

موانع و مشکلات استقرار برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (یک مطالعه کیفی)

عباس زیاری^۱، کامبیز عیاجی زاده^{۲*}، مریم رسولی^۳، محمد علی حیدرنیا^۴، مریم محسنی^۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۱۶

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۱۲

حکده:

زمینه و هدف: روشهای مختلفی برای ارتقای کیفیت مراقبتهای سلامت پیشنهاد شده که یکی از آنها، حاکمیت بالینی میباشد. این سیستم در سال ۱۳۸۸ بعنوان الگویی کشوری معرفی و بیمارستانها موظف به اجرای آن شدند. در ارزیابی کشوری استقرار حاکمیت بالینی تنها دو بیمارستان از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد تایید قرار گرفتند. این پژوهش با هدف بررسی موانع استقرار برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه با رویکردی کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی و با مشارکت ۲۵ نفر از افراد درگیر در اجرای برنامه، شامل پرستاران، پزشکان، مدیران و کارشناسان بیمارستانها و وزارت بهداشت، با روش نمونه گیری هدفمند انجام شد. داده ها از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته جمع آوری و بطور همزمان تحلیل شد. صحت و استحکام داده ها توسط شرکت کنندگان و کنترل خارجی تایید گردید.

نتایج: یافته ها در ۹ درونمایه چالشهای نیروی انسانی، کمبود منابع مالی، کامل نبودن سیستم های ثبت و مستندسازی، فرهنگ سازمانی نامناسب، کمبود آگاهی مدیران و کارکنان، نقص در رویه ها و خط مشی های مدون، نظارت و ارزشیابی نامناسب، فقدان هماهنگی بین بخشی و رهبری سازمانی ضعیف بدست آمده، در دو حیطه درونداد و فرایند قرار داده شدند.

نتیجه گیری: یافته های مطالعه نشاندهنده وجود مشکلات و موانع متعددی در استقرار این برنامه میباشد که لازم است اولویت بندی شده و برای رفع آنها راهکارهای مناسب ارائه شود.

کلمات کلیدی: بیمارستان، حاکمیت بالینی، کیفیت، تحلیل محتوای قراردادی، مطالعه کیفی

^۱ متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
^۲ متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) آدرس محل کار: تهران، اوین، خیابان کودکان، دانشکده پزشکی شهید بهشتی، طبقه هشتم، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی. تلفن: ۰۲۳۸۷۲۵۶۷ - ۰۹۱۲۳۲۲۶۹۱۰ پست الکترونیک: abachizade@gmail.com
^۳ دکترای پرستاری، دانشیار گروه پرستاری کودکان، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۴ متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۵ متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه :

تاکنون روش ها و ابزارهای مختلفی برای ارتقای کیفیت مراقبت های سلامت در کشورهای مختلف استفاده شده است. یکی از این شیوه ها، حاکمیت بالینی است که نخستین بار در نظام سلامت انگلستان به عنوان راهبرد ارائه شده از سوی دولت و به منظور ارتقای کیفیت مراقبت های بالینی در سال ۱۹۹۸ عنوان شد (۱). حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمانهای ارائه دهنده خدمات بالینی، در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو میباشند. به همین دلیل مسئولیت پذیری مراکز ارائه خدمات سلامت می بایست افزایش یابد تا از ناهمسانی خدمات ارائه شده به بیماران کاسته گردد و همچنین برخورد مناسب با خطاهای پزشکی به عنوان یک اصل مهم در امر حاکمیت بالینی مورد توجه قرار گیرد تا بدین طریق مراقبت های نامناسب، ضعیف و غیر اثربخش وجود نداشته باشند (۲). تغییر جهت فراگیر در نظام سلامت دیگر کشورها از سمت جوانب مالی به سوی جوانب کیفیتی باعث شد تا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۸ مدل حاکمیت بالینی را به عنوان الگویی کشوری معرفی نماید. به منظور تحقق اهداف حاکمیت بالینی، دفاتر حاکمیت بالینی در ستاد کلیه دانشگاهها و بیمارستانهای تحت پوشش و از جمله در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۰ تشکیل شد (۳ و ۴).

حاکمیت بالینی بر اساس ۷ ستون مشتمل بر ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مدیریت خطر، مشارکت استفاده کنندگان از خدمات و جامعه، آموزش، مدیریت اطلاعات و مدیریت کارکنان تشکیل شده است (۵). سازمان جهانی بهداشت پیاده سازی نظام حاکمیت خدمات بالینی را به همه کشورهای عضو توصیه کرده است. با این حال پاسخگویی در قبال ارتقای کیفیت همچنان در مراحل اولیه خود قرار دارد و بیشتر به پاسخ به شکایتها و اعتراضها محدود میشود. به رغم همه تلاشها کیفیت خدمات آرایه شده هنوز با آنچه مورد انتظار است فاصله دارد و فراهم آوردن اطلاعات مناسب در زمینه کیفیت در سطح کشور ضروری است (۶). برای مثال، مطالعه ای که با هدف ارزیابی میزان پیشرفت حاکمیت بالینی در یکی از بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر تهران انجام شد نشان داد که در محورهای اثر بخشی بالینی و ممیزی بالینی در آن بیمارستان پیشرفتی حاصل نشده است (۷).

در مطالعات محدودی که در این زمینه انجام شده، موانع مختلفی برای عدم اجرای کامل این برنامه در برخی از بیمارستانها ذکر شده که بیشتر از جنبه کمی مورد توجه قرار گرفته است. در مطالعه ای موانع اصلی اجرای حاکمیت

بالینی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی مشهد عدم صلاحیت مدیران بیمارستانها، کمتر از حد استاندارد بودن نیروی انسانی بیمارستانها و بکارگیری نادرست کارکنان، آگاهی ناکافی کارکنان از حاکمیت بالینی، عدم وجود سیستم انگیزشی مناسب و فرهنگ غلط سازمانی گزارش شده است (۸). ضعف در طراحی منسجم، عمیق و فراگیر و نیز فقدان مهارت برای استقرار نظام حاکمیت بالینی در کشور و نقص در توجه به نیازهای واقعی مراکز درمانی و بیماران و فقدان الگویی مشخص برای اطلاع رسانی و اجرای آموزشهای این نظام از جمله موارد دیگری است که مطرح می باشد (۹). در عین حال، نقش پزشکان در استقرار و اجرای حاکمیت بالینی بسیار مهم است. مطالعه ای نشان داد که بیشترین مقاومت در برابر تغییرات ناشی از پیاده سازی برنامه حاکمیت بالینی را پزشکان داشته اند (۱۰). مطالعه دیگری، مهمترین چالش های شناخته شده اجرای برنامه در بین مدیران سطوح میانی بیمارستانها را نبود درک و شناخت شفاف و واضح از مفاهیم پایه حاکمیت بالینی دانسته است (۱۱). مطالعه ای با هدف بررسی تجربه دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای برنامه حاکمیت بالینی نشان داد که ایجاد اطلاعات مناسب در زمینه کیفیت نیازمند اقدامات اساسی در سطح دانشگاه بوده است (۶).

در سال ۱۳۹۱، از بیش از ۲۰ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، استقرار و اجرای مناسب حاکمیت بالینی تنها در دو بیمارستان (کمتر از ۹ درصد) مورد تایید وزارت بهداشت و درمان قرار گرفت که نشان دهنده لزوم بررسی بیشتر در این زمینه است. علیرغم اهمیت اجرای برنامه حاکمیت بالینی در تمامی بیمارستان های کشور و تاکید وزارت بهداشت و درمان در اجرای کامل و موثر آن و نیز تاثیر این برنامه در ارتقای کیفیت ارائه خدمات بالینی به بیماران، پژوهش چندان در خصوص مشکلات استقرار این برنامه و دلایل عدم اجرای مناسب آن در بیمارستان های کشور به صورت کیفی صورت نگرفته و اندک مطالعات انجام شده نیز بیشتر مطالعات کمی بوده است. از آنجا که پژوهش های کیفی می توانند دیدگاه های عمیق و عینی را با توجه به تجربیات واقعی افراد مشارکت کننده فراهم کنند انجام این گونه مطالعات میتواند ابعاد بیشتر و دقیق تری از موانع و مشکلات استقرار برنامه حاکمیت بالینی را نشان دهد. لذا این مطالعه با هدف تبیین موانع و مشکلات استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است تا با شناسایی مشکلات بتوان راهکارهای عملی و کاربردی ارائه نمود.

مواد و روش ها

این مطالعه، پژوهشی کیفی بوده که به روش تحلیل محتوای قرار دادی انجام شده است. شرکت کنندگان در این پژوهش، گروهی از افراد درگیر در اجرای برنامه حاکمیت بالینی، شامل پرستاران، پزشکان، مدیران، روسا و کارشناسان حاکمیت بالینی بیمارستان ها و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و نیز وزارت بهداشت و درمان بودند که در سه سطح مختلف اجرایی برنامه شامل سطح بیمارستان های آموزشی دانشگاه، سطح ستاد معاونت درمان دانشگاه و سطح وزارت بهداشت و درمان قرار داشتند. مشارکت کنندگان اولیه از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده و انتخاب سایر شرکت کنندگان به روش گلوله برفی (Snow ball) ادامه یافت. به این ترتیب که از هریک از مشارکت کنندگان درخواست می شد که اگر فرد یا افراد متخصصی را در زمینه مورد پژوهش می شناسند که به موضوع پژوهش، اشراف داشته و میتوانند نظرات کارشناسی ارائه دهند، معرفی نمایند.

به منظور جمع آوری داده ها از مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته (Semi-structured interview) که چارچوب آن بر اساس مرور متون طراحی گردید استفاده شد (۱۲). روایی آن بر اساس نظرات ۷ نفر از صاحب نظران (دارای سابقه انجام پژوهش های کیفی و از اساتید دانشگاهی دارای مدارک دکترای پرستاری، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و دکترای سیاست گذاری سلامت) مورد بازبینی و تایید نهایی قرار گرفت. مصاحبه ها توسط یک پژوهشگر انجام شد. به منظور افزایش دقت در جمع آوری اطلاعات مصاحبه ها با کسب اجازه از شرکت کنندگان در پژوهش توسط دستگاه رکورد ضبط شد. هر مصاحبه با این پرسش آغاز شد که "نظر شما در باره اجرای برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی چیست؟" و به دنبال پاسخ شرکت کنندگان و با توجه به پاسخ آنان با پرسیدن سؤالات عمق دهنده (Probing) همانند سؤالات ذیل پیگیری شد:

در استقرار این برنامه شما چه تجربیاتی داشتید؟
آیا در طول استقرار و اجرای برنامه مقاطعی بوده که احساس کنید برنامه با کندی یا توقف مواجه شده است؟

با توجه به تجربه شما چه مواردی عامل آن بوده است؟
طول مدت مصاحبه ها از ۵۵ دقیقه تا ۸۴ دقیقه متفاوت بود. مصاحبه ها تا اشباع داده ها (Data Saturation) ادامه یافت. اشباع عبارت از تکرار اطلاعات بدست آمده و تایید داده های جمع آوری شده قبلی می باشد. بعد از انجام ۱۹ مصاحبه داده ها به اشباع رسید که به منظور حصول اطمینان، ۶ مصاحبه دیگر نیز انجام گرفت که در نهایت تعداد مصاحبه ها به ۲۵ مصاحبه رسید. پس از پایان هر مصاحبه اطلاعات ضبط شده در کوتاه ترین زمان

ممکن و پس از دو یا سه بار گوش دادن، کلمه به کلمه به روی کاغذ منتقل شده و هم زمان با فرایند جمع آوری داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سپس تمامی اطلاعات پیاده شده به منظور اطمینان از صحت و دقت اطلاعات انتقال یافته، ضمن گوش دادن به مصاحبه ضبط شده مجدداً مرور شد. جهت تحلیل از آنالیز درون مایه ای (Thematic analysis) استفاده شد. (۱۳) بدین معنی که، جملات شرکت کنندگان در پژوهش که هر یک به طور معمول در قالب یک کد بوده و بر یک واحد معنایی دلالت داشتند، از متن مصاحبه ها استخراج شدند و جهت سهولت در تشخیص اینکه هر عبارت، مربوط به کدام مصاحبه بوده است، شماره مصاحبه در کنار هر عبارت درج شد. در مرحله بعد کدهای اولیه مشابه در یک طبقه کنار هم قرار گرفته، بدین ترتیب طبقات اولیه شکل گرفتند. سعی شد که درون طبقات بیشترین همگنی و در بین طبقات بیشترین ناهمگونی لحاظ شود. سپس طبقات نام گذاری شد. در مرحله بعد مجدداً این طبقات به منظور دستیابی به درون مایه ها (Themes) مرور شدند و با انجام مقایسه مداوم، طبقات مشابه با هم ادغام شدند و در نهایت درون مایه های اصلی که به عنوان موانع و مشکلات استقرار برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی حائز اهمیت بودند، استخراج گردیدند. به منظور افزایش صحت و استحکام داده های کیفی، از تحلیل هم زمان داده ها با فرآیند جمع آوری اطلاعات استفاده شد تا امکان بازخورد نتایج به دست آمده امکان پذیر شود.

جهت تعیین صحت و استحکام داده ها (اعتبار، انتقال پذیری، قابلیت اعتماد و تایید پذیری) سعی شد افراد شرکت کننده در پژوهش حداکثر تنوع را از نظر ویژگی های نظیر سطح تحصیلات و سمت شغلی داشته و نیز استقرار و اجرای برنامه را تجربه کرده و تمایل به بیان تجربیات خود داشته باشند. در توصیف و استخراج طبقات دقت شد و پیش فرضهای پژوهشگر جهت جلوگیری از تاثیر احتمالی آن بر تحلیل اطلاعات از ابتدا مشخص شد. همچنین یافته ها توسط برخی از شرکت کنندگان مرور شد و جهت حصول اطمینان از همخوانی طبقات با گفته های شرکت کنندگان کدها و طبقات استخراجی توسط تعدادی دیگر از اعضای هیات علمی و افراد صاحب نظر مورد بررسی قرار گرفت. پژوهشگر نیز کاملاً مراحل پژوهش را تشریح کرده تا خوانندگان امکان قضاوت درباره انتقال پذیری یافته ها را داشته باشند. (۱۴)

انتخاب مطلعین اصلی، توصیف مبسوط، دقیق و گام به گام چگونگی اجرای پژوهش و ویژگی های جمعیت مورد مطالعه به منظور افزایش انتقال پذیری داده ها و بازنگری ناظرین (Peer check) در قالب استفاده از نظرات تکمیلی همکاران از سایر روش ها برای افزایش استحکام داده ها در این پژوهش بوده است. (۱۴)

دولتی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مدیریت سلامت، پزشک عمومی و پزشک متخصص و مقاطع تحصیلی آنان از کارشناسی تا دکترای تخصصی و PhD بود. سابقه کاری آنان ۲۳-۱۰ سال بود.

بعد از تحلیل دست نوشته ها ۲۹۵۶ کد بدست آمد که در نهایت در ۳۰ طبقه دسته بندی گردید. سپس طبقات بر اساس مفاهیم مشترک ادغام شده و ۹ درون مایه (تم) موانع و مشکلات به حاصل شد. (جدول شماره ۱)

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر شامل تشریح اهداف و مراحل انجام پژوهش برای شرکت کنندگان و کسب رضایت آگاهانه آنان و اطمینان دادن درخصوص محرمانه ماندن اطلاعات بوده است.

یافته ها :

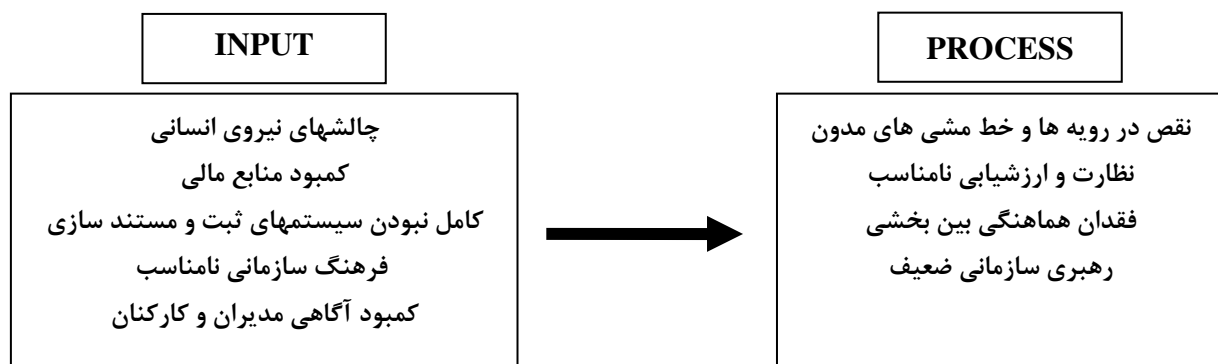
شرکت کنندگان در این پژوهش ۲۵ نفر شامل ۱۶ نفر زن و ۹ نفر مرد بودند. سن آنها ۳۵-۵۷ سال بود. رشته های تحصیلی آنان پرستاری، آموزش بهداشت، کتابداری، مدیریت

جدول شماره ۱ - درون مایه ها و طبقات موانع و مشکلات استقرار برنامه حاکمیت بالینی

طبقات	درون مایه ها
تعداد کافی نیروی انسانی، تحصیلات، توانمندی، کارایی (در حیطه عمل)، تجارب قبلی	چالشهای نیروی انسانی
تخصیص بودجه مستقل، تامین اعتبارات کافی	کمبود منابع مالی
زیر ساخت های قبلی، سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS)، امکانات کافی	کامل نبودن سیستم های ثبت و مستند سازی
ضعف برنامه ریزی، انتظارات غیر واقعی، ثبات مدیریتی، استفاده از تجربه موجود داخلی و خارجی، لزوم بومی سازی برنامه	فرهنگ سازمانی نامناسب
آموزش پرسنل و دست اندرکاران	کمبود آگاهی مدیران و کارکنان
ضمانت اجرایی، ارتقای نیروی انسانی، تدوین دستور العمل ها و استانداردها، مستندسازی	نقص در رویه ها و خط مشی های مدون
تدوین شاخصهای عملکردی، کفایت کمی و کیفی ارزیابها، تیم تخصصی ارزیابی	نظارت و ارزشیابی نامناسب
یکپارچه سازی برنامه (در حیطه یک برنامه که منظور ارزشیابی و نظام پرداخت و می باشد)، همزمانی چند برنامه	فقدان هماهنگی بین بخشی
زمانبندی مناسب، تفویض اختیار، تعهد مدیریتی، مسائل اجرایی، تعجیل در اجرای برنامه	رهبری سازمانی ضعیف

فرایند (PROCESS) دسته بندی گردیدند (شکل شماره ۱).

سیس درون مایه های حاصل از پژوهش، براساس الگوی دونابدین، در سه حیطه درون داد (INPUT) و



شکل شماره ۱ - حیطه بندی درونمایه ها بر مبنای الگوی دونابدین

برنامه از سوی پرسنل میشود. یکی از شرکت کنندگان (خانم ۴۳ ساله دکترای خدمات بهداشتی و درمانی): "ما در بیمارستانها میگییم Safety ولی اونی که مسئول اجراس میگه: برای خرید دکوسپت پول کافی نداریم... برای خرید دو تا گارد تخت بیمار مشکل داریم... چه کار بکنی چه نکنی دریافتیت فرقی نداره...".

۳- کامل نبودن سیستم های ثبت و مستند سازی

بسیاری از شرکت کنندگان نبود زیر ساختهای قبلی و امکانات کافی را جزو مشکلات استقرار برنامه حاکمیت بالینی میدانستند. به گفته بعضی از شرکت کنندگان برای انجام کارهای مختلف و مستند سازی اطلاعات مربوط به دارو و درمان بیماران و نیز ثبت جزئیات لازم برای پیگیری وضعیت بیمار و استفاده درست از آمار و اطلاعات بیمارستان، لزوم وجود یک سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) که بخشهای مختلف را بهم پیوند میدهد به همراه تجهیزات و امکانات کافی، به وضوح مشهود است. پزشک عمومی ۴۸ آقای ساله: "تا سیستم اطلاعات بیمارستانی دقیق و بهم پیوسته ای با تجهیزات کافی نباشه نمیشه از داده های مختلف بیمار را به نتیجه درست و دقیقی رسید".

۴- فرهنگ سازمانی نامناسب

به اعتقاد شرکت کنندگان در پژوهش برای اجرای درست این برنامه باید با استفاده از تجربه موجود داخلی و خارجی و در نظر گرفتن شرایط حاضر و امکانات موجود به بومی سازی برنامه پرداخته و با در نظر گرفتن تمامی جوانب فرهنگی به برنامه ریزی برای اجرای برنامه پرداخت. از دیدگاه تعدادی از شرکت کنندگان به دلیل فرهنگ نامناسب حاکم بر سیستم اداری برخی اقدامات مانع استقرار کامل برنامه میشوند. از جمله اینکه عدم ثبات مدیریتی در سطوح صف و ستاد و حتی وزارتی موجب تغییر متناوب در اولویت های عملکردی شده و این امر یکی از دلایل عدم استقرار مناسب برنامه است. خام ۴۷ ساله سوپر وایزر: "تغییراتی که هر چند وقت یکبار در مدیریت ها ایجاد میشه باعث میشه مدیران جدید به برنامه اهمیت ندن و اساسا در فرهنگ اداری ما با تغییر یک مدیر، کل برنامه ها دچار تغییرات شدید میشن و در حالیکه نباید برنامه ها وابسته به شخص باشن". از سوی دیگر بدلیل نبود فرهنگ نظام مند اداری، برخی انتظارات غیر واقعی موجب تصمیمات و نتیجه گیریهای عجولانه شده و که این خود میتواند منجر به دلسردی و کاهش انگیزه در اجرای برنامه شود. آقای ۴۲ ساله دکترای مدیریت سلامت میگوید: "ما نباید انتظار داشته باشیم کاری که در انگلستان بیس سال طول کشیده تا جواب بده در اینجا ظرف ۲-۳ سال جواب بده... باید با برنامه ریزی درست و دقیق بومی سازی بشه... اونجا این برنامه شده فرهنگ درمان، ما اینجا باید اینو فرهنگ درمان کنیم...". درعین حال بعضی از شرکت کنندگان لزوم اصلاح فرهنگ سازمانی را بیان کردند و اظهار داشتند که گام اساسی اصلاح

درون مایه و طبقات آنها با قسمتهایی از مصاحبه ها در ادامه ذکر میگردد:

۱- چالشهای نیروی انسانی

یافته های پژوهش نشان داد اکثریت شرکت کنندگان در این پژوهش کمبود نیروی انسانی و نداشتن انگیزش کافی و توانمندی آنان را به عنوان یک مشکل اساسی بیان کردند. به نظر بسیاری از آنان باید برای انجام برنامه تعدادی نیروی مشخص با شرح وظایف معلوم که صرفا به انجام کارهای حاکمیت بالینی بپردازند تعیین شود و از محول کردن کارهای برنامه به افراد دارای وظایف دیگر باید اجتناب کرد. به علاوه اظهار داشتند که تحصیلات پایین تر برخی پرسنل نیز میتواند موجب کارایی کمتر پرسنل شده و مانع استقرار مناسب برنامه شود. در این رابطه یکی از شرکت کنندگان (خانم ۴۹ ساله با مدرک فوق لیسانس مدیریت دولتی) اظهار داشت: "مثلا در قسمت اورژانس یک بار برای ممیزی به هر کی زنگ میزدن برای حضور در جلسه نبود چون جای دیگه بهش نیاز داشتن و در نتیجه جلسه ممیزی انجام نشد". نکته قابل توجهی که اکثر شرکت کنندگان بیان کردند نیاز مبرم به تعداد کافی نیروی انسانی و البته بتوانند بود که نبود آنان مانع بزرگی به حساب می آمد. یکی از شرکت کنندگان (خانم ۴۹ ساله پرستار) در این رابطه گفت: "خیلی از مواقع فردی که مسئول پیگیری برنامه در بیمارستانه مسئولیتهای دیگه ای هم داره و واقعا نمیتونه به همه کارها به دقت رسیدگی کنه و چون نیرو نداشتن و کسی نبود از سر ناچاری براش ابلاغ زند و اونم هیچ انگیزه ای نداره". خانم ۴۵ ساله سوپروایزر اظهار داشت: "متاسفانه اون افرادی هم که قراره اجرای برنامه رو زیر نظر داشته باشن و مثلا مسئول برنامن، افراد توانمند و قوی نیستن و برا همین برنامه خوب پیش نمیره".

۲- کمبود منابع مالی

کمبود منابع مالی در اظهارات تمامی شرکت کنندگان دیده شد به طوری که همه ۲۵ نفر شرکت کننده آن را بیان کردند. از دید شرکت کنندگان، نبود منابع مالی مشخص و مستقل با ردیف ثابت، مشکل بسیار مهم در اجرای برنامه حاکمیت بالینی بشمار میرفت. "در آیین نامه ها و بخشنامه ها و... باید بودجه مستقل موجود باشه. برای کارگاه ها و آموزش پرسنل و پرداخت کار اضافه ای که پرسنل انجام میدن باید هزینه پرداخت. وقتی که هزینه های لازم دیده نشه کارها اونطور که باید پیش نمیره". (خانم ۴۵ ساله سوپروایزر).

به نظر شرکت کنندگان علاوه بر لزوم اختصاص بودجه ای مستقل، کافی بودن بودجه و اعتبارات لازم برای انجام برنامه حاکمیت بالینی نیز بسیار حائز اهمیت است. نبودن بودجه کافی و عدم پرداخت حق الزحمه پرسنل در ازای انجام کارهای برنامه که به وظایف معمول آنان اضافه شده است موجب بی توجهی به

لازمه تعدادی از افراد به طور کامل آموزش ببینن و تخصصی به این کار پرداخته شه."

۸ - فقدان هماهنگی بین بخشی

بسیاری از شرکت کنندگان جدا بودن اجرای برنامه حاکمیت بالینی از سایر مکانیسمهای مدیریت را جزء موانع مهم در استقرار این برنامه برشمردند. به عقیده آنان لازم است که برنامه حاکمیت بالینی با پرداختهای مالی و ارزشیابی های درون سازمانی و عوامل موثر در ارتقای شغلی پرسنل و معیار اعتبار بخشی و سیستمهای بازخورد عملکرد ادغام شده و همه عملکردها در یک راستا باشند تا این برنامه به عنوان یک برنامه مجزا و بدون پشتوانه های اداری و مالی قلمداد نشود. یک خانم پزشک متخصص در این رابطه گفت: " باید این برنامه جزئی از نظام اداری و مالی بشه و یکی از معیارهای تصمیم گیری برای ارتقای شغلی به حساب بیاد. مشکل اینه که این برنامه یک جزیره ایزوله است و هیچ ارتباطی با سیستم اداری و مالی نداره ... باید مثل اعتبار بخشی که همه برای جذب منابع مالی دنبالشن، اینم به سیستمهای مالی و اداری لینک بشه و گرنه همینکه هست ...". از طرف دیگر از دید تعدادی از شرکت کنندگان در پژوهش لازم است که همه برنامه های ارتقای کیفیت صرفا در قالب یک برنامه به اجرا در آیند. شرکت کننده ای (خانم سوپروایزر ۴۵ ساله) در این مورد بیان کرد: " الان پرستارا نمیدونن که باید به اعتبار بخشی فکر کنن یا باید حاکمیت بالینی رو جدی بگیرن بعضی جاها که ایزو داشتن که الان دیگه بدتر باعث قاطی شدن کارا شده ... برا همین هیچ کدوم هم کامل و درست اجرا نمیشه".

۹ - رهبری سازمانی ضعیف

تقریبا همه شرکت کنندگان در پژوهش به بحث رهبری اشاره کرده و به آن توجه ویژه ای داشته اند و عدم توجه به زمانبندی برای اجرای حاکمیت بالینی و نداشتن یک برنامه زمانی گام به گام را از موانع اصلی بر شمردند. به اعتقاد آنان باید با دادن اختیارات لازم به واحدهای مجری برنامه توان و علاقمندی آنان را در پیگیری برنامه افزایش داد. به نظر آنان نباید برای اجرای برنامه ای با این همه جزئیات، شتاب زده عمل میشد. یک شرکت کننده (خانم ۴۳ ساله دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی) گفت: " مشکل اینجاس که یک برنامه که از خارج اومده رو به صورت ناگهانی به بیمارستانا جهت اجرا ابلاغ میکنن ... پرسنل باهانش آشنا نیستن فاز بندی هم نشده و گام به گام هم پیش نمیرن بلکه یه دفعه باید همشو اجرا کنن در حالیکه واحدها اختیاری هم در این زمینه ندارن، اونم برنامه ای که حتی دریافت مفهومش نیاز به کار کردن و زمان زیادی داره ...". همه شرکت کنندگان بر تعهد مدیریت ارشد و تمایل به پیگیری اجرای برنامه از طرف مدیران میان دستی و بالا دستی نیز تاکید کردند. یک شرکت کننده (آقای ۴۲ ساله دکترای مدیریت سلامت) اظهار

فرهنگ سازمانی است. خانم پرستار ۴۹ ساله ای بیان کرد: " اینجا همه انتظار دارن همه کارها رو پرستار انجام بده و بقیه افراد شاغل در بیمارستان بخصوص پزشکان و اعضای هیات علمی هیچ نقشی در برنامه ندارن در حالیکه لازمه، فرهنگ اداری در اجرای برنامه های ارتقای کیفیت اصلاح شه".

۵- کمبود آگاهی مدیران و کارکنان

به اعتقاد شرکت کنندگان یکی از اقدامات ضروری برای اجرای برنامه آگاهی همه عوامل ذیربط در استقرار برنامه است. اگر پرسنل و مدیران از برنامه و اهداف و عملکرد آن مطلع نباشند نه تنها تمایلی به اجرای آن وجود نخواهد داشت بلکه در اجرای آن نیز نمیتوانند موثر ظاهر شوند و دچار سردرگمی و خطا خواهند شد. آقای ۴۶ ساله مترون در این مورد گفت: " وقتی که خود مسئولین بیمارستان از جزئیات و شرایط برنامه کاملا مطلع نباشن چطور میخوان به بقیه یاد بدن یا بر اجرای درستش نظارت کنن ... قبل از هر کاری باید آموزش پرسنل و مدیران به طور مفصل صورت میگرفت اونم نه با یه کارگاه چند ساعته".

۶ - نقص در رویه ها و خط مشی های مدون

از دید بسیاری از شرکت کنندگان برای اجرای کامل برنامه باید رویه هایی کاملا شفاف و از پیش تعیین شده وجود داشته باشد تا بتوان بر مبنای آن به پیشرفت برنامه کمک کرد. وجود ضمانت اجرایی موجب همکاری کامل همه رده ها شده و از رفتارهای سلیقه ای می کاهد. وجود استانداردها خط سیر همه افراد را مشخص و یکسان میسازد. از طرفی با توجه به اینکه یکی از فرایندهای اساسی در برنامه حاکمیت بالینی مستندسازی است توجه بیشتر به این حیطة می تواند موجب استفاده بهتر از تجربیات قبلی و پیگیری بهتر همه امور گردد. خانم پرستار ۴۴ ساله بیان کرد: " تا وقتی ضمانت اجرایی قوی نباشه و همه خودشون رو درگیر در کار نبینن اوضاع تغییری نمی کنه ... باید دستورالعملها در هر قسمتی مشخص باشه و همه چیز کاملا مستندسازی و مکتوب شه".

۷ - نظارت و ارزشیابی نامناسب

به گفته بسیاری از شرکت کنندگان علیرغم گذشت چند سال، هنوز شاخصهای عملکردی مبتنی بر فرایند برای برنامه تکمیل نشده است. از طرفی کسانی که کار ارزشیابی بیمارستانها را انجام میدهند آموزش کافی ندیده اند و در بسیاری از موارد سلیقه ای عمل میکنند. شرکت کننده ای (آقای پرستار ۴۰ ساله) اظهار داشت: " در حال حاضر بجای اینکه ببینن که آیا افراد روش انجام کارشون در اجرای فرایندها درسته یا نه فقط میان و وجود یا عدم وجود دستگاه ها رو چک میکنن و تیک میزنن ... اگه الان یه تیم ارزیابی بیاد یه نمره ای میده و اگه همون لحظه یه تیم دیگه بیاد یه نمره بسیار متفاوت میده ... خیلی از ارزیابها بخاطر رودربایسی یا رییس یا مدیر یا وجود مسائل دیگه، نمراتو سلیقه ای میدن ...

مدیریتی پرداخته شده است. مهربان فرهنگ سازمانی را مهمترین مولفه ارتقای بهره‌وری شناخته (۲۴)، افشار ثبات مدیریت را در بهبود عملکرد بیمارستان موثر دانسته (۲۵) و محمدی برای اجرای موفق مدیریت کیفیت فراگیر، فرهنگ سازی در بیمارستانها را توصیه کرده است (۲۱). در مطالعه دیگری مبشر نشان داد که بعضی جنبه‌های فرهنگ سازمانی بیمارستانهای آموزشی بویژه در مواردی که مربوط به پزشکان و مدیران سطح بالاست دارای مشکل بوده و نیاز به ارتقا دارد (۲۶) که همه این مطالعات با نتایج این پژوهش همخوانی دارد.

یافته دیگر پژوهش حاضر درونمایه کامل نبودن سیستم‌های ثبت و مستند سازی بود. هر چند برای انجام بسیاری از فعالیتهای برنامه حاکمیت بالینی نیاز به تجهیزات خاصی نیست اما برای ارائه خدمات با کیفیت به بیماران تجهیزات نقش مهمی را در میزان رضایتمندی آنان ایفاء می‌کند. مطالعات داخلی مختلفی هم راستا با یافته‌های این پژوهش هستند. روزبهانی در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که HIS نقش جدی را در افزایش دقت و سهولت و سرعت فرآیندهای درمانی و افزایش کیفیت خدمات بیمارستانی داشته است (۲۷). وجود تجهیزات پزشکی کافی و مناسب نه تنها در برنامه حاکمیت بالینی بلکه در ارائه خدمات با کیفیت در هر زمینه‌ای در بیمارستانها مهم بوده و بی‌توجهی به آن امری نیست که صرفاً محدود به برنامه حاکمیت بالینی باشد. عامریون در مطالعه‌ای نتیجه گرفت که اصول صحیح نظام نگهداشت تجهیزات پزشکی در برخی از بیمارستانها، رعایت نشده و این امر موجب بروز مشکلاتی در ارائه خدمت شده است (۲۸).

درونمایه دیگر این پژوهش کمبود آگاهی مدیران و کارکنان بود. لزوم توجه به این مقوله تقریباً از طرف همه شرکت‌کنندگان در پژوهش مطرح شد. مطالعه‌ای در بیمارستان بقیه‌ا... نشان داد که شاخصهای فضای فیزیکی، تسهیلات و تجهیزات با استانداردهای وزارت بهداشت مغایرت داشته و نیاز به توجه مستمر دارد (۲۹) که یکی از دلایل غیر مستقیم آن میتواند کمبود آگاهی در خصوص نیازهای اولیه در حیطه مدیریت باشد. از سوی دیگر مطالعات متعددی بر تاثیر آموزش پزشکان، کارکنان و مدیران در ارتقای کیفیت خدمات و اجرای برنامه حاکمیت بالینی تاکید کرده اند که همراستا با یافته‌های این مطالعه است (۳۰-۳۳).

درونمایه بعدی نقص در رویه‌ها و خط مشی‌های مدون بوده است. از نظر شرکت‌کنندگان باید ضمانت اجرایی به‌مراه قوانین و استانداردهای مشخص برای ارتقای نیروی انسانی وجود داشته باشد. ونکاسترن در مطالعه خود به تبعیت کم پرسنل از گاید لاینها اشاره می‌کند و تهیه دستور العملهای مورد تایید و استاندارد را در پیروی از گاید لاینها موثر میدانند (۳۴).

کرد: " هر جا که مدیران و مسئولین تمایل نشون دادن این برنامه با جدیت اجرا و پیگیری شد و هر جا مدیری عوض شد و علاقه‌ای به اجرای برنامه نداشت اون برنامه کم‌رنگ شد و تبدیل شد به یه سری کاغذهای نوشتاری ... نقش مسئولین و مدیران چه در سطوح بیمارستانی و چه در سطوح وزارتی بسیار بارز و تاثیرگذاره".

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تبیین موانع و مشکلات استقرار برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد و موارد بدست آمده در دو حیطه درون‌داد و فرایند قرار داده شدند. اولین درون مایه این پژوهش چالشهای نیروی انسانی بود که اکثر شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند. کمیت و کیفیت نیروی انسانی نقش مهمی در استقرار برنامه حاکمیت بالینی دارد که در مطالعه حاضر به عنوان یکی از موانع شناسایی شده است. این یافته هم راستا با اکثر پژوهش‌های انجام شده در این حوزه می‌باشد که در خصوص نیازها و موانع برنامه حاکمیت بالینی بوده اند. در مطالعه رشیدیان (۱۳۸۷) تامین منابع که نیروی انسانی قسمتی از آن بشمار می‌رود صرفاً در حد نسبی موفق ارزیابی شده است (۶). در مطالعات مختلف داخلی و خارجی به موضوع کمبود پرسنل و لزوم تامین نیروی انسانی برای ارتقا کیفیت خدمات پرداخته شده است (۱۵ و ۱۶ و ۱۷). همچنین در بررسی برخی بیمارستانهای کشور میزان پایین تر از حد استانداردهای تعیین شده وزارت بهداشت برای نیروی انسانی مشخص شده است (۱۸ و ۱۹). از طرف دیگر در برخی مطالعات داخلی کمبود دانش و شناخت افراد را به عنوان مشکلی مهم استقرار برنامه (۲۰) و نظام پاداش و توانمند سازی کارکنان را به عنوان مهمترین پیش نیاز برنامه‌های ارتقای کیفیت عنوان کرده اند (۲۱) که منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر است.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر درونمایه کمبود منابع مالی بود. لزوم تامین منابع مالی در بسیاری از مطالعات دیگر ذکر شده است. در مطالعه رشیدیان در بررسی تجربه دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای برنامه حاکمیت بالینی تامین منابع مالی یکی از موارد نیازمند توجه بوده است (۶). در مطالعات خارجی متعددی نیز فقدان منابع بخصوص پول یکی از موانع اصلی استقرار موفقیت آمیز حاکمیت بالینی بوده است (۱۵ و ۲۲ و ۲۳).

درونمایه دیگری که در این پژوهش بدست آمد فرهنگ سازمانی نامناسب بود. بیشتر شرکت‌کنندگان عدم برنامه ریزی مناسب با توجه به شرایط بومی و ضعف فرهنگ سازمانی را از موانع مهم برشمردند. در مطالعه جانستون فقدان یک برنامه جامع و فرهنگ سازمانی، موانع اصلی استقرار اجرای حاکمیت بالینی عنوان شد (۲۳). در مطالعات داخلی مختلفی نیز به زیر ساختهای

مسائل فرهنگ سازمانی و تعهد مدیریت ارشد وجود دارد جزء مشترکی است که در مطالعات داخلی بر آن تاکید شده است. این در حالی است که در مطالعات سایر نقاط دنیا نیز مشکلات ساختاری و کمبود پرسنل و منابع مالی و مشکلات فرهنگی موانع اصلی بشمار میروند (۲۲) که شاید دلیل اصلی این امر این باشد که اجرای هر برنامه جدید و انجام تغییرات در ساختاری که مدتهای طولانی با یک روند خاص به فعالیت مشغول بوده نیازمند نیرو و هزینه و اصلاحات فرهنگی است که در تمامی ساختارهای در حال فعالیت با مشکلاتی تقریباً مشابه مواجه خواهد بود و برای استقرار مناسب و دستیابی به نتایج موثر، لازم است سیاستگذاران و مدیران ارشد به تامین زیرساختها و منابع مورد نیاز بخصوص در حیطه نیروی انسانی، منابع مالی و آموزش و آگاهی همه پرسنل توجه نموده و عزم جدی و تعهد کافی در حمایت از اجرای برنامه تا رسیدن به اهداف نهایی را داشته باشند و با گام برداشتن در مسیر اجرای یک برنامه مدون بصورت مداوم و پیوسته، از تغییرات متناوب در برنامه و اعمال تصمیمات سلیقه ای و شخصی اجتناب نمایند.

از نقاط قوت پژوهش می تواند این باشد که جزء معدود مطالعاتی از این دست در ایران بوده که به موانع استقرار حاکمیت بالینی پرداخته و چون با رویکرد کیفی به بررسی عوامل توجه شده، توانسته به صورت عمیق، تجربیات شرکت کنندگان در پژوهش را بررسی و برای کاربردهای عملی بعدی بیان نماید.

از محدودیت های این مطالعه نیز این بوده که شرکت کنندگان ممکن است بیشتر از آن که در صدد بیان تجربیات خود از استقرار این برنامه باشند، از دانش و آگاهی خود برای پاسخ به سؤالات استفاده کرده اند که با تاکید بر استفاده از تجارب شخصی شرکت کنندگان در حین انجام مصاحبه و درخواست مصادیق و مثالهای عینی از آنان، سعی شده تا حد ممکن مرتفع گردد. نکته دیگر اینکه از آن جا که این مطالعه در عرصه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام گرفته، ممکن است بیشتر در همین حیطه قابلیت اجرا و استفاده داشته باشد.

یافته های مطالعه حاضر، نشانگر وجود مشکلات متعددی در استقرار برنامه حاکمیت بالینی از جمله کمبودهای نیروی انسانی و منابع مالی، فرهنگ سازمانی نامناسب و ضعف در مدیریت و رهبری در بیمارستانهای مورد مطالعه می باشد که در مراحل مختلف پیاده سازی و اجرای این برنامه قابل مشاهده است و برای اجرای مناسب برنامه و حصول نتایج موثر لازم است که مورد توجه قرار گیرد. نکته قابل توجه این است که علیرغم تلاش برای تعیین موانع و مشکلات استقرار حاکمیت بالینی در مطالعات داخلی و خارجی میزان اهمیت هر یک از آنها مشخص نشده و تعیین مهمترین اولویتهای موانع

درونمایه بعدی نظارت و ارزشیابی نامناسب بود. یار محمدیان در مطالعه خود چنین نتیجه گیری کرد که شاخصها یکی از ابزارهای اساسی برای نظارت و ارزشیابی فعالیتها و طراحی و تدوین شاخص از مهمترین وظایف مدیران می باشد (۳۵) و عرب نشان داد که درجه ارزشیابی فعلی بیمارستانهای خصوصی نسبت به دولتی واقعی تر است و سیستم ارزشیابی فعلی بیمارستانها نیاز به بازنگری و اصلاح دارد (۳۶) که منطبق بر یافته های پژوهش حاضر می باشد.

فقدان هماهنگی بین بخشی نیز یکی دیگر از درونمایه ها بود. موسوی در مطالعه خود بیان داشته که برای تحقق حقوق بیماران که یکی از اجزای حاکمیت بالینی است لازم است جمع آوری و استفاده مناسب و یکپارچه از اطلاعات برای برنامه ریزی صورت گیرد (۳۷).

رهبری سازمانی ضعیف درونمایه ای بود که بسیاری از شرکت کنندگان بر آن تاکید کردند. مطالعه ای نشان داد که نگرش بیشتر مدیران پرستاری به تفویض اختیار بی تفاوت بوده است (۳۸) در حالیکه در مطالعات دیگر داشتن فرهنگ تفویض اختیار به کارکنان را مناسب ترین راه برای اجرای مدیریت جامع کیفیت بر شمرده اند (۲۰). از طرفی دیگر مطالعات داخلی و خارجی متعددی بر تعهد و مسئولیت پذیری مدیران و حمایت آنان در استقرار نظام کیفیت و بهبود عملکرد و کارایی و اثر بخشی بیمارستانها تاکید کرده اند که در راستای یافته های پژوهش حاضر است (۳۹ و ۲۵ و ۱۷ و ۴۰).

توجه به این نکته لازم است که هر چند برخی مطالعات بهبود و ارتقای عملکرد را بعد از استقرار حاکمیت بالینی، در بعضی از محورها نشان میدهد (۴۱ و ۴۲) اما در اکثر مطالعات داخلی موانع متعددی در جهت استقرار این برنامه ذکر شده که شامل کمبود دانش و آگاهی، فقدان فرهنگ حمایتی و عوامل سازمانی، آموزش ناکافی، عدم تعهد مدیریتی، کمبود نیروی انسانی و نظارت و نیز منابع ناکافی بوده که همسو با مطالعه اخیر میباشد (۴۳-۴۵) و تاکید شده که ارتباط قابل توجهی بین برنامه ریزی برای استقرار ارتقای کیفیت و استقرار حاکمیت بالینی دیده شده است (۴۶). از سوی دیگر از دیدگاه مدیران ارشد داشتن دانش و آگاهی، فرهنگ حمایت کننده بخصوص از طرف مدیران بالا دستی و وجود منابع کافی از فاکتورهای مهم در استقرار این برنامه می باشد (۴۷).

بطور کلی میتوان گفت که هر چند در مطالعات داخلی بررسی موانع استقرار با شیوه مطالعه حاضر به میزان زیادی صورت نگرفته اما ایجاد زمینه های اطلاعاتی در خصوص ارتقای کیفیت از موانع مهم شمرده شده و شاخص تامین منابع و ساختار نیز موفق ارزیابی نشده است (۶) و بنظر میرسد کمبودهایی که در زمینه تامین منابع مالی و نیروی انسانی و

تشکر و قدردانی:

پژوهش حاضر بر گرفته از پایان نامه ای مصوب به شماره ۲۷۴ مورخ ۱۳۹۲/۷/۲۳ در معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد. پژوهشگران بدینوسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمام شرکت کنندگانی که در انجام این پژوهش مساعدت نمودند اعلام می‌دارند.

برای توجه بیشتر و رفع آنها صورت نگرفته و راهکارهای رفع این موانع نیز جزء سوالاتی است که بی پاسخ مانده است. پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی مشکلات و موانع مطرح شده در این مطالعه، اولویت بندی شوند تا با تعیین اولویتها، راهکار های مناسب برای رفع آنها جهت اجرای موثر برنامه با نظر صاحب نظران این حیطه معین گردد.

References

- Department of Health. A first-class service, quality in the NHS. London: Department of Health, 1998.
- Department of Health. The new NHS: modern, dependable. London: The Stationery Office, 1998.
- Ministry of health and medical education of Iran. Circular 388044, 2009/11/1.
- Clinical governance Instructions. Clinical governance office. Deputy of treatment. Shahid Beheshti university of medical sciences. 1390 (Persian document)
- Shakeshaft AM. A study of the attitudes and perceived barriers to undertaking clinical governance activities of dietitians in a Welsh National Health Service trust. *J Hum Nutr Diet* 2008; 21(3): 225-38.
- Rashidian A. Clinical governance in Tehran university of medical science and quality improvement of health services. *Journal of hospital*. 2009; 8(5): 27-32. (Full Text in Persian)
- Adel A, Sadeghi A, Zarandi B, Moaref A, Zahmatkesh H. Evaluation of clinical governance progress in an educational hospital in Tehran. *Proceedings of the national Conference of quality improvement with clinical governance approach*. Khorasan Shomali University of medical sciences. 2011. [abstract] (Persian document)
- Karimi M, Adel A, Raoofi S, Moraveji M. Assess of barriers of clinical governance implementing of the personnel viewpoint of Mashhad university of medical sciences hospitals. *Proceedings of the First national Conference of clinical governance*. Tabriz University of medical sciences. 2011. [abstract] (Persian document)
- Radpeiman P. Designing of quality improvement virtual education package with clinical governance approach. *Proceedings of the national Conference of quality improvement with clinical governance approach*. Khorasan Shomali University of medical sciences. 2011. [abstract] (Persian document)
- Vaezi Z. An Experience of clinical governance implementing. *Proceedings of the national Conference of quality improvement with clinical governance approach*. Khorasan shomali university of medical sciences. 2011. [abstract] (Persian document)
- Ghanati E. Challenges of clinical governance implementation in hospitals. *Proceedings of the national Conference of quality improvement with clinical governance approach*. Khorasan Shomali University of medical sciences. 2011. [abstract] (Persian document)
- Streubert Speziale H, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2): 105-12.
- Morse, J.M. *Qualitative Nursing Research a Contemporary Dialogue*. Sage Publications, Newbury Park. 1991.
- Campbell SM, Sheaff R, Sibbald B, Marshall MN, Pickard S, Gask L, et al. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Quality & safety in health care*. 2002 Mar; 11(1):9-14
- Delgoshai B, Tabibi J, Pahlavan P. The model of improving human resource in Iran's health system. *Research in medicine journal*. 2010; 31(4): 317-325. (Full Text in Persian)
- Delgoshai B, Maleki M, Dehnaveie R. Evaluation of essential requirements for implementing of quality management in Rasoul Akaram hospital. *Paiesh journal*. 2004; 3(3): 211-217. (Full Text in Persian)
- Sadeghi far J, Poorreza A, Ahmadi B, Zeraati H, Arab M. Assessment of human resource needs in Ilaam university of medical sciences hospitals. *Scholarly journal of Ilaam University of medical sciences*. 2011; 19(1): 24-31. (Full Text in Persian)
- Farajzadeh Z, Nakhaee M, Tabiee Sh, Nasiriforg A, Pejmankhah Sh. The study of number and structure of nursing personnels in Birjand University of medical sciences. *Scholarly journal of nursing & midwifery*, Birjand University of medical sciences. 2006; 3(3,4): 5-9. (Full Text in Persian)
- Vatankhah S, Gohari M, Abdi Zh. The relationship between organizational culture and improvement of quality improvement model in Tehran's selected hospitals. *Paiesh journal*. 2010; 9(2): 189-195. (Full Text in Persian)
- Mohammadi A, Shoghli A. The gap between expectation and perception of Zanjan's hospitals personnels about determinants of pervasive management. *Scholarly & research journal of Zanjan university of medical science*. 2006; 14(54): 30-39. (Full Text in Persian)
- Wallace LM, Freeman T, Latham L, Walshe K, Spurgeon P. Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Quality in health care: QHC*. 2001 Jun; 10(2):76-82
- Johnston G, Crombie IK, Davies HT, Alder EM, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating

- factors for effective clinical audit. Quality in health care: QHC. 2000 Mar; 9(1):23-36
24. Mehrabian F, Nasiri poor A, Keshavarzmohammadian S. The study of importance of identified determinants of human resource productivity in Guilan University of medical sciences personnels' viewpoint. Scholarly & research journal of Zanjan university of medical science. 2011; 19(75): 94-106. (Full Text in Persian)
 25. Afashar Kazemi M A, Salarifar M, Nasiripoor A, Manoochehromogadam Zh. Survey of effective management factors in Tehran's heart center. Hospital's journal. 2011; 10(2): 1-9. (Full Text in Persian)
 26. Mobasher M, Nakhaee N, Garoosi S. Evaluation of organizational culture in Kerman's educational hospitals. Journal of ethics & history of medicine. 2007; 1(1): 45-52. (Full Text in Persian)
 27. Roozbahani R, Mozaffarian B, Poordizaji M K. The outcome of using hospital integrated information system in improving service quality in Masih daneshvari hospital. Para medicine Journal of Tehran university of medical sciences. 2012; 6(2): 128-137. (Full Text in Persian)
 28. Amerioon A, TofighiSh, Zaboli R. Evaluation of maintenance management of medical equipments in Tehran's selected hospitals. Research & educational journal of health management. 2006; 9(23): 17-24. (Full Text in Persian)
 29. Bahadori M, Mirhashemi S, Panahi F, tofighi Sh, Zaboli R, Hosseini Sh M, et al. The survey of structure, processes and activities in Baghiatallah hospital's emergencies wards. Journal of military medicine. 2007; 4(9): 257-263. (Full Text in Persian)
 30. Narenjiha M. Patients satisfaction in Qods clinic in Tehran. Iranian journal of education in medical sciences. 2012; 12 (1): 77-85. (Full Text in Persian)
 31. Yousefi A, Rezaie A. Continues education for physician, the basis of heath service quality improvement. Iranian educational medical journal. 2000; 1(1): 15-19. (Full Text in Persian)
 32. Mohsenpoor L. Nursing management skills teaching, a step to clinical care quality improvement. First national nurses meeting of the army force. 2011: 28-29. [abstract] (in Persian)
 33. Rabiee F, Moaiedi N, Naderi Z, Ali abadi frahani K, Shamsi M. The outcome of in-service education in the viewpoint of university experts. Educational methods journal. 2011; 4(2): 85-89. (Full Text in Persian)
 34. Van Kasteren MEE, Kullberg BJ, De Boer AS, Mintjes de Groot J, Gyssens I. C. Adherence to local hospital guidelines for surgical antimicrobialprophylaxis: a multicentre audit in Dutch hospitals. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 2003; 51: 1389-1396
 35. Iarmohammadian M, Yaghoobi M, Momikhani J, Ansari M, Karimian J, Kiani M, et al. Indicators development, the most essential source for human resource evaluation in heath system. Management of health informations. 2010;89: 546-555. (Full Text in Persian)
 36. Arab M, Poorreza A, Zeraati H, Ravangard R. Is there any relation between evaluation grade and the operation of Tehran University of medical sciences hospitals? Journal of management & information in health and care. 2005; 2(1): 1-7. (Full Text in Persian)
 37. Mousavi A. The role of clinical governance in realization of patients' rights. Journal of medical ethics. 2011 ;5 (18): 161 -178. (Full Text in Persian)
 38. Zeighamimohammadi Sh, Asgharzade S, Nohegar A. Nursing managers' attitude about delegation in Karaj's Tamin ejtemae hospitals. Nursing & midwifery journal of Birjand University of medical science. 2010; 9(3): 273-278. (Full Text in Persian)
 39. Anbari Z, Sedghiani E, Tabibi J. A comparison among Arak's hospitals about productivity mechanisms of logistic services. Educational & research journal of Zanjan university of medical sciences. 2005; 13(52): 49-56. (Full Text in Persian)
 40. van Hamersveld KT, den Bakker E, Nyamtema AS, van den Akker T, Mfinanga EH, van Elteren M, et al. Barriers to conducting effective obstetric audit in Ifakara: a qualitative assessment in an under-resourced setting in Tanzania. Tropical medicine & international health: TM & IH. 2012 May; 17(5):652-657.
 41. Davoodi R, Soltanifar A, Rahmani Sh, Sabouri G, Asadi M, Zare Hoseini M, et al. Clinical Governance: Efficacy of Establishment in Mashhad Hospital. Patient safety & quality improvement journal. 2014; 2 (1): 48-52.
 42. Gauld R, Horsburgh S. Measuring progress with clinical governance development in New Zealand: perceptions of senior doctors in 2010 and 2012. BMC Health Services Research. 2014; 14: 547-554
 43. Ravaghi H, Khodayari Zarnaq R, Adel A, Badpa M, Adel M, Abolhassani N. A Survey on Clinical Governance Awareness Among Clinical Staff: A Cross-Sectional Study. Global Journal of Health Science. 2014; 6 (6):37-42
 44. Dehnavieh R, Ebrahimipour H, Jafari Zadeh M, Dianat M, Noori Hekmat S, Mehroolhassani M H. Clinical Governance: The Challenges of Implementation in Iran. International Journal of Hospital Research. 2013; 2(1):1-10
 45. Ravaghi H, Rafiei S, Heidarpour P, Mohseni M. Facilitators and Barriers to Implementing Clinical Governance: A Qualitative Study among Senior Managers in Iran. Iranian J Publ Health. 2014;43 (9): 1266-1274
 46. Aryankhesal A, Tabatabaee SS, Kalhor R, Kakeh-mam E, Joyani Y, Moradi N. Association of organizational climate and hospital performance in establishment of clinical governance in Tehran University of Medical Sciences (2012). Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2014; 18(5): 43-50
 47. Ravaghi H, Heidarpour P, Mohseni M, Rafiei S. Senior Managers' Viewpoints Toward Challenges of Implementing Clinical Governance: A National Study in Iran. International Journal of Health Policy and Management. 2013; 1(4): 295-299.

Barriers Of Implementing Clinical Governance in Educational Hospitals Affiliated with Shahid Beheshti University Of Medical Sciences: A Qualitative Study

Ziari.A¹ , Abachizadeh.K² , Rassouli.M³ , Heidarnia.M⁴ , Mohseny.M⁵

Submitted: 2014.6.2

Accepted: 2014.12.7

Abstract

Background: Different approaches have been suggested to improve the quality of health care and the clinical governance is one of the main models. In the country, Clinical governance is initiated as a national model in 2009 and hospitals were forced to implement it. Only two hospitals among hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences were approved by clinical governance` evaluation. This study aimed to describe and explain the barriers of clinical governance implementing in educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Materials and methods: In this qualitative study, conventional content analysis has been used. Twenty five participants involved in implementing clinical governance, including nurses, physicians, managers and the personnel of hospitals and Ministry of Health, have been selected through purposive sampling method and interviewed in a semi-structural way till data saturation. Data were collected and analyzed simultaneously. Member check and peer check have done for data rigor.

Result: Nine themes including human resource challenges, financing resource shortage, incomplete records and documentation systems, inappropriate organizational culture, inadequate knowledge of managers and employees, incomplete documented policies and procedures, inappropriate monitoring and evaluation, lack of inter-sector coordination and weak leadership were obtained and were placed in two domains; input and process.

Conclusion: The findings of this study indicate that there are several barriers for implementing clinical governance in hospitals . prioritizing needs and providing appropriate solutions seem necessary toward overcoming these barriers.

Key word: Hospital, Clinical governance, Quality, Conventional content analysis, Qualitative study

¹ Community Medicine Specialist, Department of community medicine, Faculty of Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

² Assistant professor of Community Medicine , Department of health and community medicine, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding Author) Tel: 23872567- 09123226910 abachizade@gmail.com

³ Associate professor of Nursing , Department of Pediatric Nursing, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Associate professor of Community Medicine, Department of health and community medicine, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁵ Assistant professor of Community Medicine, Department of health and community medicine, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.