

ارزیابی تأثیر به کارگیری سه محور نظام حاکمیت بالینی، روی عملکرد بیمارستانی: یک مطالعه نیمه تجربی

امیراشکان نصیری پور^۱، زهرا زارعی^{۲*}، محمد مهدی ظاهری^۳، محمدرضا زارعی^۴

چکیده

زمینه و هدف: حاکمیت بالینی، رویکرد طبقه‌بندی‌شده برای تداوم و ارتقای کیفیت خدمات درمانی بیمار در سیستم بهداشتی است. این مطالعه با هدف ارزیابی کارایی سه معیار سیستم حاکمیت بالینی بر عملکرد بیمارستانی صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به صورت نیمه تجربی در بیمارستان کامکار قم، سال ۱۳۹۳ انجام شد. اطلاعات به وسیله پرسشنامه طراحی‌شده بر مبنای سه معیار از حاکمیت بالینی (تعامل بیمار و جامعه، مدیریت خطر و ایمنی، استفاده از اطلاعات بیمارستانی بیمار) جمع‌آوری شد. نتایج تحقیق، قبل و بعد از مداخله مقایسه گردید. آنالیز اطلاعات با استفاده از تست‌های تی زوج و ویلکاکسون نان پارامتریک انجام شد. سطح معنی‌داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: شاخص‌های مربوط به محور تعامل بیمار و بیمارستان مورد مطالعه، در قبل و بعد از استقرار سیستم حاکمیت بالینی از نظر آماری، رابطه مثبت و معنی‌داری داشت ($p=0/04$). شاخص‌های مربوط به محور استفاده از اطلاعات، قبل و بعد از اقدامات مداخله‌ای، از نظر آماری رابطه معنی‌داری داشت ($p=0/02$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این مطالعه، بهره‌گیری از سیستم حاکمیت بالینی می‌تواند در بهبود تعامل بیمار با جامعه و استفاده از اطلاعات مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: حاکمیت بالینی؛ سیستم اطلاعات بیمارستانی؛ بیمارستان‌ها؛ کارایی.

^۱دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۲دانشجوی کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۳کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۴استادیار طب اورژانس، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۵متخصص طب اورژانس، مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Nasiripor A, Zarei Z, Zaheri MM, Zarei MR. Evaluation of the effect of applying three dimensions of clinical governance on hospital performance: A quasi-experimental study.
Qom Univ Med Sci J 2015;9(6):46-52. [Full Text in Persian]

*نویسنده مسئول مکاتبات:

زهرا زارعی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

z.zarei@muq.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۵

مقدمه

حاکمیت بالینی (Clinical Governance)، اصطلاحی است که برای توصیف نوعی رویکرد طبقه‌بندی و برنامه‌ریزی شده جهت ارزیابی کیفیت مراقبت از بیماران و ارائه خدمات در نظام سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱). به کارگیری این واژه در نظام سلامت در پی مرگ تعداد زیادی از کودکان تحت عمل جراحی قلب در بیمارستان سلطنتی بریستول انگلستان در سال ۱۹۹۵ مطرح شد (۲). تعریف علمی حاکمیت بالینی عبارت از چارچوبی است که در محدوده آن، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی موظف به پاسخگویی به‌طور مستمر، بهبود و ارتقای کیفیت خدمات خود باشند و علاوه بر آن، ضمن حفظ استانداردهای بالای مراقبت از بیماران، به ایجاد محیطی پیردازند که در آن مراقبت‌های بالینی در بهترین شکل خود به شکوفایی برسد (۳، ۴). حاکمیت بالینی مفاهیمی چون بهبود کیفیت اطلاعات، ارتقای مشارکت و همکاری بیماران، بهبود کار گروهی و اجرایی نمودن پزشکی مبتنی بر شواهد و تمامی مواردی را که به حفظ و ارتقای استانداردهای مراقبت از بیمار کمک می‌کند، پوشش می‌دهد. این امر دربرگیرنده تمامی فعالیت‌های ارتقای کیفیت است که کادر بالینی آنها را روزانه در انجام مراقبت‌های درمانی لحاظ می‌دارند (۵). یکی از مهم‌ترین مزایای استقرار این سیستم، بهبود کارایی - اثربخشی و ایمنی بیمار بوده که مسئولیت‌پذیری مراکز ارائه خدمات سلامت را در مقابل بیماران افزایش داده و از ناهمسانی خدمات ارائه‌شده به بیماران می‌کاهد. همچنین باعث کاهش خطاهای پزشکی می‌شود.

محورهای ۷ گانه حاکمیت بالینی شامل تعامل بیمار و جامعه (Patient and Public Involvement)، مدیریت کارکنان (Staff & Staff Management)، آموزش و مهارت‌آموزی (Education & Training)، مدیریت خطر و ایمنی بیمار (Risk Management & Patient Safety)، استفاده از اطلاعات (Use of Information)، اثربخشی بالینی (Clinical Effectiveness)، ممیزی بالینی (Clinical Audit) می‌باشد (۲). مطالعات نشان می‌دهد کشورهای زیادی اقدام به ایجاد نظام حاکمیت بالینی در سیستم‌های بهداشتی درمانی خود کرده‌اند (۲) (۹-۶).

در سالهای اخیر در ایران نیز اقدامات مؤثری در راستای بهینه‌ساختن سطح کیفی ارائه خدمات در مراکز درمانی انجام شده است که اجرای نظام حاکمیت بالینی از آن جمله می‌باشد. در کشور ایران، طرح سیستم حاکمیت بالینی ابتدا در دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان‌های شریعتی و روزبه انجام گرفت که با نتایج خوبی نیز همراه بود (۱۰). استقرار این سیستم در بعضی از مراکز خدمات درمانی کشور در طی سالهای اخیر، ارتقای سطح بهره‌وری و تعالی سازمانی را در پی داشته است. در بررسی‌های به عمل آمده در مراکز درمانی دارای این سیستم، تاکنون ارزیابی دقیقی از تأثیر آن در ارتقای برون‌ده سطح خدمات ارائه‌شده، انجام نشده است و تحقیقات صورت گرفته در کشور نیز در این خصوص محدود است (۱۲-۱۰). در این مطالعه تأثیر سه جزء این سیستم در ارتقای ارائه سطح خدمات در یک بیمارستان عمومی در شهر قم بررسی گردید.

روش بررسی

این مطالعه به صورت مداخله‌ای نیمه تجربی (Quasi-experiment) می‌باشد که در آن شاخص‌های موردنظر، قبل و بعد از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفت. محل مورد بررسی، بیمارستان کامکار شهر قم و ابزار جمع‌آوری اطلاعات، چک‌لیست طراحی شده مطابق مطالعات انجام‌شده در مورد حاکمیت بالینی به وسیله وزارت بهداشت بود. از بین معیارهای هفت‌گانه حاکمیت بالینی، ۳ محور شامل تعامل بیمار و جامعه، مدیریت خطر و محور استفاده از اطلاعات بیمارستانی انتخاب گردید (۱۳). اطلاعات مربوط به این سه محور در قبل از انجام مداخله در بیمارستان موردنظر، در مدت ۶ ماه به صورت ماهانه جمع‌آوری شد. سپس مداخله با استقرار این سیستم در بیمارستان مورد نظر، بعد از آموزش‌های متعدد کارکنان مستقر در واحدهای مختلف بیمارستان توسط تیم کارشناسی حاکمیت بالینی دانشگاه انجام شد. اطلاعات مورد نظر مجدداً به مدت ۶ ماه به صورت ماهانه در چک‌لیست‌ها وارد شد. مدت زمان مطالعه، یک سال در ۲ دوره ۶ ماهه بود. در بررسی کنترل عوامل مخدوش‌کننده مداخله، تنها عامل، وجود ارزشیابی بیمارستان‌ها تا قبل از اجرای سیستم بود که به صورت سنتی انجام گرفت و این مسئله تأثیر زیادی در مداخله مطالعه حاضر نداشت.

۶ ساعت، بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت و بخش‌های متصل به سیستم (Health Information Systems) HIS.

آنالیز اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری spss نسخه ۱۸، آزمون ویلکاکسون (One Sample Wilcoxon Signed Rank Test) و آزمون تی زوجی (Paired Sample t-test) انجام شد. سطح معنی‌داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مورد محور تعامل بیمار و جامعه مورد، تعداد شکایات بیماران و تعداد پیشنهادات آنها، در قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/05$). میانگین تعداد شکایات در طول ۶ ماه در مقایسه با دوره قبل از مداخله، بیش از ۴ برابر و تعداد پیشنهادات بیماران، بیش از ۳ برابر افزایش داشت. میانگین تعداد ترخیص بیماران با رضایت شخصی در اورژانس، تعداد ترخیص بیماران با رضایت شخصی در بخش‌های بستری در قبل و بعد از استقرار سیستم حاکمیت بالینی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند (جدول شماره ۱).

در این مطالعه اطلاعات بیماران بستری در بیمارستان کامکار بررسی شد و اطلاعات بیمارانی که دارای پرونده پزشکی بیمارستانی نبودند از مطالعه حذف شدند. جمع‌آوری اطلاعات توسط تیم حاکمیت بالینی حول سه محور زیر انجام گرفت:

محور تعامل بیمار و جامعه: شاخص‌های مورد سنجش در این محور شامل تعداد شکایات رسیده بیماران، ترخیص با رضایت شخصی در اورژانس، ترخیص با رضایت شخصی در بخش‌های بستری، میزان تقدیر و تشکر از کارکنان و پیشنهادات ارائه‌شده توسط بیماران به صندوق پیشنهادات بود.

محور مدیریت خطر: شاخص‌های مورد سنجش در این محور شامل تعداد خطاهای گزارش شده توسط کارکنان و پزشکان، پرونده‌های ارسالی به کمیته مرگ و میر، پرونده‌های تحلیل ریشه‌ای شده با صلاح‌دید کمیته مرگ و میر، CPRهای (Cardiopulmonary Resuscitation) موفق و میزان بروز عفونت بیمارستانی بود.

محور استفاده از اطلاعات: شاخص‌های مورد سنجش در این محور عبارت بودند از: تعداد بیماران تعیین تکلیف شده زیر مدت

جدول شماره ۱: مقایسه شاخص‌های مربوط به محور تعامل بیمار و جامعه، قبل و بعد از مداخله

شاخص	قبل از اجرای حاکمیت بالینی میانگین $\pm$ انحراف معیار	بعد از اجرای حاکمیت بالینی میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی‌داری
تعداد شکایات رسیده بیماران	۳/۱ $\pm$ ۱/۷	۱۱/۶ $\pm$ ۵/۱	۰/۰۲۶
تعداد ترخیص با رضایت شخصی در اورژانس	۱۱/۶ $\pm$ ۴/۱	۱۲/۵ $\pm$ ۴/۱	۰/۷
تعداد ترخیص با رضایت شخصی در بخش‌های بستری	۱۱/۶ $\pm$ ۶	۱۰/۸ $\pm$ ۵	۰/۶۵
تعداد تقدیرنامه به کارکنان و بخش‌های بیمارستان	۸/۳ $\pm$ ۶	۹/۱ $\pm$ ۶/۶	۰/۷
تعداد پیشنهادات ارائه‌شده توسط بیمار به صندوق پیشنهادات بیمارستان	۴/۳ $\pm$ ۳/۳	۱۰ $\pm$ ۵/۴	۰/۰۳

وجود نداشت. تعداد پرونده‌های ارسالی به کمیته مرگ و میر، CPRهای موفق، موارد مبتلا به عفونت بیمارستانی، قبل و بعد از مداخله، از نظر آماری تفاوت بارزی نداشتند (جدول شماره ۲).

در زمینه محور مدیریت خطر، تا قبل از اجرای طرح برای تعداد خطاهای گزارش شده توسط کارکنان بیمارستان و تعداد پرونده‌های مورد تحلیل در کمیته مرگ و میر، هیچ زمان ثبتی

جدول شماره ۲: مقایسه شاخص‌های مربوط به محور مدیریت خطر، قبل و بعد از مداخله

شاخص	قبل از اجرای حاکمیت بالینی میانگین $\pm$ انحراف معیار	بعد از اجرای حاکمیت بالینی میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی‌داری
تعداد خطاهای گزارش شده توسط کارکنان بیمارستان	۰	۱۲/۵ $\pm$ ۵/۲	۰/۰۲
تعداد پرونده‌های ارسالی به کمیته مرگ و میر	۱۲/۵ $\pm$ ۵/۲	۹/۲ $\pm$ ۵/۲	۰/۰۲۵
تعداد پرونده‌های مورد تحلیل در کمیته مرگ و میر	۰	۶/۶ $\pm$ ۸/۱	۰/۰۲۷
CPRهای موفق	۱۰ $\pm$ ۴/۴	۷/۵ $\pm$ ۶	۰/۲۵
موارد مبتلا به عفونت بیمارستانی	۱۰/۸ $\pm$ ۲	۱۲/۵ $\pm$ ۶	۰/۴۸

در مورد شاخص‌های مربوط به محور استفاده از اطلاعات؛ برای مدت زمان بستری بیماران موقت در اورژانس و خارج شده از بیمارستان، مورد ثبتی وجود نداشت. تعداد بخش‌های متصل به سیستم HIS در قبل و بعد از مداخله، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری داشت ($p=0/014$)، به‌طوری‌که افزایش این بخش‌ها، بیش از ۷ برابر بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی شاخص‌های مربوط به محور استفاده از اطلاعات، در قبل و بعد از مداخله

شاخص	قبل از اجرای حاکمیت بالینی میانگین $\pm$ انحراف معیار	بعد از اجرای حاکمیت بالینی میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی‌داری
مدت زمان بستری بیماران موقت در اورژانس	۰	۱۸/۳ $\pm$ ۷/۵	۰/۰۲
مدت زمان بستری بیماران موقت خارج شده از بیمارستان	۰	۲۳ $\pm$ ۸/۱	۰/۰۲
تعداد بخش‌های متصل به سیستم HIS	۵/۴ $\pm$ ۵	۳۵ $\pm$ ۵/۴	۰/۰۱۴

بحث

طبق نتایج این مطالعه، قبل از به کارگیری این سیستم، جمع‌آوری اطلاعات در مراکز درمانی، به‌طرزی غیرصحیح بوده است. این نتیجه در مورد شکایات مردم و تعداد خطاهای گزارش شده در بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس، بارزتر می‌باشد. در مورد آمار پایین CPR موفق، قبل از استقرار سیستم می‌توان گفت یکی از دلایل آن ثبت ناصحیح و یا مواردی مانند پایین نشان دادن آمار مرگ و میر بیمارستانی بوده است. جهت مقایسه این آمار با مطالعات، تحقیق مشابهی یافت نشد. درصد پرونده‌های ارسالی به کمیته مرگ و میر نیز می‌تواند ناشی از این مسئله باشد که پس از مشخص کردن نحوه جمع‌آوری اطلاعات صحیح، آمار ناصحیح به‌طور بارزی کاهش می‌یابد. شاید یکی از دلایل مهم این مسئله، نداشتن تعاریف مشخص و یکسان، همچنین عدم آموزش مناسب در بین کارکنان باشد که مطالعات مشابه نیز بر این مسئله تأکید دارند (۱۶-۱۴). در مورد نتیجه آمار گزارش خطاهای پزشکی، نتایج نشان می‌دهد تا قبل از ایجاد سیستم، این آمار گزارش نشده و بعد از ایجاد آن نیز به‌نحو بارزی افزایش داشته است. با توجه به اینکه امروزه خطاهای پزشکی یکی از مشکلات جدی نظام سلامت و تهدیدی برای ایمنی بیماران محسوب می‌شود، لذا باید اطلاعات صحیحی در دسترس باشد تا بتوان کیفیت خدمات را ارتقا بخشید (۱۷، ۱۸). در مورد رضایت شخصی بیماران قبل از مداخله، این میزان در مقایسه با مطالعات انجام شده بیشتر بود که بعد از مداخله نیز تفاوت معنی‌داری نداشت. در صورتی که در یک مطالعه مشابه در تبریز، میزان رضایت شخصی بیماران در یک بیمارستان، حدود ۴٪ گزارش شد که بعد از مداخله

به کارگیری سیستم حاکمیت بالینی، این میزان به‌نحو بارزی کاهش یافته بود (۱۱). بررسی شکایات نیز نشان می‌دهد راه‌اندازی سیستم ثبت و رسیدگی به شکایات تا حدودی در افزایش ثبت آمار شکایات مطرح شده تأثیر داشته است. در بروز شکایات، عواملی مانند عملکرد کارکنان، به‌خصوص پزشکان تأثیر دارد (۱۹، ۲۰). در مورد استقرار سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) در بخش‌های مختلف بیمارستان، همان‌طور که مشاهده گردید بعد از استقرار این سیستم، رشد چشمگیری داشت که از نظر آماری قابل‌توجه بود. با توجه به اهمیت بالای اطلاعات پزشکی در ارتقای کیفیت درمان، ضرورت به کارگیری این فن‌آوری مهم است. تحقیقی در این زمینه نشان می‌دهد میزان استفاده از سیستم اطلاعات بیمارستانی در بیمارستان‌های سه دانشگاه در کشور با استانداردهای کمتر از ۵۰٪ و در حد ضعیف بوده است که با نتایج مطالعه حاضر در قبل از استقرار سیستم حاکمیت بالینی همخوانی دارد (۲۱). در حال حاضر، به کارگیری این سیستم در بسیاری از بیمارستان‌های کشور، با رضایت مطلوبی همراه است (۴۲-۲۲). ارزیابی شاخص‌های مربوط به محور استفاده از اطلاعات بیماران نیز نتایج خوبی در مورد وضعیت ورود و خروج بیماران به بخش‌ها به ما می‌دهد. نتایج نشان داده است قبل از ایجاد نظام اطلاعات، هیچ گزارشی از وضعیت بیماران براساس زمان ماندگاری و ترخیص در بخش‌ها وجود نداشته است. در مطالعات انجام شده، یکی از علل شایع زمان ماندگاری بیماران در بخش اورژانس، مربوط به طولانی شدن زمان انتظار برای مشاوره بیماران می‌باشد (۲۵). لذا این نتایج کمک می‌کند تا امکانات در جهت بهبود سیستم، سازماندهی شود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد بررسی اثر سه جزء حاکمیت بالینی بعد از استقرار این سیستم در بیمارستان، تأثیر بارزی بر عملکرد بیمارستان دارد که این اثر در محور استفاده از اطلاعات بیشتر مشهود است. لذا پیشنهاد می شود مطالعات دیگری در مورد جزئیات این سه محور، همچنین سایر محورهای حاکمیت بالینی در مراکز بیشتری انجام گیرد تا تأثیر استقرار سیستم حاکمیت بالینی در مراکز درمانی مشخص تر شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پژوهش پایان نامه کارشناسی ارشد از دانشگاه آزاد واحد تهران می باشد. بدین وسیله نویسندگان این مقاله از همکاری صمیمانه مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی قم و بیمارستان کامکار، نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

References:

- Gauld R, Horsburgh S, Brown J. The clinical governance development index: Results from a New Zealand study. *BMJ Qual Saf* 2011;20(11):947-52.
- Braithwaite J, Travaglia JF. An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Aust Health Rev* 2008;32(1):10-22.
- Scally G, Donaldson L. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998;317(7150):61-5.
- Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, et al. A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance. *Br J Gen Pract* 2002;52(481):641-5.
- Campbell SM, Sweeney GM. The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care. *Br J Gen Pract* 2002;52(Suppl):S12-7.
- Gauld R. Clinical governance development: Learning from the New Zealand experience. *Postgrad Med J* 2014;90(1059):43-7.
- Diaz Corte C, Suarez Alvarez O, Fueyo Gutierrez A, Mola Caballero de Rodas P, Rancano Garcia I, Sanchez Fernandez AM, et al. Professional quality of life in the clinical governance model of Asturias (Spain). *Gac Sanit* 2013;27(6):502-7.
- Manzouri B, Flanagan D, Hingorani M. Clinical governance. Engaged in delivering the quality agenda. *Health Serv J* 2012;122(6332):19-21.
- Karassavidou E, Glaveli N, Zafiroopoulos K. Assessing hospitals' readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate. *J Health Organ Manag* 2011;25(2):214-40.
- Rashidiyan A. Clinical governance in Tehran University of Medical Science. *Hospital J* 2009;8(5):27-32. [Full Text in Persian]
- Yarmohammadian MH, Mojahed F, Vahidi RG, Gholipour K, Shokri A, Rasi V. Clinical audit of self-discharge against medical advice in Dr. Soulati hospital in Urmia, Iran. *J Health Inform Manag* 2013;9(7):1006-14. [Full Text in Persian]
- Hadizade F, Adibi P. Strategies to implement clinical governance in Iranian Hospitals. *J Health Information Management* 2013;9(3):305-9. [Full Text in Persian]
- Hospital management and clinical service excellence. The main components of clinical governance. Available From: <http://cg.kmu.ac.ir>. Accessed Feb 1, 2015.
- Rajalahti E, Saranto K. Standardized nursing documentation-developing together. *Stud Health Technol Inform* 2009;146:858.

15. Roman I, Roa LM, Reina-Tosina J, Madinabeitia G. Demographic management in a federated healthcare environment. *Int J Med Inform* 2006;75(9):671-82.
16. Phantumvanit P, Monteil RA, Walsh TF, Miotti FA, Carlsson P, Doukoudakis A, et al. Clinical records and global diagnostic codes. *Eur J Dent Educ* 2002;6(Suppl 3):138-46.
17. Nasiripour A, Raeissi P, Tabib SJ, Kelikavoosi A. Hidden threats inducing medical errors in Tehran public hospitals. *J Hormozgan Univ Med Sci* 2011;15(2):152-62. [Full Text in Persian]
18. Bagherian Mahmoodabadi H, Setareh M, Nejadnick M, Niknamian M, Aubian A. The frequency and reasons of medical errors in cases referred to Isfahan Legal Medicine Center. *J Health Inform Manag* 2012;9(1):101-9. [Full Text in Persian]
19. Archer J, de Bere SR. The United Kingdom's experience with and future plans for revalidation. *J Contin Educ Health Prof* 2013;33(Suppl 1):S48-53.
20. Mirzaaghaei F, Moinfar Z, Eftekhari S, Rashidiyan A, Sedaghat M. Evaluation of complains of patient in hospitals of tehran university of medical science and effective factors from farvardin 1386 to sfand 1387. *Hospital J* 2009;10(1):28-9. [Full Text in Persian]
21. Azizi A, Hajavi A, Haghani H, Baghini MS. Respect rate of hospital information system criteria of American College of Physicians in Educational Hospitals of Iran, Tehran and Shahid Beheshti Medical Sciences Universities. *J of Health Inform Manag* 2000;7(3):323-9. [Full Text in Persian]
22. Saeedbakhsh S, Ehteshami A, Isfahani MK. Evaluating the medical records module of the selected hospital information system software in hospitals of Isfahan University of Medical Sciences according to ISO 9241-10. *J Health Inform Manag* 2013;9(4):490-501. [Full Text in Persian]
23. Saghaeiannejad Isfahani S, Saeedbakhsh S, Jahanbakhsh M, Habibi M. Assessment and comparison of hospital information systems in Isfahan hospitals based on the adjusted DeLone and McLean model. *J Health Inform Manag* 2011;8(5):609-20. [Full Text in Persian]
24. Alipour A, Hoseini S, Haghighi M, Fegghi SZ, Sharifi R, Kokhan AH. Perspectives on hospital information system in medical practice. *J Hormozgan Univ Med Sci* 2010;14(2):140-7. [Full Text in Persian]
25. Nasr-Esfahani M, Esmailian M, Nasri M. Causes of prolonged length of stay for patients referred to the emergency department; a cross-sectional study. *Iran J Emergen Med* 2014;1(1):45-9. [Full Text in Persian]

Evaluation of the Effect of Applying Three Dimensions of Clinical Governance on Hospital Performance: A Quasi-Experimental Study

**Amir Ashkan Nasiripour¹, Zahra Zarei^{2,3*}, Mohammad Mahdi Zaheri³,
Mohammad Reza Zarei⁴**

¹Associate Professor of Health Services Management, Faculty of Management & Economics, Sciences & Research Branch, Azad University, Tehran, Iran.

²MSc Student of Health Services Management, Sciences & Research Branch, Azad University, Tehran, Iran.

³Bachelor of Sciences in Health Services Management, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁴Assistant Professor of Emergency Medicine, Shahid Beheshti Hospital, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁵Specialist of Emergency Medicine, Sina Trauma & Surgery Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:**
Zahra Zarei, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
z.zarei@muq.ac.ir

Received: 17 May, 2014

Accepted: 24 Feb, 2015

Abstract

Background and Objectives: Clinical governance is a systematic approach for continuation and promotion of the quality of patient's healthcare services in a health system. The aim of this study is to evaluate the effectiveness of three dimensions of clinical governance system on hospital performance.

Methods: This study was performed as a quasi-experimental study in Kamkar hospital in Qom, 2014. Data were collected using a questionnaire designed based on three criteria of clinical governance (patient and public involvement, risk and safety management, and use of hospital information systems). Results of the research were compared before and after intervention. Data analysis was done by paired sample t-test and non-parametric Wilcoxon test.

Results: The indexes related to the domain of patient and studied hospital involvement had a positive and significant relationship before and after establishment of clinical governance system ($p=0.04$). The indexes related to the applying data domain had a significant relationship before and after intervention measures ($p=0.02$).

Conclusion: According to the findings of this study, application of clinical governance system can be effective in improving patient and public interaction and use of information.

Keywords: Clinical governance; Hospital information system; Hospitals; Effectiveness.