

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

مسلم شریفی^۱، محمد عرب^۲، بهمن خسروی^{۲*}، روزبه هژیوری^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 ۵۶۳-۵۵۵

انشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۳ مهر ۹۴

چکیده

با وجود در دسترس بودن پارامترهایی نظیر 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 پایایی، 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

در تمامی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، نظام‌های سلامت و دولت‌ها در توسعه نهادهای جدید، ساز و کارها و فرآیندهایی برای تضمین و بهبود کیفیت مراقبت‌های سلامت درگیرند [۱]. به نظر می‌رسد طراحی یک راهبرد ملی برای بهبود کیفیت مراقبت‌های سلامت دشوار نیست بلکه، اجرای این راهبرد و به کار بستن آن فوق العاده چالش برانگیز است [۲].

امروز پذیرفته شده است که کیفیت و ایمنی اولویت شماره یک برای سیاست‌گذاران مراقبت‌های بهداشتی و ارائه‌دهندگان خدمات است. مسائل مربوط به کیفیت و ایمنی، هسته مرکزی در چگونگی ارائه خدمات بالینی هستند. بهبود کیفیت می‌تواند به افزایش بهره‌وری و رضایت کارکنان و بیماران کمک کرده و موجب کاهش هزینه شود [۳]. در خلال سالهای دهه ۸۰ و ۹۰ میلادی برنامه‌های اصلاح نظام سلامت در بسیاری از کشورهای دنیا در دستور کار قرار گرفت. این برنامه‌ها اغلب تحت تاثیر پیشران‌های مختلفی نظیر اقتصاد بازارگرا، رقابتهای جهانی، کمبود مراقبت‌های پایه برای بخشی از شهروندان، نظام‌های ناعادلانه، ناکارآمد، نایمن و غیر پاسخگو و همچنین تغییرات تقاضا در بخش‌هایی از جمعیت به دلایلی نظیر تغییر الگوهای بیماری، مداخلات درمانی با دانش و فن‌آوری نوین، تغییرات جمعیت‌شناختی 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 هزینه‌ها و تهدید به دادخواهی وقتی چیزی اشتباه انجام می‌گرفت، 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 می‌کند، 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 نظیر عملکرد حرفه‌ای، تخصیص منابع، مدیریت خطر و رضایتمندی بیماران، معرفی نمود [۵] و پس از آن نظام سلامت انگلستان، حاکمیت بالینی را به عنوان محور لایحه‌ای در سال ۱۹۹۷ ارائه کرد. این لایحه چارچوبی برای حمایت از تشکیلات محلی نظام سلامت انگلستان بود، که این تشکیلات مسوولیت قانونی ارتقای کیفیت را بر عهده داشت [۶].

حاکمیت بالینی به عنوان یک الگو برای بهبود کیفیت مستمر معرفی شده و به عنوان «چارچوبی که از طریق آن سازمان‌های بهداشتی درمانی به طور مداوم برای بهبود کیفیت خدمات خود پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می‌شود به حفظ استانداردهای بالای مراقبت می‌پردازند» تعریف شده است [۷]. در واقع با اجرای حاکمیت بالینی تلاش می‌شود راهبرد واحد و جامعی برای بهبود مستمر کیفیت در خدمات بالینی به کار گرفته شود [۸]. همچنین حاکمیت بالینی چارچوبی را فراهم می‌کند که در قالب آن تمامی فعالیتها در زمینه‌های بالینی و غیر بالینی به صورت هماهنگ و یکپارچه در جهتی صورت می‌پذیرد که نتیجه آن کارایی، اثر بخشی و ایمنی بیمار است [۹]. حاکمیت بالینی یکی از نیروهای محرک برای بهبود سلامت و درمان در طول دهه‌های گذشته بوده و با ارایه یک ساختار نظام‌های سلامت، پزشکان و کارکنان را در قبال ایمنی و بهبود مستمر کیفیت خدمات خود پاسخگو می‌کند [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 می‌توان ابزار مدیریت آن را ایجاد نمود. در این راستا می‌توان از مفهوم جو سازمان که به نوعی منعکس‌کننده قدرت و یا ضعف فرهنگ در یک سازمان بر اساس نحوه توزیع و قدرت باورها و ارزش‌های مشترک است، استفاده نمود [۵]. جو سازمان شامل نگرش‌ها، احساسات و رفتارهایی است که یک سازمان با آن شناخته می‌شود. به بیانی دیگر جو سازمانی نمود فرهنگ سازمان و راهی برای بروز آن است [۱۱]. تغییر فرهنگی و اهمیت آن به عنوان یکی از زیرساخت‌های اساسی اجرای برنامه‌های اصلاحی نظام سلامت، از جمله حاکمیت بالینی، به نحو گسترده‌ای مورد قبول و تاکید قرار گرفته است [۲]. با وجود در دسترس بودن پارامترهایی نظیر عملکرد، 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 برنامه‌های 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

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 فوق‌الذکر است. برای اثبات روایی سازه از تکنیک 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 نمونه‌گیری 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 گویه و ۷ عامل به دست آمد. این عوامل عبارتند از: بهبود مستمر کیفیت خدمات بالینی (۳۴ گویه)، توسعه کارکنان (۷ گویه)، جو تنبیه و سرزنش (۴ گویه)، کار با همکاران (۳ گویه)، برابری (۳ گویه)، نگرش راهبردی (۳ گویه) و رویکرد حل مساله (۲ گویه). (جدول ۱). برای بررسی پایایی نیز از روش محاسبه آلفای کرونباخ برای هر یک از گویه‌های 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 کشور های 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 برنامه های 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 شده اند. پرسش های فوق در مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (امتیاز ۱) تا کاملاً موافقم (امتیاز ۵) درجه بندی می شوند. این مطالعه بر آن است تا با ترجمه استاندارد و تولید نسخه فارسی و سنجش روایی و پایایی این ابزار، مولفه های مختلف جو سازمانی برای استقرار حاکمیت بالینی را از نگاه کارکنان کادر پزشکی و پرستاری در بیمارستان های شهر تهران مورد بررسی قرار دهد. بی شک سنجش اعتبار و پایایی این ابزار برای کار در بیمارستان های ایرانی می تواند 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

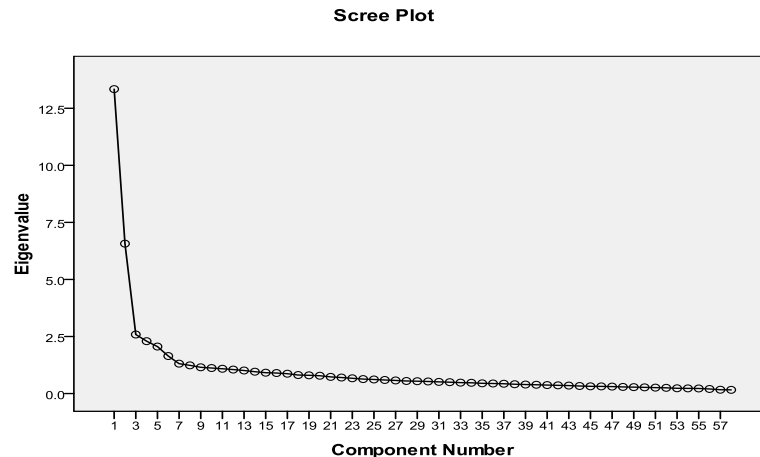
در این مطالعه ابتدا پرسشنامه اصلی الگوی CGCQ باروش Forward-Backward به زبان فارسی ترجمه گردید. سپس نسخه نهایی ترجمه شده و به منظور رفع کاستی های احتمالی و تایید نهایی اعتبار محتوایی در اختیار گروهی از اساتید و صاحب نظران قرار گرفته و اصلاحات نهایی اعمال گردید. در گام بعد پرسشنامه فارسی در اختیار دو گروه شغلی پزشک و پرستار قرار گرفت، تا با داده های استخراج شده از آن ها بررسی روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی) پرسشنامه انجام شود. این افراد شامل کارکنان کادر پزشکی و پرستاری بیمارستان های 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

پایایی (الف-کرونباخ)	رویکرد حل مساله	نگرش راهبردی	برابری	کار با همکاران	جو تنبیه و سرزنش	توسعه کارکنان	بهبود مستمر کیفیت	
۰/۸۸۰	۰/۰۰۵	۰/۲۳۰	۰/۱۲۶	۰/۲۰۱	۰/۰۰۶	۰/۱۲۳	۰/۶۲۸	برای استفاده از مهارت‌های جدیدی که به عنوان بخشی از برنامه های بهبود فرا گرفته می شوند، فرصت چندانی ایجاد نمی شود.
	۰/۰۰۸	۰/۰۲۱	۰/۲۲۲	۰/۱۳۶	۰/۱۴۱	۰/۰۱۲	۰/۶۶۱	کارکنان در رابطه با بهترین نمونه های عملکرد در سایر واحدهای بیمارستان اطلاعات چندانی ندارند.
	۰/۲۶۰	۰/۱۲۸	۰/۲۶۸	۰/۳۲۶	۰/۲۰۵	۰/۰۹۵	۰/۵۱۳	به نظر نمی رسد کارکنان اهداف سازمانی مشترکی داشته باشند.
	۰/۱۴۸	۰/۰۱۲	۰/۰۰۴	۰/۰۰۶	۰/۰۲۰	۰/۰۴۸	۰/۷۰۵	اقدامات و برنامه های بهبود کیفیت تا حد زیادی تحت تاثیر فشارهای خارجی شکل می گیرند.
	۰/۱۳۸	۰/۱۴۳	۰/۲۳۳	۰/۲۶۵	۰/۱۳۵	۰/۱۳۰	۰/۷۲۶	برنامه ریزی های بلند مدت بهبود لایبالی برنامه های روزمره سازمان فراموش می شود
	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 می دهیم.
	۰/۰۵۰	۰/۱۲۸	۰/۱۲۲	۰/۳۱۲	۰/۲۰۳	۰/۰۹۹	۰/۶۰۲	کارکنان به جای تشویق به ایجاد تغییر در عملکرد خود، وادار به این کار می شوند
	۰/۱۹۶	۰/۱۶۸	۰/۱۹۰	۰/۰۲۵	۰/۰۸۹	۰/۱۲۸	۰/۵۵۹	برنامه های 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 ایده ها، زمانی اختصاص داده نمی شود
	۰/۰۰۸	۰/۱۸۰	۰/۲۸۵	۰/۰۸۵	۰/۲۵۵	۰/۱۶۶	۰/۷۱۳	حمایت خاصی از ایجاد تغییر در ارائه خدمات به عمل نمی آید
	۰/۰۰۴	۰/۱۰۰	۰/۱۰۲	۰/۰۲۶	۰/۰۱۵	۰/۰۰۶	۰/۶۱۷	طرح های بهبود کیفیت به جای آنکه از پایین به بالا ایجاد شوند، از بالا به پایین تحمیل می گردند
	۰/۰۰۲	۰/۱۲۲	۰/۱۲۰	۰/۱۰۵	۰/۰۵۵	۰/۰۱۰	۰/۶۰۸	عملکرد های نمونه در اختیار سایر بخش ها قرار نمی گیرد
	۰/۱۴۴	۰/۱۴۵	۰/۲۳۵	۰/۲۰۱	۰/۰۰۹	۰/۰۳۱	۰/۵۹۵	ما در حال جمع آوری اطلاعات در باره 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 می کنیم
	۰/۱۴۵	۰/۱۴۰	۰/۲۰۱	۰/۰۱۸	۰/۱۷۸	۰/۱۶۶	۰/۷۰۹	ما اطلاعاتی در مورد مهمترین خطرات بالینی، جمع آوری نمی کنیم
	۰/۲۹۰	۰/۲۱۳	۰/۱۰۱	۰/۱۰۰	۰/۰۷۵	۰/۰۰۷	۰/۴۹۹	اطلاعات مربوط به خطرات بالینی به طور مداوم برای تصمیم گیری ها استفاده می شود
	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 می شود
	۰/۱۲۲	۰/۲۳۵	۰/۲۱۶	۰/۰۲۵	۰/۲۰۶	۰/۲۹۸	۰/۶۱۶	سیاستهای خطر بالینی در کل بیمارستان به اشتراک گذارده می شود
	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 خطایی رخ می دهد از آن به عنوان فرصتی برای یادگیری استفاده می شود.
	۰/۱۶۸	۰/۲۱۲	۰/۲۰۶	۰/۰۰۵	۰/۰۱۱	۰/۱۱۱	۰/۷۵۲	خطرات شناسایی شده به راحتی نادیده گرفته می شوند
	۰/۲۰۳	۰/۱۰۰	۰/۲۴۰	۰/۱۵۵	۰/۱۵۴	۰/۰۷۰	۰/۶۲۰	ما در فضایی پر از سرزنش کار می کنیم
	۰/۱۱۸	۰/۲۲۵	۰/۲۱۸	۰/۳۰۵	۰/۰۰۹	۰/۰۰۵	۰/۵۴۰	وقتی اشتباهی رخ می دهد 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 خطا 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 نمی کنیم
	۰/۱۰۵	۰/۲۶۰	۰/۲۷۷	۰/۱۶۶	۰/۱۰۵	۰/۱۰۱	۰/۶۳۰	آموزش های مناسبی برای جستجوی شواهد تحقیقی وجود ندارد

۰/۱۹۳	۰/۱۹۹	۰/۱۴۰	۰/۱۱۸	۰/۱۲۳	۰/۰۱۰	۰/۵۷۱	آموزش مهارت‌های ارزیابی برای کسانی که بخواهند وجود دارد
۰/۱۲۲	۰/۰۵۰	۰/۰۸۹	۰/۱۹۹	۰/۱۱۶	۰/۱۰۹	۰/۵۹۹	کمک های فنی برای عملکردهای مبتنی بر شواهد در دسترس می باشد
۰/۱۵۷	۰/۰۶۸	۰/۰۴۵	۰/۱۴۵	۰/۱۳۳	۰/۱۰۰	۰/۵۴۵	نیازهای توسعه شغلی در راستای نیازهای استراتژیک دیده می شوند
۰/۰۷۰	۰/۱۱۹	۰/۱۱۴	۰/۱۵۵	۰/۲۰۵	۰/۳۲۲	۰/۶۵۸	نیازهای توسعه ای به طور منظم ارزیابی می شوند
۰/۱۱۵	۰/۱۰۹	۰/۰۱۳	۰/۰۳۳	۰/۰۲۵	۰/۰۰۷	۰/۶۱۸	ما برای فعالیتهای بهبود کیفیت زمان مشخصی را در نظر می گیریم
۰/۰۱۷	۰/۱۳۰	۰/۲۶۸	۰/۲۶۰	۰/۲۲۵	۰/۱۰۴	۰/۷۱۵	کارکنان برای انتشار دستاوردهای خود، زمان لازم را اختصاص می دهند
۰/۱۱۹	۰/۱۱۵	۰/۱۲۵	۰/۰۸۸	۰/۲۸۸	۰/۲۰۰	۰/۶۰۸	تیم های مختلف از بخش ها و واحدهای مختلف دستاوردهای خود را به اشتراک می گذارند
۰/۱۲۰	۰/۰۲۶	۰/۱۱۲	۰/۱۱۶	۰/۱۷۵	۰/۲۳۶	۰/۵۳۳	ما در قالب یک تیم برای بهبود کیفیت فعالیت می کنیم
۰/۷۸۷	۰/۲۹۲	۰/۱۱۲	۰/۰۴	۰/۱۰۰	۰/۰۱۲	۰/۱۲۳	اولین چیزی که از برنامه های بهبود در سایر واحد های بیمارستان لمس می کنیم عوارض آن است
۰/۲۶۵	۰/۱۱۰	۰/۱۱۱	۰/۱۱۵	۰/۰۰۶	۰/۶۶۶	۰/۱۱۵	کارکنان برای برای بهبود کیفیت برانگیخته شده اند
۰/۲۵۵	۰/۱۲۵	۰/۱۱۹	۰/۱۲۵	۰/۰۵۶	۰/۵۵۶	۰/۲۱۰	خطرات بالینی به طور سیستماتیک مورد مطالعه قرار می گیرد
۰/۱۱۶	۰/۲۲۵	۰/۱۲۲	۰/۲۰۸	۰/۲۶۸	۰/۷۰۵	۰/۲۲۵	فرایندهای ارزیابی خطر از نظر حوادث بالینی به روز شده اند
۰/۰۵۹	۰/۲۸۹	۰/۱۵۹	۰/۰۳۶	۰/۳۳۰	۰/۷۷۰	۰/۱۲۸	زمان مشخصی برای ارائه بازخورد به عملکرد افراد در نظر گرفته شده است
۰/۱۰۸	۰/۱۲۰	۰/۱۶۰	۰/۱۶۶	۰/۰۴۸	۰/۶۵۶	۰/۲۶۶	کارکنان مسائل کاری را با همکاران سایر واحدها به اشتراک می گذارند
۰/۲۰۳	۰/۱۰۹	۰/۰۵۵	۰/۱۸۸	۰/۰۴۰	۰/۴۸۵	۰/۱۶۶	بهترین ایده های عملکردی با افراد خارج از بیمارستان نیز به اشتراک گذارده می شود
۰/۸۱۶	۰/۲۰۵	۰/۰۵۳	۰/۱۷۵	۰/۱۹۸	۰/۵۶۵	۰/۱۱۱	افراد درگیر در یک حادثه بالینی به عنوان گناهکار شناخته می شوند
۰/۳۰۳	۰/۱۳۲	۰/۱۰۶	۰/۰۰۶	۰/۴۹۰	۰/۱۱۲	۰/۱۰۹	تاکید بیشتر بر این است که خطا چگونه اتفاق افتاده است نه اینکه چه کسی خطا را انجام داده است
۰/۲۳۳	۰/۱۳۰	۰/۱۷۲	۰/۱۱۲	۰/۶۰۵	۰/۲۰۱	۰/۲۰۲	از ارزیابی کارکنان برای تنبیه آنان استفاده می شود
۰/۱۹۹	۰/۱۲۸	۰/۲۲۳	۰/۱۱۰	۰/۶۰۹	۰/۲۴۸	۰/۲۳۶	وقتی خطایی رخ می دهد ما به دنبال نقائص سیستم می گردیم نه تنبیه فرد مقصر
۰/۷۵۶	۰/۱۹۵	۰/۱۹۹	۰/۲۴۵	۰/۶۰۶	۰/۰۰۸	۰/۲۴۵	به نظر می رسد کارکنان نقش های یکدیگر را به خوبی درک نمی کنند
۰/۰۹۸	۰/۱۸۸	۰/۳۰۰	۰/۵۲۵	۰/۰۱۰	۰/۱۲۰	۰/۱۸۰	کارکنان نمی دانند همکارانشان چه انتظاری از آنها دارند
۰/۱۱۰	۰/۱۳۱	۰/۲۰۶	۰/۵۱۶	۰/۱۳۳	۰/۱۶۸	۰/۳۱۲	افرادی که اشتباه می کنند(برای بهبود عملکرد) مورد حمایت قرار می گیرند
۰/۷۳۳	۰/۰۱۵	۰/۱۰۸	۰/۵۹۸	۰/۲۶۰	۰/۱۰۲	۰/۱۹۹	کارکنان با یکدیگر صادقانه برخورد نمی کنند
۰/۰۰۶	۰/۰۸۵	۰/۶۹۶	۰/۲۰۱	۰/۱۰۰	۰/۱۲۲	۰/۱۹۰	بدون توجه به سوابق حرفه ای، همه کارکنان جایگاه مشابهی دارند
۰/۲۶۸	۰/۲۲۵	۰/۶۱۵	۰/۰۶۸	۰/۲۱۲	۰/۲۳۰	۰/۰۶۵	کارکنان ، مهارت‌های سایر همکاران خود را به نحو مطلوبی فرا می گیرند
۰/۸۰۹	۰/۲۱۰	۰/۶۴۰	۰/۱۲۳	۰/۲۰۴	۰/۲۲۲	۰/۱۳۶	کارکنان یک دیدگاه مشترک در مورد نحوه ارائه خدمات دارند
۰/۱۲۵	۰/۶۳۶	۰/۱۵۶	۰/۲۶۰	۰/۳۳۳	۰/۳۰۴	۰/۱۵۴	ما در باره حوادثی که ممکن است در آینده اتفاق بیفتد اقدام نمی کنیم
۰/۲۰۱	۰/۶۲۵	۰/۱۹۲	۰/۱۶۰	۰/۰۰۸	۰/۰۰۶	۰/۰۲۸	هیچ چشم انداز روشنی از آنچه بیمارستان به دنبال ایجاد آن است وجود ندارد
۰/۷۴۵	۰/۶۸۸	۰/۲۰۹	۰/۱۲۲	۰/۱۰۶	۰/۲۰۲	۰/۱۴۴	اغلب اوقات به مسائل و مشکلات فوری اهمیت بیشتری نسبت به برنامه های بهبود داده می شود
۰/۵۲۹	۰/۱۵۶	۰/۱۰۲	۰/۱۲۰	۰/۲۶۸	۰/۰۲۴	۰/۲۸۰	در اینجا به جای اختصاص زمان کافی و انجام دادن درست کارها اغلب فشار بیشتری برای حل سریع مشکلات وارد می شود

نمودار ۱: پلات توزیع عوامل مطالعه



بحث و نتیجه گیری

زاده و ادیبی 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 پایایی 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 عناوین 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 پایایی 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 [۵]. 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 فرصت های توسعه و یادگیری سازمانی [۲]. در مطالعه کارساویدو و همکاران

هدف از این مطالعه سنجش روایی و پایایی 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 [۱۳-۱۴]. 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 بیمارستان ها از نظر اجرای حاکمیت بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه جو سازمانی حاکمیت بالینی به عنوان یک ابزار معتبر، قابل اعتماد و انعطاف پذیر مور تایید واقع شد. محدودیت 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 بیمارستان ها از نظر اندازه، نوع و رشته فعالیت؛ در دسترس نبودن کارکنان بالینی به خصوص پزشکان بیمارستان ها اشاره کرد.

سهم نویسندگان

مسلم شریفی: اجرای طرح، جمع آوری، ورود و تحلیل داده ها، تهیه گزارش نهایی و مقاله
محمد عرب: ارایه ایده مطالعه، نظارت بر تحلیل داده ها و تهیه بهمن خسروی: اجرای طرح، جمع آوری، ورود داده ها، تهیه گزارش نهایی و تهیه مقاله
روزبه هژبری: همکاری در طراحی و تهیه مقاله، تحلیل داده ها

تشکر و قدردانی

این 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. نویسندگان لازم می دانند از مساعدت و همکاری مدیران و کادر درمانی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای این مطالعه تشکر نمایند.

منابع

1. Silimperi D, Franco LM, Veldhuyzen T, et al. A framework for institutionalizing quality assurance. *Int J Qual Health Care*- 2002; 14: 67-73
2. 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
3. Gauld, R, Horsburgh, S. Clinical Governance Assessment Project: Analysis of Three Quality and Safety Questions in a National Survey of New Zealand

نیز، ۵ عامل شامل برنامه های بهبود مستمر، انگیزش و بهبود یکپارچه کیفیت، مدیریت خطر، فرصتهای توسعه و یادگیری سازمانی در ساختار عامل ها شناسایی شدند [۵]. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسشنامه جو سازمانی حاکمیت بالینی در بیمارستان های شهر تهران، از طریق تحلیل عاملی، مورد بررسی قرار گرفت. مقری و همکاران در مطالعه ای پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار را اعتبار سنجی کردند. در این مطالعه ۴ بیمارستان در تهران محیط پژوهش و جامعه پژوهش نیز ۴۲۰ نفر از کارکنان بخش های مختلف بیمارستان های مورد مطالعه بوده اند، که در نتیجه این پرسشنامه از نظر روایی و پایایی مورد تایید قرار گرفت [۱۸]. سازمان های بهداشتی و درمانی، نظام های پیچیده ای هستند و بسیاری از پیچیدگی آن ها به دلیل طیف متنوعی از کارکنان و بخشهای مشغول به کار در یک ساختار سلسله مراتبی غیر قابل انعطاف است که در آن چندین گروه حرفه ای با اهداف، فعالیت ها و خرده فرهنگ های مختلف، خدمات سلامت را ارائه می دهند [۱۹]. با وجود این چالش ها، کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی به عنوان یکی از مهم ترین نگرانی در سراسر جهان باقی مانده است. حاکمیت بالینی به عنوان یکی از مهم ترین ابزارها جهت ارتقای کیفیت خدمات سلامت مطرح است. از طرفی 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 نظام بزرگتر (کل نظام سلامت)، دارد [۲۰]. بنابراین پرسشنامه جو سازمانی حاکمیت بالینی می تواند به عنوان یک ابزار مفید برای مدیران و سیاست گذاران به منظور شناسایی و ردیابی مشکلات در جو

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, Zafiroopoulos 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 Edition, 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, Ghorbani 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, Kalvemarm-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