

تدوین و روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه جو سازمانی حاکمیت بالینی الگوی فریمن (CGCQ)

مسلم شریفی^۱، محمد عرب^۲، بهمن خسروی^{۲*}، روزبه هژیری^۱

۱. مرکز تحقیقات اقتصاد سلامت، پژوهشکده سلامت صنعت نفت، تهران، ایران

۲. دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، تهران، ایران

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۶/۱۱

سال چهاردهم شماره پنجم، مهر - آبان ۱۳۹۴ صص ۵۵۵-۵۶۳

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۳ مهر ۹۴]

چکیده

با وجود در دسترس بودن پارامترهایی نظری عملکرد، فرهنگ و جو سازمانی، ارتباط بین آن‌ها با چارچوب حاکمیت بالینی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه با هدف تدوین و روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه جو سازمانی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های شهر تهران اجرا شد. در این ابتدا نسخه اصلی ابزار با روش ترجمه - باز ترجمه به زبان فارسی ترجمه شد. آن‌گاه نسخه ترجمه شده در اختیار متخصصان قرار گرفته با توجه نظرات اصلاحی ایشان در محتوا و ساختار پرسشنامه، مراحل بررسی خصوصیات روان سنجی آن انجام شد. با انجام آزمون‌های روایی (محتوایی و ساختاری) و پایابی، نسخه فارسی پرسشنامه ارزیابی جو سازمانی از لحاظ آمادگی برای استقرار حاکمیت بالینی (CGCQ) با ۵۶ گویه و در ۷ حوزه عاملی مورد تایید قرار گرفت. نسخه فارسی پرسشنامه ارزیابی جو حاکمیت بالینی قابلیت سنجش آمادگی بیمارستان‌های ایرانی برای اجرای برنامه‌های حاکمیت بالینی را دارد.

کلیدواژه: پرسشنامه جو سازمانی حاکمیت بالینی، روان‌سنجی، بیمارستان

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت

تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۹

E-mail: bkhosravi67@gmail.com

مقدمه

حاکمیت بالینی به عنوان یک الگو برای بهبود کیفیت مستمر معرفی شده و به عنوان «چارچوبی که از طریق آن سازمان های بهداشتی درمانی به طور مداوم برای بهبود کیفیت خدمات خود پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می شود به حفظ استانداردهای بالای مراقبت می پردازند» تعریف شده است [۷]. در واقع با اجرای حاکمیت بالینی تلاش می شود راهبرد واحد و جامعی برای بهبود مستمر کیفیت در خدمات بالینی به کار گرفته شود [۸]. همچنین حاکمیت بالینی چارچوبی را فراهم می کند که در قالب آن تمامی فعالیتها در زمینه های بالینی و غیر بالینی به صورت هماهنگ و یکپارچه در جهتی صورت می پذیرد که نتیجه آن کارایی، اثر بخشی و ایمنی بیمار است [۹]. حاکمیت بالینی یکی از نیروهای محرک برای بهبود سلامت و درمان در طول دهه های گذشته بوده و با ارایه یک ساختار نظام های سلامت، پزشکان و کارکنان را در قبال ایمنی و بهبود مستمر کیفیت خدمات خود پاسخگو می کند [۱۰]. بدون شک تغییر فرهنگ کار ساده و سریعی نیست، اما این حقیقت را باید پذیرفت که با فهم و توصیف ابعاد مختلف فرهنگ یک سازمان می توان ابزار مدیریت آن را ایجاد نمود. در این راستا می توان از مفهوم جو سازمان که به نوعی منعکس کننده قدرت و یا ضعف فرهنگ در یک سازمان بر اساس نحوه توزیع و قدرت باورها و ارزش های مشترک است، استفاده نمود [۵]. جو سازمان شامل نگرش ها، احساسات و رفتارهایی است که یک سازمان با آن شناخته می شود. به بیانی دیگر جو سازمانی نمود فرهنگ سازمان و راهی برای بروز آن است [۱۱]. تغییر فرهنگی و اهمیت آن به عنوان یکی از زیر ساخت های اساسی اجرای برنامه های اصلاحی نظام سلامت، از جمله حاکمیت بالینی، به نحو گستردگی مورد قبول و تاکید قرار گرفته است [۲]. با وجود در دسترس بودن پارامترهایی نظری عملکرده، فرهنگ و جو سازمانی، ارتباط بین آنها با چارچوب حاکمیت بالینی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است [۵]. به همین دلیل، تیم فریمن استاد دانشگاه بیرمنگهام انگلیس، بر اساس یک مطالعه تحلیل عاملی، الگویی را تحت عنوان سنجش جو حاکمیت بالینی با هدف ارزیابی آمادگی جو سازمانی بیمارستانهای مورد مطالعه برای اجرای برنامه های حاکمیت بالینی در محیط نظام مراقبت ملی انگلیس طراحی و روایی و پایایی آن را مورد ارزیابی قرار داد. این الگو با هدف ارزیابی ارتباط میان فرهنگ، جو و عملکرد سازمانی در حاکمیت بالینی طراحی و توسعه یافته [۲]، و تا کنون به جز در

در تمامی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، نظامهای سلامت و دولت ها در توسعه نهادهای جدید، ساز و کارها و فرآیندهایی برای تضمین و بهبود کیفیت مراقبت های سلامت درگیرند [۱]. به نظر می رسد طراحی یک راهبرد ملی برای بهبود کیفیت مراقبت های سلامت دشوار نیست بلکه، اجرای این راهبرد و به کار بستن آن فوق العاده چالش بر انگیز است [۲].

امروز پذیرفته شده است که کیفیت و ایمنی اولویت شماره یک برای سیاست گذاران مراقبت های بهداشتی و ارائه دهندهای خدمات است. مسائل مربوط به کیفیت و ایمنی، هسته مرکزی در چگونگی ارائه خدمات بالینی هستند. بهبود کیفیت می تواند به افزایش بهره وری و رضایت کارکنان و بیماران کمک کرده و موجب کاهش هزینه شود [۳]. در خلال سالهای دهه ۸۰ و ۹۰ میلادی برنامه های اصلاح نظام سلامت در بسیاری از کشورهای دنیا در دستور کار قرار گرفت. این برنامه ها اغلب تحت تاثیر پیشرانهای مختلفی نظری اقتصاد بازارگر، رقابتی های جهانی، کمبود مراقبت های پایه برای بخشی از شهروندان، نظام های ناعادلانه، ناکارآمد، نایمن و غیر پاسخگو و همچنین تغییرات تقاضا در بخش هایی از جمعیت به دلایلی نظری تغییر الگوهای بیماری، مداخلات درمانی با دانش و فن آوری نوین، تغییرات جمعیت شناختی و انتظارات عمومی و سیاسی قرار داشته و دارند و البته اهداف اصلی این تحولات کارایی، کیفیت، برابری، پاسخگویی و بقا بوده است [۱]. از سوی دیگر افزایش تقاضا برای خدمات، افزایش انتظارات بیماران از نظام سلامت، افزایش هزینه ها و تهدید به دادخواهی وقتی چیزی اشتباه انجام می گرفت، دلایلی برای افزایش فشار بر نظام سلامت بود تا کارها به درستی انجام گیرند. از این رو، ایده درگیر کردن پزشکان در اصلاحات نظام سلامت شکل گرفت [۴]. بر این اساس و با توجه به نقشی که ارتقای کیفیت در نظام سلامت ایفا می کند، در سال ۱۹۸۳ سازمان سلامت جهان اصطلاح حاکمیت بالینی را با هدف تبیین اصول بهبود مستمر کیفیت در خدمات سلامت و ایجاد یک چارچوب مناسب بر پایه ابعادی نظری عملکرد حرفه ای، تخصیص منابع، مدیریت خطر و رضایتمندی بیماران، معرفی نمود [۵] و پس از آن نظام سلامت انگلستان، حاکمیت بالینی را به عنوان محور لایحه ای در سال ۱۹۹۷ ارائه کرد. این لایحه چارچوبی برای حمایت از تشکیلات محلی نظام سلامت انگلستان بود، که این تشکیلات مسؤولیت قانونی ارتقای کیفیت را بر عهده داشت [۶].

انتخاب شدند. سپس داده‌ها در SPSS نسخه ۱۷ وارد شد. برای تعیین روایی ساختاری ابزار از طریق آزمون تحلیل عاملی و نیز برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، برای اثبات روایی ابزار، از روایی صوری و روایی سازه استفاده گردید. روایی صوری با استفاده از نظر خبرگان دانشگاهی مرتبط (۱۵ نفر) انجام گرفت و بر این اساس اصلاحاتی در پرسشنامه‌ها به عمل آمد. نتایج این مرحله نشان داد که نسخه تهیه شده نهایی، به طور کامل از نظر لغات و محتوا مشابه نسخه اصلی ابزار فوق الذکر است. برای اثبات روایی سازه از تکیک تحلیل عاملی اکتشافی استفاده گردید. در تحلیل عاملی، دو شاخص (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) و آزمون بارتلت (Bartlett's Test) مورد استفاده قرار می‌گیرند که آزمون KMO میزان کفایت نمونه گیری را ارزیابی می‌نماید. در این شاخص هرچه این میزان به یک نزدیکتر باشد، روایی بالاتری را نشان می‌دهد. در مطالعه حاضر KMO عدد ۰/۹۰۳ را نشان می‌دهد که حاکی از کفایت نمونه جهت انجام تحلیل عاملی می‌باشد و در آزمون بارتلت میزان SIG کوچکتر از ۰/۰۵ بوده که نشان می‌دهد ماتریس واحد نبوده و می‌توان از تحلیل عاملی استفاده نمود. در آزمون تحلیل عاملی با استفاده از چرخش واریماکس و تحلیل اجزا نشان داده شد که می‌توان حدود ۶۲ درصد واریانس را با ۷ عامل تبیین کرد که این مقدار نسبت به مطالعات قبلی اندکی افزایش داشته است. در خروجی پلات نیز نقطه شکست نمودار، عدد ۷ را نشان می‌دهد (نمودار ۱). بعد از تحلیل داده‌ها در مرحله اول، سوال ۳ و ۱۴ به علت کوچک بودن مقدار اشتراکی متغیر حذف شدند تا در نهایت تمامی اشتراک متغیرها عدد بالاتر از ۰/۵ را نشان دهند. با تعیین ۰/۴ به عنوان استاندارد بار عاملی، سوالات ۱، ۱۴، ۴۶، ۵۴ حذف شده و در نهایت نسخه فارسی پرسشنامه با ۵۶ گویی و ۷ عامل به دست آمد. این عوامل عبارتند از: بهبود مستمر کیفیت خدمات بالینی (۳۴ گویی)، توسعه کارکنان (۷ گویی)، جو تنبیه و سرزنش (۴ گویی)، کار با همکاران (۳ گویی)، برابری (۳ گویی)، نگرش راهبردی (۳ گویی) و رویکرد حل مساله (۲ گویی). (جدول ۱). برای بررسی پایایی نیز از روش محاسبه آلفای کرونباخ برای هر یک از گویی‌های اکتشاف شده استفاده شد. با توجه به اینکه مقدار الفا کرونباخ در فاصله ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ قرار داشت، این پرسشنامه از نظر پایایی مورد تایید قرار گرفت. (جدول ۱)

انگلیس در کشورهای دیگری نظیر یونان نیز ترجمه و تعیین اعتبار شده است [۵]. نسخه اصلی پرسشنامه جو سازمانی حاکمیت خدمات بالینی معروف به (CGCQ) که توسط تیم فریمن در دانشگاه بیرمنگهام انگلستان در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است، ابزاری برای پایش ابعاد مهم جو سازمانی بهبود کیفیت در اجرای برنامه‌های حاکمیت بالینی است. ساختار این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ شاخص است که برای هر شاخص یک گویه مرتبط طرح شده است. این گویه‌ها در قالب ۶ عامل شامل بهبود برنامه ریزی شده و یکپارچه (۲۱ گویه)، مدیریت خطر پیشگیرانه (گویه)، جو تنبیه و سرزنش (۹ گویه)، کار با همکاران (۶ گویه)، فرصت‌های آموزش و توسعه (۸ گویه) و یادگیری سازمانی (۵ گویه) دسته بندی شده‌اند. پرسش‌های فوق در مقیاس لیکرت از کاملاً مخالف (امتیاز ۱) تا کاملاً موافق (امتیاز ۵) درجه بندی می‌شوند. این مطالعه بر آن است تا با ترجمه استاندارد و تولید نسخه فارسی و سنجش روایی و پایایی این ابزار، مولفه‌های مختلف جو سازمانی برای استقرار حاکمیت بالینی را از نگاه کارکنان کادر پژوهشی و پرستاری در بیمارستان‌های شهر تهران مورد بررسی قرار دهد. بی‌شک سنجش اعتبار و پایایی این ابزار برای کار در بیمارستان‌های ایرانی می‌تواند نقش مهمی در شناخت موانع اجرایی و برنامه ریزی بهتر برای اجرای موفق این برنامه در سطح کشور و ارتقای سطح کیفی خدمات درمانی ایفا کند.

مواد و روش کار

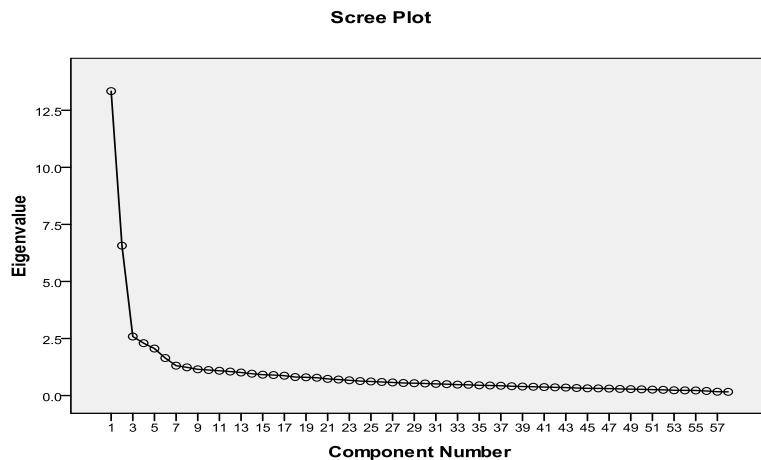
در این مطالعه ابتدا پرسشنامه اصلی گویی CGCQ با روشن Forward-Backward به زبان فارسی ترجمه گردید. سپس نسخه نهایی ترجمه شده و به منظور رفع کاستی‌های احتمالی و تایید نهایی اعتبار محتوایی در اختیار گروهی از اساتید و صاحب نظران قرار گرفته و اصلاحات نهایی اعمال گردید. در گام بعد پرسشنامه فارسی در اختیار دو گروه شغلی پژوهش و پرستار قرار گرفت، تا با داده‌های استخراج شده از آن‌ها بررسی روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی) پرسشنامه انجام شود. این افراد شامل کارکنان کادر پژوهشی و پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. با توجه به این که در مطالعات تحلیل عاملی به ازای هر عامل ۵ تا ۱۰ نمونه پیشنهاد شده و حداقل ۲۰۰ نمونه قابل قبول است [۱۱-۱۲]، در این مطالعه نیز تعداد ۲۰۰ نفر برای جمع آوری اطلاعات پرسشنامه

جدول ۱: توزیع عوامل تعیین شده و گویه های مرتبط در پرسشنامه اصلی و میانگین امتیاز هر عامل

پایابی کروبات کروبات مساله	پایابی حل کروبات	رویکرد راهبردی	نگرش همکاران	برابری سروش	کار با کارکنان	جو تنبیه و سرزنش	توسعه مستمر	بهبود کیفیت	برای استفاده از مهارت‌های جدیدی که به عنوان بخشی از برنامه‌های بهبود فراگرفته می‌شوند، فرصت چندان ایجاد نمی‌شود.
۰/۸۸۰	۰/۰۰۵	۰/۲۳۰	۰/۱۲۶	۰/۲۰۱	۰/۰۰۶	۰/۱۲۳	۰/۶۲۸		
۰/۰۰۸	۰/۰۲۱	۰/۲۲۲	۰/۱۳۶	۰/۱۴۱	۰/۰۱۲	۰/۶۶۱			کارکنان در رابطه با پهترین نمونه‌های عملکرد در سایر واحدهای بیمارستان اطلاعات چندان ندارند.
۰/۲۶۰	۰/۱۲۸	۰/۲۶۸	۰/۳۲۶	۰/۲۰۵	۰/۰۹۵	۰/۵۱۳			به نظر نمی‌رسد کارکنان اهداف سازمانی مشترکی داشته باشند.
۰/۱۴۸	۰/۰۱۲	۰/۰۰۴	۰/۰۰۶	۰/۰۲۰	۰/۰۴۸	۰/۷۰۵			اقدامات و برنامه‌های بهبود کیفیت تا حد زیادی تحت تاثیر فشارهای خارجی شکل می‌گیرند.
۰/۱۳۸	۰/۱۴۳	۰/۲۳۳	۰/۲۶۵	۰/۱۳۵	۰/۱۳۰	۰/۷۲۶			برنامه ریزی‌های بلند مدت بهبود لابلای برنامه‌های روزمره سازمان فراموش می‌شود.
۰/۳۰۸	۰/۳۰۰	۰/۱۵۶	۰/۳۲۶	۰/۲۸۹	۰/۲۲۲	۰/۵۸۷			به جای پیشگیری از بروز مشکلات بیشتر به آنها واکنش نشان می‌دهیم.
۰/۰۵۰	۰/۱۲۸	۰/۱۲۲	۰/۳۱۲	۰/۲۰۳	۰/۰۹۹	۰/۶۰۲			کارکنان به جای تشویق به ایجاد تغییر در عملکرد خود، وادر به این کار می‌شوند.
۰/۱۹۶	۰/۱۶۸	۰/۱۹۰	۰/۰۲۵	۰/۰۸۹	۰/۱۲۸	۰/۵۵۹			برنامه‌های بهبود خدمات تمایل به بحرانی شدن دارند.
۰/۰۱۴	۰/۱۴۲	۰/۱۵۸	۰/۱۹۲	۰/۳۰۹	۰/۲۳۶	۰/۵۶۶			برای به اشتراک گذاردن ایده‌های زمانی اختصاص داده نمی‌شود.
۰/۰۰۸	۰/۱۸۰	۰/۲۸۵	۰/۰۸۵	۰/۲۵۵	۰/۱۶۶	۰/۷۱۳			حمایت خاصی از ایجاد تغییر در ارائه خدمات به عمل نمی‌آید.
۰/۰۰۴	۰/۱۰۰	۰/۱۰۲	۰/۰۲۶	۰/۰۱۵	۰/۰۰۶	۰/۶۱۷			طرح‌های بهبود کیفیت به جای آنکه از پایین به بالا ایجاد شوند، از بالا به پایین تحمیل می‌گردد.
۰/۰۰۲	۰/۱۲۲	۰/۱۲۰	۰/۱۰۵	۰/۰۵۵	۰/۰۱۰	۰/۶۰۸			عملکرد های نمونه در اختیار سایر بخش‌های قرار نمی‌گیرد.
۰/۱۴۴	۰/۱۴۵	۰/۲۳۵	۰/۲۰۱	۰/۰۰۹	۰/۰۳۱	۰/۵۹۵			ما در حال جمع آوری اطلاعات درباره خطرات بالینی هستیم.
۰/۱۶۸	۰/۰۱۷	۰/۱۷۰	۰/۱۲۵	۰/۰۲۳	۰/۰۱۴	۰/۶۰۰			ما به طور منظم خطرات بالینی را ارزیابی می‌کنیم.
۰/۱۴۵	۰/۱۴۰	۰/۲۰۱	۰/۰۱۸	۰/۱۷۸	۰/۱۶۶	۰/۷۰۹			ما اطلاعاتی در مورد مهمترین خطرات بالینی، جمع آوری نمی‌کنیم.
۰/۲۹۰	۰/۲۱۳	۰/۱۰۱	۰/۱۰۰	۰/۰۷۵	۰/۰۰۷	۰/۴۹۹			اطلاعات مربوط به خطرات بالینی به طور مداوم برای تضمیم گیری‌ها استفاده می‌شود.
۰/۱۹۹	۰/۱۳۶	۰/۱۲۵	۰/۰۹۵	۰/۰۰۹	۰/۰۱۰	۰/۶۷۸			هنگامی که یک خطر بالینی شناسایی شد اقدامات لازم برای رسیدگی به آن انجام می‌شود.
۰/۱۲۲	۰/۲۴۵	۰/۲۱۶	۰/۰۲۵	۰/۰۲۶	۰/۲۹۸	۰/۶۱۶			سیاستهای خطر بالینی در کل بیمارستان به اشتراک گذاشده می‌شود.
۰/۱۰۸	۰/۲۲۵	۰/۲۲۰	۰/۱۰۸	۰/۱۲۰	۰/۰۱۲	۰/۶۵۳			در بیمارستان رویکرد مشترکی برای مدیریت خطر وجود ندارد.
۰/۱۶۸	۰/۱۱۶	۰/۲۷۵	۰/۲۶۹	۰/۰۹۰	۰/۱۱۸	۰/۵۶۰			وقتی خطاگیری رخ می‌دهد از آن به عنوان فرصتی برای یادگیری استفاده می‌شود.
۰/۱۶۸	۰/۲۱۲	۰/۲۰۶	۰/۰۰۵	۰/۰۱۱	۰/۱۱۱	۰/۷۵۲			خطرات شناسایی شده به راحتی نادیده گرفته می‌شوند.
۰/۲۰۳	۰/۱۰۰	۰/۲۴۰	۰/۱۵۵	۰/۱۵۴	۰/۰۷۰	۰/۶۲۰			ما در فضایی پر از سرزنش کار می‌کنیم.
۰/۱۱۸	۰/۲۲۵	۰/۲۱۸	۰/۳۰۵	۰/۰۰۹	۰/۰۰۵	۰/۵۴۰			وقتی اشتباہی رخ می‌دهد این پیش فرض به طور خودکار وجود دارد که " یک نفر مقصر است".
۰/۱۳۵	۰/۱۲۰	۰/۲۳۲	۰/۲۰۳	۰/۲۰۸	۰/۲۹۷	۰/۵۵۶			سیستم گزارش خطای اساساً ابزاری برای تنبیه کادر درمانی است.
۰/۱۲۲	۰/۱۹۰	۰/۱۹۹	۰/۰۹۵	۰/۰۰۴	۰/۳۴۴	۰/۶۰۶			ما از داشتن روابط باز و صادقانه با همکاران خود احساس امنیت نمی‌کنیم.
۰/۱۰۵	۰/۲۶۰	۰/۲۷۷	۰/۱۶۶	۰/۱۰۵	۰/۱۰۱	۰/۶۳۰			آموش‌های مناسبی برای جستجوی شواهد تحقیقی وجود ندارد.

آموش مهارتهای ارزیابی برای کسانی که بخواهد وجود دارد	۰/۱۹۳	۰/۱۹۹	۰/۱۴۰	۰/۱۱۸	۰/۱۲۳	۰/۰۱۰	۰/۵۷۱
كمک های فني برای عملکردهای مبتنی بر شواهد در دسترس می باشد	۰/۱۲۲	۰/۰۵۰	۰/۰۸۹	۰/۱۹۹	۰/۱۱۶	۰/۰۱۰	۰/۵۹۹
نیازهای توسعه شغلی در راستای نیازهای استراتژیک دیده می شوند	۰/۱۵۷	۰/۰۶۸	۰/۰۴۵	۰/۱۴۵	۰/۱۳۳	۰/۱۰۰	۰/۵۴۵
نیازهای توسعه اى به طور منظم ارزیابی می شوند	۰/۰۷۰	۰/۱۱۹	۰/۱۱۴	۰/۱۵۵	۰/۲۰۵	۰/۳۲۲	۰/۶۵۸
ما برای فعالیتهای بهبود كيفيت زمان مشخصی را در نظر می گيريم	۰/۱۱۵	۰/۱۰۹	۰/۰۱۳	۰/۰۳۳	۰/۰۲۵	۰/۰۰۷	۰/۶۱۸
كارکنان برای انتشار دستاوردهای خود، زمان لازم را اختصاص می دهند	۰/۰۱۷	۰/۱۳۰	۰/۲۶۸	۰/۲۶۰	۰/۲۲۵	۰/۱۰۴	۰/۷۱۵
تيم های مختلف از بخش ها و واحدهای مختلف دستاوردهای خود را به اشتراک می گذارند	۰/۱۱۹	۰/۱۱۵	۰/۱۲۵	۰/۰۸۸	۰/۲۸۸	۰/۲۰۰	۰/۶۰۸
مان در قالب يك تيم برای بهبود كيفيت فعالیت می کنیم	۰/۱۲۰	۰/۰۲۶	۰/۱۱۲	۰/۱۷۶	۰/۱۷۵	۰/۲۳۶	۰/۵۳۳
اولین چيزی که از برنامه های بهبود در سایر واحد های بیمارستان لمس می کنیم عوارض آن است	۰/۷۸۷	۰/۲۹۲	۰/۱۱۲	۰/۰۴	۰/۱۰۰	۰/۰۱۲	۰/۶۶۰
كارکنان برای بهبود كيفيت برائیگخته شده اند	۰/۲۶۵	۰/۱۱۰	۰/۱۱۱	۰/۱۱۵	۰/۰۰۶	۰/۶۶۶	۰/۱۱۵
خطرات باليني به طور سیستماتیک مورد مطالعه قرار می گيرد	۰/۲۵۵	۰/۱۲۵	۰/۱۱۹	۰/۱۲۵	۰/۰۵۶	۰/۵۵۶	۰/۲۱۰
فرانددهای ارزیابی خطر از نظر حادث بالیني به روز شده اند	۰/۱۱۶	۰/۲۲۵	۰/۱۲۲	۰/۲۰۸	۰/۲۶۸	۰/۷۰۵	۰/۲۲۵
زمان مشخصی برای ارائه بازخورد به عملکرد افراد در نظر گرفته شده است	۰/۰۵۹	۰/۲۸۹	۰/۱۵۹	۰/۰۳۶	۰/۳۳۰	۰/۷۷۰	۰/۱۲۸
كارکنان مسأله کاري را با همکاران سایر واحدها به اشتراک می گذارند	۰/۱۰۸	۰/۱۲۰	۰/۱۶۰	۰/۱۶۶	۰/۰۴۸	۰/۶۵۶	۰/۲۶۶
بهترین ایده های عملکردی با افراد خارج از بیمارستان نیز به اشتراک گذارده می شود	۰/۲۰۳	۰/۱۰۹	۰/۰۵۵	۰/۱۸۸	۰/۰۴۰	۰/۴۸۵	۰/۱۶۶
افراد درگیر در يك حادثه باليني به عنوان گناهکار شناخته می شوند	۰/۸۱۶	۰/۲۰۵	۰/۰۵۳	۰/۱۷۵	۰/۱۹۸	۰/۵۶۵	۰/۱۱۱
تاکید پيشتر بر اين است که خطأ چگونه اتفاق افتاده است نه اينکه چه کسی خطأ را انجام داده است	۰/۳۰۳	۰/۱۳۲	۰/۱۰۶	۰/۰۰۶	۰/۴۹۰	۰/۱۱۲	۰/۱۰۹
از ارزیابی کارکنان برای تنبیه آنان استفاده می شود	۰/۲۳۳	۰/۱۳۰	۰/۱۷۲	۰/۱۱۲	۰/۶۰۵	۰/۲۰۱	۰/۲۰۲
وقتی خطابی رخ می دهد ما به دنبال نقائص سیستم می گردیم نه تنبیه فرد مقصرا	۰/۱۹۹	۰/۱۲۸	۰/۲۲۳	۰/۱۱۰	۰/۶۰۹	۰/۲۴۸	۰/۲۳۶
به نظر می رسد کارکنان نقش های یكديگر را به خوبی درک نمی کنند	۰/۷۵۶	۰/۱۹۵	۰/۱۹۹	۰/۲۴۵	۰/۶۰۶	۰/۰۰۸	۰/۱۲۳
كارکنان نمی دانند همکارانشان چه انتظاری از آنها دارند	۰/۰۹۸	۰/۱۸۸	۰/۳۰۰	۰/۵۲۵	۰/۰۱۰	۰/۱۲۰	۰/۱۸۰
افرادی که اشتیاه می کنند(برای بهبود عملکرد) مورد حمایت قرار می گيرند	۰/۱۱۰	۰/۱۳۱	۰/۲۰۶	۰/۵۱۶	۰/۱۳۳	۰/۱۶۸	۰/۳۱۲
كارکنان با یكديگر صادقانه برخورد نمی کنند	۰/۷۳۳	۰/۰۱۵	۰/۱۰۸	۰/۵۹۸	۰/۲۶۰	۰/۱۰۲	۰/۱۵۶
بدون توجه به سوابق حرفه اى، همه کارکنان جایگاه مشابهی دارند	۰/۰۰۶	۰/۰۸۵	۰/۶۹۶	۰/۲۰۱	۰/۱۰۰	۰/۱۲۲	۰/۱۹۰
كارکنان ، مهارتهای سایر همکاران خود را به نحو مطلوبی فرا می گيرند	۰/۱۶۸	۰/۲۲۵	۰/۶۱۵	۰/۰۶۸	۰/۲۱۲	۰/۲۳۰	۰/۰۶۵
كارکنان يك ديدگاه مشترك درمورد نحوه ارائه خدمات دارند	۰/۸۰۹	۰/۲۱۰	۰/۶۴۰	۰/۱۲۳	۰/۱۲۱	۰/۲۰۴	۰/۲۲۲
ما در باره حادثی که ممکن است در آينده اتفاق بیفتد اقدام نمی کنیم	۰/۱۲۵	۰/۶۳۶	۰/۱۵۶	۰/۲۶۰	۰/۷۳۳	۰/۳۰۴	۰/۱۵۴
هچ چشم انداز روشنی از آنچه بیمارستان به دنبال ايجاد آن است وجود ندارد	۰/۲۰۱	۰/۶۲۵	۰/۱۹۲	۰/۱۶۰	۰/۰۰۸	۰/۰۰۶	۰/۰۲۸
اغلب اوقات به مسائل و مشكلات فوري اهمیت بيشتری نسبت به برنامه های بهبود داده می شود	۰/۷۴۵	۰/۶۸۸	۰/۱۰۹	۰/۱۲۲	۰/۱۰۶	۰/۲۰۲	۰/۳۰۵
در اينجا به جاي اختصاص زمان كافي و انجام دادن درست کارها اغلب فشار بيشتری برای حل سريع مشكلات وارد می شود	۰/۵۲۹	۰/۱۵۶	۰/۱۰۲	۰/۱۲۰	۰/۲۶۸	۰/۰۲۴	۰/۲۸۰

نمودار ۱: پلات توزیع عوامل مطالعه



بحث و نتیجه‌گیری

زاده و ادبی در پژوهش خود الگویی را برای پیاده سازی حاکمیت بالینی در سطح بیمارستان های کشور پیشنهاد کردند. عناصر این الگو عبارت بودند از: شفافیت، پژوهش و توسعه، مدیریت کارکنان، مدیریت اطلاعات، مشارکت جامعه و دریافت کنندگان خدمت و آموزش [۱۷]. یافته های این مطالعه حاکی از تایید روایی و پایابی نسخه فارسی پرسشنامه CGCQ بوده است. در مطالعه ای که توسط کارساویدو و همکاران انجام گرفت، پرسشنامه جو سازمانی در سه بیمارستان کشور یونان مورد بررسی و معتبر سازی از طریق تحلیل عاملی قرار گرفت که در نتیجه با حذف ۴ گویه و تغییر ترکیب گویه ها و عنایون دسته عامل ها در نهایت ابزاری با ۵ دسته عاملی ایجاد نموده است. در این مطالعه آزمون اعتبار و قابلیت اطمینان ثابت کرد که ساختار پنج بعدی مطالعه برای تایید روایی و پایابی پرسشنامه جو سازمانی حاکمیت بالینی قادر به مفهوم سازی عناصر اصلی جو سازمانی حاکمیت بالینی در بیمارستان های یونان است، که در نتیجه این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت [۱۵]. در تحلیل عاملی انجام شده در مطالعه حاضر گویه های باقی مانده در ۷ عامل جدید آرایش یافتند. این هفت عامل عبارتند از: بهبود مستمر کیفیت خدمات بالینی، توسعه کارکنان، جو تنبیه و سرزنش، کار با همکاران، برابری، نگرش راهبردی و رویکرد حل مساله. این در حالی است که در مطالعه فریمن، ۶ عامل در ساختار مطالعه شناسایی شد که عبارت بودند از: برنامه ریزی یکپارچه، مدیریت خطر، جو تنبیه و سرزنش، کار با همکاران فرست های توسعه و یادگیری سازمانی [۲]. در مطالعه کارساویدو و همکاران

هدف از این مطالعه سنجش روایی و پایابی پرسشنامه جو سازمانی حاکمیت بالینی برای نخستین بار در کشور انجام شده است. علاوه بر این جامعه گسترده پژوهش در این مطالعه نسبت به مطالعات قبلی یک نقطه قوت محسوب می شود که توان آزمون را افزایش داده است. یافته های این مطالعه نشان داد که پرسشنامه جو سازمانی حاکمیت بالینی، ابزار مناسبی برای شناخت فرهنگ و جو سازمانی حاکم بر بیمارستان ها به منظور استقرار حاکمیت بالینی است. با این حال، سختی ایجاد تغییر در فرهنگ سازمانی بیمارستان ها در مطالعات مختلفی تاکید شده است. مطالعات نشان می دهند که سازمان های بهداشتی برای اجرای موفق حاکمیت بالینی نیاز به تغییر اساسی در فرهنگ خود دارند. این تغییر در بیمارستان ها که هم از نظر ساختاری و هم از نظر فرهنگی در برابر تغییرات مقاومت نشان می دهند، مسئله بسیار پیچیده ای است [۱۴-۱۳]. از طرفی دیگر مطالعات نشان می دهند که فرهنگ سازمانی بیمارستان همگن نیست. بیمارستان یک نهاد پیچیده با اهداف متعدد و متناقض است. در این ساختارها، بسیاری از گروه های حرفه ای با تخصص ها و دانش مختلف وجود دارند [۱۵]. در واقع، بیمارستان یک سازمان چند فرهنگی است با خرده فرهنگ مختلفی از گروه های حرفه ای و شغلی متمایز و تیم های کاری. مطالعه مشابه دیگری که در شش بیمارستان، بر روی انعطاف پذیری فرهنگ گروههای حرفه ای انجام شد، نتایج نشان از سختی ایجاد تغییر در فرهنگ بیمارستان ها داشت [۱۶]. با این حال، هادی

سازمانی بيمارستان ها از نظر اجرای حاكمیت بالینی مورد استفاده قرار گيرد. پرسشنامه جو سازمانی حاكمیت بالینی به عنوان يك ابزار معتبر، قابل اعتماد و انعطاف پذير مور تاييد واقع شد.

محدوديت های پژوهش: از محدودیت های پژوهش می توان به مواردی نظیر گستره حجم جامعه، متغیرهای مورد بررسی و ابعاد پژوهش؛ کمبود منابع، اطلاعات و یا تحقیقات انجام شده در رابطه با موضوع تحقیق؛ متفاوت بودن بيمارستان ها از نظر اندازه، نوع و رشته فعالیت؛ در دسترس نبودن کارکنان بالینی به خصوص پزشکان بيمارستان ها اشاره کرد.

سهیم نویسندها

مسلم شریفی: اجرای طرح، جمع آوري، ورود و تحلیل داده ها،
تهیه گزارش نهايی و مقاله

محمد عرب: ارياه ايده مطالعه، نظارت بر تحليل داده ها و تهیه بهمن خسروي: اجرای طرح، جمع آوري، ورود داده ها، تهیه گزارش نهايی و تهیه مقاله

روزبه هژبری: همکاري در طراحی و تهیه مقاله، تحلیل داده ها

تشکر و قدردانی

اين مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی، 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. نویسندها لازم می دانند از مساعدت همکاری مدیران و کادر درمانی بيمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای این مطالعه تشکر نمایند.

نيز، ۵ عامل شامل برنامه های بهبود مستمر، انگيزش و بهبود يكپارچه كيفيت، مدیرiyت خطر، فرصتهای توسعه و يادگيري سازمانی در ساختار عامل ها شناسایي شدند [۵]. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسشنامه جو سازمانی حاكمیت بالینی در بيمارستان های شهر تهران، از طريق تحليل عاملی، مورد بررسی قرار گرفت. مقری و همکاران در مطالعه اي پرسشنامه فرهنگ اينمي بيمار را اعتبار سنجي کردن. در اين مطالعه ۴ بيمارستان در تهران محيط پژوهش و جامعه پژوهش نيز ۴۲۰ نفر از کارکنان بخش های مختلف بيمارستان های مورد مطالعه بوده اند، که در نتيجه اين پرسشنامه از نظر روایی و پایایی مورد تاييد قرار گرفت [۱۸]. سازمان های بهداشتی و درمانی، نظام های پیچیده ای هستند و بسياری از پیچیدگی آن ها به دليل طيف متنوعی از کارکنان و بخشهاي مشغول به کار در يك ساختار سلسله مراتبي غير قابل انعطاف است که در آن چندين گروه حرفه اي با اهداف، فعالیت ها و خرده فرهنگ های مختلف، خدمات سلامت را ارائه می دهند [۱۹]. با وجود اين چالش ها، كيفيت مراقبت های بهداشتی و درمانی به عنوان يکی از مهم ترین نگرانی در سراسر جهان باقی مانده است. حاكمیت بالینی به عنوان يکی از مهم ترین ابزارها جهت ارتقای كيفيت خدمات سلامت مطرح است. از طرفی اجرای موفق حاكمیت بالینی نياز به رویکردهایي برای تغيير در تمام سطوح فردي (به عنوان مثال پزشك عمومي)، گروهي (به عنوان مثال تیم مراقبت های بهداشتی اوليه)، سازمانی (بيمارستان) و در سطح نظام بزرگتر (كل نظام سلامت)، دارد [۲۰]. بنابراین پرسشنامه جو سازمانی حاكمیت بالینی می تواند به عنوان يك ابزار مفید برای مدیران و سياست گذاران به منظور شناسایي و رديابي مشکلات در جو

منابع

- Silimperi D, Franco LM, Veldhuyzen T, et al. A framework for institutionalizing quality assurance. Int J Qual Health Care- 2002; 14: 67-73
- 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: 335-43
- 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. Occasional report 12/03. Published in November 2012. This document is available on the University of Otago website <http://www.otago.ac.nz/healthsystems>

4. Hindle, D., et al., Patient safety: a comparative analysis of eight Inquiries in six countries. Sydney: Centre for Clinical Governance Research, University of New South Wales, Australia and Clinical Excellence Commission. 2006. Available at: www.cec.health.nsw.gov.au

- 5.**Karassavidou E, Glaveli N, Zafiropoulos K. Assessing hospitals' readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate, Journal of Health Organization and Management. 2010; 25: 214-40
- 6.**Khalighinejad N, Hadizadeh F, Ataei M. An Introduction to clinical governance and clinical excellence. Isfahan University of Medical Science 1998; 317. 61-65 [in Persian]
- 7.** McSherry, R. and P. Pearce, Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. 1st Editon, John Wiley & Sons: US, 2011
- 8.** McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. 1st Edition, Blackwell Publishing: Oxford, Uk, 2007
- 9.**Heydarpoor P, Dastjerdi R, Rafiei S, Sadat M, Mostofian F. Fundamentals of Clinical governance. Ministry of Health. 1st Edition. Tandis publication: Tehran, 2010[in Persian]
- 10.**Travaglia J. F, Debono D, Spigelman A. D, Braithwaite J. Clinical governance: a review of key concepts in the literature. Clinical Governance: An International Journal 2011; 16: 62-77
- 11.**Sharifi M, Ghorbni M, Monavareian A. Organizational culture based on Denison's model. 1st Edition, Shiraz university publication: Iran, 2008 [In Persian]
- 12.**Morgan PI, Ogbonna E. Subcultural dynamics in transformation: a multi-perspective study of healthcare professionals. Human Relations 2008; 61:39-65
- 13.**Nichols S, Cullen R, O'Neil S, Halligan R. "Clinical governance: its origins and foundations". British Journal of Clinical Governance 2000; 5 : 172-8
- 14.**Davies HT, Nutley SM, Mannion R. Organizational culture and quality of health care. Quality in Health Care 2000; 9:111-9
- 15.**Degeling P, Kennedy J, Hill M. Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management-the central challenge in hospital reform. Health Services Management Research 2001; 14:36-48
- 16.**Hadi Zadeh F, Adibi P. clinical Governance; strategy for its implementation in hospitals of the country. Health Information Management 2012; 3: 305-09 [In Persian]
- 17.**Momeni, M. Statistical Analysis with SPSS, ketabe no publication, Tehran. Iran 2007; 3 270-285[in Persian]
- 18.**Moghri J, Ghanbari Nejad A, Moghri M, Rahimi A, Akbari Sari A, Arab M. Validation of patient safety culture questionnaire using factor analysis in hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Hospital 2011; 11: 19-28[in Persian]
- 19.**Nordén-Hagg A, Sexton JB, Kalvemark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. BMC Pharmacology and Toxicology 2010; 10:8
- 20.**Berg M, Schellekens W, Bergen C. Bridging the quality chasm: integrating professional and organizational approaches to quality. International Journal of Quality of Health Care 2005; 17:75-82
- 21.**Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. Mill bank Q. 2001; 79: 281-315

ABSTRACT

Translation and validation study of the Persian version of Freeman Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ)

Moslem Sharifi¹, Mohammad Arab², Bahman Khosravi^{2*}, Roozbeh Hojabri¹

1. Health economics research center, Iranian Petroleum Industry Health Research Institute, Tehran, Iran
2. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2015; 5: 555-563

Accepted for publication: 2 September 2014
[EPub a head of print-5 October 2015]

Objective (s): The purpose of this study was to translate and validate the Clinical Governance Climate Questionnaire in Iran.

Methods: Using the forward-backward approach, the study tool was translated from English into Persian and then translated back to English. Validity was assessed by performing factor analysis, and internal consistency was examined for reliability.

Results: The Persian version of the questionnaire was confirmed to measure the readiness to climate of clinical governance consisting of 56 items and 7 factors that jointly explained 62% of variance observed. The cornbach's alpha was 0.85 indicating a satisfactory result for reliability.

Conclusion: The findings approved the reliability and validity of the Persian version of CGCQ for assessing hospitals' readiness for clinical governance implementation.

Key Words: Clinical Governance, Hospital, Questionnaire, Validity, Reliability

* Corresponding author: Iranian Petroleum Industry Health Research Institute, Tehran, Iran
Tel: 88989129
E-mail: bkhosravi67@gmail.com