دولتی دارند. در مولفه های کار با همکاران و آموزش و توسعه بین این دو دسته از بیمارستان تفاوت معناداری مشاهده نمی شود و در این مولفه وضعیت بیمارستان ها تقریباً مشابه است (جدول ۲).

داده های مورد نیاز در این مطالعه از طریق پرسشنامه ی جو سازمانی حاکمیت خدمات^۱ بالینی جمع آوری گردیده است. این پرسشنامه ابزاری برای پایش ابعاد مهم جو سازمانی بهبود کیفیت در اجرای برنامه های حاکمیت بالینی است. ساختار این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ شاخص است که برای هر شاخص یک سوال مرتبط طرح شده است. پرسش های فوق در مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (امتیاز ۱) تا کاملاً موافقم (امتیاز ۵) درجه بندی می شوند. امتیاز کلی پایین تر از متوسط (۲/۵) نشانه عدم آمادگی مجموعه مورد مطالعه برای اجرای برنامه های حاکمیت بالینی است. به همین ترتیب هریک از مولفه های شش گانه جو سازمانی نیز قابل بررسی می باشند. برای سنجش عوامل موثر بر این پدیده یک بخش اطلاعات فردی (متغیر های دموگرافیک شامل سن، جنس، سابقه کار، نوع شغل، وضعیت استخدام) نیز به پرسشنامه اصلی اضافه گردید.

با توجه به اینکه نوع بیمارستان (دولتی و غیر دولتی) یک عامل تاثیر گذار در میزان آمادگی بیمارستان ها برای اجرای برنامه ی حاکمیت بالینی شناخته شده بود در این بررسی نیز حجم نمونه مساوی از دو دسته بیمارستان دولتی و غیر دولتی باید در نظر گرفته می شد، بنابراین این مطالعه در ۱۴ بیمارستان شامل ۸ بیمارستان دولتی و ۶ بیمارستان غیر دولتی (خصوصی، خیریه و...) و با پیش بینی حجم نمونه ۸۰۰

آنگونه که در جدول می بینیم تفاوت معناداری در میان بیمارستانهای دولتی و غیر دولتی از نظر جو سازمانی وجود ندارد. میانگین امتیاز جو سازمانی در بیمارستانهای مورد مطالعه (۳/۳۱) بالاتر از حد متوسط (۲/۵) است و این نشان می دهد که فضای عمومی حاکم بر بیمارستانهای مورد مطالعه برای اجرای برنامه های حاکمیت بالینی مساعد است.

جدول ۲ میانگین و نمره انحراف استاندارد برای شش عامل CGCQ را نشان می دهد. با مقایسه میانگین نمره مولفه های مختلف در بین بیمارستان ها مشخص شد که بیمارستانهای

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره ابعاد مختلف حاکمیت بالینی بر حسب نوع بیمارستان

مولفه	نوع بیمارستان	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	p
بهبود برنامه ریزی شده و یکپارچه	دولتی	۳۲۱	$۳/۶۰ \pm ۰/۶۶$	۰/۰۰۱
	غیر دولتی	۱۹۵	$۳/۴۳ \pm ۰/۸۳$	
مدیریت خطر پیشگیرانه	دولتی	۳۳۲	$۳/۱۸ \pm ۰/۳۲$	۰/۰۲۹
	غیر دولتی	۲۲۵	$۳/۲۸ \pm ۰/۳۱$	
جو تنبیه و سرزنش	دولتی	۳۳۳	$۳/۳۲ \pm ۰/۲۷$	۰/۰۰۲
	غیر دولتی	۲۲۶	$۳/۱۸ \pm ۰/۳۰$	
کار با همکاران	دولتی	۳۳۹	$۳/۲۶ \pm ۰/۱۷$	۰/۹۹۱
	غیر دولتی	۲۳۱	$۳/۲۶ \pm ۰/۱۹$	
فرصتهای آموزش و توسعه	دولتی	۳۳۲	$۳/۱۴ \pm ۰/۳۰$	۰/۱۴۵
	غیر دولتی	۲۲۲	$۳/۱۸ \pm ۰/۲۷$	
یادگیری سازمانی	دولتی	۳۴۰	$۲/۹۲ \pm ۰/۱۸$	۰/۰۰۲
	غیر دولتی	۲۲۹	$۳/۱۴ \pm ۰/۱۹$	

عمومی حاکم بر بیمارستانها علیرغم تفاوتهای ظاهری، همگون بوده و این می تواند اجرای برنامه های حاکمیت بالینی را تقویت نماید.

یکی از اهداف این مطالعه بررسی رابطه میان متغیرهای دموگرافیک و میزان آمادگی بیمارستانهای مورد مطالعه بوده است و برای این منظور از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید که نتایج آن را در جدول زیر مشاهده می کنیم.

یافته های جمعیت شناسی مطالعه نشان می دهد که ترکیب عمده پاسخگویان را زنان پرستار، قراردادی، با سن کمتر از ۴۰ سال و با سابقه کار کمتر از ۱۰ سال تشکیل می دهند. این ترکیب جمعیتی می تواند خود به عنوان فرصتی برای اجرای برنامه های بهبود در هر چارچوبی باشد. این یافته در کنار نتیجه دیگری که حاکی از عدم ارتباط میان نوع مالکیت بیمارستانی و امتیاز جو سازمانی است نشان می دهد که فضای

جدول ۳: ماتریس همبستگی متغیرهای دموگرافیک و جو سازمانی بیمارستانها

متغیرهای دموگرافیک	سن	جنس	شغل	وضعیت استخدام	سابقه کار	نوع بیمارستان
ضریب پیرسون	۰/۰۲۸	*۰/۱۰۴	۰/۰۶۶	**۰/۱۱۹	۰/۰۶۷	۰/۰۲۵
p-value	۰/۰۵۲	۰/۰۱۲	۰/۱۱۲	۰/۰۰۶	۰/۱۲۴	۰/۵۳۷
N	۵۶۶	۵۸۰	۵۶۸	۵۳۸	۵۳۶	۵۹۳

**همبستگی در سطح ۰.۰۵ *همبستگی در سطح ۰.۰۱

همانگونه که مشاهده می شود بین دو متغیر جنس و وضعیت استخدام پاسخگو و جو سازمانی رابطه ای ضعیف برقرار است. سایر متغیرهای دموگرافیک رابطه معناداری با جو سازمانی آمادگی کلی بیمارستانها ندارند.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان آمادگی بیمارستانهای شهر تهران برای اجرای برنامه های حاکمیت بالینی، به اجرا درآمد. برای دستیابی به این هدف نسخه اصلی پرسشنامه (CGCQ) که توسط فریمن و در سال ۲۰۰۳ طراحی و در نظام مراقبت ملی سلامت انگلیس آزموده شده بود مبنای بررسی قرار گرفت.

در این مطالعه وضعیت کلی بیمارستانها (هم دولتی و هم غیر دولتی) برای اجرای حاکمیت بالینی خوب ارزیابی شد و در هر دو نوع بیمارستان شرایط تقریباً یکسان بود. ولی در مطالعه ای که توسط کاراساویدو و همکاران در سال ۲۰۱۰ در سه بیمارستان کشور یونان انجام شد نتایج نشان داد که بیمارستان های دولتی در تمامی فاکتورهای جو سازمانی و همچنین

مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان آمادگی بیمارستانهای شهر تهران برای اجرای برنامه های حاکمیت بالینی، به اجرا درآمد. برای دستیابی به این هدف نسخه اصلی پرسشنامه

از مسائل موجود به منظور شناسایی و تسهیل فرآیندهای مناسب دارد (۱۳). هادی زاده و ادیبی در پژوهشی با عنوان "حاکمیت خدمات بالینی؛ راهکاری برای اجرایی سازی آن در بیمارستانهای کشور" مدلی را برای پیاده سازی حاکمیت بالینی در سطح بیمارستانهای کشور پیشنهاد کردند این مدل شامل این عناصر بود: شفافیت، پژوهش و توسعه، مدیریت کارکنان، مدیریت اطلاعات، مشارکت جامعه و دریافت کنندگان خدمت و آموزش بود (۱۴).

حاکمیت بالینی نیازمند جو سازمانی حمایتی و استقرار فرهنگی است که متخصصان و کارکنان حوزه سلامت را ترغیب کند تا بطور مستمر عملکردی مناسب داشته و آن را بهبود بخشند. حاکمیت بالینی یکی از نیروهای محرک برای بهبود کیفیت خدمات بوده و ساختاری ارائه می کند که نظام سلامت، پزشکان و سایر کارکنان را در قبال ایمنی و بهبود مستمر کیفیت خدمات خود پاسخگو کند و فرصت های گسترده ای را برای درک و یادگیری، به منظور توسعه اجزای اساسی مورد نیاز برای تسهیل در ارائه مراقبت با کیفیت فراهم کرده و مستلزم بازنگری در مرزها و نقش های سنتی بین کارکنان بهداشتی، بین پزشک و بیمار و بین مدیران و پزشکان است. در واقع با اجرای حاکمیت بالینی تلاش می شود استراتژی واحد و جامعی برای بهبود مستمر کیفیت در خدمات بالینی به کار گرفته شود. مدیران بیمارستان ها برای اجرای برنامه های حاکمیت بالینی نیاز به تمرکز بیشتر بر روی توسعه کارکنان و برنامه های بلند مدت بهبود دارند و باید به تمام جنبه های حاکمیت بالینی به منظور بهبود خدمات و همچنین لزوم بهبود کارایی، اثربخشی و ایمنی بیمار توجه کافی داشته باشند.

تشکر و قدردانی:

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی آمادگی بیمارستانهای شهر تهران برای اجرای برنامه های حاکمیت بالینی بر اساس مدل CGCQ در سال ۱۳۹۱" مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۹۱ با کد ۱۷۴۲۲ می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

نویسندگان لازم می دانند از مساعدت و همکاری مدیریت بیمارستانهای لاله، انستیتو کانسر، رسول اکرم، فیروزگر، فارابی، آبان، مدائن، پاستورنو، صدر، آپادانا، پارس، نفت، امام خمینی و ولی عصر در اجرای این مطالعه تشکر نمایند

کیفیت خدمات، در مقایسه با بیمارستان های غیر دولتی وضعیت ضعیف تری دارند. که شاید دلیل آن ناشی از تازه تاسیس بودن بیمارستان های خصوصی در یونان و همچنین زیر ساخت و مدیریت مدرن بیمارستانهای غیردولتی باشد (۱).

در مطالعه حاضر بیمارستانهای دولتی در مولفه های مدیریت خطر پیشگیرانه و یادگیری سازمانی وضعیت بدتری نسبت به بیمارستانهای غیر دولتی دارند. در حالی که در مطالعه ی که توسط صفری و همکاران با هدف ارزیابی بیمارستان دولتی و خصوصی شهر تهران برای اجرای برنامه های حاکمیت بالینی انجام شد، نتایج نشان داد که بیمارستان های خصوصی در همه جنبه ها از بیمارستان های دولتی وضعیت بهتری داشتند که این اختلاف فقط در حیطه مدیریت ریسک فعال از نظر آماری معنادار بوده است، که با نتایج مطالعه ی حاضر مطابقت ندارد (۱۱). همچنین زند و همکاران در پژوهشی با هدف ارزیابی درونی بخش مراقبت های ویژه از نظر مولفه های موجود در محورهای اساسی حاکمیت بالینی که در یکی از بیمارستان های دولتی شیراز انجام شد به این نتیجه رسیدند که از میان مولفه های حاکمیت بالینی، بیشترین اقدامات در زمینه ی مدیریت و رهبری اجرا شده اند و در سایر مولفه مانند مدیریت خطر اقدامات کمتری انجام شده است که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۱۱).

این بررسی نشان داد که اجرای موفق حاکمیت بالینی به متغیر هایی نظیر نوع بیمارستان، نوع شغل (پزشک و پرستار)، سابقه کار و ... بستگی ندارد و هیچ گونه رابطه ی معناداری بین این متغیرها و میزان آمادگی بیمارستانها برای اجرای حاکمیت بالینی یافت نشد. با این حال هر کشوری متناسب با شرایط خاص خود اقدام به اجرای برنامه های بهبود کیفیت مانند حاکمیت بالینی می کند (۱۲).

بنابراین اجرای موفق حاکمیت بالینی، مانند دیگر برنامه های بهبود کیفیت، نیاز به توجه خاص به پیچیدگیهای زیربنایی و اصلی دارد. همچنین اجرای این برنامه نیازمند اجرای مجموعه ای از فعالیت های هدفمند خواهد بود. این فعالیت ها شامل این موارد است: درک شرایط و پیدا کردن مسائل مرتبط با کیفیت مراقبت، بررسی دیدگاه و ایده ها ذینفعان مختلف در مورد وضعیت و چگونگی بهبود آن و تعریف اقدامات به منظور بهبود کیفیت مراقبت از طریق بحث های ساختارمند و توسعه امکانات رفاهی در میان ذینفعان (۱۰).

همچنین حاکمیت بالینی چارچوبی پیچیده، پویا، و استراتژیک است که برای اجرای موثر، نیاز به یک درک جامع

References

1. Eleonora Karassavidou, Niki Glaveli and Kostas Zafiroopoulos. Assessing hospitals' readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate, *Journal of Health Organization and Management*. (2010). Vol. 25 No. 2, pp. 214-240
2. Halligan, A., & Donaldson, L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ: British Medical Journal*. (2001). 322(7299), 1413.
3. Joss, Richard, and Kogan. Maurice Advancing Quality: Total Quality Management in the National Health Service. Buckingham: Open University Press. Health Service). 1995.
4. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *Millbank Q*. 2001; 79: 281-315.
5. Kennedy, I. Learning from Bristol: Public Inquiry into Children's Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995, Stationery Office, London. (2005).
6. Davies, H.T.O., Mannion, R., Jacobs, R. and Marshall, M.N. "Does hospital organizational culture influence hospital performance?" *Medical Care Research & Review*. (2007), Vol. 64 No. 1, pp. 66-82.
7. Freeman, T., & Walshe, K. Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England. *Quality and Safety in Health Care*. (2004). 13(5), 335-343.
8. Silimperi D, Franco LM, Veldhuyzen T, et al. A framework for institutionalizing quality assurance. *Int J Qual Health Care* 2002; 14:S67-73.
9. Gauld, R., & Horsburgh, S. Clinical Governance Assessment Project: Analysis of Three Quality and Safety Questions in a National Survey of New Zealand Health Professionals. *Du-nedin: Centre for Health Systems, University of Otago*. (2012).
10. Heyrani, A., Maleki, M., Marnani, A. B., Ravaghi, H., Sedaghat, M., Jabbari, M, Abdi, Z. Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: a systems approach. *Implementation Science*, (2012). 7(1), 1-10.
11. Safari, H. Tehran hospitals' readiness for clinical governance quality initiatives through Clinical Governance Climate Questionnaire. [final dissertation]. Tehran University of Medical Sciences. 2012
12. Zand F. et al. The evaluation of intensive care in hospital, *Anesthesiology and Pain Medicine*. (2012), no 80.vol 2pp35-50 {in Persian}
13. World Health Organization: Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007.
14. Maddock A, Kralik D, Smith J: Clinical Governance improvement initiatives in community nursing. *Clinical Governance International Journal*. 2006, 11(3):198-212.
15. Hadizade.F. Adibi P. Clinical Governance, a solution for implementation, health information journal) .(2012),9(3). 305-309 {in Persian}

Assessing the Tehran Hospitals' Readiness of Clinical Governance Quality Programs Based on Clinical Governance Climate Questionnaire Model (CGCQ)

Arab M¹, Sharifi M^{2*}, Mahmoudi M³, Khosravi B⁴, Hojabri R⁵, Akbari Sari A⁶, Ahmadi B⁷, Farrokh E⁸

Submitted: 2013.9.16

Accepted: 2014.1.25

Abstract

Background: In recent years, clinical governance introduced as a model to determine continuous quality improvement principals in health services. This study considers assessing the readiness of selected hospitals clinical governance programs implementation by using CGCQ instrument.

Material and Methods: The survey was conducted in 14 private and public Hospitals in order to assess hospitals' readiness to clinical governance programs implementation in Tehran city. In this regards, 800 health professionals including physicians and nurses were inquired. Collected data analyzed by SPSS₁₇ using correlation coefficient, mean comparison and descriptive tests.

Results: Based on study results, both private and public hospitals had readiness to implement clinical governance program. Results of field survey revealed mean score of organizational climate of clinical governance (3.14) is higher than average score (2.5) in selected Hospitals.

Conclusion: This survey demonstrated the necessary readiness to implement clinical governance programs is in an acceptable range in assessed hospitals. Moreover, there is a big effort to use a unique and comprehensive strategy with the intention of continuous quality improvement in health services.

Keywords: Clinical Governance, Organizational climate, Hospital, Iran

¹Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Head of Health Service Administration Research Group, Health Economics Research Center. Iranian Petroleum Industry Health Research Institute. (*Corresponding author) Email: sharifimoslem@yahoo.com

³Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴MSc Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵Head of Information Technology Research Group. Health economics research center. Iranian Petroleum Industry Health Research Institute.

⁶Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁷Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁸Iranian Petroleum Industry Occupational & Research Center