

مدل یابی روابط بین هوش فرهنگی و حاکمیت بالینی: دیدگاه پرستاران بیمارستان‌های

دولتی شهر کرمانشاه

علی‌رضا قلعه‌ای^{۱*}، مریم شهودی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۱۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۳۰

چکیده

مقدمه: مفهوم حاکمیت بالینی به منزله ایجاد رویکردی نوین در استقرار سیستم بهبود کیفیت در نظام مدیریت سلامت مطرح شده است که شناخت عوامل تأثیرگذار بر آن به منظور اجرای اثربخش آن، ضروری است. در همین راستا، هوش فرهنگی که به عنوان یکی از متغیرهای مرتبط با آن معرفی شده به توانایی برخورد با مردم فرهنگ‌های مختلف اشاره می‌کند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی روابط بین هوش فرهنگی و حاکمیت بالینی در بین پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر کرمانشاه انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-همبستگی ۱۳۷ نفر از پرستاران دو بیمارستان دولتی شهر با استناد به جدول مورگان و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش دو پرسشنامه استاندارد حاکمیت بالینی (Mikamali et al, 2013) و هوش فرهنگی (Lugo, 2007) بودند که روایی و پایایی آنها بررسی و تأیید گردید. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش معادلات ساختاری از طریق نرم افزار آماری LISREL تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از این بود که رابطه معنی‌داری بین هوش فرهنگی و حاکمیت بالینی پرستاران با ضریب استاندارد (۰/۶۶)، مقدار t (۵/۹۲) و با سطح معنی‌داری (۰/۰۱) وجود دارد. همچنین بین متغیرهای دموگرافیک از قبیل جنسیت، سن، سابقه کار و وضعیت تأهل با هوش فرهنگی و حاکمیت بالینی رابطه معنی‌داری مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه هوش فرهنگی به عنوان یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر حاکمیت بالینی محسوب می‌گردد؛ بنابراین، انتظار می‌رود نظام مدیریت سلامت با توجه به هوش فرهنگی، گام‌هایی استوار برای استقرار و اثربخشی حاکمیت بالینی بردارد. چراکه، یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که پرستاران دارای هوش فرهنگی بالا در اثربخشی هر چه بیشتر فرایند حاکمیت بالینی نقش ارزنده‌ای را ایفا خواهند نمود.

کلید واژه‌ها: فرهنگ، حاکمیت بالینی، پرستاران

مقدمه

است (۳). در همین راستا، حاکمیت بالینی به عنوان رویکردی یکپارچه و سیستماتیک معرفی شده است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت در قبال بهبود دائمی کیفیت بروندها و ایمی‌مراقبت از بیمار، پاسخ‌گو بوده و با بازنگری و اطمینان از مسؤولیت‌های بالینی، به صورت جدی، راه‌هایی را برای جلوگیری و کاهش خطاهای بالینی ارائه کرده و به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند (۴). مفهوم کلیدی حاکمیت بالینی این است که سازمان باید مسؤولیت اداره امور خود را در اختیار داشته باشد. حاکمیت بالینی تلاش می‌کند قدرت و مسؤولیت در جایگاه مناسب خود در یک سیستم وجود داشته باشند؛ نه خیلی کم باشد و نه بیش از حد بالا. درواقع حاکمیت بالینی، توسعه‌میزی بالینی است و ویژگی اصلی آن این است که سازمان (بیمارستان یا یک بخش) عهده‌دار مسؤولیت بیشتری برای ارائه خدمات باکیفیت

پرستاری رشته‌ای مستقل و شاخه‌ای از علوم پزشکی است که رسالت آن ارائه‌ی خدمات مورد نیاز بهداشتی، مراقبتی درمانی و توانبخشی در بالاترین سطح استاندارد جهت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه است (۱). پرستاران مسؤولیت دارند تا همواره برای پیشبرد روش‌های دسترسی به مراقبت ایمن، مطلوب و با کیفیت، تلاش کنند (۲) و مراقبت‌های پرستاری با کیفیت عالی را به صورت مستقیم و ارجاع مناسب عاری از تبعیض و قضاوت، به همه مددجویان ارائه دهند. احترام گذاشتن به حقوق انسان‌ها و درمان افراد بدون در نظر گرفتن شأن آن‌ها، بخش جدایی‌ناپذیر در سیستم مراقبت بهداشتی

* نویسنده مسؤل: مریم شهودی، دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. m_shohoudi@yahoo.com
دکتر علیرضا قلعه‌ای، استادیار گروه مدیریت آموزشی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

به ارباب رجوع باشد (۵). شاید مهم‌ترین اصل حاکمیت بالینی تعهد به کیفیت و امنیت بالا و ارائه خدمات بیمار محور در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی باشد. هرچند در حاکمیت بالینی به پرستار به عنوان یک کل در سیستم نگریسته می‌شود، شواهد کمی در این رابطه وجود دارد که آیا پرستاران واقعاً نقش خود را در این چارچوب می‌فهمند و از همه مهم‌تر چگونه اثربخشی خود را به حداکثر می‌رسانند (۶). مدل حاکمیت بالینی در کشورهای مختلف دارای پنج، هفت یا دوازده ستون می‌باشد که در ایران مدل هفت ستونی بر اساس الگوی کشور انگلیس، انتخاب و اجرا شده است که شامل: آموزش و مدیریت پرسنل، مدیریت خطر، مؤثر بودن خدمات، استفاده بهینه از اطلاعات، مشارکت عمومی، ممیزی بالینی و رهبری می‌باشد (۷،۸).

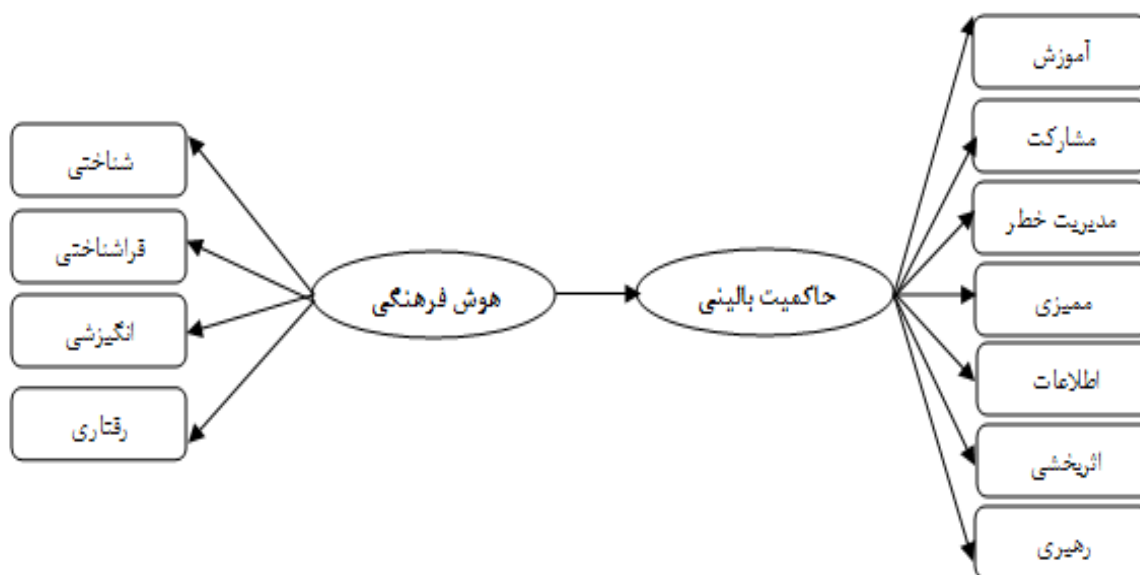
پژوهش‌های انجام شده در نظام‌های بهداشتی این نکته را خاطرنشان می‌سازند که فرهنگ، نقشی اساسی در ایجاد تفاوت‌هایی در نظام مراقبت سلامت دارد (۹،۱۰). همچنین، از آنجایی که برای پرستاران و اعضای کادر درمان، دارا بودن مهارت‌های ارتباطی قوی و شناخت بیماران، دارای اولویت خاصی است و نقشی کلیدی در موفقیت آن‌ها دارد، لزوم توجه به شایستگی‌های فرهنگی در حرفه پرستاری، بسیار ضروری و حیاتی به نظر می‌رسد (۱۱). در این رابطه، (Hong et al) نیز از شایستگی‌های فرهنگی (Cultural Competency) نام می‌برد و آن‌ها را عبارت از: توانایی برخورد محترمانه و مؤثر با مردم فرهنگ‌ها، زبان‌ها، طبقات اجتماعی، ملیت‌ها، مذاهب، قومیت‌ها و نژادهای مختلف می‌داند (۱۲). با این توصیفات، به نظر می‌رسد هوش فرهنگی به عنوان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در حرفه پرستاری مطرح می‌گردد. چراکه ویژگی برجسته جهانی شدن که به طور عمیقی سازمان‌های امروزی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، گرایش عمده به سمت تنوع فرهنگی است. افراد در سازمان‌های امروزی جهت انجام وظایف خویش، نیازمند آن هستند تا با افرادی که دارای فرهنگ‌های متفاوت و پیش‌زمینه‌های قومی و نژادی مختلفی هستند، کار و تعامل کنند (۱۳). هوش فرهنگی (Cultural Intelligence) مفهومی نشأت گرفته از نظریه‌ی هوش‌های چندگانه (Gardner) است و تعریف آن وابسته به دو مفهوم هوش هیجانی (Emotional Intelligence) و هوش اجتماعی (Social Intelligence) است (۱۴). بر خلاف اشکال دیگر هوش، که در نقطه‌ی تقاطع فرهنگ‌ها تنزل پیدا می‌کنند، هوش فرهنگی شکاف موجود در انتقال مفاهیم از یک فرهنگ به فرهنگ

دیگر را از میان برمی‌دارد (۱۵). Peterson هوش فرهنگی را استعداد بکارگیری مهارت‌ها و توانایی‌ها در محیط‌های مختلف تعریف کرده است (۱۶). Offermann & Phan هوش فرهنگی را به عنوان نوعی هوش که مرتبط با توانایی عملکرد موثر در یک محیط متفاوت است، تعریف کرده‌اند (۱۴). Earley & Peterson هوش فرهنگی را به عنوان توانایی افراد برای گردآوری اطلاعات، تفسیر و عمل کردن هنگام آشکار شدن تفاوت‌های فرهنگی برای انجام اثربخش وظایف در زمینه‌ی فرهنگی متفاوت یا در یک موقعیت چند فرهنگی تعریف کرده‌اند (۱۷). اعتقاد بر این است که هوش فرهنگی متشکل از چهار بعد است: ۱- بعد فراشناختی ۲- بعد شناختی ۳- بعد انگیزشی ۴- بعد رفتاری. هوش فرهنگی بالا مستلزم اتحاد و بکارگیری چهار بعد متشکله هوش فرهنگی است (۱۷،۱۸). هوش فرهنگی شناختی، فراشناختی، انگیزشی و رفتاری، توانایی‌های متفاوتی هستند که با یکدیگر هوش فرهنگی کلی را تشکیل می‌دهند (۱۵). بعد شناختی (Cognitive Component) هوش فرهنگی به دانش‌های مورد استفاده فرد درباره محیط اجتماعی و فرآیندهای اطلاعاتی مرتبط با آن اشاره می‌کند (۱۹) که شامل دانش عمومی درباره‌ی ساختارهای بنیادین یک فرهنگ است (۲۰)؛ بعد فراشناختی Metacognitive Component به‌عنوان کنترل فرآیند کسب اطلاعات که به یک دانش فرهنگی عمیق و سطح بالایی از شناخت بینجامد، اشاره دارد (۱۵)؛ بعد انگیزشی ممکن است مشکل‌ترین یا مبهم‌ترین جزء هوش فرهنگی باشد، زیرا ورود به دنیای فرهنگ دیگران مستلزم غلبه بر مجموعه‌ای از موانع خاص است که داشتن انگیزه و پشتکار و باور قوی در این راه بسیار موثر می‌باشد (۲۱)؛ جنبه‌ی چهارم هوش فرهنگی، جنبه‌ی عملی این مفهوم است (۱۹،۲۰) که شامل توانایی‌های افراد برای تطبیق رفتارهای کلامی و غیرکلامی متناسب با فرهنگ‌های متفاوت می‌باشد (۱۸).

پژوهش Ahanchian & et al نشان داد که علی‌رغم اهمیت مفهوم هوش فرهنگی در پرستاران، در این رابطه، مطالعات کمی انجام شده است (۲۳). ولی پژوهش‌های (Cioffi, 2003; Bjarnason et al, 2009; Lowe & Archabaled, 2009) حاکی از این بود که پرستاران، تجربیات متفاوت فراوانی را می‌توانند از مراقبت برای بیماران با فرهنگ‌های مختلف، به دست آورند که این در نهایت باعث بهبود عملکرد آنان در بیمارستان خواهد شد (۲۴-۲۶). همچنین، (Maier-Lorentz) در پژوهش خود نشان داد که دارا بودن شایستگی‌های

مثبت و معنی‌داری دارد و پرستارانی که دارای هوش فرهنگی بالاتری هستند، عملکرد بهتری در بیمارستان دارند و بیشتر موجبات رضایت‌مندی بیماران را فراهم می‌نمایند (۳۲). بر این اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی این مسأله است که آیا داشتن هوش فرهنگی بالا، می‌تواند پیش‌شرط استقرار و اجرای موفقیت‌آمیز رویکرد حاکمیت بالینی باشد. در واقع، رویکرد حاکمیت بالینی با هدف ارائه بهترین و مطلوب‌ترین خدمات به بیماران و جامعه شکل گرفت (۲) و عملکرد شغلی پرستاران را به نوعی می‌توان تا اندازه‌ای همپوش با مقوله فوق در نظر گرفت. بنابراین، براساس ادبیات پژوهش و پیشینه تحقیقاتی مدل مفهومی پژوهش در شکل شماره یک ارائه شده است که نمایانگر تأثیرگذاری هوش فرهنگی بر حاکمیت بالینی است.

فرهنگی به عنوان یکی از شایستگی‌های محوری و اساسی برای پرستاران تلقی می‌گردد (۲۷) و این‌که پرستاران باید در مراقبت از بیماران به تفاوت‌های فرهنگی، توجهی خاص مبذول نمایند (۲۸)، چراکه، پرستاران با گروه‌های قومی متفاوت در ارتباط هستند و بایستی دانش مورد نیاز و مهارت در شایستگی‌های فرهنگی را به دست آورند (۲۳). بر همین اساس Ange & et al در پژوهش خود، به این نتیجه رسیدند که با توجه به تنوع فرهنگی نیروی کار پرستاری و همچنین بیماران، برقراری ارتباط و مراقبت از بیماران، مستلزم داشتن هوش فرهنگی است (۲۹) و عملکرد پرستاران، تابعی از دانش، مهارت، توانایی و انگیزش می‌باشد (۳۰). لذا هوش فرهنگی توانایی تعامل مناسب است که در رفتار و انگیزش افراد مشاهده می‌گردد (۳۱). نتایج پژوهش Darvish & et al نیز نشان داد که هوش فرهنگی با عملکرد شغلی پرستاران ارتباط



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش‌ها

و حاکمیت بالینی) بودند. پرسشنامه‌ی هوش فرهنگی (Lugo, 2007) که براساس نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه هوش فرهنگی (Ang & Van, 2004) تحت عنوان «مقیاس ۲۰ آیتمی چهار عاملی هوش فرهنگی» تدوین گردیده که در قالب ۲۰ سؤال، چهار بعد هوش فراشناختی (Meta-cognitive) (سؤالات ۱ تا ۵)، شناختی (Cognitive) (سؤالات ۶ تا ۱۰)، انگیزشی (Motivational) (سؤالات ۱۱ تا ۱۵) و رفتاری (Behavioral) (سؤالات ۱۶ تا ۲۰) را براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱) اندازه می‌گرفت. روایی پرسشنامه هوش فرهنگی در پژوهش (Taslimi et al, 2009) با استفاده از تحلیل عاملی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه گردآوری و تحلیل اطلاعات، توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر مدل معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش، کلیه پرستاران دو بیمارستان دولتی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲ بودند که تعداد آن‌ها بر اساس آمار موجود، ۳۸۶ نفر اعلام گردید. از این تعداد با استناد به جدول مورگان و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۱۹۰ نفر برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها انتخاب شدند که در نهایت ۱۳۷ پرسشنامه قابل استفاده، برگشت داده شد (نرخ پاسخگویی ۷۲ درصد). ابزارهای اندازه‌گیری داده‌ها شامل دو پرسشنامه هدف فرهنگی

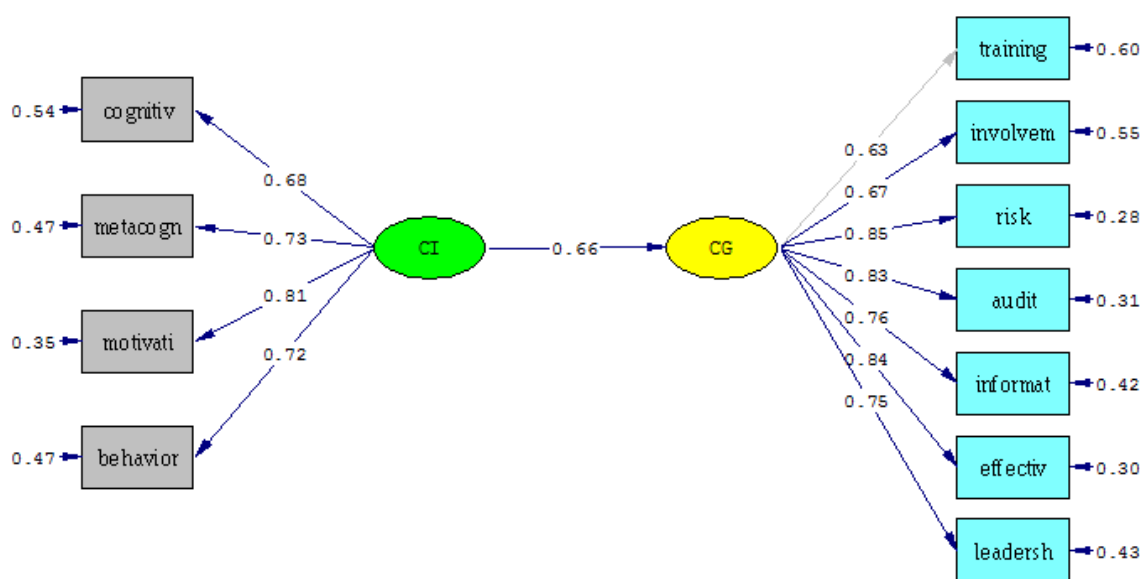
کالموگروف اسمیرنف و شاپیرو ویلک، نرمال بودن داده‌ها مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

جهت بررسی سؤال اصلی پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. در شکل شماره دو، مدل استاندارد حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های آماری ارائه شده است. در این نمودار ضرایب استاندارد شده بتا و مقادیر خطا برای متغیرهای پژوهش مشخص شده است که براساس آن با ضریب استاندارد (۰/۶۶) بین هوش فرهنگی و حاکمیت بالینی رابطه معنی‌داری وجود داشت و به نوعی هوش فرهنگی بر حاکمیت بالینی تأثیرگذار بود.

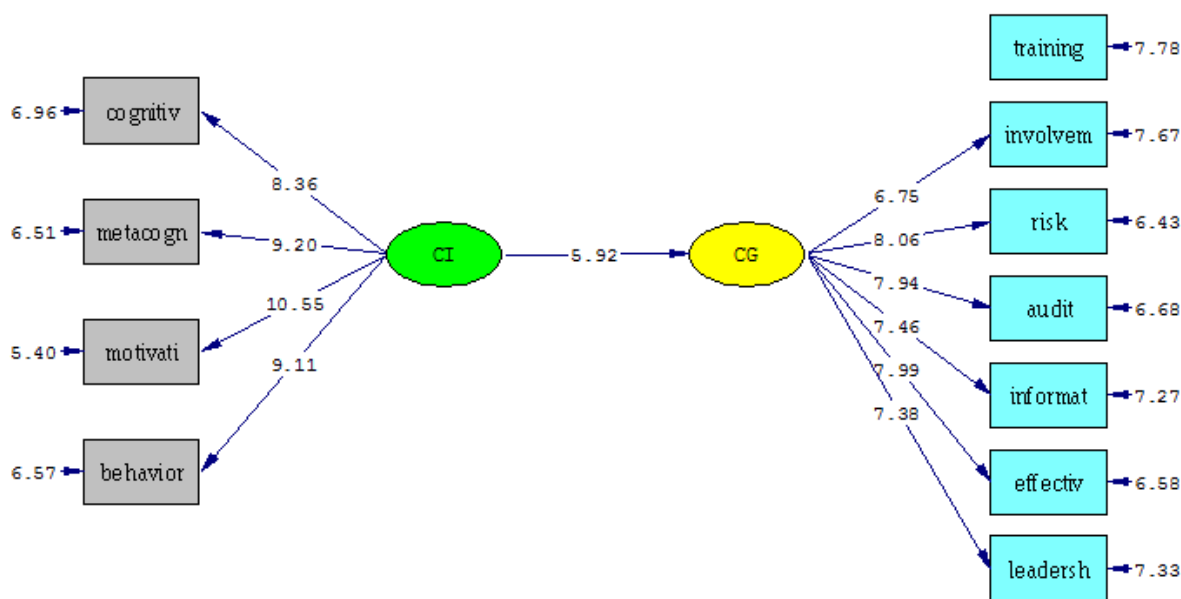
نتایج بسیاری از شکل شماره دو قابل استنباط است که در ادامه به برخی از مهم‌ترین آن‌ها اشاره شده است: از میان ابعاد هوش فرهنگی، مؤلفه‌ی انگیزشی با بار عاملی (۰/۸۱) بیش‌ترین نقش را در توصیف هوش فرهنگی داشته است و پس از آن سه مؤلفه‌ی فراشناختی رفتاری و شناختی به ترتیب در رده‌های بعدی قرار داشتند. از میان ابعاد حاکمیت بالینی نیز، مؤلفه‌ی مدیریت ریسک با بار عاملی (۰/۸۵) بیش از مؤلفه‌های دیگر توانست توصیف‌کننده حاکمیت بالینی باشد. پس از این بعد، به ترتیب مؤلفه‌های اثربخشی بالینی؛ ممیزی بالینی؛ مدیریت اطلاعات؛ رهبری؛ مشارکت و آموزش کارکنان قرار داشتند.

اکتشافی و تأییدی، تأیید گردید (۳۳). پایایی پرسشنامه هوش فرهنگی از طریق آلفای کرونباخ (۰/۸۶) تأیید شد. شایان ذکر است برای انطباق پرسشنامه هوش فرهنگی با جامعه آماری پرستاران از روایی صوری و محتوایی استفاده گردید و پرسشنامه مذکور بر اساس نظرات اساتید و افراد صاحب‌نظر مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. برای سنجش حاکمیت بالینی از پرسشنامه (Mirkamali et al, 2013) با ۴۴ سؤال استفاده شد. برای این منظور بر اساس هفت بعد حاکمیت بالینی سوالات مشخص گردید. آموزش و مدیریت کارکنان (Staff training) (سوالات ۱ تا ۷)؛ مشارکت بیمار و جامعه (Participation) (سوالات ۸ تا ۱۳)؛ مدیریت خطر و ایمنی بیمار (Risk management) (سوالات ۱۴ تا ۲۴)؛ ممیزی بالینی (Clinical audit) (سوالات ۲۵ تا ۳۰)؛ مدیریت اطلاعات (Information management) (سوالات ۳۱ تا ۳۴)؛ اثربخشی بالینی (Clinical effectiveness) (سوالات ۳۵ تا ۴۰)؛ مدیریت و رهبری (Leadership) (سوالات ۴۱ تا ۴۴). در پژوهش (Mirkamali et al, 2013) روایی پرسشنامه حاکمیت بالینی با استفاده از رواسازی محتوایی و صوری و تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ (۰/۸۱) تأیید گردید (۳۴). در نهایت نیز داده‌ها با استفاده از روش معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار LISREL تجزیه و تحلیل شدند. از آنجایی که یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از روش معادلات ساختاری، نرمال بودن داده‌ها می‌باشد، بنابراین در پژوهش حاضر با استفاده از آزمون‌های



Chi-Square=82.29, df=43, P-value=0.00029, RMSEA=0.082

شکل ۲. خروجی نرم‌افزار لیزرل بر اساس ضرایب استاندارد



Chi-Square=82.29, df=43, P-value=0.00029, RMSEA=0.082

شکل ۳. خروجی نرم‌افزار لیزرل بر اساس مقادیر t

خی نشان‌دهنده برازش مناسب مدل مورد آزمون است. شاخص نیکویی برازش، شاخص تطابق کواریانس مشاهده شده با کواریانس مدل نظری است. عدد این شاخص بین صفر و یک قرار می‌گیرد و هر قدر عدد بدست آمده به یک نزدیک‌تر باشد، مدل مناسب‌تر و برازنده‌تر است. شاخص برازندگی تطبیقی، به مثابه شاخص برازش تطبیقی بنتلر نیز شناخته می‌شود، این شاخص ماتریس کواریانس پیش‌بینی شده با مدل را با کواریانس مدل صفر (مدل تئوریک) مقایسه می‌کند. مقدار آن بر پایه قرارداد باید دست کم (۰/۹۰) باشد تا مدل مورد نظر پذیرفته شود. شاخص RMSEA برازش الگو را می‌سنجد و میزان کوچکتر آن، برازش بهتری را نشان می‌دهد. شاخص نرم شده برازندگی (NNFI) و شاخص برازندگی فزاینده (IFI) نیز که هر کدام وجهی از برازش مدل ساختاری را نشان می‌دهند، مقدارشان از بین صفر و یک متغیر می‌باشد و هر چقدر مقدار این شاخص‌ها به یک نزدیک‌تر باشند، بر برازش بهتر الگو دلالت دارند (۳۵).

شکل شماره سه، خروجی نرم‌افزار لیزرل را براساس مقادیر t نشان می‌دهد، نتایج نشان داد که هوش فرهنگی با مقدار t برابر با (۵/۹۲) بر حاکمیت بالینی تأثیرگذار است و از آن‌جایی که این عدد بزرگتر از (۲/۵۷) می‌باشد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این نتایج در سطح (۰/۰۱) معنی‌دار است.

در مدل‌یابی معادلات ساختاری برای ارزیابی نیکویی برازش مدل، آماره‌هایی به وسیله نرم‌افزار لیزرل عرضه می‌شود. لیزرل چندین آزمون نیکویی برازش عرضه می‌کند. در پژوهش حاضر از چند شاخص برای ارزشیابی مدل ساختاری استفاده شده است: ۱. مجذور کای ۲. نسبت مجذور کای به درجه آزادی ۳. شاخص نیکویی برازش (GFI) ۴. شاخص (NNFI) ۵. شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) ۶. شاخص برازندگی افزایشی (IFI) و ۷. ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA). مجذور خی نشان می‌دهد که ساختار کواریانس یافته‌ها با مدل پیشنهادی نظری مطابقت دارد یا خیر. اعداد کوچک‌تر مجذور

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری کلی

| شاخص‌ها | X^2 | X^2/df | Df | CFI | NNFI | IFI | GFI | RMSEA |
|-----------|-------|----------|----|------|------|------|------|-------|
| مدل نهایی | ۸۲/۲۹ | ۱/۹۱۳ | ۴۳ | ۰/۹۸ | ۰/۹۷ | ۰/۹۸ | ۰/۹۰ | ۰/۰۸ |

نتایج حاصل از تحلیل مدل ساختاری در جدول شماره سه ارائه شده است. مقدار مجذور خی برای قضاوت در مورد خطی بودن ارتباط سازه‌های مکنون برابر با (۸۲/۲۹) در سطح معنی‌داری (۰/۰۱) بدست آمد. مقدار خی دو بر درجه آزادی (۱/۹۱۳) بود. بر اساس این شاخص عدد حاصل این نسبت، نبایستی بیشتر از ۳ باشد تا الگو تأیید گردد (۳۶). با توجه به اینکه نسبت مجذور خی به درجه آزادی کمتر از ۳ بود، می‌توان گفت که داده‌های بدست آمده با مدل فرضی مطابقت دارند. مقدار ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب برابر با (۰/۰۸) بود. سایر شاخص‌های CFI, GFI, IFI, NNFI که هر کدام وجهی از برازش مدل ساختاری را نشان می‌دادند در جدول شماره سه آمده است. با توجه به شاخص‌های ارزیابی برازندگی کلی مدل می‌توان گفت مدل نهایی از برازش خوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر رابطه بین هوش فرهنگی و حاکمیت بالینی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل مدل ساختاری حاکی از این بود که هوش فرهنگی بر حاکمیت بالینی تأثیرگذار است. پژوهش‌های انجام شده در رابطه با هوش فرهنگی پرستاران حاکی از پایین بودن آن در جامعه مورد نظر بود (۲۳). پژوهش‌های دیگری نیز که در این زمینه انجام شده مربوط به شایستگی‌های فرهنگی پرستاران می‌باشد که لزوم دارا بودن صلاحیت‌های طرز برخورد مناسب با مردم فرهنگ‌های مختلف را خاطر نشان می‌سازد (۲۴-۲۶). در پژوهش حاضر حاکمیت بالینی به عنوان رویکردی سیستماتیک و یکپارچه با هدف ارتقا و بهبود کیفیت در نظام مراقبت سلامت مطرح شده است که شامل ابعادی از قبیل: آموزش کارکنان، مدیریت ریسک، مدیریت اطلاعات، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مشارکت بیماران و رهبری بود که هر یک از این ابعاد به عنوان گامی در راستای بهبود کیفیت در فرایند حاکمیت بالینی تلقی می‌گردد. پژوهش حاضر را می‌توان از جهتی همسو با پژوهش‌های (Cioffi, 2003; Bjarnason et al, 2009; Lowe & Archabaled, 2009) قرار داد؛ پژوهشگران مذکور به این نتیجه رسیده بودند که تجربیات متفاوت و متنوع پرستاران از مراقبت بیماران با فرهنگ‌های مختلف، در نهایت بهبود عملکرد آنان در بیمارستان به دنبال خواهد داشت (۲۴-۲۶). Maier-Lorentz در پژوهش خود ضرورت دارا بودن شایستگی‌های فرهنگی برای پرستاران را مطرح نمودند (۲۷). همچنین، در مورد

ارتباط بین هوش فرهنگی و حاکمیت بالینی نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در راستای پژوهش (Darvish et al) مبنی بر ارتباط بین هوش فرهنگی و عملکرد شغلی پرستاران تلقی نمود (۳۲). در تبیین ارتباط بین هوش فرهنگی و حاکمیت بالینی، می‌توان این‌طور ادعا نمود که هوش فرهنگی به عنوان یکی از شایستگی‌های محوری و اصلی پرستاران معرفی شده است و پرستاران باید از یک طرف، فارغ از احساسات مثبت و منفی خود، مراقبت‌های باکیفیت را برای تمامی مردم با هر فرهنگ خاصی ارائه دهند و از طرف دیگر بایستی در طریقه برخورد با بیماران، تفاوت‌های فرهنگی را مد نظر قرار داده و رفتاری متناسب با فرهنگ بیماران از خود نشان دهند. بنابراین به نظر می‌رسد برای استقرار رویکرد یکپارچه حاکمیت بالینی ابتدا بایستی به فضا سازی فرهنگی و افزایش ظرفیت و هوش فرهنگی کادر درمان و مخصوصاً پرستاران اقدام نمود چراکه نزدیکی روابط در هیچ حرفه‌ای به اندازه حرفه پرستاری، ملموس نیست و علاوه بر آن، ارتباطات مناسب پرستاران با بیماران نیز تأثیر شگرفی در تسریع روند درمان خواهد داشت. بر این اساس، هوش فرهنگی به عنوان مفهومی کلیدی و کانونی در تعاملات پرستاران تلقی می‌گردد و چنانچه به عنوان پیش‌نیاز استقرار حاکمیت بالینی به آن نگریسته شود، دور از ذهن نمی‌باشد. به عبارتی، در نظر گرفتن رویکرد سیستماتیک حاکمیت بالینی به عنوان رویکردی که در آن، بهبود کیفیت و توجه به مشتری در اولویت هستند، قطعاً توجهات را به زیرساخت‌های اساسی مانند هوش فرهنگی جلب می‌کند. در واقع، تأثیر تعاملات بین‌فردی اثربخش که می‌توان آن را ثمره هوش فرهنگی بالا دانست را می‌توان در ابعاد هفت‌گانه حاکمیت بالینی جستجو نمود؛ به عنوان مثال در بعد آموزش کارکنان، چنانچه پرستاران دارای سطح متناسبی از هوش فرهنگی نباشند، با مشکل مواجه خواهند شد و کارایی و اثربخشی لازم را نخواهند داشت. در دیگر ابعاد نیز وضع به همین گونه است. بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش، به مدیران بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌گردد که اولاً به برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌هایی در راستای ارتقای هوش فرهنگی پرستاران، اقدام نموده و اطلاعاتی در مورد فرهنگ‌های مختلف ملی و بین‌المللی به پرستاران ارائه دهند. ثانیاً، شرایط و محیط بیمارستان، در راستای تحریک و تشویق هوش فرهنگی پرستاران سازماندهی گردد و ثالثاً، جایگاه روابط و تعاملات مبتنی بر درک تفاوت‌های فرهنگی در رویکرد حاکمیت بالینی تشریح گردد. اگرچه به دلیل برخی

قدردانی

در نهایت نیز از همکاری کادر اداری و پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر کرمانشاه که بدون مساعدت و همکاری آن‌ها، انجام پژوهش میسر نمی‌شد، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

محدودیت‌ها همچون افت نمونه و تنها استفاده از یک ابزار (پرسشنامه) برای جمع‌آوری داده‌ها لازم است که تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد، اما در مجموع با توجه به تأیید تأثیرگذاری هوش فرهنگی بر حاکمیت بالینی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی سازوکارهای ارتقای استانداردهای هوش فرهنگی و حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها پرداخته شود.

References

- 1- Jollaei S, Bakhshande B, Mohammad Ebrahim M, Asgarzade M, Vasheghani Farahani A, Shareiat E, et al. [Nursing ethics codes in Iran: Report of a qualitative study]. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2010; 3(2): 45 – 53. [Persian]
- 2- Jalali R, Hasani P, Abedsaeedi Zh, Rezaei M. [Developing and validating the nursing conscience perception questionnaire. Developing and validating the nursing conscience perception questionnaire]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2013; 17(8): 462-472. [Persian]
- 3- Jensen A, Lide E. The influence of conscience in nursing. *Nursing Ethics* 2009; 16 (1): 31-42.
- 4- Fong N. Western Australian Clinical Governance Guidelines, Department of health, government of Western Australia, 2005. Available from URL: <http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/> (accessed in March 2005).
- 5- Wade DT. Clinical governance and rehabilitation services. *Clin Rehabil* 2000 ;14: 1-4.
- 6- Bishop V. Clinical governance and clinical supervision: protecting standards of care, *Journal of Research in Nursing* 2008; 13 (1): 3-5.
- 7- Zahir K. Clinical governance in the UK NHS, DFID's Health Systems Resource Centre. Available from URL: [http://www.eldis.org/assets/ Docs/ 11761. Html](http://www.eldis.org/assets/Docs/11761.Html) / (accessed in 2001).
- 8- Neale G, Vincent C, Darzi S. The problem of engaging hospital doctors in promoting safety and quality in clinical care. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 2007;127 (2): 87-94.
- 9- Zambrana RE, Molnar HB, Munoz Z, Dand D, Lopez S. Cultural competency as it intersects with racial/ethnic, linguistic, and class disparities in managed healthcare organizations. *American Journal of Managed Care* 2004; 10: 37–44.
- 10- Anderson, LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, and Normand J. Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2003; 24 (3): 68–79.
- 11- Thom DH, Tirado MD. Development and Validation of a Patient-Reported Measure of Physician Cultural Competency. *Medical Care Research and Review* 2006; 63(5): 636-655.
- 12- Huang QR. Competencies for graduate curricula in health, medical and biomedical informatics: a framework. *Health Informatics Journal*; 2007: 13 (2): 89-103.
- 13- Robbins SP. [Organizational Behavior]. Translated by Parsayyan A, Arabi M. Tehran: Office of Cultural Studies. 19th ed, 2007. [Persian]

- 14- Ziaey Nikpour B, Shahrakipour H, Karimzadeh S. Relationships between Cultural Intelligence and Academic Members' Effectiveness in Roudehen University. *Life Science Journal* 2013; 10 (1): 1-7.
- 15- Ang S, Van DL, and Koh C, "Cultural Intelligence: Its Measurement and Effects on Cultural Judgment and Decision Making Cultural Adaptation and Task Performance". *Journal of Management and Organization Review* 2007; 3(3): 335.
- 16- Peterson B. "Cultural intelligence: A guide to working with people from other cultures". Yurmouth, ME. Intercultural Press, 2004. Available at <http://www.amazon.com>
- 17- Earley PC, Peterson RS. "The elusive cultural chameleon: Cultural intelligence as a new approach to intercultural training for the global manager". *Journal of Academy of Management Learning and Education* 2004; (3): 100–115.
- 18-Ang S, Van Dyne L, Koh C. S. K, Ng K. Y. "The Measurement of Cultural Intelligence". Paper presented at the Annual Meeting of the Academy of Management, New Orleans, LA. August 2004.
- 19- Early PC, and Ang S. "Cultural Intelligence: individual interactions across cultures". Stanford, CA. Stanford Business Books 2003. Available at <http://www.amazon.com/>
- 20- Ang S, Van DL , Koh C. Personality correlates of the four factor model of cultural intelligence. *Journal of Group Organization and Management* 2006; 31(1): 100-123.
- 21- Taslimi MS, Gholipour A, Fereydoun V, Mitra M. "Providing guidelines for the promotion of cultural intelligence of public managers in international affairs". *Journal of Management Researches* 2009; 2 (4): 29-57. [Persian]
- 22- Early PC, Mosakowski E. "Cultural intelligence". *Journal of Harvard Business Review* 2004; 82:139-153.
- 23- Ahanchian MR, Amiri R, Bakhshi M. [Correlation between cultural intelligence and social interaction of nurses] .*Journal of Health Promotion Management* 2012; 1 (2): 44-53. [Persian]
- 24- Cioffi J. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: Nurses experience. *International Journal of Nursing Studies* 2003; 40(3): 299–306.
- 25- Bjarnason D, Mick J, Thompson JA, Cloyd E. Perspectives on transcultural care. *Nursing Clinics of North American* 2009; 44(4): 495-503.
- 26- Lowe J, Archibald C. Cultural diversity: The intention of nursing. *Nursing Forum* 2009; 44 (1): 11-8.
- 27- Maier-Lorentz M. Transcultural nursing: Its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity* 2008, 15(1): 37-43.
- 28- Burnard P, Naiyapatana W. Culture and communication in Thai nursing: A report of an ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 41 (7): 755–765.
- 29- Ang S, et al. Cultural intelligence: Its measurement and effects on cultural judgment and decision making, cultural adaptation, and task performance. *Management and Organization Review* 2007; (3) 335-371.
- 30- Pour Ibrahim S. The relationship between organizational culture & Performance in branches of Mellat Bank in Tehran [dissertation]. Management Faculty of Tehran University 2005. [Persian]
- 31- Kazemi M, Moghimi SM, Amiri A. Studying the Relationship between Cultural Intelligence and Employee's Performance. *European Journal of Scientific Research* 2010; 42(3): 427-432.

- 32- Darvish H, Nodeh Farahani M, Khalili M, Shabani F. Relationship between Nurses' Cultural Intelligence and Job Performance. *Journal of Nursing and Midwifery of Shahid beheshti university* 2013; 23 (82): 40-45. [Persian]
- 33- Taslimi M.S , Gholipoor A, Verdinezhad F, Manalagha M.[Providing strategies to promotion of cultural intelligence of public managers in the international affairs].*Researches of Public Management Journal* 2009; 2(4): 29-57. [Persian]
- 34- Mirkamali SM, Javanak Liavali M, Yeganeh MR. Correlation between Organizational Culturewith Clinical Governance in Public Hospitals in Rasht. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences* 2013; 20 (1): 15-25. [Persian]
- 35- Hooman HA. *Structural equation modeling with LISREL application*, 5 th ed. Tehran, SAMT Publication 2009. [Persian]
- 36- Sobhanifard Y, Akhavan Kharazian M. [Factor analysis, structural modeling and multilevel]. 1th ed. Tehran: Imam SadiqUniversity Press 2012. [Persian]
- 36- Sobhanifard, Y, AkhavanKharazian M.[Factor analysis, structural modeling and multilevel]. Tehran: Imam SadiqUniversity Press, 1th ed 2012 (Persian).

Modeling the Relations between Cultural Intelligence and Clinical Governance: Perspective of Nurses of Public hospitals in Kermanshah

¹Ghalehei A.R, ^{2*}Shohoudi M

Received: 2014/3/5

Accepted: 2014/5/20

Abstract

Introduction: Clinical Governance appeared as a new approach in the establishment of a system of quality improvement in health care management that identifying the effective factors with them in order to effective implementation is essential. In this way cultural intelligence as a dependent variable refers to ability of meeting with people of other culture. In this regard the present study has been conducted with the aim of modeling relations between cultural intelligence and clinical governance among Nurses of public hospitals in Kermanshah.

Methods: This is a descriptive-correlative study. Population consisted of all Nurses working in two public hospitals in Kermanshah (386persons) and a sample of 137 persons were selected, using simple random sampling. For gathering data two questionnaires namely Clinical Governance (Mirkamali et al, 2013) and Cultural Intelligence (Lugo, 2007) that their validity and reliability were confirmed used. The structural equation modeling was used for analyzing data.

Results: The results showed that there is a significant relationship between cultural intelligence and clinical governance of nurses with standard coefficient (0.66), t (5.92) and sig (0.01). Also among demographic variables such as sexuality, age, background, the single or marriage with cultural intelligence and clinical Governance there is not seen any relation.

Conclusion: Considering the fact that cultural intelligence is one of the affective variables on clinical Governance, so it will be expected that health care management system with a focus on cultural intelligence would be take some strong steps for improving the establishment and effectiveness of clinical governance because, in base of research findings, nurses with high cultural intelligence have a worthwhile figure at effectiveness of clinical governance procedure.

Key words: Culture, Clinical Governance, Nurses.

Corresponding Author: Shohoud M, Faculty of literature, Urima University, Urmia, Iran. M_shhudi@yahoo.com
Ghalehei A.R, educational management dept, faculty of literature, Urima University, Urmia, Iran.