

تصویر سلامت

دوره ۴ شماره ۱ سال ۱۳۹۲ صفحه ۳۴ - ۲۷

بررسی میزان آگاهی و نگرش دانشجویان و دانش‌آموختگان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور راجع به حاکمیت بالینی

جعفرصادق تبریزی: مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

رعنا غلامزاده نیکجو: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
Email: r.gholamzade@gmail.com

جواد قدوسی نژاد: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
منصور ناصری اصل: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
محمد اصغری جعفرآبادی: مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی جاده‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

چکیده

زمینه و اهداف: برای اینکه حاکمیت بالینی به صورت موفقیت‌آمیزی اجرا شود، لازم است که به شکل مثبت درک شده و همچنین نگرش مثبتی به آن وجود داشته باشد. با توجه به سیاست فعلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص حاکمیت بالینی لازم است دانش و نگرش دانشجویان مقاطع گوناگون علوم پزشکی، در این باره سنجیده شود تا نیازهای آموزشی مورد نیاز آنها شناسایی گردد و در برنامه‌ریزی‌های آموزشی، طراحی و تعدیل سرفصل‌های دروس مورد نیاز اقدامات لازم اتخاذ گردد. این مطالعه با هدف بررسی میزان آگاهی و نگرش دانشجویان و دانش‌آموختگان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور راجع به حاکمیت بالینی در سال ۱۳۹۱ انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که بر روی تعداد ۱۵۹ نفر از دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی به شکل نمونه‌گیری تصادفی انجام شده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق‌ساخته بود که روایی آن با استفاده از روش روایی محتوا، و روایی سازه تأیید شد. به منظور تعیین پایایی از روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ برای هر دو حیطه دانش (۰/۷۸) و نگرش (۰/۶۸) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ شده و با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد تجزیه و تحلیل واقع شد.

یافته‌ها: ۶۴/۸٪ شرکت‌کنندگان در مطالعه زن و مابقی مرد بودند. ۷۱٪ شرکت‌کنندگان در مطالعه از رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و مابقی از سایر رشته‌های علوم پزشکی بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات دانش و نگرش به ترتیب $64/8 \pm 5/8$ و $13/06 \pm 3/02$ تعیین گردید. در مقایسه نمره دانش و نگرش دانشجویان و فارغ‌التحصیلان با مقطع تحصیلی آنها، نشان داده شد که هیچ ارتباط آماری معناداری بین نمره دانش و مقطع تحصیلی آنها وجود ندارد ($p > 0.05$). ولی بین مقطع تحصیلی و نگرش ارتباط آماری معنادار بود ($p = 0.001$). با بالاتر رفتن مقطع تحصیلی نمره نگرش دانشجویان نسبت به حاکمیت بالینی کاهش پیدا می‌کرد.

نتیجه‌گیری: دانش دانشجویان و فارغ‌التحصیلان در خصوص حاکمیت بالینی متوسط به بالا و میزان نگرش آنها بسیار ضعیف برآورد گردید که این نشان‌دهنده دیدگاه منفی دانشجویان با وجود آگاهی کافی از اصول و اجزای حاکمیت بالینی در خصوص موفقیت اجرای این رویکرد در سیستم سلامت کشور می‌باشد. بنابراین لازم است در خصوص بومی‌سازی حاکمیت بالینی اقدامات مناسب در سطح وزارتخانه و دانشگاه‌ها صورت پذیرد تا فرهنگ حاکمیت بالینی در جامعه قابل پذیرش تر گردد.

کلیدواژه‌ها: حاکمیت بالینی، دانشجویان، دانش، نگرش

مقدمه

واژه حاکمیت بالینی در نظام سلامت به‌دنبال فاجعه کودکان بریستول (Bristol) در سال ۱۹۹۵ مصطلح شد که در آن متخصص بیهوشی دکتر استفان بولسین (Stephen Nicholas Cluley Bolsin) میزان بالای مرگ کودکان در جراحی قلب در بیمارستان سلطنتی بریستول را فاش ساخت. این پدیده، از آن‌پس به‌طور بنیادین در نظام خدمات بهداشت ملی انگلستان مورد توجه دقیق قرار گرفت و مسائل مربوط به آن موشکافی شد.

یکی از تعریف‌های نسبتاً جامع از حاکمیت بالینی، چارچوبی است که سازمان‌های ارائه‌دهنده 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 خدمات می‌پردازند. حاکمیت خدمات بالینی شامل در پیش‌گرفتن اقداماتی برای به حداقل رساندن خطر برای کارکنان و بیماران، شناسایی به‌موقع عوارض و رویدادهای مهم، توجه به شکایات بیماران، استفاده از بهترین شواهد در تصمیم‌گیری‌های بالینی، خودارزیابی عملکرد و نتایج مداخله‌های بالینی، به‌کارگیری روش‌های مؤثر برای تغییر رفتار ارائه‌کنندگان خدمات و بررسی مداوم برنامه‌های ارتقای شغلی کارکنان ارائه‌کننده خدمات می‌باشد (۱). هدف حاکمیت بالینی را انجام دادن هرگونه کاری به‌منظور به حداکثر رساندن کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی درمانی بیان می‌نمایند. برای اینکه حاکمیت بالینی به‌صورت موفقیت‌آمیزی اجرا شود، لازم است که به شکل مثبت درک شده و همچنین نگرش مثبتی به آن وجود داشته باشد (۲). حاکمیت بالینی نیازمند آن است که توسط فرهنگی که برای یادگیری مداوم ارزش قائل شده و آن را کلید موفقیت در مسیر ارتقای کیفیت می‌داند، پایه‌ریزی شود (۱).

مطالعه‌ای توسط شیکشت (۲۰۰۸) به‌صورت توصیفی و مقطعی در بین ۵۴ نفر از متخصصین تغذیه و با عنوان بررسی نگرش‌ها و موانع ادراک شده در اجرای فعالیت‌های مربوط به حاکمیت بالینی صورت گرفته است. این مطالعه در اشاره به ادبیات موضوع بیان می‌نماید فرهنگ غیرحامی، نگرش منفی کارکنان، عدم درک موضوع، مهارت‌های ناکافی، نبود وقت، تأمین مالی ناکافی، دسترسی ضعیف به اطلاعات و نبود حمایت‌های مدیریتی و از جمله دلایل عدم اجرای درست حاکمیت بالینی در نظام سلامت می‌باشد (۳).

بحث یادگیری و شناسایی نیازهای آموزشی از جمله موارد مهم در اجرای اثربخش حاکمیت بالینی در نظام سلامت می‌باشد. با توجه به رویکرد غالب در اجرای

نظام حاکمیت بالینی در سطح دانشگاه‌ها، لازم است در خصوص اجرای این رویکرد، دانش و نگرش دانشجویان مقاطع گوناگون علوم پزشکی، درباره حاکمیت بالینی و اجزای آن سنجیده شود تا نیازهای آموزشی مورد نیاز آنها شناسایی گردد و با استفاده از نتایج حاصله، ضمن بررسی موارد عمده کسب اطلاعات دانشجویان در خصوص حاکمیت بالینی، برنامه‌ریزی‌های آموزشی، طراحی و تعدیل سرفصل‌های دروس مورد نیاز در خصوص رفع این نیازها توسط مدیران و سیاست‌گذاران آموزشی اتخاذ گردد. در خصوص سنجش دانش و نگرش حاکمیت بالینی بررسی‌های چندی در کشورهای مختلف انجام شده است. میل در مطالعه خود تحت عنوان «تکامل نگرش‌های حاکمیت بالینی در پزشکی عمومی» که یک مطالعه کیفی در سال ۲۰۰۴ بر روی ۱۹ پزشک عمومی سازمان‌های مراقبت بهداشتی اولیه بود به این نتیجه رسید که نگرش مشارکت‌کنندگان به حاکمیت بالینی مثبت است و تعهد بیشتری به کیفیت با روی کار آمدن حاکمیت بالینی در بین افراد ایجاد شده است. برخی بی‌میلی‌ها و عدم اطمینان در شرکت‌کنندگان نیز نسبت به حاکمیت بالینی وجود داشت (۴).

در راستای جنبش‌های اخیر برای بهبود مستمر کیفیت همه نظام‌های سلامت یکی از رویکردهای مهم برای رسیدن به این هدف را انتخاب کرده‌اند و با متمرکز کردن کارها و فعالیت‌ها روی این حیطة به‌دنبال بهبود کیفیت خدمات هستند. یکی از این رویکردها که در سالیان اخیر بیشتر مورد توجه واقع شده است حاکمیت بالینی است. در نظام حاکمیت بالینی هر کارمند درگیر است و دانش او و نگرشش و عملکردی که پس از این دانش بدست می‌آورد تأثیر مستقیمی بر بهبود کیفیت می‌گذارد. بهبود دانش کارمندان، به بهبود عملکرد آنان می‌انجامد و منجر به بهبود کیفیت خواهد شد (۵).

با توجه به اینکه بیمارستانهای مختلف، کم و بیش واحدهای مربوط به حاکمیت بالینی را طراحی و مستقر نموده‌اند، لذا بررسی میزان دانش و همچنین نوع نگرش دانشجویان مقاطع مختلف دانشگاه‌های علوم پزشکی و تعامل‌شان با واحدهای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها می‌تواند در یک ارتباط متقابل منجر به هم‌افزایی و ارتقای مستمر کیفیت خدمات در مراکز بیمارستانی و کلینیکی شوند.

هدف این مطالعه، بررسی دانش و نگرش دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در خصوص حاکمیت بالینی و اجزای مربوط به آن می‌باشد که پژوهشگران قصد دارند براساس این پژوهش، میزان

محاسبه آلفای کرونباخ استفاده گردید که ضریب آن برای حیطة آگاهی ۰/۷۸ و برای حیطة نگرش ۰/۶۸ بدست آمد. سؤالات پرسشنامه در ۶ مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت تنظیم گردیده بود و دادن نمره ۵ به معنی خیلی زیاد، نمره ۴ به معنی زیاد، نمره ۳ به معنی متوسط، نمره ۲ به معنی کم و نمره ۱ به معنی اطلاعی ندارم انجام می‌پذیرفت. با استفاده از ۱۶ سؤال اول قسمت دوم پرسشنامه میزان آگاهی دانشجویان در مورد حاکمیت بالینی سنجیده خواهد شد که دامنه مقدار این آگاهی از ۱۶ تا ۸۰ متغیر خواهد بود و با استفاده از ۵ سؤال قسمت آخر پرسشنامه میزان نگرش دانشجویان در مورد حاکمیت بالینی سنجیده خواهد شد که دامنه مقدار این آگاهی از ۵ تا ۲۵ متغیر خواهد بود. در این مطالعه به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، نام و اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه نگهداشته شده و غیر از محققین کسی اجازه دسترسی به داده‌های مطالعه را نداشت. همچنین قبل از انجام مطالعه، مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه اخذ گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ شده و با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی با روش استخراج Principle Axis Factoring (PAF)، دوران Varimax و انتخاب نقطه برش ۰/۳ برای بارهای عاملی، سؤالات دو حیطة دانش و نگرش کاملاً از یکدیگر تفکیک شدند. سپس میانگین نمرات دانش و نگرش دانشجویان با عدد ملاک و معادل میانگین اسمی حیطة دانش و نگرش از طریق آزمون t یک نمونه‌ای مقایسه شد. برای تعیین مقطع/مقاطع مناسب آموزش حاکمیت بالینی از دیدگاه دانشجویان و دانش‌آموختگان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از آمار توصیفی و برای تعیین رابطه بین بقیه متغیرهای مورد بررسی از آزمون کای اسکووار و همبستگی پیرسون و یا همبستگی اسپیرمن بسته به نرمال و یا غیر نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده شد. $P < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیکی دانشجویان و فارغ‌التحصیلان شرکت‌کننده در این مطالعه به صورت جدول شماره یک می‌باشد:

دانش افراد مورد مطالعه را به لحاظ چگونگی کسب اطلاعات‌شان درخصوص حاکمیت بالینی و اجزاء آن از منابع مختلف مورد سنجش قرار دهند. لذا انجام این پژوهش گامی است در جهت شناسایی و آگاهی در زمینه تعیین نیازهای آموزشی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی در سطح کشور می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی با هدف بررسی میزان آگاهی و نگرش دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد. جامعه مورد مطالعه، کلیه دانشجویان و فارغ‌التحصیلان شرکت‌کننده در اولین همایش کشوری حاکمیت بالینی و ارتقای مستمر کیفیت در سال ۱۳۹۱ بودند که ۱۷۳ نفر از افراد واجد شرایط شرکت‌کننده در همایش به شکل نمونه-گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه دانشجویان یا دانش‌آموخته بودن در یکی از رشته‌های علوم پزشکی دانشگاه‌های دولتی یا آزاد کشور بودند که در اولین همایش دانشجویی حاکمیت بالینی و ارتقای مستمر کیفیت حضور داشتند و کسانی که حایز شرایط فوق نبودند از مطالعه خارج شدند. پژوهشگران در محل همایش حضور یافته و اقدام به توزیع پرسشنامه به افراد واجد شرایط نمودند که از بین آنها، ۱۵۹ نفر با درصد پاسخگویی ۷۹/۵٪ به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند. حجم نمونه با استفاده از فرمول pqz^2/d^2 و با احتساب میزان نگرش ۸۵٪ بدست آمده در مطالعات مختلف و Z مساوی ۱/۹۶ و خطای ۵ درصد، ۱۵۹ نفر برآورد گردید که با احتساب ریزش ۱۵٪ حجم نمونه ۱۷۳ نفر تعیین شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق‌ساخته بود که از ۳ بخش تشکیل شده بود. قسمت اول اطلاعاتی در خصوص متغیرهای دموگرافیکی شرکت‌کنندگان شامل (سن، جنس، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی، دانشگاه محل تحصیل)، قسمت دوم شامل ۱۶ سؤال مربوط به سنجش میزان دانش شرکت‌کنندگان و قسمت سوم از ۵ سؤال مربوط به سنجش میزان نگرش شرکت‌کنندگان نسبت به حاکمیت بالینی تشکیل شده بود. روایی آن با استفاده از روش روایی محتوا و استفاده از نظرات ۱۰ نفر از متخصصین مدیریت خدمات بهداشتی درمانی بررسی شد و نظرات اصلاحی آنها اعمال گردید. همچنین روایی سازه‌ای پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفت. به منظور تعیین پایایی از روش همسانی درونی و

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	فراوانی (درصد)
جنس	
مذکر	۵۶ (۳۵/۲)
مونث	۱۰۳ (۶۴/۸)
رشته تحصیلی	
مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	۱۱۳ (۷۱/۵)
پزشکی	۲ (۱/۳)
پرستاری	۱۸ (۱۱/۳)
سایر رشته‌ها	۲۵ (۱۵/۷)
دانشگاه محل تحصیل	
علوم پزشکی تبریز	۷۴ (۴۶/۵)
علوم پزشکی تهران	۳۷ (۲۳/۳)
علوم پزشکی اصفهان	۲۴ (۱۵/۱)
سایر دانشگاه‌ها	۲۴ (۱۵/۱)
وضعیت تحصیلی	
دانشجو	۱۱۸ (۷۴/۲)
فارغ التحصیل	۴۱ (۲۵/۸)
منبع کسب اطلاعات در خصوص حاکمیت بالینی*	
مطالعه شخصی	۱۰۹ (۶۸/۶)
شرکت در کارگاه‌های برگزار شده از طرف دانشگاه	۷۳ (۴۵/۹)
گذراندن سرفصلی تحت عنوان حاکمیت بالینی تحت یکی از دروس مرتبط	۴۷ (۲۹/۶)
شرکت در بازآموزی‌ها و آموزش مدوم	۳۴ (۲۱/۴)
گذراندن واحد درسی با عنوان حاکمیت بالینی	۱۷ (۱۰/۹)
منابع پیشنهادی به منظور کسب اطلاعات در خصوص حاکمیت بالینی*	
برگزاری کارگاه‌هایی در خصوص حاکمیت بالینی	۱۰۸ (۶۷/۹)
گذراندن واحد درسی مستقل با عنوان حاکمیت بالینی	۸۲ (۵۱/۶)
برگزاری سخنرانی‌های علمی	۵۶ (۳۵/۲)
تحت یک سرفصل با عنوان حاکمیت بالینی از سایر دروس مرتبط	۴۴ (۲۷/۷)
مقطع مناسب برای آموزش حاکمیت بالینی*	
کارشناسی	۱۳۱ (۸۲/۴)
دکتری حرفه‌ای	۷۳ (۴۵/۹)
کارشناسی ارشد	۴۲ (۲۶/۴)
دستیاری	۳۳ (۲۰/۸)
دکتری تخصصی	۱۴ (۸/۸)

* به دلیل وجود چند گزینه برای انتخاب همزمان، فراوانی تجمعی درصد بیشتر از ۱۰۰٪ خواهد شد.

مطالعه، مطالعه شخصی را به عنوان منبع کسب اطلاعات شخصی در خصوص حاکمیت بالینی اعلام نمودند. طبق نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه، گذراندن کارگاه‌های مرتبط با حاکمیت بالینی با فراوانی درصد، ۱۰۸ (۶۷/۹)٪ و اختصاص دادن یک واحد درسی به عنوان حاکمیت بالینی با فراوانی (درصد)، ۸۲ (۵۱/۶)٪

۸۱/۸٪ شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که میزان آشنایی در حد متوسط، زیاد و خیلی زیاد در خصوص اصول و اجزای حاکمیت بالینی دارند و ۱۸/۲٪ اظهار داشتند که در این خصوص میزان آشنایی‌شان کم و یا هیچ اطلاعی ندارند. ۶۸/۸٪ دانشجویان شرکت‌کننده در

پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان هم‌جهت نبودند این سؤالات حذف گردیدند.

با توجه به این که سؤالات مربوط به هر حیطه در همان حیطه دسته‌بندی شدند، روایی همگرایی (validity convergence) و در ضمن حیطه‌های دانش و نگرش جدا شدند بنابراین روایی سازه‌ای پرسشنامه تأیید گردید.

پایایی همسانی درونی حیطه‌های تعریف شده در پرسشنامه به ترتیب برای حیطه‌های دانش (۸۳٪) و نگرش (۶۹٪) مورد تأیید قرار گرفت. نتایج مقایسه میانگین دانش و نگرش با اعداد ثابت ۴۸ و ۱۲ با استفاده از آزمون t یک نمونه‌ای نشان داد که میانگین دانش از عدد ۴۸ (عدد ملاک و معادل میانگین اسمی حیطه دانش) بالاتر است ($p < 0.05$). همچنین میانگین نگرش از عدد ۱۲ (عدد ملاک و میانگین اسمی حیطه نگرش) بالاتر است ($p < 0.05$).

به عنوان بهترین روش‌های آموزش و کسب اطلاعات در خصوص حاکمیت بالینی پیشنهاد کردند.

۸۲/۴٪ از شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که بهترین مقطع برای آموزش حاکمیت بالینی دوره کارشناسی است و فقط ۸/۸٪ تدریس اصول و اجزای حاکمیت بالینی را در مقطع دکتری تخصصی مناسب دانستند.

در نهایت براساس تحلیل عاملی اکتشافی با روش استخراج PAF، دوران varimax و انتخاب نقطه برش ۰/۳ برای بارهای عاملی، نتایج زیر حاصل شد:

براساس شاخص ($0/835$) KMO، و آزمون Bartlett ($p < 0/05$) کفایت مدل تأیید گردید و به‌علاوه، مجموع واریانس بیان شده توسط دو عامل استخراج شده، ۳۲/۲۱٪ به دست آمد.

همچنین براساس آزمون Scree و تطابق آن با مبانی نظری، ۲ عامل استخراج شد: عامل اول شامل سؤالات ۱ تا ۱۵ و ۱۷، حیطه دانش را می‌ساخت و عامل دوم شامل سؤالات ۱۹ تا ۲۲ حیطه نگرش را تشکیل می‌داد. سؤالات ۱۶ و ۱۸ با توجه به اینکه با سؤالات آگاهی هم‌جنس نبودند و همچنین با توجه به اینکه

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات دانش و نگرش در خصوص حاکمیت بالینی با عدد ملاک و میانگین اسمی این حیطه‌ها

نام حیطه	میانگین (انحراف معیار)	تفاوت میانگین‌ها	p-value
دانش	(۵/۸۷)۶۴/۲۰	۱۶/۲۰	<0/001
نگرش	(۳/۰۲)۱۳/۶۲	۱/۶۲	<0/001

*آزمون مورد استفاده t یک نمونه‌ای؛ عدد ملاک آگاهی ۴۸ و عدد ملاک نگرش ۱۵

آزمون کروسکال والیس در مقایسه نمره دانش و نگرش دانشجویان با مقطع تحصیلی‌شان، نشان داد که هیچ ارتباط آماری معناداری بین نمره دانش و مقطع تحصیلی آنها وجود ندارد ($p > 0.05$)، ولی بین مقطع تحصیلی و نگرش ارتباط آماری معنادار بود ($p = 0.001$). به دلیل وجود ارتباط معنی‌دار بین این دو به منظور بررسی دقیق‌تر نوع ارتباط و مقایسه دو به دو مقاطع تحصیلی (کارشناسی، ارشد، PhD) با نگرش دانشجویان، از آزمون من‌ویتنی استفاده شد. نتایج نشان داد با بالاتر رفتن مقطع تحصیلی نمره نگرش دانشجویان نسبت به حاکمیت بالینی کاهش پیدا می‌کرد.

برای اولویت‌بندی سؤالات حیطه دانش و نگرش از آزمون فریدمن استفاده شد که براساس نتایج و دیدگاه پاسخگویان سؤالات ۲، ۹ و ۱۰ حیطه آگاهی و جزء اولویت‌های اول تا سوم و سؤالات ۱۴، ۵ و ۱ در اولویت‌های آخر این حیطه قرار گرفتند. همچنین در حیطه نگرش، سؤالات ۱۹، ۲۰ و ۲۱ به ترتیب رتبه‌های اول تا سوم را کسب کردند.

استفاده از آزمون رگرسیون با در نظر گرفتن برابری واریانس‌های حیطه دانش و نگرش نشان داد که بین میانگین آنها و جنسیت رابطه معنی‌داری وجود ندارد. با استفاده از آزمون رگرسیون، مشخص گردید که بین سن و میانگین دانش رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره نگرش و مقطع تحصیلی دانشجویان و دانش‌آموختگان شرکت کننده در مطالعه

p - value	میانگین نمره گروه‌ها	مقاطع تحصیلی مورد مقایسه
۰/۰۰۳	۸۵/۹۲	کارشناسی
	۶۳/۱۹	کارشناسی ارشد
۰/۰۱۵*	۵۳/۶۷	کارشناسی
	۱۳/۷	دکترای تخصصی
۰/۰۷	۲۹/۹۲	کارشناسی ارشد
	۱۲/۵	دکترای تخصصی

*آزمون مورد استفاده t یک نمونه‌ای؛ عدد ملاک آگاهی ۴۸ و عدد ملاک نگرش ۱۵
*p<0.05 و ارتباط معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه مشخص گردید که اکثر دانشجویان تمایل به دریافت آموزش‌های حاکمیت بالینی به صورت واحدهای درسی جداگانه تحت عنوان حاکمیت بالینی و کارگاه‌های آموزشی داشته و خواستار تدارک این آموزش‌ها در دوره کارشناسی می‌باشند. به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی گروه‌های آموزشی در خصوص گنجانیدن مباحث حاکمیت بالینی تحت یک واحد درسی جداگانه در دوره کارشناسی و عملی نمودن این آموزش‌ها در دوره کارآموزی دانشجویان گامی مؤثر در جهت غنی نمودن مقطع کارشناسی و تحول عظیم در نظام سلامت گردد، هم‌چنانکه یافته بریت ورت و همکاران (۲۰۰۸)، با عنوان "حاکمیت بالینی سیاست‌ها، ابتکارات و اعمال" حاضر را تأیید نموده و بیانگر این است که دستیابی به هسته اولیه حاکمیت بالینی که تعهد آشکار به اصول کیفیت و ایمنی است امکان‌پذیر نیست مگر با ترکیب علم و مهارت و نگرش. یعنی آموختن تئوری‌ها در کنار عمل به آنها، در صحنه کارآموزی در عرصه (۶و۵).

طبق یافته‌های مطالعه، میزان نمره دانش دانشجویان شرکت‌کننده از سطح میانگین بالاتر بوده و این نشان‌دهنده این است که دانشجویان به شکل مناسبی با مبانی نظری حاکمیت بالینی و اجزای آن آشنا می‌باشند. با توجه به این که اکثریت دانشجویان شرکت‌کننده از رشته تحصیلی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی بوده و از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز بوده‌اند، این نتیجه می‌تواند ناشی از برنامه‌ریزی‌های گروه مدیریت-خدمات بهداشتی-درمانی، این دانشگاه در گنجانیدن فصلی از دروس مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد در خصوص حاکمیت بالینی و اجزای آن باشد. چرا که

این دانشکده، کارآموزی‌های مقطع کارشناسی را در راستای اجزای حاکمیت بالینی طراحی نموده و تحت واحد درسی مدیریت جامع کیفیت در مقطع کارشناسی ارشد، فصلی را به معرفی مبانی حاکمیت بالینی و اجزای آن اختصاص می‌دهد. به نظر می‌رسد تلاش در زمینه ایجاد آگاهی منجر به آمادگی در جهت ایجاد تغییرات مثبت در نظام سلامت شود. هم‌چنان که کمپل و همکاران (۲۰۰۲) نتیجه‌گیری می‌نمایند که آموزش و یادگیری در سطح سازمانی برای حاکمیت بالینی، اولین گام ضروری جهت انجام تغییرات مطلوب است (۷). سایر محققین نیز به اهمیت تدارک آموزش‌های کافی در خصوص مبانی حاکمیت بالینی اشاره کرده‌اند به عنوان مثال کول و همکاران (۲۰۰۰) در مقاله خود تحت عنوان دانش و اطلاعات در خصوص حاکمیت بالینی بیان داشتند که هر فرد درگیر در مراقبت‌های بهداشتی باید با الزامات حاکمیت بالینی آشنا بوده و دارای دانش کافی در این خصوص باشد. دانشجویان علوم پزشکی نیز که در آینده بازار کار مراقبت‌های بهداشتی درمانی را بدست خواهند گرفت از این قاعده مستثنی نبوده و تمهیدات خاص مدیران گروه‌های آموزشی را در این خصوص می‌طلبند (۵).

همچنین میزان نگرش دانشجویان به چارچوب حاکمیت بالینی آنها بسیار ضعیف برآورد گردید که این نشان‌دهنده دیدگاه منفی دانشجویان با وجود آگاهی کافی از اصول و اجزای حاکمیت بالینی می‌باشد و می‌تواند ناشی از تبعیت صرف از مفاهیم، بدون درک فلسفه اصلی حاکمیت بالینی و نبود الگوی بومی حاکمیت بالینی در سطح سیستم سلامت باشد. نتیجه این مطالعه در خصوص نگرش منفی دانشجویان

قبل از شروع همایش و بعد از ثبت نام شرکت‌کنندگان اقدام به توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها نمودند. محدودیت دوم این مطالعه حضور تعداد بیشتری از دانشجویان و فارغ‌التحصیلان رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی در همایش فوق و به همین نسبت مشارکت بیشتر آنها در این مطالعه بود.

پیشنهاد برای مطالعات آینده

برای پژوهش‌های بعدی، پیشنهاد می‌شود سنجش آگاهی و نگرش و عملکرد، در بین مدیران نظام سلامت، کارکنان بالینی و کارکنان اداری نظام سلامت نیز انجام شود.

پیشنهادهای کاربردی

با توجه به نتایج مطالعه گنجاندن مباحث حاکمیت بالینی در مقاطع تحصیلات تکمیلی خصوصاً مقطع کارشناسی ارشد در قالب کارگاه‌های عملی و تحت عنوان یک واحد مستقل ضرورت دارد که لازم است مسئولین بوردها و گروه‌های آموزشی نسبت به انجام این مهم اقدامات مقتضی را به عمل آورند.

نتیجه‌گیری

دانش دانشجویان در خصوص حاکمیت بالینی متوسط به بالا و میزان نگرش آنها بسیار ضعیف برآورد گردید که این نشان دهنده دیدگاه منفی دانشجویان با وجود آگاهی کافی از اصول و اجزای حاکمیت بالینی در خصوص موفقیت اجرای این رویکرد در سیستم سلامت کشور می‌باشد. بنابراین لازم است در خصوص بومی‌سازی حاکمیت بالینی اقدامات مناسب در سطح وزارتخانه و دانشگاه‌ها صورت پذیرد تا فرهنگ حاکمیت بالینی در جامعه قابل پذیرش‌تر و فلسفه اصلی آن در سیستم سلامت قابل درک‌تر گردد. حاکمیت بالینی صرفاً با انجام آنچه درست به نظر می‌رسد قابل تحقق نخواهد بود، بلکه سازمان‌های متولی امر سلامت از جمله دانشکده‌ها و گروه‌های آموزشی، برای ایجاد و ارتقای کیفیت خدمات خود، به برنامه نیاز دارند. این برنامه باید بر ارزیابی نیازهای آموزشی و درک نگرش افراد مختلف تأثیرگذار خصوصاً دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی استوار بوده و در جهت رفع نیازها و ارتقای نگرش‌ها تنظیم یابد.

در خصوص حاکمیت بالینی با یافته‌های مطالعات دیگر (۸-۱۱) در تناقض می‌باشد.

نتایج مطالعه در خصوص ارتباط بین مقطع تحصیلی و نمره دانش بیانگر این بود که بین مقاطع تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای عمومی و دکترای تخصصی با نمره دانش ارتباط آماری معناداری وجود ندارد، علت این امر می‌تواند به جدید بودن مباحث مربوط به حاکمیت بالینی در کشور و وارد نشدن آموزش‌های مربوط به آن در دوره‌های تحصیلات تکمیلی باشد، همچنین مشخص گردید که نمره نگرش با مقطع تحصیلی ارتباط معناداری داشته و با افزایش مقطع تحصیلی نمره نگرش دانشجویان کاهش پیدا می‌کرد. کاهش نگرش می‌تواند ناشی از میزان دانش نامناسب دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی و عدم آشنایی آنها با مهارت‌ها و تکنیک‌های استقرار حاکمیت بالینی بوده و منجر به ایجاد و شکل‌گیری دیدگاه منفی ذهنی و شکاکیت در مورد موفقیت اجرای این چارچوب کیفی گردد. در مطالعه والاس و همکاران (۲۰۰۱) تحت عنوان "استراتژی‌های سازمانی برای تغییر عملکرد بالینی، چگونه‌ها گروه‌ها چالش‌های حاکمیت بالینی را رفع می‌کنند؟"، بیان شد که اکثر گروه‌ها برای حل چالش‌های حاکمیت بالینی و از بین بردن مقاومت و نگرش منفی به آن، از استراتژی آموزشی و برنامه‌های آموزشی استفاده می‌نمایند و ارتباط بین آموزش و اجرای حاکمیت بالینی را مستقیم قلمداد می‌کنند (۱۲).

در مطالعه سام (۲۰۰۵) با عنوان "هیچ چیز به نظر می‌رسد تغییر کرده است، هیچ چیز به نظر می‌رسد در حال تغییر باشد و شاید هیچ چیز در NHS تغییر نخواهد کرد: پاسخ پزشکان به حاکمیت بالینی" مشاهده گردید که نگرش پزشکان به عنوان فارغ‌التحصیلان مقاطع تحصیلات تکمیلی، در خصوص حاکمیت بالینی منفی بوده و آنها حاکمیت بالینی را یک ابتکار عمل مدیریتی قلمداد می‌کردند. که یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید می‌نماید (۱۳).

محدودیت‌های مطالعه

این مطالعه بر روی دانشجویان شرکت‌کننده در اولین همایش دانشجویی حاکمیت بالینی و ارتقای مستمر کیفیت انجام شده است، به همین دلیل ممکن است به علت آمادگی قبلی شرکت‌کنندگان در خصوص مباحث حاکمیت بالینی و بحث‌هایی که در خلل همایش صورت پذیرفته بود سوگیری در نتایج مطالعه وجود داشته باشد، پژوهشگران برای جلوگیری از تأثیر مباحث همایش بر نتایج مطالعه،

منابع

۱. رشیدیان آ. حاکمیت خدمات بالینی در دانشگاه علوم پزشکی تهران: ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی (مطالعه موردی). بیمارستان. ۱۳۸۸؛ ۸(۵): ۲۷-۳۲.
2. Braine ME. Clinical governance: applying theory to practice. *Nursing Standard*. 2006; 20:56-65.
3. Shakeshaft AM. Study of the attitudes and perceived barriers to undertaking clinical governance activities of dietitians in a Welsh National Health Service trust. *The British Dietetic Association Ltd 2008 J Hum Nutr Diet*. 2008; 21: 225-238.
4. Meal A, Wynn A, Pringle M, Cater R, Hippisley-Cox J. Evolving Attitudes of Clinical Governance Leads In General Practice, Quality In Primary Care. 2004; 12: 59- 64.
5. Coll AM, Roland M. Clinical governance in primary care Knowledge and information for clinical governance. *BMJ*. 2000; 321:871.
6. Braithwaite J, Travaglia J. an overview of clinical governance policies, practices and initiative. *Australian Health Review*. 2008; 32(1):10-22.
7. Campbell SM SG. The Role of Clinical Governance as a Strategy for Quality Improvement in Primary Care. *Br J Gen Pract*. 2002; 52: 12-8.
8. Walsh M J, Small N. Clinical Governance In Primary Care: Early Impressions Based On Bradford South and West Primary Care Group's Experience. *Br. J. Clin. Govern*. 2001 ;6: 109-118.
9. Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B, Macbeth F. The Impact Of CHI: Evidence From Wales. *Qual. Primary Care*. 2003; 11: 147-154.
10. Meal A , Wynn A ., Pringle M , Cater R, Hippisley-Cox J. Forging links: Evolving Attitudes Of Clinical Governance Leads In General Practice. *Qual. Primary Care*. 2004; 12: 59-64.
11. Murray J, Fell-Rayner H, Fine H, Karia N, Sweetingham R. What Do NHS Staff Think And Know About Clinical Governance? *Clin. Govern*. 2004; 9: 172-180.
12. Wallace L M ,Freeman T , Latham L ,Walshe K, Spurgeon P. Organizational Strategies For Changing Clinical Practice: How Trusts Are Meeting The Challenges of Clinical Governance. *Qual Health Care* 2001; 10:76-82.
13. Som CV. Nothing Seems to Have Changed, Nothing Seems To Be Changing And Perhaps Nothing Will Change In The NHS: Doctors' Response To Clinical Governance". *International Journal Of Public Sector Management*. 2005; 18(5): 463 - 477.