

مقایسه دیدگاه مدیران و کارکنان در خصوص تأثیر اجرای حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی البرز سال ۱۳۹۲

نویسندگان: میترا رستمی^۱ - دکتر منصوره زاغری تفرشی^{۲*} - دکتر فروزان آتش زاده شوریده^۳ - دکتر حمید علوی مجد^۴

^۱ دانش آموخته کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری (گرایش داخلی جراحی) شعبه بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۲ دکترای پرستاری، استادیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۳ دکترای پرستاری، استادیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۴ دکترای آمار زیستی، دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
■ نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر منصوره زاغری تفرشی آدرس پست الکترونیک:

چکیده:

زمینه و هدف: اطمینان از ایمنی بیمار اولین قدم در بهبود کیفیت مراقبت است و مدل حاکمیت خدمات بالینی با رویکرد سیستمی، می‌تواند سازمان‌ها را در اطمینان از میزان مطلوبیت و کیفیت فعالیت‌های خود، کمک نماید. موفقیت این مدل مستلزم توجه مدیران و کارکنان نسبت به تأثیر آن بر ایمنی بیمار می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه دیدگاه مدیران و کارکنان شاغل در بیمارستان‌های منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی البرز در خصوص تأثیر اجرای حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی - مقایسه‌ای انجام شد. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۲۹ نفر از مدیران که به صورت تمام شماری انتخاب شدند و ۲۵۱ نفر از کارکنان که به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب شدند، بود. داده‌ها از طریق پرسشنامه پژوهشگر ساخته، شامل دو قسمت "اطلاعات جمعیت‌شناختی" و "سؤالاتی در هفت حیطه حاکمیت بالینی" جمع‌آوری شدند. روایی محتوای با شاخص روایی محتوای ۰/۸۵ تأیید شد. همسانی درونی با ضریب آلفا ($\alpha = 0/98$) و آزمون مجدد ($r = 0/85$) تأیید شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار آماری "اس پی اس اس ۱۶" مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از دیدگاه مدیران و کارکنان، همه محورهای حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار تأثیر دارند و بطور کلی ۹۶/۹ درصد از مدیران و ۹۲/۴ درصد از کارکنان، موافق تأثیر اجرای حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار بودند. آزمون تی مستقل ($t = 0/794$)، تفاوت معنادار آماری بین دیدگاه مدیران و کارکنان نشان نداد.

بحث و نتیجه‌گیری: دیدگاه مثبت مدیران و کارکنان در مورد مدل حاکمیت بالینی و تأثیر آن بر ایمنی بیمار، نشان می‌دهد مدل جایگاه خود را در ارتقا کیفیت خدمات و ایمنی بیماران، به اثبات رسانده است. بنابراین برای اجرایی‌تر شدن مدل و گسترش فرهنگ ایمنی بیمار، ضروری است تلاش‌های بیشتری برای استقرار فرهنگ سازمانی مناسب با پشتوانه حمایتی مدیران و استفاده از توانمندی و مشارکت کارکنان سازمان صورت پذیرد.

کلید واژه‌ها: حاکمیت بالینی، مدیران بیمارستان، کارکنان بیمارستان، نگرش

مقدمه:

سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت است (Nash، ۲۰۰۶). ایمنی بیمار به معنای حفاظت از بیماران در برابر خطراتی است که ممکن است در هنگام دریافت مراقبت سلامت به آنها تحمیل شود (Adamz، ۲۰۰۴). خطاهای پزشکی یکی از مشکلات عمده در خدمات بهداشتی و درمانی در جهان است که سالانه سبب

ایمنی بیمار پس از انتشار گزارش انسیتو پزشکی ایالات متحده در سال ۱۹۹۹، که به بررسی میزان شیوع خطاهای پزشکی در این کشور پرداخته بود، مورد توجه پژوهشگران و صاحب‌نظران عرصه سلامت قرار گرفت (Fleming، ۲۰۰۸). ایمنی بیمار به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی کیفیت خدمات

شد که با توجه به الزام مدل حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی البرز و مشکلاتی در خصوص استقرار و اجرای طرح با بررسی مقایسه‌ای دیدگاه مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها در خصوص تأثیر اجرای مدل حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار، به راهکارهایی جهت کاهش چالش‌های موجود دست یابد.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش کاربردی و از نوع توصیفی و مقایسه‌ای است که به بررسی دیدگاه مدیران و کارکنان در تأثیر اجرای محورهای حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی البرز با این اصل که تمامی بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی البرز ملزم به اجرای مدل حاکمیت بالینی بعنوان یک مدل کیفی می‌باشند، پرداخته است. نمونه‌ها شامل کلیه مدیران و تعدادی از کارکنان شاغل در چهار بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز در سال ۱۳۹۲ بودند. شرکت‌کنندگان در پژوهش در بخش "مدیران"، شامل کلیه مدیران ارشد (ریاست بیمارستان، مدیریت و مدیر پرستاری)، مدیران میانی (سوپروایزرها، روسای بخش‌ها و مدیران گروه‌های پزشکی) و مدیران اجرایی یا عملیاتی (مسئول آزمایشگاه، مسئول رادیولوژی، مسئول فنی داروخانه، سرپرستاران و مسئول بلوک زایمان) بودند که با روش تمام شماری وارد مطالعه شدند. شرکت‌کنندگان در بخش "کارکنان"، شامل گروه پزشکان (هیأت علمی و غیر هیأت علمی)، پرستاران، ماماها، کارکنان آزمایشگاه، رادیولوژی و داروخانه با مدرک تحصیلی مرتبط با واحد خود بودند که با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای و تصادفی برای مطالعه انتخاب شدند.

با توجه به این که پرسشنامه جامع و کاملی در خصوص بررسی دیدگاه مدیران و کارکنان در مورد تأثیر حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار، موجود نبود، ابزار پژوهش با استفاده و تلفیق اطلاعات موجود در فرم‌های بررسی بیمارستان از نظر ایمنی بیمار، بررسی نگرش به ایمنی و چک لیست حاکمیت بالینی، توسط تیم پژوهش تدوین و تنظیم شد. پرسشنامه نهایی در این مطالعه از دو بخش تشکیل شده است: بخش اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی افراد مورد پژوهش و بخش دوم عبارات مربوط به بررسی دیدگاه مدیران و کارکنان

مرگ و میر، عوارض جسمی برای بیماران و سایر افراد خانواده و حتی جامعه می‌شود (Bognar, ۲۰۰۸). تحقیقات نشان می‌دهد بیمارستان‌هایی که جو ایمنی بهتری در آن‌ها حکمفرماست، عملکرد ایمن‌تری داشته و میزان بروز حوادث در آن‌ها کم تر است (Singer, ۲۰۰۹). با توجه به افزایش خطاهای پزشکی، آگاهی از فرهنگ ایمنی بیمار در بخش سلامت به منظور تغییر این فرهنگ و سازگار ساختن آن با پیشرفت‌هایی که در زمینه کیفیت مراقبت صورت می‌پذیرد، حائز اهمیت است چرا که بهبود ایمنی بیمار، تنها موضوعی بالینی نیست، بلکه به ابعاد سازمانی هم مرتبط است (Ramanujam, ۲۰۰۵).

تاکنون انواع مختلفی از مدل‌های تعالی سازمانی نظیر مدل Deming، مدل Malcom Baldrige و مدل بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت، معرفی و استفاده شده‌اند که همگی آنها، بر اساس عناصر و ارزش‌های مدیریت کیفیت فراگیر شکل گرفته و جهت‌گیری یکسانی دارند (صدیقی، ۲۰۰۲). الگوی حاکمیت بالینی یک مدل هفت محوری است که با توجه به جامعیت آن از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران به عنوان مدل پیشنهادی مطرح گردیده است. هفت محور اصلی این مدل شامل مشارکت بیمار و جامعه، آموزش و یادگیری، مدیریت خطر، استفاده از اطلاعات، ممیزی بالینی، اثر بخشی بالینی، مدیریت نیروی انسانی است. (امامی رضوی، ۲۰۱۱).

مفهوم حاکمیت بالینی به معنای برقراری حاکمیت بر ارائه خدمات سلامت، نه به عنوان حاکمیت دولتها، بلکه به عنوان ضرورت برقراری یک مدیریت جامع بر آن، برای اولین بار در سال ۱۹۹۷ در انگلستان معرفی شد. حاکمیت بالینی در واقع چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت در قبال بهبود دائمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند (امامی رضوی، ۲۰۱۱). از دیدگاه Marshal (۲۰۰۲) استقرار و اجرای حاکمیت بالینی که در راستای اصلاح نظام سلامت و بهبود کیفیت تبیین می‌گردد، نیازمند ایجاد فرهنگ سازمانی به عنوان اهرمی عملی برای شروع و تداوم بهبود کیفیت است. از آنجا که شناخت دیدگاه‌های مدیران می‌تواند به برنامه‌ریزی برای دسترسی به اهداف سازمانی کمک کند، لذا پژوهشگر بر آن

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مدیران و کارکنان شاغل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز بر حسب پست سازمانی در سال ۱۳۹۲

گروه	مدیران		کارکنان	
	تعداد	درصد	سمت	تعداد
مدیریت ارشد	۱۲	۹/۳۰	پزشک هیأت علمی	۲
مدیر میانی	۶۶	۵۱/۱۷	پزشک غیر هیأت علمی	۱۶
مدیر عملیاتی	۵۱	۳۹/۵۳	پرستار	۱۴۵
جمع	۱۲۹	۱۰۰	ماما	۱۸
			پرستل آزمایشگاه	۲۱
			پرستل رادیولوژی	۲۰
			پرستل داروخانه	۲۷
			جمع	۲۵۱

یافته‌ها در مورد دیدگاه مدیران و کارکنان در مورد تأثیر اجرای حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار نشان داد که از دیدگاه ۹۶/۹ درصد از مدیران و ۹۲/۴ درصد از کارکنان شرکت‌کننده در مطالعه، اجرای مدل حاکمیت بالینی، بر ایمنی بیمار مؤثر است. آزمون تی مستقل نیز نشان داد بین دیدگاه مدیران و کارکنان تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/424$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و نسبی دیدگاه مدیران و کارکنان شاغل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز در خصوص تأثیر اجرای حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۲

گروه	مدیران		کارکنان		جمع		نتیجه آزمون
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
فراوانی دیدگاه							T=0.794 p=0.428
مخالفم (۰-۳۳)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
نظری ندارم (۳۴-۶۶)	۴	۳/۱	۱۹	۷/۶	۲۳	۶/۰۵	
موافقم (۶۷-۱۰۰)	۱۲۵	۹۶/۹	۲۳۲	۹۲/۴	۳۵۷	۹۳/۹۴	
جمع	۱۲۹	۱۰۰	۲۵۱	۱۰۰	۳۸۰	۱۰۰	

در مورد تأثیر اجرای محورهای هفت‌گانه مدل حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار نیز، یافته‌ها نشان داد بین دیدگاه مدیران و کارکنان در هیچ‌یک از محورها، تفاوت معناداری وجود نداشت و

در خصوص موضوع مورد پژوهش است. این بخش دارای ۴۱ سؤال در هفت حیطه بوده که هر کدام از حیطه‌ها مربوط به یک محور حاکمیت بالینی است و سطح اهمیت هر محور بر ایمنی بیمار، با توجه به دیدگاه جامعه پژوهش سنجیده می‌شود. سؤالات به صورت لیکرت پنج قسمتی از کاملاً مخالفم با امتیاز (۰) تا کاملاً موافقم با امتیاز (۴) طراحی شده است.

جهت تعیین روایی ابزار پژوهشگر ساخته، از دو روش روایی صوری و شاخص روایی محتوی استفاده شد. با توجه به نظرات ۲۳ نفر از صاحب نظران از دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های مختلف، عبارات بازنگری و اصلاح شد و نیز $CVI=0/85$ بدست آمد. پایایی ابزار با استفاده از دو روش تعیین همسانی درونی و آزمون مجدد انجام شد که همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/97$) و آزمون مجدد با ضریب همبستگی اسپیرمن ($r=0/85$) مورد تأیید قرار گرفت. موارد اخلاق پژوهش نظیر کسب مجوز از شعبه بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گرفتن معرفی‌نامه و کسب اجازه کتبی از مسئولین مراکز منتخب و دریافت موافقت شفاهی از واحدهای مورد پژوهش (مدیران و کارکنان) برای حضور پژوهشگر در شیفت‌های مختلف به منظور توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه‌های تکمیل شده و بدون نام بودن پرسشنامه‌ها، رعایت شد. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS 16 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها:

به‌طور کلی ۱۲۹ مدیر در رده‌های مختلف ارشد، میانی و اجرایی (عملیاتی) و ۲۵۱ نفر از کارکنان (پزشک، پرستار، ماما، کارکنان رادیولوژی، آزمایشگاه و داروخانه) در مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی مدیران ۴۳ سال و کارکنان ۳۳ سال است. مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جداول شماره یک و دو آمده است.

بحث و نتیجه گیری:

نتایج مطالعه نشان داد که از دیدگاه مدیران و کارکنان، اجرای مدل حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار مؤثر است. بطوری که ۹۶/۹ درصد از مدیران و ۹۲/۴ درصد از کارکنان، موافق تأثیر اجرای حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار بودند. بنا براین با توجه به نظر مثبت مدیران و کارکنان، عوامل دیگری ممکن است مانع اجرای کامل این مدل باشد، کریمی و همکاران (2012) در مطالعه خود، موانع اجرای حاکمیت بالینی از دیدگاه کارکنان را (۱۶/۱ درصد) کمبود آموزش اعلام کردند.

به هرحال بررسی مطالعات مرتبط با حاکمیت بالینی نشان می‌دهد که نقاط مجهول زیادی پیرامون استقرار نظام حاکمیت بالینی در پیش روی مدیران و بالاخص مدیران بالینی قرار دارد. CharkhAndaz et al (2012) مهم‌ترین موانع اجرای محور استفاده از اطلاعات از دیدگاه مدیران پرستاری را، مشخص نبودن اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی اولیه و نهایی اعلام کردند. Karimi et al (2012) معتقدند موانع اصلی اجرای حاکمیت بالینی شامل عدم صلاحیت مدیران بیمارستان‌ها، کمتر از حد استاندارد بودن نیروی انسانی بیمارستان‌ها و بکارگیری نادرست کارکنان، آگاهی ناکافی کارکنان از حاکمیت بالینی، عدم وجود سیستم انگیزشی مناسب و فرهنگ غلط سازمانی است. در نهایت می‌توان گفت مدیران پرستاری و سایر مدیران در بیمارستان‌ها برای دستیابی سریع به اهداف سازمانی در جهت ارتقای کیفیت خدمات بالینی لازم است دسترسی کارکنان به اطلاعات سازمانی را افزایش داده و ساختارهای ارتباطی وسیع در بیمارستان ایجاد و توسعه دهند. مدیران پرستاری می‌توانند از طریق آموزش‌های مناسب و هم‌راستا با برنامه استراتژیک و اهداف کلی سازمان در جهت اجرای مناسب حاکمیت بالینی و کیفی نمودن خدمات کارکنان پرستاری برنامه ریزی نمایند. برای بهبود فرصت‌های مشارکت پرستاران در فعالیت‌های سازمانی لازم است، راهکارهای مشخص توسط مدیران اتخاذ شود تا پرستاران بتوانند با حضور در تیم‌های کاری و تصمیم‌گیری، سهم مؤثری در اثربخشی سازمان داشته باشند.

هر دو گروه معتقدند اجرای همه محورهای حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار مؤثر است (جداول شماره ۴ و ۵).

جدول شماره ۳ توزیع فراوانی و نسبی دیدگاه مدیران و کارکنان شاغل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز در خصوص تأثیر چهار

محور اجرای حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۲

محورهای حاکمیت بالینی	گروه دیدگاه	مدیران		کارکنان		جمع		نتیجه آزمون
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تعامل بیمار و جامعه	مخالفم	۰	۰	۰	۰	۰	-	t=1.063 p=0.29
	نظری	۴	۳/۱	۱۹	۷/۶	۲۳	۶/۰۵	
	موافقم	۱۲۵	۹۶/۹	۲۳۲	۹۲/۴	۳۵۷	۹۳/۹۴	
مدیریت بیمارستان	مخالفم	۱	۰/۸	۰	۰	۱	۰/۲۷	t=1.87 p=0.063
	نظری	۰	۰	۲	۰/۸	۲	۰/۵۲	
	موافقم	۱۲۸	۹۹/۲	۲۴۹	۹۹/۲	۳۷۷	۹۹/۲۱	
اثربخشی بالینی	مخالفم	۰	۰	۱	۰/۴	۱	۰/۲۷	t=1.43 p=0.151
	نظری	۰	۰	۱	۰/۴	۱	۰/۲۷	
	موافقم	۱۲۹	۱۰۰	۲۴۹	۹۹/۲	۳۷۸	۹۹/۴۶	
استفاده از اطلاعات	مخالفم	۰	۰	۱	۰/۴	۱	۰/۲۷	t=0.022 p=0.983
	نظری	۰	۰	۱	۰/۴	۱	۰/۲۷	
	موافقم	۱۲۹	۱۰۰	۲۴۹	۹۹/۲	۳۷۸	۹۹/۴۶	
	جمع	۱۲۹	۱۰۰	۲۵۱	۱۰۰	۳۸۰	۱۰۰	

جدول شماره ۴ توزیع فراوانی و نسبی دیدگاه مدیران و کارکنان شاغل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز در خصوص تأثیر سه

محور اجرای حاکمیت بالینی بر ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۲

محورهای حاکمیت بالینی	گروه دیدگاه	مدیران		کارکنان		جمع		نتیجه آزمون
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مدیریت نیروی انسانی	مخالفم	۰	۰	۰	۰	۰	۰	t=2.27 p=0.23
	نظری	۱	۰/۸	۱	۰/۴	۲	۰/۵۳	
	موافقم	۱۲۸	۹۹/۲	۲۵۰	۹۹/۶	۳۷۸	۹۹/۴۷	
ممیزی بالینی	مخالفم	۰	۰	۰	۰	۰	۰	t=0.571 p=0.569
	نظری	۲	۱/۶	۱	۰/۴	۳	۰/۷۹	
	موافقم	۱۲۷	۹۸/۴	۲۵۰	۹۹/۶	۳۷۷	۹۹/۲۱	
آموزش و یادگیری	مخالفم	۱	۰/۸	۰	۰	۱	۰/۲۶	t=1.011 p=0.313
	نظری	۰	۰	۱	۰/۴	۱	۰/۲۶	
	موافقم	۱۲۸	۹۹/۲	۲۵۰	۹۹/۶	۳۷۸	۹۹/۴۸	
	جمع	۱۲۹	۱۰۰	۲۵۱	۱۰۰	۳۸۰	۱۰۰	

پیشنهادهای برای مطالعات بعدی:

بنظر می‌رسد کمبود نیروی انسانی عاملی چالش‌برانگیز در خصوص اشکال در اجرای مناسب حاکمیت بالینی باشد. همچنین حجم بالای کاری، ضعف مدیریتی در برخی سازمان‌ها، دیدگاه نه‌چندان مثبت برخی مدیران به مدل حاکمیت بالینی، عدم اجرای کامل طرح توسط مدیران و کارکنان، حمایت ناکافی مدیران و کمبود آموزش و آگاهی هر دو گروه می‌تواند اجرای موفقیت‌آمیز این مدل را با مشکل مواجه سازد.

با توجه به اینکه در بیمارستان‌ها، گیرندگان خدمت، بیماران و همراهان هستند و مدل‌های ارتقاء کیفیت با هدف خدمت رسانی مناسب و بهینه به این گروه است، پیشنهاد می‌گردد از دیدگاه گیرندگان خدمت نیز مدل حاکمیت بالینی مورد سنجش قرار گیرد.

همچنین پیشنهاد می‌شود با مطالعه بر روی عملکرد رایج‌کارکنان در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها و در نظر گرفتن زمان‌های صرف شده جهت ارائه خدمات و پیگیری امور، اجرای الگوی ارائه خدمات بالینی در جهت ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیمار از نظر زمان مورد سنجش قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری شعبه بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به راهنمایی سرکار خانم دکتر منصوره زاغری است. نویسندگان بر خود وظیفه می‌دانند تا از مسئولین محترم شعبه بین‌الملل دانشگاه و نیز کلیه مسئولان، مدیران و کارکنان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی البرز که در این پژوهش همکاری نمودند، سپاسگزاری نمایند.

References

- Adams R E, Boscarino J A (2004). Community survey of medical errors in New York. *International Journal for Quality in Health Care*. 16(5) 353-62.
- Bognar A, Barach P, Johnson JK et al (2008). Errors and the burden of errors: Attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. *The Annals of Thoracic Surgery*. 85(4) 1374-81.
- Dwyer AJ. Et al (2012) Engaging medical staff in clinical governance : Introducing new technologies and clinical practice into public hospitals. *Australian Health Review*. 36(1) 43-8
- Fleming M, et al (2008). Patient safety culture improvement tool: Development and guidelines for use. *Health Care Quarterly*. Special Issue (patient safety papers). 11(3Spec NO) 10-15.
- Imami Razavi et al. (2011) [Introduction to Clinical Governance]. Tehran, Tandis Publisher (Persian).
- Marshall M, Sheaff R, Rogers A, et al (2002). A qualitative study of cultural changes in primary care organization needed to implement clinical governance . *The British Journal of General Practice*. 52(481) 641-645.
- Nash D, et al (2006) *The Quality Solution : The Stakeholders Guide to Improving Health Care*. 14th Edition . Massachusetts. Jones and Bartlett publishers
- Ramanujam R, Keyser DJ, Sirio CA (2005). Making a case for organizational change in patient safety initiatives. *Advances in Patient Safety From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Sedighi H (2002). [Strategies for Management Development]. *Hamshahri magazine* , Tehran, 2988 (Persian).
- Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Services Research*. 44(2 pt 1) 399-421.

Comparison of managers and employees's views about the effects of clinical governance on patient safety

Rostami M ¹, Zaghari Tafreshi M², Atashzadeh-Shoorideh F³, Alavi Majd H⁴

- ¹. Alumnus MSc ,School of nursing and midwifery , Shahid Beheshti University of medical sciences, International branch, Tehran, Iran.
- ². PhD, Assistant professor, Department of nursing administration , School of nursing and midwifery, Shahid Beheshti university of medical sciences,Tehran,Iran.
- ³. PhD, Assistant professor, Department of nursing administration ,School of nursing and midwifery, Shahid Beheshti university of medical sciences,Tehran,Iran.
- ⁴. PhD,Associate Professor, Dept. of Biostatistics, School of Paramedical Sciences,ShahidBeheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Background& aim: Ensuring the patient safety is the first step for quality improvement in health care systems. Clinical governance model , with a systemic approach, a framework for quality assurance. Implementation of clinical governance requires managers and staff contribution. The aim of this study was to compare the manager's and employees's views about the effect of clinical governance on patient safety in hospitals of Alborz university of medical sciences .

Materials and Methods: A descriptive - comparative ,design was used. The sample of the study consisted of 129 managers and 251 employees. The entire population of managers were included in the study. The employees were included in the study by using quota sampling method. Data were collected by a questionnaire. The questionnaire consisted of demographic information and questions regarding the seven components of clinical governance. The validity of the questionnaire was assured by computing CVI (0.85). The reliability of the questionnaire was assessed by internal consistency ($\alpha=0.98$) and test re test .Data were analyzed by SPSS 16 software.

Results: Almost all managers (96.9%) and majority of employees (92.4%) strongly agreed with the significant impact of clinical governance on patient safety. There was no significant difference between managers' and employees' views

Conclusion: The managers and employees had a positive view on clinical governance and its effect on patient safety. This finding shows that there is a willingness and readiness for implementation of clinical governance in hospitals of Alborz university of medical sciences.

Keywords: Clinical governance, Patient, Perspective, Hospital