

- وصول مقاله: ۹۳/۱/۳۰
- اصلاح نهایی: ۹۳/۴/۱۸
- پذیرش نهایی: ۹۳/۵/۴

# نیازهای آموزشی کارکنان بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد برای استقرار حاکمیت بالینی

ام‌البنین آتش‌بهار<sup>۱</sup> / فرزانه رجالیان<sup>۱</sup> / محمدامین بهرامی<sup>۲</sup> / حجت‌الله قرایی<sup>۱</sup> / عباس همایونی<sup>۱</sup> / فاطمه

عظایی<sup>۱</sup> / الهام جمالی<sup>۱</sup>

چکیده

**مقدمه:** حاکمیت بالینی چارچوبی است که از طریق آن سازمان‌های بهداشتی و درمانی در راستای ارتقای مداوم کیفیت خدمات و صیانت از بالاترین استانداردهای مراقبت اقدام می‌کنند. هدف این پژوهش، استخراج نیازهای آموزشی کارکنان برای استقرار حاکمیت بالینی بود.

**روش پژوهش:** پژوهش حاضر، پژوهشی کیفی و کاربردی است که در طی سال ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شد. جامعه پژوهش، کارشناسان و مدیران دانشگاه بود. نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی هدفمند انجام شد. داده‌های مورد نیاز از طریق مطالعه کتابخانه‌ای، جستجوی اینترنتی و مصاحبه با نمونه پژوهش جمع‌آوری گردید. استخراج حیطه‌های نیازهای آموزشی و اولویت‌بندی آنها با استفاده از فرآیند دلفی تعدیل شده انجام شد.

**یافته‌ها:** نیازهای آموزشی کارکنان بیمارستان‌های مورد پژوهش جهت استقرار حاکمیت بالینی به ۸ حیطه تقسیم شده و در هر کدام از این حیطه‌ها به ترتیب تعداد ۵، ۲، ۴، ۲، ۱، ۷، ۲ و ۸ نیاز قرار گرفته است. این حیطه‌های آموزشی به ترتیب اولویت شامل موارد زیر می‌باشند: مشارکت بیماران و جامعه (۴/۶۹)، آموزش مبانی حاکمیت بالینی و آموزش مبانی مدیریت نیروی انسانی (۴/۳۹)، مدیریت ریسک (۴/۳۸)، آموزش‌های پیش‌زمینه‌ای (۴/۳)، اثربخشی بالینی و استفاده از اطلاعات (۴/۲۸)، ممیزی بالینی (۴/۱۶).

**نتیجه‌گیری:** بیمارستان‌ها می‌توانند از طریق نیازسنجی آموزشی و شناسایی حیطه‌های آموزشی دارای اولویت بالا و اجرای برنامه‌های آموزشی مرتبط با این حیطه‌ها، زمینه استقرار حاکمیت بالینی و در نتیجه ارتقاء کیفیت خدمات خود را فراهم کنند.

**کلیدواژه‌ها:** حاکمیت بالینی، آموزش، نیازسنجی، نیازسنجی آموزشی

۱- دانشجوی کارشناسی‌ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران  
۲- استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، بیمارستان شهید صدوقی، یزد، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: bahrami-hmrc@ssu.ac.ir

## مقدمه

حاکمیت بالینی چارچوبی است که سازمان‌های بهداشتی و درمانی را در راستای ارتقای مداوم کیفیت خدمات و صیانت از بالاترین استانداردهای مراقبت هدایت کرده و با ایجاد محیطی که موجب تعالی در مراقبت بالینی می‌گردد به ارتقاء سیستم منتهی می‌شود [۱]. در اجرای حاکمیت بالینی به جای اینکه صرفاً به ایجاد سازوکارهایی به منظور ارتقا کیفیت خدمات دست بزنیم، هر فرد باید در جوی مثبت و توانمندساز، متقاضی ارتقاء عملکرد روزمره خود گردد و برای این منظور از دانش و توانایی لازم برخوردار باشد [۲]. از میان مدل‌ها و چارچوب‌های نظری بسیاری که تاکنون برای ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده است [۳-۴]، چارچوب حاکمیت بالینی بیشترین توجه را به خود جلب کرده و در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به طور گسترده‌ای به کار گرفته شده است. استقرار حاکمیت بالینی، هم‌اکنون به یکی از سیاست‌های دارای اولویت در راستای ارتقاء کیفیت، در نظام‌های مراقبت سلامت تبدیل شده است [۵]. حاکمیت بالینی شرایطی را فراهم می‌کند که بهبود مداوم در همه جوانب مراقبت سلامت، حمایت از ایجاد استانداردها و یک محیط کیفی کارآمد را در پی دارد [۶]. حاکمیت بالینی از اجزا زیر تشکیل شده است:

- ممیزی بالینی (Clinical audit): فرآیند تدوین استانداردها، مداخله در وضعیت موجود و سپس ارزیابی میزان اثربخشی ممیزی بالینی

- مدیریت خطر (Risk management): ارزیابی نظام‌مند حوادث، بازبینی آنها و جستجوی روشهایی برای جلوگیری از وقوع مجدد آنها.

- آموزش و توسعه (Education and Training): آموزش مداوم متخصصین مراقبت‌های سلامت. آموزش و فعالیتهای تحقیقاتی باید با مسئولیت‌ها و نیازهای متخصصان بالینی هم‌راستا باشد [۸].

- اثربخشی بالینی (Clinical effectiveness): ارزیابی و مقایسه اثربخشی هر مداخله.

- تحقیق و توسعه (Research and development): فرآیند تحقیق و توسعه فرآیندی است که به هنگام نامعلوم بودن بهترین و مناسب‌ترین فرآیند لازم، انجام می‌پذیرد.

- گشودگی (Openness): تشخیص نیازهای سلامت و فهم مشکلات و آرمان‌های جامعه نیازمند همکاری بین سازمان‌های مراقبت سلامت، مراجع محلی و جامعه ارائه‌دهندگان خدمات می‌باشد [۷].

اجرای اصول حاکمیت بالینی نیازمند تغییر فرهنگ حاکم در محیط ارائه خدمت است. به گونه‌ای که در این تغییر، شفافیت و مشارکت در امور از طریق ایجاد محیطی که در آن به آموزش و پژوهش بها داده می‌شود، ایجاد گردد [۹]. فرهنگ حمایت‌گر، باز و جامع، تلقی کیفیت به عنوان یک ارزش سازمانی، درگیری فعال بیماران و مراقبت‌کنندگان در برنامه‌ریزی و توسعه خدمات، گروه‌های کاری نظام‌یافته در همه سطوح سازمان، توجه به کیفیت بالینی در سطوح ارشد، سطوح اجرایی منظم، سطح ارشد بالینی قوی و رهبری اداری برای خدمات سلامت، استفاده فکورانه، مناسب و ادغام اطلاعات برای برنامه‌ریزی، بازنگری، پایش و پیشرفت از جمله فاکتورهای حیاتی در اجرای موثر حاکمیت بالینی می‌باشند [۱۰]. آموزش و توسعه فردی و گروهی می‌تواند فرصت درک و آموختن روش‌های ایجاد و گسترش موارد فوق را ایجاد نماید [۱۱]. لذا عنصر کلیدی دستیابی به اهداف حاکمیت بالینی فراهم ساختن فرصت‌های آموزشی و پژوهشی است به گونه‌ای که سازمان را برای ایجاد نظام اطلاعاتی و چهارچوب تصمیم‌گیری جهت ارتقاء کارمندان هدایت کند [۱۲].

از آنجا که آموزش مداوم و کسب مهارت یک جنبه مهم از حاکمیت بالینی محسوب می‌شود [۱۳]. به همین دلیل، اولین گام در اجرای موفق حاکمیت بالینی شناسایی نیازهای آموزشی متخصصین درگیر در ارائه خدمات سلامت می‌باشد. در طراحی هرگونه برنامه آموزشی باید به مهارت‌ها، توانایی‌ها و استعدادهای ارائه‌دهندگان خدمت توجه شده و برنامه‌های متناسب با

اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی باید یک برنامه آموزشی جدید با اهداف آموزشی جدید برای آموزش پزشکان، مدیران و مصرف‌کنندگان ایجاد کنیم [۱۹]. از آنجا که مدیریت سازمان‌ها همواره در جست و جوی راهکارهایی جهت کامیابی در رقابت‌ها و جلب رضایت مشتری و تحقق آرمان‌های خویشند، یکی از اساسی‌ترین راهکارها که به اتفاق از سوی دانشمندان علم مدیریت توصیه می‌شود بهسازی نیروی انسانی است که آموزش بهترین ابزار این امر می‌باشد. از طرفی آموزش نیز در صورتی اثربخش خواهد بود که به منظور پاسخ به نیازی شناخته شده و تحقق هدفی معین برنامه‌ریزی، سازماندهی و اجرا شود. از اینرو نیازسنجی آموزشی در سازمان‌ها نه یک انتخاب برای مدیران بلکه ضرورتی انکارناپذیر است تا بر مبنای آن از برنامه‌های آموزشی غیرعملی که بر اساس تخیل و ذهنیت بنا شده‌اند دوری جسته و برنامه‌های آموزشی به گونه‌ای تدوین گردد که رضایت مشتری، بهبود عملکرد کارکنان، بهره‌وری بالا و به طور کلی بقا و توسعه سازمان را در برداشته باشد [۲۰]. سازمان‌های متولی سلامت نیز در کشورهای مختلف همواره به نحوی به دنبال رسیدن به هدف ارتقای سطح سلامت و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی بوده‌اند، اما همواره شکاف عمیقی بین کیفیت متوسط خدمات و بهترین کیفیت ممکن وجود داشته است. برای رسیدن به هدف فوق و کاهش این شکاف این سازمان‌ها به دنبال ارتقای کیفیت خود بوده‌اند و حاکمیت بالینی به عنوان ابزاری برای این منظور ایجاد گردیده است [۱۰]. با توجه به مفهوم پیچیده حاکمیت بالینی و مشکلات اجرایی آن، این تحقیق برآن بود که بر نقش آموزش تأکید کرده و نیازهای آموزشی اجرای حاکمیت بالینی را به منظور اجرای مؤثرتر آن از دیدگاه افراد درگیر در این امر برشمارد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع کیفی و کاربردی است که در طی شش ماه اول سال ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم پزشکی

نیازهای آن‌ها طراحی و اجرا شود [۱۴]. نیازهای آموزشی را می‌توان به روش‌های گوناگون شامل روش‌های ساده مصاحبه‌ای تا روش‌های پیچیده پیمایش گسترده شناسایی کرد [۱۵]. نیازسنجی یکی از مولفه‌های اساسی و ضروری فرآیند برنامه‌ریزی است که هر کجا مسئله تدوین طرح آموزشی و اتخاذ مجموعه‌ای از تدابیر آموزشی مطرح باشد، از نیازسنجی به طور مکرر یاد می‌شود [۱۶]. نیازسنجی در واقع فرآیند جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات است که براساس آن نیازهای افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع مورد شناسایی قرار می‌گیرد [۱۷]. وانوسام در مطالعه‌ای با عنوان نگرش فرآیندی به حاکمیت بالینی، بیان می‌دارد روشی که مدیران عالی به حاکمیت بالینی نگاه می‌کنند با روشی که سرپرست بالینی آن را درک می‌کند متفاوت است و کارکنان بالینی عملیاتی نیز حاکمیت بالینی را به شیوه‌ای متفاوت درک می‌کنند. همچنین تفاوت‌های زیادی بین بخش‌ها در درک حاکمیت بالینی و اجرای آن وجود دارد. این عدم وجود اجماع، گیج‌کنندگی و عدم توافق، مشکلات بیشتری برای مدیریت به منظور توسعه یک رویکرد متحدالشکل و یکپارچه برای کیفیت مراقبت ایجاد می‌کند. هر چند که برنامه‌های آموزشی که برای کارکنان سلامت به منظور کمک به آنها برای درک و انگیزش آنها به منظور اجرای آن سازماندهی شده است اما این برنامه‌ها خیلی کوتاه و کلی می‌باشند و تلاش کمی بوسیله مدیریت برای ترکیب پیشنهادات در سطح محلی صورت گرفته است. لذا رویکردهای آموزشی می‌بایست این تفاوت‌ها را در نظر داشته باشند. همچنین نیازهای آموزشی زیر را در زمینه‌های ارتباطات مؤثر میان حرفه‌ای، نحوه به اشتراک گذاشتن اطلاعات با بیماران جهت شناخت ترجیحات آن‌ها و نحوه ممیزی بالینی جهت ایجاد آمادگی سازمانی برای استقرار حاکمیت بالینی ضروری می‌داند. وی این آموزش‌ها را به منزله ورودی‌های اصلی سیستم برای استقرار حاکمیت بالینی بیان داشته است [۱۸]. مطالعه پیتز با لیلز با عنوان آموزش برای حاکمیت بالینی بیان می‌دارد که برای

### یافته‌ها

در فاز اول مطالعه با استفاده از کلیدواژه‌های حاکمیت بالینی، آموزش، نیازسنجی، نیازسنجی آموزشی به مرور متون جهت استخراج نیازهای آموزشی حاکمیت بالینی در مطالعات مشابه پرداخته شد که در این رابطه تعداد ۱۷ نیاز آموزشی شناسایی شد. در فاز دوم نیز نظر چهل نفر از کارشناسان و صاحب نظران مرتبط با حاکمیت بالینی در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد کسب شده و با پیاده‌سازی مصاحبه‌ها تعداد ۸۷ نیاز آموزشی استخراج شد. پس از مطالعه نیازهای استخراج شده از مرور متون و مصاحبه با کارشناسان، در مجموع تعداد ۹۳ نیاز شناسایی شد. سپس چک لیست تهیه شده (شامل ۹۳ نیاز آموزشی) در اختیار افراد مورد مصاحبه در فاز دوم مطالعه، قرار گرفت که بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ به این نیازها نمره داده شد. در طی ۳ راند دلفی، تعداد ۳۱ نیاز آموزشی با کسب امتیاز لازم به تأیید رسیدند. سپس، ضمن آیت‌سازی و گروه‌بندی نیازهای تأیید شده، این نیازها در ۸ حیطه طبقه‌بندی شدند. در هر کدام از این حیطه‌ها به ترتیب تعداد ۵، ۲، ۴، ۲، ۱، ۷، ۲ و ۸ نیاز قرار گرفته است. این ۸ حیطه آموزشی عبارتند از: آموزش‌های پیش زمینه‌ای، آموزش مبانی حاکمیت بالینی، آموزش و مدیریت کارکنان، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، استفاده از اطلاعات، مشارکت بیماران و جامعه و مدیریت ریسک. (جدول ۱)

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ۳ نیاز آموزشی دارای بالاترین اولویت در حیطه‌های مشارکت بیماران و جامعه و آموزش‌های پیش زمینه‌ای می‌باشند که عبارتند از: نحوه آموزش بیماران و همراهان با میانگین ۴/۷۲، نحوه شناخت ترجیح بیماران با میانگین ۴/۶۷ و نحوه معرفی و خوش آمد گویی به بیماران ۴/۶۱ و کمترین اولویت مرتبط با آموزش مهارت گوش‌دادن صحیح به سخنان بیمار به پزشکان و پرستاران با میانگین ۳/۹۴ بوده است که در حیطه آموزش‌های پیش‌زمینه‌ای می‌باشد. بیشترین تعداد نیازهای آموزشی مورد توافق کارشناسان و صاحب نظران برای استقرار و

شهید صدوقی یزد انجام شد. جامعه مورد مطالعه کلیه کارشناسان و مدیران دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بود که در اجرای برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها نقش داشتند و یا مشارکتی در این زمینه داشته‌اند. با نظر به اینکه در پژوهش کیفی تأکید بر مقیاس و یا تخمین آماری وجود ندارد بلکه مهم ارزشمند بودن نمونه با توجه به هدف پژوهش می‌باشد؛ لذا در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی هدفمند و با استفاده از روش گلوله برفی انجام شد. لازم به ذکر است مشارکت مصاحبه شونده‌گان با تمایل شخصی بوده و همچنین نام آنان محرمانه باقی ماند. مصاحبه‌ها تا جایی که داده‌های مورد نیاز پژوهش جمع‌آوری شده و به نقطه اشباع در دریافت داده برسد ادامه یافت. داده‌های مورد نیاز از طریق مطالعه کتابخانه‌ای، جستجوی اینترنتی و مصاحبه با نمونه پژوهش جمع‌آوری گردید. استخراج حیطه‌های نیازهای آموزشی و اولویت‌بندی آن‌ها با استفاده از فرآیند دلفی تعدیل شده انجام شد.

سپس از طریق مصاحبه با مدیران و کارشناسان درگیر در برنامه‌های حاکمیت بالینی در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد چک لیستی از نیازهای آموزشی استخراج گردید. چک لیست تهیه شده در یک فرآیند دلفی تعدیل شده شامل ۳ راند در اختیار جمعیت نمونه قرار گرفت. هر کدام از اعضای نمونه در هر راند، به هر نیاز آموزشی شناسایی شده بر اساس الگوی امتیازدهی لیکرت امتیازی از ۱ (دارای اهمیت بسیارکم) تا ۵ (دارای اهمیت بسیارزیاد) دادند. در هر راند دلفی، مواردی که حداقل ۷۵٪ افراد به آن‌ها امتیاز ۴ و ۵ دریافت کرده بودند با کسب امتیاز اجماع تأیید مورد تأیید قرار گرفته، مواردی که حداقل ۷۵٪ افراد به آن‌ها امتیاز ۱ و ۲ داده بودند با کسب اجماع رد، حذف شده و سایر موارد در راند دوم مجدداً امتیازدهی شدند. در انتها میانگین و انحراف معیار امتیازات تعلق یافته به نیازهای مورد توافق تعیین گردید تا اولویت سرفصل‌های آموزشی جهت استقرار حاکمیت بالینی تعیین گردد.

کرد. وقت آن است که این تیم‌ها نقش‌های مهم‌تری را در قالب کمیته‌ها بر عهده گیرند مانند توسعه سازمان، ارزیابی نیازهای سلامت و آموزش. در واقع این تیم‌ها نقش اساسی را در بهبود کیفیت می‌توانند بازی کنند. این بیانگر این است که نه تنها برای کار تیمی مؤثر نیاز به آموزش می‌باشد حتی می‌توان از تیم‌ها برای آموزش دادن نیز استفاده کرد [۲۴]. در این مطالعه آموزش حاکمیت بالینی در سرفصل‌های آموزشی دانشگاه به پزشکان و پرستاران، از اهم موارد برای ایجاد فرهنگ حمایت‌گر و کاهش مقاومت آتی در اجرای برنامه حاکمیت بالینی خواهد بود. آگاهی و انتقال تجربیات مراکز درمانی پیشرو در زمینه نحوه اجرای حاکمیت بالینی نیز به عنوان پایه‌ای برای ایجاد انگیزه در کارمندان و آموزش به آنان اظهار شده است. آموزش مهارت‌های مدیریتی که از ابعاد پایه حاکمیت بالینی معرفی شده است نیز برای انجام هر اقدامی در سازمان ضروری است. برای مثال ایجاد عدالت سازمانی علت و معلول انگیزه پرسنل در ارائه بهترین و با کیفیت‌ترین خدمات است [۲۵]. مطالعه هالیگان به نقش تسهیم و انتقال تجربیات مراکز پیشرو اشاره کرده است و بیان می‌کند که یادگیری از طریق انجام دادن و تسهیم درس‌ها و تجربیات، یک استراتژی مهم برای حمایت از معرفی حاکمیت بالینی می‌باشد [۲۶]. سایر نیازهای آموزشی در این مطالعه به تفکیک ابعاد حاکمیت بالینی آمده است.

با محاسبه میانگین امتیازات هر یک از نیازها، بالاترین اولویت آموزشی در میان حیطه‌ها به حیطه مشارکت بیمار و جامعه تعلق داشته است. هنگامی که بیماران، درمانگران و کارکنان همگی در تصمیم‌گیری در مورد درمان و مراقبت مشارکت داشته باشند نتایج بهتری به دست می‌آید [۲۷]. نحوه آموزش بیماران و همراهان، نحوه شناخت ترجیح بیماران و نحوه معرفی و خوش آمد گویی به بیماران در این حیطه بیشترین اهمیت را دارد که نشانگر اهمیت بالای این بعد و نیاز بالای کارکنان به آموزش‌های کاربردی در این بعد می‌باشد. نسل نیز در مطالعه خود، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر مشارکت بیمار

اجرای حاکمیت بالینی مرتبط با محور مدیریت ریسک و پس از آن استفاده از اطلاعات بوده است و کمترین تعداد نیازهای آموزشی در حیطه اثربخشی بالینی می‌باشد. همچنین بالاترین میانگین امتیازات نیز در نیازهای زیرمجموعه حیطه مشارکت بیماران و جامعه بود. (جدول ۲ و ۳)

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه، هر یک از نیازهای آموزشی اظهار شده در راستای استقرار حاکمیت بالینی، دارای اهمیتی غیر قابل انکار در سازمان‌های امروزی می‌باشند. مهارت انجام فعالیت‌ها به صورت تیمی و مشارکتی پیش‌زمینه ارائه خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت می‌باشد [۲۱] که در این راستا نیازمند ارتباطات مؤثر بین کارمندان و مدیران و ایجاد درکی مشترک در زمینه ارزش‌ها و اصول پایه سازمانی می‌باشیم [۲۲]. آموزش کار تیمی و نحوه تعامل مدیریت و کارکنان از جمله نیازهایی است که به عنوان زیرساخت و تسهیل‌گر اجرای حاکمیت بالینی معرفی شده است. در مطالعه هورویتز نیز بر این امر در راستای بهبود کیفیت و ایجاد محیطی ایمن تاکید شده است و مدیریت را به آموزش و هدایت کارکنان و ایجاد تعهد اخلاقی در کارکنان برای انجام کار مشارکتی و تیمی به عنوان اهم پیش نیازهای استقرار حاکمیت بالینی در سازمان‌های بهداشتی درمانی؛ توصیه کرده است [۲۳]. رهبری و کار تیمی مؤثر از ویژگی‌های کلیدی بهترین سازمان‌های مراقبت سلامت می‌باشند. اینکه چه چیزی در ارتباط با رهبری و حوزه کار تیمی مؤثر، اقدامی مناسب به شمار می‌رود ممکن است در ارتباط با مراقبت سلامت قدری مبهم باشد بنابراین نیاز به آموزش در این زمینه‌ها به شدت احساس می‌شود. همچنین ما مشاهده می‌کنیم که ایجاد تیم‌ها و شبکه‌ها و افزایش مشارکت، به عنوان پیش‌شرط‌های ضروری برای توسعه حاکمیت بالینی دیده می‌شوند. برای دستیابی به حاکمیت بالینی معنی‌دار نباید آن را از سطوح بالای سازمان به سطوح پایین برای اجرا تحمیل

و جامعه را آموزش در زمینه‌های زیر عنوان کرده است: نحوه جستجوی نیاز اصلی بیمار جهت مراجعه، ایجاد فهم مشترک بین بیمار و کادر درمانی، ایجاد محیطی جهت بروز مشکلات بیمار و مدیریت مناسب متقابل و ارتقاء سلامت از طریق بهبود مستمر ارتباطات پزشک - بیمار [۲۸].

تنها نیاز شناخته شده محور اثربخشی بالینی در این مطالعه، روش جستجو و فعالیت بر اساس آخرین دستاوردهای علم پزشکی می‌باشد که دارای میانگین امتیاز ۴/۲۸ بوده است. در مطالعه دی‌وال نیز به اهمیت این مسئله اشاره شده است. وی بیان کرده است که موثرترین راهبرد مدیریت دانش و پایش سیستم اطلاعاتی پزشکی نوین در سازمان‌های بهداشتی درمانی، ایجاد تیم‌هایی است که به استخراج داده‌ها و اطلاعات نوین از اینترنت و وب سایت‌های اطلاعاتی بپردازند [۲۹]. به گونه‌ای که بتوان زیرساخت‌های ملی و بین‌المللی برای اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد که از مهم‌ترین ارکان حاکمیت بالینی می‌باشد، را فراهم آورد [۳۰]. وجود و ذخیره اطلاعات می‌تواند برای الگوبرداری داخلی از نحوه اجرای عملیات در برنامه بهبود کیفیت، مهم باشد بنابراین باید نحوه بهره‌برداری از این اطلاعات آموزش داده شود [۲۴].

در بعد مدیریت خطر آموزش نحوه تکمیل فرم خطاهای پزشکی، تحلیل ریشه‌ای وقایع، نحوه کنترل عفونت‌های بیمارستانی، نحوه استفاده از کپسول‌های آتش‌نشانی، نحوه آمادگی در برابر حوادث طبیعی چون زلزله، نحوه دفع پسماندهای عفونی، نحوه تفکیک زباله و مدیریت خطر با دید گذشته‌نگر و آینده‌نگر توصیه شده است [۳۱]. در مطالعه هاردینگ نیز بر اطمینان از به‌روز بودن اطلاعات پزشکی، آموزش اصول ایمنی بدون توجه به تخصص و جایگاه کادر درمانی و پشتیبانی، توجه به آموزش تحلیل ریشه‌ای وقایع و رسیدگی به شکایات توصیه شده است [۳۲]. سازمان‌هایی که خطر را به طور کارا و اثربخش مدیریت می‌کنند بیشتر احتمال دارد که مراقبت مؤثر و ایمنی را با هزینه‌ای کمتر ارائه کنند. وقتی مراقبت و

خدمات ایمن‌تر و مؤثرتر خواهند بود که پایش مداوم و بازنگری سیستماتیک منجر به بهبود فعالیت‌هایی که به طور مستقیم بر ایمنی همه استفاده‌کنندگان از خدمات و فراهم‌کنندگان آن تأثیر می‌گذارد، شود. برای این منظور کارکنان باید قادر بوده و تشویق شوند که از تجربیات درس گیرند و همه‌ی آنان، بیماران و اعضای جامعه در این فرآیند مشارکت داشته باشند. حتی با آموزش ساده‌ترین اقدامات می‌توان کارکنان و بیماران را در مدیریت خطر توانمند ساخت [۲۷].

نحوه ارتباط و ایجاد زبان مشترک بین کلیه حرف درمانی نیز پیش‌زمینه‌ای برای عملی شدن دیگر نیازهای آموزشی است که می‌بایست قبل از آموزش سایر موارد، توجه شود [۳۳].

در انتها می‌بایست بیان داشت که اجرای موفق حاکمیت بالینی همچون سایر برنامه‌های ارتقاء کیفیت نیازمند ایجاد فهمی متقابل از مجموعه اجزای پیچیده‌ی آن است. این امر تنها از طریق مشارکت کلیه دست‌اندرکاران فعالیت‌های پژوهشی و آموزشی امکان پذیر است به گونه‌ای که فهمی مشترک از ابعاد حاکمیت بالینی و ساختار اجرایی آن ایجاد شود. با آموزش مفاهیم و متدهای انعطاف‌پذیر کاربردی می‌توان به توسعه و تسهیل اجرای حاکمیت بالینی توسط مدیران اجرایی و کارمندان دست یافت [۵]. نیازسنجی آموزشی، فعالیتی حیاتی و مهم جهت آموزش و بهسازی عملکرد نیروی انسانی شاغل در هر سازمانی است. چنانچه برنامه‌های آموزشی در سازمان با انجام نیازسنجی آموزشی آغاز شود و نتایج حاصل از نیازسنجی، پایه و اساس برنامه‌ریزی‌های آموزشی قرار گیرند و عوامل مکمل یعنی محتوای آموزشی، امکانات و تجهیزات مناسب و استفاده از آموزش‌گران و مدرسان کارآمد مدنظر قرار گیرند، کارایی و اثربخشی دوره‌های آموزشی تضمین خواهد شد [۳۴]. آموزش و پرورش و توسعه کارکنان یک بخش جدایی‌ناپذیر از حاکمیت بالینی می‌باشد که نه‌تنها برای کمک به کارکنان برای توسعه مهارت‌های بالینی‌شان می‌باشد بلکه برای کمک و حمایت از آنان برای کار به شیوه‌ای متفاوت نیز

### تشکر و قدردانی

با تشکر صمیمانه از تمامی دوستان و عزیزانی که در این مسیر ما را یاری داشته‌اند به ویژه اساتید و کارشناسانی که همواره از راهنمایی‌ها و مساعدت ایشان بهره‌مند گشته‌ایم.

کاربرد دارد [۳۰]. لذا بیمارستان‌ها می‌توانند از طریق نیازسنجی آموزشی و شناسایی حیطه‌های آموزشی دارای اولویت بالا و اجرای برنامه‌های آموزشی مرتبط با این حیطه‌ها، زمینه استقرار حاکمیت بالینی و در نتیجه ارتقاء کیفیت خدمات خود را فراهم کنند.

جدول ۱: خلاصه نتایج فرآیند دلفی برای تأیید نیازهای آموزشی استخراج شده

راند دلفی	تعداد نیازهای آموزشی	تعداد اجماع تأیید	تعداد اجماع رد	تعداد عدم اجماع
۱	۹۳	۲۲	۱۸	۵۳
۲	۵۳	۷	۲۷	۱۹
۳	۱۹	۲	۱۷	—

جدول ۲: خصوصیات دموگرافیک افراد مورد مصاحبه

متغیر	تعداد	درصد
جنس	مرد	۲۴
	زن	۱۶
پست سازمانی	مترون	۳
	سوپروایزر	۶
	رؤسای بخش	۱۳
	مدیر بیمارستان	۳
	کارشناسان حاکمیت بالینی	۱۴
	معاون آموزشی دانشگاه	۱
سطح تحصیلات	زیر لیسانس	---
	لیسانس	۳۳
	فوق لیسانس و بالاتر	۷

جدول ۳: نیازهای آموزشی استقرار حاکمیت بالینی از نظر کارشناسان و مدیران دانشگاه علوم پزشکی یزد در شش ماهه اول سال ۱۳۹۱

نیازهای آموزشی استقرار حاکمیت بالینی مورد توافق	میانگین	انحراف معیار	نیازهای آموزشی استقرار حاکمیت بالینی مورد توافق	میانگین	انحراف معیار
آموزش‌های پیش‌زمینه‌ای	۴/۳	۴/۲۸	استفاده از اطلاعات	۴/۲۸	۴/۲۸
مهارت کار مشارکتی و تیمی	۴/۲۸	۰/۹۹	نحوه صحیح مستندسازی اطلاعات در کامپیوتر	۴/۲۲	۰/۸۵
مهارت ارتباطی مدیران و کارکنان	۴/۳۹	۱/۰۶	آموزش HIS به کارکنان در بدو ورود	۴/۳۳	۰/۸۸
نحوه معرفی و خوش‌آمدگویی به بیماران	۴/۶۱	۰/۵۹	آموزش ارزیابی کمی و کیفی داده‌ها	۴/۱۷	۰/۷۶
مهارت گوش‌دادن صحیح به سخنان بیمار به پزشکان و پرستاران	۳/۹۴	۰/۷۸	نحوه تکمیل پرونده توسط پزشکان و نحوه برخورد با مواردی که ناقص تکمیل شده‌اند	۴/۴۴	۰/۷۶
اصول و فنون مصاحبه با بیمار به مددکاران	۴/۲۸	۰/۸۰	نحوه تکمیل گزارش پرستاری	۴/۲۸	۰/۸۷
آموزش مبانی حاکمیت بالینی	۴/۳۹	۴/۳۹	نحوه شرح حال نویسی هنگام ترخیص	۴/۳۹	۰/۷۶
آموزش مبانی حاکمیت بالینی در سرفصل‌های آموزشی دانشگاه به پزشکان و پرستاران	۴/۵۶	۰/۶۸	نحوه گزارش‌گیری صحیح از نرم‌افزارها	۴/۱۷	۰/۷۶
ارائه تجربیات عملی و کاربردی مراکز پیشرو	۴/۲۲	۰/۹۲	مشارکت بیماران و جامعه	۴/۶۹	۴/۶۹
آموزش مبانی مدیریت نیروی انسانی	۴/۳۹	۴/۳۹	نحوه آموزش به بیمار و همراهان	۴/۷۲	۰/۵۶
نحوه ایجاد انگیزه در نیروی انسانی	۴/۵۰	۱/۰۱	نحوه شناخت ترجیح بیماران	۴/۶۷	۰/۶۷
آموزش راهکارهای بسط عدالت سازمانی	۴/۵۶	۰/۸۳	مدیریت ریسک	۴/۳۸	۴/۳۸
نحوه ایجاد محیط ایمن برای کارکنان	۴/۲۸	۰/۹۳	نحوه تکمیل فرم خطاهای پزشکی	۴/۵۰	۰/۶۹
روش‌های ارزیابی سلامت شغلی کارکنان	۴/۲۲	۰/۸۵	تحلیل ریشه‌ای وقایع	۴/۳۳	۱/۰۵
ممیزی بالینی	۴/۱۶	۴/۱۶	راهکارهای کنترل عفونت‌های بیمارستانی	۴/۳۹	۰/۸۳
نحوه تدوین روش و فرایند انجام کار همراه با مثال و نمونه	۴/۲۲	۰/۷۱	نحوه استفاده از کپسول‌های آتش‌نشانی	۴/۲۲	۰/۷۹
نحوه اولویت‌بندی مداخلات بر مبنای سهولت اجرا، هزینه و ...	۴/۱۱	۰/۷۴	نحوه آمادگی در برابر حوادث طبیعی چون زلزله	۴/۴۴	۰/۷۶
اثربخشی بالینی	۴/۲۸	۴/۲۸	نحوه دفع پسماندهای عفونی	۴/۳۹	۰/۷۶
روش جستجو و فعالیت بر اساس آخرین دستاوردهای علم پزشکی	۴/۲۸	۰/۸۷	نحوه تفکیک زباله	۴/۴۴	۰/۷۶
			تکنیک‌های مدیریت خطر	۴/۳۹	۰/۷۶

\*میانگین ارائه شده در جدول فوق از ۵ امتیاز می‌باشد.



**Reference:**

- 1- Sabaratnam A. Clinical governance and standards in UK maternity care to improve quality and safety, *Midwifery*; 2010; 26:485–487.
- 2- Abdulla S, Al-Hakeem H, AlHomsy H, Malhan N. Sepsis and mortality, a clinical governance perspective. *Poster Presentations / Resuscitation*; 2012; 83: 24–123.
- 3- Rogers PG. RAID methodology: the NHS Clinical Governance Team's approach to service improvement, *Clan Govern Int J*. 2006; 11(1):69–80.
- 4- Powell A, Rushmer R, Davies H. A systematic narrative review of quality improvement models in health care. *NHS Quality Improvement Scotland*; 2009.
- 5- Heyrani A, Maleki M, Marnani AB. Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: a systemically approach, *Implement Sci*; 2012; 10:7-84. [Persian]
- 6- Webb V, Stark M. One model of healthcare provision lessons learnt through clinical governance, *Journal of Forensic and Legal Medicine*; 2010; 17: 368-373.
- 7- Starey N. What is clinical governance? *Hayward medical Communications*; 2001; 1 (12): 1-9.
- 8- Fong N. *Western Australian Clinical Governance Guidelines*, Department of health government of Western Australia, Information series; 2005: no 1, 2.
- 9- Sedaghat M, Jadyan A, Tehranidost M, Sayadi L. design and implementation of clinical governance system in pilot hospitals. *Tehran university of medical science Press*; 2006: 64. [Persian]
- 10- Khalifi nejad N, Atai M, Hadizade F. Clinical governance and health care promotion, *Esfahan university of medical science Press*; 2008:1-141. [Persian]
- 11- Nicholls S. Clinical governance: its origins and its foundations, *Clinical Performance and Quality Health Care*; 2002; 8: 172-8.
- 12- Becker f, Kelley S. Hospital facilities and the role of evidence-based design, *Journal of Facilities Management*; 2007; 5 (4): 263-274.
- 13- Broughton R. What makes a good clinical guideline? *Hayward Medical Communications* 2003; 1 (11): 1-9.
- 14- Konteh F, Mannion R, Davies H. Clinical governance views on culture and quality improvement. *An International Journal of Clinical Governance*; 2008; 13(3): 7.
- 15- Halligan A, Donaldson L. (2001), "Implementing clinical governance: turning vision into reality", *British Medical Journal*; 2005: 322: 1413-17.
- 16- Mcgeary J. A critique of using the Delphi technique for assessing evaluation capability building needs. *Evaluation journal of Australia*; 2009; 9(1): 31-39.
- 17- Board of Regents University of Wisconsin system, *Collecting Group Data: Delphi Technique, Quick tips* 2002; 1.
- 18- Vanu Som C. Clinical governance: a fresh look at its definition, *Clinical Governance: An International Journal*. 2004; 9(2): 87-90.
- 19- Peter Bayliss, Peter Hill. Education for clinical governance, *British Journal of Clinical Governance*; 2001: 6 (1):7±8.
- 20- Osare A, Bidokht Hosseini M. social-cultural need assessment of students in Shahid Rajaee University. *Studies of social development in Iran*; 2011: 4(1). [Persian]
- 21- Al-eisa A. using a multiple attribute approach for measuring customer satisfaction with retail banking services

- in Kuwait. *Int. journal bank mark* 2007 ;( 4): 294-314.
- 22- Lemieux-Charles L, McGuire W. "What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature." *Medical Care Research and Review* 2006; 63(3): 263-300.
- 23- Hurwitz B, Sheikh A. Healthcare management and strategy for Patient safety culture *International Journal of Health Care Quality Assurance*; 2009: 23(2).
- 24- Matthew J, Walsh N. Clinical governance in primary care: early impressions based on Bradford South and West Primary Care Group's experience, *British Journal of Clinical Governance*; 2001: 6 (2): 109±11.
- 25- Jawahar I, Thomas M, Stone H. Fairness perceptions and satisfaction with components of pay satisfaction, *Journal of Managerial Psychology*; 2011: 26 (4): 297-312.
- 26- Halligan A, Wall D, O'Neill S. Clinical governance sharing practical experiences- developing a national clinical governance resource. *British Journal of Clinical Governance*; 2002: 7 (1):53-56.
- 27- National standards, Clinical governance& risk management, achieving safe, effective, patient focused, care and services, NHS Quality Improvement Scotland; 2005: ISBN 1-84404-340-1.
- 28- Nestel D, Cooper S, Bryant M, Higgins V, Tabak D, Murtagh G et al. Communication challenges in surgical oncology, *Surgical Oncology journal*; 2011: 20.
- 29- Wall, D. NHS clinical governance support team sharing good practice: knowledge in action, *Clinical Governance: An International Journal*; 2006: 11 (3):253-261.
- 30- Currie L, Morrell C, Scrivener R. Clinical governance: an RCN resource guide, London: The Royal College of Nursing; 2003: 1-54.
- 31- Clinical Negligence Scheme for Trusts Maternity; *Clinical Risk Management Standards* 2011; 1(12).
- 32- Harding K. Risk management in obstetrics, Gynecology and reproductive medicine journal; 2011: 122 (1).
- 33- Urbanskienė R, Žostautienė D, Chreptavičienė V. The Model of Creation of Customer Relationship Management (CRM) System, *Engineering economics*; 2008: 3 (58).
- 34- Sharzadi L, Mojiri SH. Educational need assessment of librarian in libraries of Esfahan government universities. *Management of health information*; 2010: 7:566-576. [ Persian]