

نگرش پرستاران در مورد عوامل انسانی و سازمانی تاثیرگذار بر حاکمیت بالینی در بیمارستان فامیلی شهر رشت

فاطمه عظیمیان مقدم^۱ / سیدعلی حزنی^۲ / محمدرضا یگانه^۳ / رقیه قربانی^۴

چکیده

مقدمه: حاکمیت بالینی رویکرد غالب در بهبود مستمر در کیفیت در سیستم‌های بهداشتی دنیا است. این تحقیق با هدف مقایسه عوامل انسانی و سازمانی تاثیرگذار بر حاکمیت بالینی در بیمارستان فامیلی شهر رشت در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش پژوهش: این تحقیق از نوع کاربردی - پیمایشی بود. جامعه تحقیق شامل پرستاران و سرپرستاران، بیمارستان فامیلی رشت در سال ۱۳۹۳ بوده است. حجم نمونه شامل ۱۱۲ نفر که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و پرسشنامه محقق ساخته‌ای در میان آنها توزیع گردید. پایایی آن حدود ۸۳ بدست آمد و روایی آن به تایید خبرگان ذیربط رسید. علاوه بر آمار توصیفی از آزمون‌های تی و (آنوا) و پیرسون با استفاده از نرم‌افزار Spss نسخه ۲۱ استفاده گردید.

یافته‌ها: مهم‌ترین عوامل انسانی استرس (۴/۴۶)، نوع دوستی (۴/۴۲) و آموزش (۴/۴۰) بودند و تجهیزات (۴/۵۷)، ساختار (۴/۵۱) و پاداش (۴/۴۸) از مهم‌ترین عوامل سازمانی بودند. با توجه به نمرات نظرسنجی اهمیت عوامل در حد زیاد بوده است.

نتیجه‌گیری: توجه به عوامل مدیریتی فارغ از دیدگاه تخصصی پزشکی از جمله عوامل مهم اجرای بهینه حاکمیت بالینی می‌باشد.

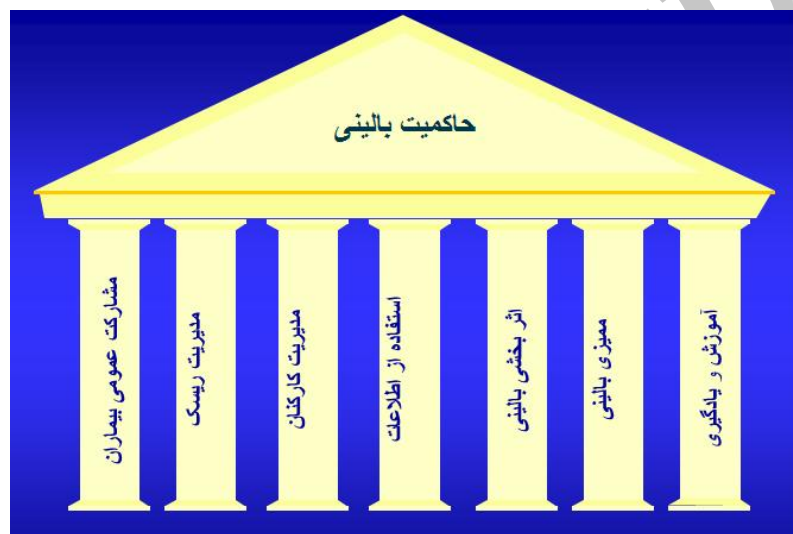
کلید واژه‌ها: حاکمیت بالینی، عوامل انسانی، عوامل سازمانی، بیمارستان فامیلی رشت

- ۱- کارشناس آزمایشگاه دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: Sazimian81@yahoo.com
- ۲- کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
- ۳- مربی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
- ۴- کارشناس ارشد کتابداری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

مقدمه

حاکمیت بالینی یک رویکرد سیستماتیک برای توصیف، حفظ و بهبود کیفیت و مراقبت از بیمار است [۱]. حاکمیت بالینی از ۱۹۹۸ در انگلستان بوجود آمد و از آن به بعد بیمارستان‌ها موظف به پاسخگویی در قبال کیفیت شدند در حالی که قبل از آن موظف به پاسخگویی مالی بودند [۲]. در سال ۱۳۸۵ در کشور ایران وارد و در سال ۱۳۸۸ از سوی وزارت بهداشت به تمام مراکز ابلاغ شد. حاکمیت بالینی رفع سریع مشکل

نیست بلکه روش حل مسایل به طور عمیق است [۳]. تعریف دقیق حاکمیت بالینی موسسه بهداشت ملی انگلستان: بهبود مستمر کیفیت با استانداردهای بالا برای ساخت محیطی برای تعالی بالینی با توجه به پیچیدگی افقی عمودی و جغرافیایی سیستم‌های بهداشتی وجود یک ساختار استاندارد قوی برای انجام امور لازم به نظر می‌رسد [۴]. در کشور ایران مدل هفت ستونی حاکمیت بالینی پذیرفته شده است.



(۵) درگاه دانشگاه علوم پزشکی کاشان

قبلا در سیستم‌های بهداشتی استانداردهایی چون ایزو و برنامه‌های جامع کیفیت اجرا شده ولی به دلیل تک بعدی موفق نبوده است [۶]. مدل حاکمیت بالینی یک مدل پدر سالار نیست بلکه یک مدل مشارکتی پایین به بالا است که بیمار محور است [۷]. امروزه حاکمیت بالینی هسته اصلی سیستم‌های بهداشتی است [۸]. با توجه به اهمیت سیستم‌های بهداشتی امروزه یک تفکر جمعی برای مفهوم‌سازی حاکمیت بالینی لازم است چرا که اکثر تحقیقات در مورد حاکمیت بالینی در مورد تعاریف مدل هفت ستونی آن بوده است و به سنجش عوامل مهم تاثیرگذار بر اجرای صحیح آن یا توجه به معیار صحیح آن پرداخته نشده است [۹]. حاکمیت بالینی در واقع سعی در ترکیب مفاهیم مدیریتی و سلامتی در یکپارچه‌سازی افق سلامت دارد. تفاوت در سبک‌های رهبری، فرهنگ‌ها، ساختار، برداشت‌های متفاوتی از حاکمیت بالینی را سبب می‌شود [۱۰]. به نظر می‌رسد حاکمیت بالینی در مرحله اجرا از مسیر اصلی خود خارج می‌شود و گاه به چک لیست‌های وقت‌گیر و کلیشه‌ای تبدیل می‌شود که باعث اتلاف وقت و کاغذبازی اداری می‌گردد و هدف اصلی گم می‌شود [۱۱].

ادامه این شیوه در بیمارستان‌ها به جای ارتقاء کیفیت باعث پر کردن کاغذ و بایگانی آن در حد رفع تکلیف

مدیریت بهداشت و درمان ۱۳۹۳؛ ۵ (۲)

در روش پیمایشی نیز از پرسشنامه محقق ساخته برای گردآوری اطلاعات استفاده شد. در این پرسشنامه از طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای استفاده شد (۱- به هیچ وجه، ۲- کم، ۳- متوسط، ۴- زیاد، ۵- خیلی زیاد) پایایی این پرسشنامه با محاسبه ضریب کرونباخ ۸۳ مورد سنجش قرار گرفته است. روایی محتوایی آن با نظر متخصصان مربوط تایید و از تحلیل عاملی برای روایی اکتشافی پرسشنامه استفاده شد که ضرایب Bartlett's نشان دهنده صحت طراحی سوالات بود. برای تحلیل آماری پرسشنامه، علاوه بر آمار توصیفی از آزمون‌های تی، تحلیل واریانس یکطرفه (آنوا)، کولموگروف اسمیرنوف و آزمون پیرسون با نرم‌افزار Spss نسخه ۲۱ بررسی قرار گرفت. با توجه ضریب اسپرینف بالای ۰/۰۵ از آزمون‌های پارامتری استفاده شد.

یافته‌ها

بین تأثیر عوامل انسانی تأثیرگذار موثر بر حاکمیت بالینی در بیمارستان فامیلی رشت تفاوت معناداری وجود دارد. در ذیل آزمون تی یک نمونه‌ای مقایسه با میانگین عدد ۳ انجام شد.

می‌باشد که به هیچ عنوان با روح کلی حاکمیت بالینی سازگار نبوده و نیست. در این تحقیق سعی داریم عوامل مهم تأثیرگذار بر حاکمیت بالینی را در دو قالب انسانی و سازمانی در بیمارستان فامیلی رشت بسنجیم. قابل ذکر است در کشور هیچ تحقیقی با رویکرد مدیریتی و چند عاملی انسانی و سازمانی تأثیرگذار بر حاکمیت بالینی نپرداخته است لذا قصد پیدا کردن مهم‌ترین عوامل موثر بر حاکمیت بالینی برای برنامه‌ریزی سیاست‌گذاران و مدیران می‌باشد.

روش پژوهش

این پژوهش پیمایشی و از نوع کاربردی است. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستارانی است که به نحوی با بیمار سر و کار دارند اعم از پرستار، سرپرستار و تعداد کل نمونه پژوهش برابر با ۱۱۲ نفر است و گردآوری اطلاعات، به روش مطالعه اسنادی و پیمایشی انجام گرفت. از مطالعه اسنادی برای مرور مبانی نظری و دستیابی به چارچوب اولیه و شناسایی عوامل موثر تأثیرگذار با استفاده از کتاب‌ها، مقالات معتبر در پایگاه‌های ISI Proquest, Science direct, Scopus و مجلات معتبر علمی - پژوهشی، مقالات همایش‌ها و کنفرانس‌های ملی و بین‌المللی انجام شد.

جدول ۱- آزمون تی یک نمونه نشان دهنده تفاوت معنادار آماری عوامل انسانی و سازمانی

عامل	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪ حد بالا	حد پایین
عوامل انسانی	۲۹.۰۷۰	۱۱۲	۰/۰۰۰	۱.۳۸۴۹۶	۱.۲۹۰۶	۱.۴۷۹۴
عوامل سازمانی	۲۹.۳۵۴	۱۱۲	۰/۰۰۰	۱.۳۵۷۳۰	۱.۲۶۵۷	۱.۴۴۸۹

جدول ۲ و ۳ نشان‌دهنده ترتیب اولویت عوامل انسانی و سازمانی از دیدگاه کادر درمانی می‌باشد.

جدول ۲ - رتبه‌بندی عوامل انسانی

رتبه	عوامل انسانی	میانگین	انحراف معیار
۱	استرس	۴/۴۶	۰.۶۸
۲	نوع دوستی	۴/۴۲	۰.۸۲
۳	آموزش	۴/۴۰	۰.۹۲
۴	فرسودگی شغلی	۴/۳۶	۰.۹۶
۵	ارتباطات	۴/۲۵	۰.۷۶
۶	خود آگاهی شغلی	۴/۲۲	۰.۸۷

جدول ۳ - رتبه‌بندی عوامل سازمانی

رتبه	عوامل سازمانی	میانگین	انحراف معیار
۱	تجهیزات	۴/۵۷	۰.۶۱
۲	ساختار	۴/۵۱	۰.۸۵
۳	پاداش	۴/۴۸	۰.۸۴
۴	حمایت مدیران ارشد	۴/۴۴	۰.۸۲
۵	سبک رهبری	۴/۲۵	۰.۸۹
۶	نظارت و کنترل سازمانی	۴/۱۴	۰.۸۰
۷	تعهد سازمانی	۴/۱۲	۰.۶۷
۸	فرهنگ	۳/۹۷	۰.۷۹

پاسخ‌دهندگان دارای اولویت بالا و بسیار تاثیرگذار بر اجرای درست حاکمیت بالینی می‌باشند.

با توجه به میانگین‌های عوامل می‌توان نتیجه‌گیری نمود که تمام عوامل انسانی و سازمانی از نظر

جدول ۴ - نشان دهنده تفاوت آماری عوامل انسانی و سازمانی با عوامل دموگرافیک

مقدار	نوع آزمون	سنجش تفاوتها کمیت ها
۰/۹۲۸	تی دو نمونه مستقل	عوامل انسانی و جنس
۰/۰۶۳	تی دو نمونه مستقل	عوامل انسانی و تاهل
۰/۸۹	تی چند نمونه مستقل (آنوا)	عوامل انسانی و سن
۰	تی چند نمونه مستقل (آنوا)	عوامل انسانی و تحصیلات
۰/۲۹۳	تی چند نمونه مستقل (آنوا)	عوامل انسانی و شیفت
۰/۱۲۳	تی چند نمونه مستقل (آنوا)	عوامل انسانی و سابقه
۰/۰۱۵	تی دو نمونه مستقل	عوامل سازمانی و جنس
۰/۰۸۲	تی دو نمونه مستقل	عوامل سازمانی و تاهل
۰/۸۹	تی چند نمونه مستقل (آنوا)	عوامل سازمانی و سن
۰	تی چند نمونه مستقل (آنوا)	عوامل سازمانی و تحصیلات
۰/۲۹۳	تی چند نمونه مستقل (آنوا)	عوامل سازمانی و شیفت
۰/۱۲۳	تی چند نمونه مستقل (آنوا)	عوامل سازمانی و سابقه

از جدول شماره ۴ می توان دریافت که با توجه به سطح معناداری ۰/۰۵ بین عوامل انسانی و تحصیلات معناداری وجود دارد.

جدول ۵ - مقایسه عوامل انسانی و سازمانی

میانگین	نوع عامل
۴/۳۵	عوامل انسانی
۴/۳۱	عوامل سازمانی

همبستگی ۰/۵۹۹ می باشد که نشان دهنده رابطه نسبتاً قوی بین دو متغیر است.

می توان بیان نمود که تأثیر عوامل انسانی بر بروز خطرات از عوامل سازمانی بیشتر است. هم چنین با اجرای آزمون پیرسون بین عوامل انسانی و سازمانی در سطح معناداری ۰/۰۵ دارای ضریب

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر می توان گفت که عوامل خطاهای انسانی و سازمانی می تواند بر حاکمیت بالینی بسیار تاثیرگذار باشد و میانگین بالای نمرات نشان دهنده اهمیت دو چندان آنها است. در میان عوامل انسانی استرس، نوع دوستی و آموزش مهم ترین عوامل تاثیرگذار بر حاکمیت بالینی شناسایی شدند و در میان عوامل سازمانی تجهیزات، ساختار و پاداش مهم ترین عوامل شناخته شدند.

با توجه به سطح معناداری ۰/۰۵ بین عوامل انسانی و تحصیلات و عوامل سازمانی و تحصیلات و جنس تفاوت آماری معناداری وجود دارد. سهم عوامل انسانی در اجرای صحیح حاکمیت بالینی از سهم عوامل سازمانی بیشتر بود.

در تحقیق آنجذاب و فرنیا رویارویی با بیماران، داشتن مسئولیت در قبال سلامت انسان ها و انجام فرآیندهای پیچیده بالینی و رویارویی با همراهان بیماران بدحال را از عوامل استرس زای سیستم های بهداشتی دانستند [۱۲].

همچنین در تحقیقی دیگر عنوان شد پرستاران بیشتر در معرض حوادث ناگوار هستند پس باید برای حفاظت از بیمار از استرس پرستاران و پزشکان کاسته شود [۱۳] که با نتایج این تحقیق سازگار است. در تحقیقی حس نوع دوستی باعث افزایش حس مسئولیت پذیری اجتماعی و حس همدلی می شود و چون افراد نوع دوست انتظار پاداش مادی ندارند در مسایل درمانی که رابطه عاطفی مراقبتی پرستار سهم عمده ای دارد عامل بسیار مهمی می باشد که با این تحقیق سازگار است [۱۴]. در تحقیق دادگری و همکاران ضرورت آموزش صحیح در سطح مناسب همراه با تعامل مدیریتی و ترکیب مهارت های فنی و علمی و انسانی از نیازهای اصلی سیستم سلامت است که با این تحقیق سازگار است [۱۵].

در پژوهش عامریون آتانی و محبی آشکار شد نگهداری صحیح، به روز بودن پرسنل و بهره برداری درست تجهیزات پزشکی باعث کاهش هزینه درمان و تامین رضایت دو طرف و کاهش هزینه های درمانی و امنیت

بیشتر سرویس دهی برای بیمار و همراه می شود [۱۶] که با این تحقیق سازگار است. ساختارهای پیچیده علوم پزشکی از لحاظ افقی (تخصص گرایی) عمودی (تفاوت تخصص و بورکراسی) و جغرافیایی از مشکلات ساختارهای سیستم های سلامت است که از چابکی پاسخ گویی سریع به محیط می کاهد و باعث نارضایتی مشتریان (بیماران و کارکنان) می شود که همسو با این تحقیق است [۱۷]. در سیستم های علوم پزشکی به دلیل کمبود حقوق و مزایای دریافتی افزایش پاداش در کاهش خطا و افزایش راندمان کاری بالینی مهم است که همسو با این تحقیق است [۱۸].

همچنین در تحقیقی حمایت مدیران ارشد نیز نقش انگیزشی بسیار مهمی در تعهد افراد دارد که این امر در سیستم های بیمارستانی بسیار نمود و اهمیت دارد [۱۹]. روابط تخصصی ضعیف، عدم تمرکز کافی بر فرآیندهای کیفیت آفرین و مدیریت ضعیف از دلایل عدم اجرای صحیح حاکمیت بالینی است. انگیزش کارکنان و هدف گذاری صحیح برای انجام صحیح کیفیت لازمه اجرای صحیح حاکمیت بالینی است [۲۰]. همچنین برای اجرای درست حاکمیت بالینی نقش مدیران منابع انسانی و توجه لازم به عوامل انسانی بسیار مهم تشخیص داده شد و همچنین انگیزش کاری و رضایت کار و توجه به عوامل مدیریتی پیش زمینه مناسبی برای ارتقاء سلامت می باشند که با نتایج این پژوهش سازگار است [۲۱]. در تحقیقی اجرای ناقص حاکمیت بالینی را در یکی از بیمارستان های شیراز خاطر نشان کرد و برای حل مشکل به ارزیابی وضعیت عوامل سازمانی و انسانی نیروی کار از دیدگاه کادر درمانی اشاره شد که با نتایج این پژوهش سازگار است [۲۲].

در پژوهشی رابطه معناداری بین متغیرهای آموزش کارکنان، شایسته سالاری و حقوق و مزایای پرسنل و اجرای صحیح حاکمیت بالینی مشاهده گردید. آموزش های تخصصی و توسعه ای می تواند نقش مهمی برای حاکمیت بالینی داشته باشد [۲۳]. افزایش اعتبارات و آموزش مناسب و بهبود ساختار سازمانی از عوامل موثر بر اجرای بهتر حاکمیت بالینی خواهند بود [۲۴].

بالینی این مرکز و آقای زارع پور مدیریت محترم این بیمارستان که در تکمیل فرآیند این تحقیق ما را یاری رساندند کمال تشکر را داریم.

همچنین عدم همکاری پرسنل و عدم توجه به عوامل انسانی یک چالش بزرگ در اجرای حاکمیت بالینی بوده است که همگی توجه بر عوامل مدیریتی انسانی و سازمانی دارند و با این تحقیق سازگار است [۲۵].

رعایت دقیق حاکمیت بالینی باعث ارتقا سیستم‌های سلامت می‌شود. اما توجه بیش از حد به انجام یک کار بدون توجه به عوامل تاثیرگذار بر آن باعث نوعی آسیب در روند اصولی کار می‌شود که در ادبیات مدیریت به آن گم شدن هدف می‌گویند. لذا بجاست عوامل موثر و مهم انسانی و سازمانی تاثیرگذار بر حاکمیت بالینی شناسایی شوند تا مدیران و برنامه‌ریزان وزارت بهداشت و سیستم سلامت توجه بسیار عمیق‌تری به آن داشته باشند. توجه به سیستم‌های سلامت در رشد جامعه، نگاه جدی به عوامل انسانی و سازمانی فارغ از بحث تخصصی بسیار مهم می‌باشد. امروزه که تمام سرمایه یک سازمان افراد شاغل در آن هستند این امر بیش از پیش نمود پیدا می‌کند. در سازمان‌های بهداشتی ایران که سهم عمده سیاست‌گذاری و نظارت بر بخش خصوصی نیز بر عهده وزارت بهداشت است لازمه نگاه مدیریتی کلان به ساختار بهداشت کشور و آموزش تیم پزشکی کشور در این زمینه نیاز به فرهنگ‌سازی گسترده دارد. نگاه نرم‌افزاری (انسانی) در کنار گسترش سخت‌افزاری (سازمانی) در ساختار وزارت بهداشت و جلوگیری از یکسوی‌نگری تخصصی در بدنه وزارت بهداشت به دلیل اینکه اکثر مدیران این حوزه از پزشکان می‌باشند لازم و ضروری است. به دلیل اینکه حاکمیت بالینی پیوند مبارک استانداردهای بالینی و اصول علم مدیریت است امید است مدیران وزارت بهداشت برای مسایل تخصصی بالینی از دیدگاه مدیران خبره به مسایل نگرینده تا هم باعث ارتقا سلامت جامعه و افراد شاغل در بیمارستان‌ها و در نهایت تعالی کیفیت سیستم بالینی گردند.

تشکر و قدردانی

در پایان از زحمات کلیه پرستاران بیمارستان فامیلی رشت، جناب مهندس شمسی پور مسئول دفتر حاکمیت

Reference:

- 1- Webb V, Stark M, Cotts A, Tait S, Randle J, Green G. One model of healthcare provision lessons learnt through clinical governance. *Journal of forensic and legal medicine* 2010; (17): 368-373.
- 2- Danielle B, Freedman F. Clinical governance bridging management and clinical approaches to quality in the UK. *Clinical Chemical Act* 2002; 133-141.
- 3- Heidarpour P, Dastjerdi R, Rafiee S, Sadat M, Mostufian F. Introduction to Clinical Governance, Tandes; 2011.[Persian]
- 4- VanuSom C. Exploring the human resource implications of clinical governance. *Health Policy* 2007; (80): 281-296.
- 5- Kashan Medical and Clinical Research Support Unit, <http://research.kaums.ac.ir/Default.aspx?PageID=479> retrieved (12/3/2014)
- 6- Khalifi nejad N, Ataee M, Hadizaad F. Look toward the Clinical Governance and Clinical Service Excellence .Isfahan University of Medical Sciences; 2008.[Persian]
- 7- Lugon M. Clinical governance: from rhetoric to reality, *Current Pediatrics* 2005; (15): 460-465.
- 8- Fierlbeck K. The changing contours of experimental governance in European health care. *Social Science & Medicine* 2014; 108: 89-96
- 9- Barbazza E, Tello J E. Review A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy* 2014; 116: 11-13.
- 10- Dehnavi H, Markazi moghaddam N. Designing the framework for evaluating clinical governance at Army hospitals Iran. *Journal of Medical Sciences Iranian Army* 2013; 11(4) [Persian]
- 11- Azmian Moghadam F, Hozni A. clinical governance gift from management .pezeshkan gill journal;2014:128.23
- 12- Anzajab B, Frina F. the relationship between Job stress associated with behavioral and psychological rewards in public hospitals of Yazd province in 2008, *Yazd University of Medical Sciences* 2002; 10(3). [Persian]
- 13- Rezaei Sh, Hosseini MA, Fallahi M. The impact of communication skills training on the rate of job stress amongst nursing in the rehabilitation of the Ray City in 2013 year, *Journal of Tehran University of Medical Sciences* 2014; 64 (1) [Persian]
- 14- Narimani M, Sadeghieh S, Esmaeelinejad A, Soleimani S. Comparison of altruism, empathy and social responsibility on volunteers and non-volunteers to donate blood. *Blood Quarterly* 2012; 10(2): 197-199[Persian]
- 15- Dadgari et al. Examining the affect of education on nurses' knowledge and skills in medication dosage calculation. *Quarterly Science and Health* 2012; 7(1) [Persian]
- 16- Amerion B, Aghaee H, Mohebi H. Examining management of equipment keeping in 1 Hospital selected for other hospitals, *Journal of Tebe Nezami* 2012; 3(3) [Persian]
- 17- Nasehifar, V. Habibi A. Structural factors affecting on innovation and knowledge creation in organizations. *Tax Bulletin* 2011; 9(57) [Persian]
- 18- Nasiripoor, A A. Tabibi J, Habibi M. The relationship with responsibility of staffs in welfare facilities care centers in Noor City, *Journal of Health and care.*2012; 31-33[Persian]
- 19- Doaee H, Borjali Lu Sh. The examination of the relationship between organizational support, organizational commitment and intention to leave job, *public management perspective* 2000; (3) [Persian]
- 20- Hogan H, Baseneet I, Mckee M. consultants attitudes to clinical

governance barriers and incentives
engagement, public health
2002;(121)614-622

21- Vanusom C. Exploring the human
resource implications of clinical
governance .health policy; 2007:80:281-
286.

22- Zand F, Khosravi A, Nilmanesh P,
Maghsoudi B. Internal evaluation of the
intensive care unit of the hospital
component of clinical governance
Shiraz, Journal of Critical
Care.2012;80(34). [Persian]

23- Ghazanfari F, Mobaraki H. The
impact of human resource management
on the implementation of clinical
governance at the university hospital of
Tehran, Medical Journal
Tehran;2012:7(6).[Persian]

24- Fataollahi M. Bahrami A, Bahar F,
Rajaliyan H, Gharayee A, Homayouni
E. Challenges of clinical governance in
Yazd sadooghi Hospital, Journal of
Management and
Information.;2012:1(2).[Persian]

25- Tanton p. The role of an NHS board
in assuring the quality of clinically
governed care and the duty of trust to
patients.an international journal 2006;
11(1)