

محورهای حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت مبتنی بر پزشک خانواده در استان مازندران: دیدگاه ذی‌نفعان

لیلا حسینی قوام آباد^۱، عباس وثوق مقدم^{۲*}، روح‌الله زابلی^۳، محسن اعرابی^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۲۰

چکیده:

زمینه و هدف: حاکمیت بالینی یکی از چارچوب‌های مهم در زمینه ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی در نظام‌های بهداشتی و درمانی به شمار می‌رود. شناسایی محورهای این رویکرد با توجه به شرایط بومی، از اولویت‌های مهم نظام سلامت است. مطالعه حاضر با هدف شناسایی دیدگاه ذی‌نفعان در خصوص محورهای حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت انجام گردید.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر از نوع کیفی است که با روش تحلیل چارچوب مفهومی در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری مطالعه افراد کلیدی سیاست‌گذار وزارت بهداشت، معاونت بهداشتی دانشگاه، شبکه بهداشت و درمان شهرستان، انجمن پزشکان خانواده، پزشکان خانواده و مرکز پژوهش‌های مجلس بودند. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به صورت هدفمند و گلوله برفی وارد مطالعه شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته جمع‌آوری و تحلیل و کدگذاری آن‌ها با کمک نرم‌افزار MAXQDA ۱۱ انجام شد.

نتایج: با توجه به بررسی دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، یافته‌های پژوهش در ۴ بعد اصلی: ابعاد حاکمیت بالینی، پیش‌نیازها و ساختارها، متولیان تصمیم‌گیر و ابعاد سنجش کیفیت و ایمنی، دسته‌بندی و در ۱۷ درون‌مایه فرعی که شامل: مشارکت جامعه، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مدیریت کارکنان، آموزش، استفاده از اطلاعات، مدیریت خطر، راهنماها و دستورالعمل‌ها، ارتقاء شاخص‌های سلامت، تجهیزات و امکانات، نظام ارجاع، تأمین مالی، متولیان دخیل در سیاست‌گذاری، اثربخشی، کارایی، انسانی بودن خدمات و عدالت بودند، شناسایی و استخراج گردیدند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها جهت تسهیل اجرای حاکمیت بالینی راهکارهایی مانند زیرساخت‌های مناسب، تعهد مدیران، فرهنگ حمایتی، دانش کافی، پایش و ارزشیابی، فرهنگ‌سازی مناسب، امکانات و تجهیزات و منابع مالی کافی پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: حاکمیت بالینی، مراقبت‌های اولیه سلامت، کیفیت، ایمنی، استان مازندران

^۱ دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

^۲ دانشیار، پزشکی اجتماعی، گروه آموزشی و تحقیقاتی حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب (بازتوانی عصبی)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) avosoogh@sina.tums.ac.ir

^۳ دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله، تهران، ایران.

^۴ دانشیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، مازندران، ایران.

مقدمه

حاکمیت بالینی راهبرد تضمین و ارتقاء کیفیت خدمات سلامت با ایجاد ساختار و فرهنگ‌سازمانی مناسب و افزایش پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری منابع انسانی بخش سلامت نسبت به کیفیت خدمات ارائه‌شده از طریق تدوین، ارتقاء، حفظ و پایش منظم پروتکل‌ها و استانداردهای بالینی است (۱). هدف حاکمیت بالینی، ارتقاء مستمر اثربخشی و استانداردهای خدمات سلامت، کاهش خطاهای بالینی و حصول اطمینان در به‌کارگیری شواهد به روز در تصمیمات بالینی است (۲، ۳). استفاده مؤثر و کارآمد از شواهد و مستندات علمی در ارائه خدمات سلامت منجر به بهبود کیفیت و ایمنی خدمات خواهد شد. حاکمیت بالینی در دو دهه گذشته به عنوان یک راهبرد قوی سازمانی برای اطمینان از ارائه خدمات سلامت با کیفیت و ایمن مورد استفاده سازمان‌های بهداشتی و درمانی قرار گرفته است. اگرچه از حاکمیت بالینی بیشتر در محیط‌های درمانی از جمله بیمارستان‌ها استفاده شده است، اما در دهه اخیر از آن برای بهبود کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی در مراکز بهداشتی هم استفاده شده است (۳-۵، ۶-۸ م). حاکمیت بالینی به یک چارچوب توافقی در یک سازمان نیاز دارد. این چارچوب باید استراتژی‌های کلیدی پشتیبان از برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت، ارزیابی و بهبود مستمر آن بازتاب دهد. هر یک از این حوزه‌های استراتژیک، شامل تعدادی از ساختارها، فرآیندها و فعالیت‌هایی است که برای حمایت از کارکنان بالینی یا تیم‌های بالینی برای ارائه مراقبت‌های ایمن و با کیفیت بالا هستند. مهم‌ترین حوزه‌های استراتژی حاکمیت بالینی خوب شامل: ۱. ممیزی بالینی، ۲. اثربخشی بالینی، ۳. تحقیق و توسعه، ۴. شفافیت و مجاری باز، ۵. مدیریت خطر و ۶. آموزش می‌باشند (۶).

از طرف دیگر، اطمینان از ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت ایمن و با کیفیت بالا یک اولویت برای مراقبت‌های اولیه به‌مثابه بیمارستان‌ها می‌باشد. تلاش برای ادغام برنامه‌های تضمین و بهبود کیفیت باید با کارهای روزمره مراقبت اولیه که با تنوع خدمات، عدم ارتباط سیستماتیک در داخل و بین این خدمات و وجود تنوع در ساختارهای مدیریتی آمیخته است متمرکز شود (۷). حاکمیت مراقبت‌های اولیه یک رویکرد مدون و چندوجهی تعریف شده است که برای بهبود کیفیت از دامنه وسیعی از راهبردهای قابل اجرا به جای راهبردهای منفرد بهره گرفته می‌شود (۸).

از آنجا که سلامت حق مسلم تمامی انسان‌ها به دور از هرگونه تبعیضی بوده و همچنین با توجه به اینکه هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت

کافی در فعالیتهای اقتصادی و اجتماعی سهیم شوند. لذا در این راستا به منظور دسترسی مردم به خدمات اولیه بهداشتی درمانی، جامعه جهانی مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به عنوان درون‌مایه نظام سلامت جاری نمود (۹). مفهوم مراقبت‌های اولیه سلامت در سال ۱۹۷۸ به دنبال همایش بین‌المللی در آلماتای اتحاد جماهیر شوروی با هدف "مراقبت‌های ضروری بهداشت، بر اساس فن‌آوری‌های مطمئن علمی، عملی و قابل قبول اجتماعی و از طریق مشارکت افراد و جامعه در دسترس آن‌ها قرار گیرد و آن مقدار از هزینه برای آن در نظر گرفته شود که جوامع بتوانند با روحیه خود تصمیم‌گیری در هر مرحله‌ای از توسعه از عهده آن برآیند" مورد توجه قرار گرفت (۹، ۱۰).

نظام مراقبت‌های اولیه سلامت پاسخگوی طیف وسیعی از جامعه، وزارت بهداشت، گیرندگان خدمات، بیماران و سازمان‌های نظارتی حرفه‌ای می‌باشد (۱۱). از جمله چالش‌های مطرح در زمینه مراقبت‌های اولیه سلامت می‌توان به مشکلات مالی، پیشرفت اطلاعات، فن‌آوری‌هایی به وجود آمده در حوزه درمان، استرس بیماران، مراقبت‌ها با نیازهای پیچیده، خطاهای کارکنان و سازمانی، خطاهای تشخیصی و دارویی در ارائه خدمات و بیمارستان‌ها اشاره کرد (۱۲). بی‌شک در صورت وجود چنین مشکلات و خطاهای اشاره‌شده، اثرات و پیامدهای ناشی از آن‌ها قابل انکار نیست. بنابراین بهبود مستمر کیفیت و اقداماتی نظیر حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت ضروری می‌باشد (۱۱). در جهت اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت عوامل و ابعاد مختلفی تأثیرگذار هستند. با عنایت به بند هشتم سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی رهبری مبنی بر افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع از طریق: الف) ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی. ب): افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها و با توجه به اینکه پزشک خانواده در مناطق روستایی-عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت اجرا می‌شود و تاکنون طرح به صورت پایلوت در کل دو استان فارس و مازندران وجود داشته است و اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در

کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌های مطالعه بر اساس آن ابعاد صورت گرفت و یافته‌های مطالعه در چارچوب مذکور جای گذاری گردیدند. کدگذاری و تحلیل داده‌ها توسط دو نفر و از آغاز اولین مصاحبه انجام شد. پس از ایجاد کدهای اولیه، هر یک از کدها از لحاظ مفهومی با سایر کدها مقایسه گردید و کدهایی که مفاهیم مشترک داشتند در قالب طبقات فرعی قرار گرفتند. این روند در سایر مصاحبه‌ها تکرار گردید تا مجموعه‌ای از طبقات فرعی شکل گرفت. پس از ایجاد طبقات فرعی، این طبقات از لحاظ مفهومی و موضوعی به دقت بررسی و به طور مداوم با سایر طبقه‌ها مقایسه گردیدند و طبقاتی که به لحاظ مفهومی به موضوع مشابهی اشاره داشتند در کنار یکدیگر قرار گرفتند و پس از این مرحله طبقات فرعی در زیرمجموعه یک طبقه دیگر قرار گرفتند. برای صحت و دقت مطالعه از معیارهای مقبولیت، شفافیت، مثلث سازی، تکرارپذیری و قابلیت اعتماد استفاده شد.

برای اطمینان از صحت یافته‌ها، محققان زمان کافی را به جمع‌آوری داده‌ها اختصاص داده و با مرور چندباره آن‌ها وسعت و عمق اطلاعات را افزایش دادند. در انجام این مطالعه ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله کسب مجوزهای مربوطه از دانشگاه، اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری، حق خروج از پژوهش، محفوظ ماندن هویت فردی مشارکت‌کنندگان، عدم مطالب گفته شده بدون ذکر نام مصاحبه‌شونده رعایت شده است. (005 IR.IAU.SEMNAN.REC.1397). از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم همکاری برخی از مدیران عالی در مشارکت در پژوهش، در دسترس نبودن و یا مشکل در دسترسی به مدیران عالی‌رتبه و میانی در جهت انجام مصاحبه و عدم همکاری برخی از کارکنان در پر کردن پرسشنامه موردپژوهش اشاره کرد. صرف زمان طولانی به جهت انجام هماهنگی‌های لازم برای انجام مصاحبه‌ها، برگزاری جلسات و گردآوری داده‌ها؛ کمبود افراد آگاه از شواهد در زمینه ابعاد کیفی خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع بود.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر با تعداد ۱۵ نفر مصاحبه انجام شد. فراوانی مدرک تحصیلی - پزشک عمومی و دکترا (۶۶/۶۷ درصد) نسبت به سایر مقاطع تحصیلی افراد شرکت‌کننده در مصاحبه بیشتر بوده است. بیشترین سابقه خدمت مربوطه به بازه ۲۰-۱۰ سال با فراوانی (۴۰ درصد) اختصاص داشت. همچنین بیشترین میزان فراوانی در بازه سنی ۴۶ تا ۵۰ سال (۴۶/۶ درصد)، مرد (۶۰٪) و در سطوح کارشناسی (۴۶/۶ درصد) بودند. (جدول ۱).

کل کشور، در دستور کار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قرار دارد، در این پژوهش سعی شد تا با شناسایی ابعادی ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده در حیطه دسترسی به خدمات، ارتباط با بیمار، خدمات بهداشتی، درمانی از نگاه بیماران، مراجعین مراکز بهداشتی و درمانی و ساختار نظام ارجاع و ... با توجه به شرایط بومی کشور پرداخته شود. لذا مطالعه حاضر با هدف، شناسایی دیدگاه ذی‌نفعان در خصوص محورهای حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت مبتنی بر پزشک خانواده در ایران انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل چارچوب مفهومی به منظور شناسایی دیدگاه ذی‌نفعان در خصوص محورهای حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت مبتنی بر پزشک خانواده در استان مازندران انجام شد. جامعه پژوهش در این مطالعه شامل افراد کلیدی تصمیم‌گیرنده و سیاست‌گذار در حوزه ارائه خدمات سطح اول در وزارت بهداشت، معاونت بهداشتی دانشگاه، شبکه بهداشت شهرستان، انجمن پزشکان خانواده، پزشکان خانواده شهری و روستایی و مرکز پژوهش‌های مجلس بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و گلوله برفی انجام شد و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته جهت شناسایی ابعاد و چارچوب‌های حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت در مازندران انجام گرفت. برای انجام این مطالعه کیفی ابتدا متناسب با اهداف و سؤالات پژوهش راهنمای مصاحبه به کمک اساتید راهنما و مشاور و پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه تنظیم شد. سپس مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختاریافته و بر اساس راهنمای مصاحبه انجام شد و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان (سابقه کار و مدرک تحصیلی) نیز در طول مصاحبه از آنان اخذ شد. محل انجام مصاحبه‌ها، محل کار شرکت‌کنندگان بوده و با کسب اجازه و دریافت وقت قبلی با حضور محقق انجام شد. میانگین زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ دقیقه تا دو ساعت بود. قبل از انجام مصاحبه اجازه ضبط صدا و یادداشت‌برداری از شرکت‌کنندگان در مطالعه اخذ شد و به همه‌ی افراد اطمینان داده شد که اسامی آن‌ها محرمانه مانده و از اطلاعات فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده خواهد گردید.

برای کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA11 استفاده شد. به همین جهت ابتدا پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌های انجام گرفته، فایل هر یک از داده‌ها در قالب فرمت DOC وارد نرم‌افزار شد. برای این منظور ابتدا با استفاده از چارچوب مفهومی پژوهش یک تصویر کلی از ابعاد اصلی موضوع مورد مطالعه ایجاد شد و بعد از آن

جدول ۱: آمار توصیفی مربوط به مشخصات دموگرافیک مصاحبه‌شوندگان

متغیر	فراوانی
مدرک تحصیلی	تخصص - فوق تخصص ۲ نفر (۱۳/۳۳)
	- پزشک عمومی PhD ۱۰ نفر (۶۶/۶۷)
سابقه خدمت	کارشناسی ارشد ۲ نفر (۱۳/۳۳)
	کارشناسی ۱ نفر (۶/۷)
سن	کمتر از ۱۰ سال ۲ نفر (۱۳/۳۳)
	۱۰ تا ۲۰ سال ۶ نفر (۴۰٪)
	۲۰ تا ۳۰ سال ۵ نفر (۳۳/۳۷)
جنس	بیش از ۳۰ سال ۲ نفر (۱۳/۳۳)
	۴۰ تا ۴۵ سال ۳ نفر (۲۰ درصد)
	۴۶ تا ۵۰ سال ۷ نفر (۴۶/۶ درصد)
	۵۱ تا ۵۵ سال ۴ نفر (۲۶/۶ درصد)
سطح مدیریت	۵۶ سال و بالاتر ۱ نفر (۶/۸ درصد)
	مرد ۹ نفر (۶۰ درصد)
کل	زن ۶ نفر (۴۰ درصد)
	کارشناس ۷ نفر (۴۶/۶ درصد)
	مدیر ۶ نفر (۴۰ درصد)
	پژوهشگر ۲ نفر (۲۰ درصد)
	۱۵ نفر

"وقتی افراد تصمیم‌گیرنده بیایند و جامعه را مشارکت دهند مسلماً مردم بیشتر استقبال خواهند کرد و...". (P ۱، P ۲، P ۳)

"خوب وقتی جامعه وارد تصمیمات و برنامه‌های مراکز میشوند حس مسئولیت پیدا خواهند کرد و از خدمات ارائه شده به شکل مناسب‌تر و مقبولتری استفاده خواهند کرد و دیدگاه و نگرش آنان نیز تغییر میکند و حتی کیفیت را نیز می‌تواند بهتر کند". (P ۱، P ۵، P ۶، P ۷)

ممیزی بالینی: چهار نفر از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که در خصوص مراقبت‌ها و خدمات ارائه شده نظارت صورت بگیرد، زیرا که نظارت باعث خواهد شد که کیفیت خدمات نیز مطلوب‌تر گردد و ارائه‌کنندگان در خصوص ارائه خدمات ملزم خواهند بود که استانداردهای بالینی را رعایت کنند.

"نظارت بر ارائه خدمات لازم است تا کیفیت مراقبت‌ها نیز بهتر شود". (P ۲، P ۴، P ۷)

به منظور شناسایی محورها و چارچوب حاکمیت بالینی، نظرات مصاحبه‌شوندگان در زمینه مراقبت‌های اولیه سلامت مبتنی بر پزشک خانواده، در خلال مصاحبه‌ها کسب گردید؛ که پس از تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه و استخراج موضوعات اصلی، ۴ درون‌مایه اصلی و ۱۷ درون‌مایه فرعی شناسایی و استخراج گردید. (جدول ۲).

محور اصلی اول: ابعاد حاکمیت بالینی

این محور شامل ۷ درون‌مایه فرعی: مشارکت جامعه، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مدیریت کارکنان، آموزش، استفاده از اطلاعات و مدیریت خطر بود.

مشارکت جامعه: شرکت‌کنندگان (۷ نفر) در مطالعه کیفی بر این باور بودند که در جهت پذیرش و اثربخشی بیشتر مراقبت‌ها و برنامه‌های مراکز درمانی در سطح اول، لازم به نظر می‌رسد که جامعه در طرح‌ها، تصمیمات و برنامه‌های مراکز بهداشتی مشارکت داشته باشند و در صورت مشارکت افراد جامعه، انتظارات جامعه برآورده و کیفیت نیز ایجاد خواهد شد.

از طرف دیگر، شش نفر از مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند که ارزیابی و توسعه کارکنان، آموزش‌های متناسب و کاربردی، ایجاد سیستم تشویق و تنبیه و توانمندسازی پزشکان خانواده امر ضروری به نظر می‌رسد. زیرا نیروی انسانی از مهم‌ترین منابع هستند و توانمندی و عملکرد آن‌ها تاثیر مستقیم بر کیفیت و خروجی‌های ارائه‌کنندگان و مراکز خواهد داشت.

"نیروی انسانی مهمترین در سازمان و لازمه به آن توجه شود مثلا ارزیابی صحیح انجام شود، آموزش خوب و متناسب باشد، توسعه فردی داشته باشیم و حتی از سیستم تشویق و تنبیه بهره ببریم". (P۱۲، P۱۴، P۱۵، P۱)

"آموزش‌ها و برنامه‌های ارتقا کارکنان امری ضروری هست، همچنین آموزش و توانمندسازی پزشکان خانواده مهمه و لازمه آموزش‌های به روز و کاربردی برای آن‌ها گذاشته باشه". (P۹، P۱۲، P۱۴، P۱۵، P۱)

آموزش: اکثر مشارکت‌کنندگان (۸ نفر) معتقد بودند که با توجه به تاثیر آموزش‌ها و اثرات آن‌ها لازم است کلاس‌ها و دوره‌های آموزشی کاربردی برای ارائه‌کنندگان برگزار و اجرا شود و در این دوره‌ها از دانش و آموزش‌های به روز و کاربردی بهره گرفته شود. همچنین اشاره داشتند که در هر گروه نوع آموزش‌ها متفاوت خواهد بود و ضروری به نظر می‌رسد که در هر گروه آموزش‌ها شناسایی و با توجه به نوع نیازشان و نوع فعالیتشان دوره‌های آموزشی برگزار کرد.

"به نظرم لازمه که در هر سازمان و مرکزی آموزش‌ها را شناسایی کنن بعد وقتی نیازها شناسایی شدن بیان با توجه به نیازها آموزش‌ها را بدهند و دوره‌هایی را براشون اجر کنن". (P۱۱، P۱۴، P۱۵، P۱)

"آموزش‌ها باید متناسب با نوع فعالیت کارکنان باشه نه عمومی". (P۱۵، P۱۲، P۱۳، P۱۵، P۱)

"آموزش درس و به جا در هر سازمانی مهمه و لازمه اجرا بشه و این آموزش‌ها باید به روز باشن". (P۱۲، P۱۴، P۱۵)

"آموزش‌ها تاثیر زیادی بر خروجی‌های مراکز داره و اگر کاربردی و متناسب باشن خروجی‌ها را هم مطلوب تر خواهیم دید". (P۱، P۶)

از طرف دیگر، شش نفر از مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند که آموزش‌های کاربردی و صحیح در تغییر نگرش کارکنان تاثیر زیادی دارند و آموزش‌های درست منجر به افزایش اثربخشی و کیفیت در خدمات خواهد شد و در نهایت انگیزش و رضایت پرسنل افزایش پیدا خواهد کرد.

"کنترل و نظارت بر خدمات ارائه شده باعث میشود که خدمات ارائه شده مطلوب تر شوند و کیفیت نیز به دنبال آن بهبود پیدا میکند". (P۸، P۹، P۶، P۳)

اثربخشی بالینی: سه نفر از شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که در جهت افزایش اثربخشی خدمات، توجه به شاخص‌های درونی، فرآیندی و پیامدی لازم و ضروری به نظر می‌رسد و توجه به آن‌ها همزمان ورودی تا خروجی را دربر می‌گیرد و در نهایت اثربخشی خدمات افزایش پیدا خواهد کرد.

"نظارت، کنترل و توجه به شاخص‌های درونی، فرآیندی و پیامدی می‌تواند عامل موثری در جهت افزایش اثربخشی خدمات باشد که چرخه خدمات را در نظر می‌گیرد". (P۱۴، P۲، P۱۱)

از طرف دیگر پنج نفر از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند در جهت افزایش اثربخشی لازم است سیستم یکپارچه جهت ثبت عوارضات دارویی وجود داشته باشد و در آن صورت یک سیستم اطلاعاتی موثقی خواهیم داشت که در صورت بروز و فراوانی آن‌ها تدابیری جهت کاهش آن‌ها ایجاد خواهد شد و منجر به افزایش کیفیت و اثربخشی می‌شود. همچنین این مصاحبه‌شوندگان باور داشتند که پایش و سنجش کیفیت به صورت دوره‌ای، دراز مدت و حتی بعد از دریافت خدمات توسط مراجعه‌کنندگان از اقداماتی هستند که در نهایت منجر به بهبود کیفیت و اثربخشی خواهند شد.

"طراحی یک سیستم اطلاعاتی یکپارچه برای ثبت عوارضات، اقدام و استارت خوبی برای بهبود اثربخشی خواهد بود و به کیفیت کمک میکند". (P۷، P۱۰، P۲، P۱۱)

"سنجش کیفیت به صورت دوره‌ای، دراز مدت و زمانی که بیمار خدمتی را می‌گیرد میتواند اثربخش و بهبود کیفیت به دنبال داشته باشد". (P۷، P۱۰، P۲، P۱۱، P۱۳)

مدیریت کارکنان: دو نفر از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که با توجه به نوع تصمیمات و سیاستگذاری‌هایی که انجام می‌شوند افراد مرتبط با همان حوزه که سابقه و یا اطلاعات مفیدی دارند مشارکت داده شوند و سعی شود در هر حوزه از سیاستگذار مرتبط جهت تصمیم‌گیری‌ها بهره گرفته شود.

"ببین لازمه در هر حوزه‌ای که سیاستگذاری و تصمیم‌گیری میشود افراد و سیاستگذار مربوطه مشارکت داده شود نه هرکسی که اطلاعات اندک و یا کافی ندارد بیاد تصمیم‌گیری کند". (P۱۱، P۴)

"منابع معتبر اول باید شناسایی بشن و بعد از این منابع در سیاستگذاری ها استفاده بشن". (P۱۱, P۶, P۸, P۷)

مدیریت خطر: شش نفر از مشارکت کنندگان بر این معتقد بودن که اطلاعاتی که توجه به ایمنی بیماران و کارکنان از ضروریات هر مرکز ارائه دهنده خدمات سلامتی می باشد و باید به آن توجه ویژه داشت. بنابه بیانات مصاحبه شوندگان شناسایی عوارضات مداخلات و ثبت آن ها گامی مهمی در مدیریت خطر و افزایش ایمنی بیماران خواهد بود.

"به نظر من میشه عوارضات را ثبت و شناسایی کرد بعد بر اساس آن ها مداخلاتی رو انجام بدیم و ایمنی را افزایش بدیم". (P۱۳, P۱۱, P۱۰, P۹, P۷, P۳)

"اگر ما عوارض و خطرات را شناسایی کنیم بعد میتونیم بر اساس آن ها کارکنان و بیماران را از آن ها آگاه کنیم و خطرات را به حداقل برسانیم و ایمنی رو نیز افزایش بدیم". (P۱۳, P۹, P۱۰)

محور اصلی دوم: پیش نیازها و ساختارها

در این بعد نیز، ۵ درون مایه فرعی: راهنماها و دستورالعمل ها، ارتقاء شاخص های سلامت، تجهیزات و امکانات، نظام ارجاع و تامین مالی شناسایی و استخراج گردید.

راهنماها و دستورالعمل ها: شش نفر از شرکت کنندگان در مطالعه کیفی بر این باور بودند که دستورالعمل ها و راهنماهای بالینی لازم است به صورت دوره ای باز بینی شوند و با توجه به اطلاعات جدید به روز شوند. همچنین مصاحبه شوندگان بر این عقیده بودند که این راهنماها و دستورالعمل ها باید براساس اطلاعات معتبر و شواهد های موجود تدوین شوند.

"پروتکل ها و دستورالعمل ها باید به صورت دوره ای بازبینی بشن". (P۱۵, P۱۴, P۱۰, P۹, P۷, P۵)

"دستورالعمل ها و راهنماهای بالینی باید زود زود بازبینی و بر اساس شواهد و اطلاعات جدید تدوین و به روز بشن". (P۱۵, P۹, P۱۰)

"راهنماها و پروتکل ها نقش و عامل مهمی در نتایج خدمات درمانی و به دنبال آن کیفیت خدمات دارند". (P۷)

"راهنماها باید اپدیت شون چون که الان خیلی از دستورالعمل ها کپی و تکراری و غیر کاربردی شدن...". (P۱۰)

"بازبینی گایدلاین ها و پروتکل ها ضروریه و بهتر بر اساس شواهد اصلاح بشن". (P۹)

ارتقاء شاخص های سلامت: دو نفر از مصاحبه شوندگان معتقد بودند که شاخص های سلامت فعلی باید

"نیروی انسانی مهمترین در سازمان و لازمه به آن توجه بشه مثلا ارزیابی صحیح انجام بشه، آموزش خوب و متناسب باشه، توسعه فردی داشته باشیم و حتی از سیستم تشویق و تنبیه بهره ببریم". (P۳, P۱۲, P۴, P۱۵, P۱۴)

"آموزش ها و برنامه های ارتقا کارکنان امر ضروری هست، همچنین آموزش و توانمند سازی پزشکان خانواده مهمه و لازمه آموز شهای به روز و کاربردی براون گذاشته باشه". (P۹, P۱۵, P۱۴)

استفاده از اطلاعات: هفت نفر از مشارکت کنندگان بر این باور بودند که اطلاعاتی که مدیران برای تصمیمات و سیاستگذاری ها استفاده می کنند باید قابل اعتماد باشند زیرا که منابع مراکز محدود هستند و تصمیمات این مدیران می توانند تبعاتی را برای کل سازمان داشته باشند.

"ضروری هست که مدیران اطلاعات خوب و قابل اعتماد و اطمینانی داشته باشن و بر اساس اونا تصمیم بگیرن". (P۱۱, P۶, P۳, P۷, P۸, P۴, P۱)

"مدیرا نباید بر اساس آزمون و خطا تصمیم بگیرن و لازمه اطلاعات موثق داشته باشن تا بر اساس اونا تصمیم بگیرن. زیرا مدیرا اگر تصمیم غلط بگیرن کل سازمان ممکنه متضرر باشه برای همین مهمه اطلاعات و تصمیمات درست باشه". (P۶, P۱۱, P۷)

سه نفر از مصاحبه شوندگان اشاره داشتند که مدیران برای مدیریت و تصمیم گیری ها از شواهد علمی و پژوهشی استفاده کنند و این کار باعث خواهد شد مدیران کمتر دچار آزمون و خطا شوند و مدیریت منابع صورت بگیرد.

"مدیرا نباید بر اساس آزمون و خطا تصمیم بگیرن و لازمه اطلاعات موثق داشته باشن تا بر اساس اونا تصمیم بگیرن. زیرا مدیرا اگر تصمیم غلط بگیرن کل سازمان ممکنه متضرر باشه برای همین مهمه اطلاعات و تصمیمات درست باشه". (P۷, P۱۱, P۸)

از طرف دیگر، چهار نفر از مصاحبه شوندگان بر این باور بودند که برای اتخاذ تصمیمات و سیاستگذاری های مطلوب تر ضروری به نظر می رسد که منابع و اطلاعات معتبر شناسایی شوند و از آن ها برای تصمیم گیری ها مورد استفاده قرار بگیرند. "در وهله اول لازمه که منابع معتبر را شناسایی کنیم و از آن ها استفاده کنیم". (P۱۱, P۶, P۸, P۷)

در خصوص پیش‌نیازها و ساختارها نیز مصاحبه شونده‌گان بیان کردند که جهت پایش بیماران طراحی یک سیستم اطلاعات یکپارچه ضروری و لازم به نظر می‌رسد زیرا از طریق آن میتوان وضعیت بیماران را پایش کرد و از عوارضات احتمالی جلوگیری کرد.

"بیمارها اصلا پایش نمیشوند و اگر سیستمی برای پایش آن‌ها باشد خیلی عالی میشه". (P10)

"به نظرم یه چیزی مثل نظام اطلاعات یکپارچه برای پایش بیماران خیلی خوبه که طراحی بشه و بیماران را رصد کرد". (P7)

نظام ارجاع: هفت نفر از شرکت‌کنندگان در مطالعه بر این عقیده بودند که سیستم ارجاع به درستی نظارت و اجرا نمی‌گردد. همچنین بیان داشتند که، برای کاربردی شدن و شواهد آثار مثبت آن باید تغییرات و اصلاحاتی از جمله، اجباری شدن ارجاع دادن بیمار از طرف پزشک سطح اول، تدوین قوانین و الزامات اجرای نظام ارجاع و همچنین بیمارانی که به سطح دوم ارجاع داده می‌شوند، پزشکان سطح دوم یا همان متخصصان نتایج درمان و بازخورد های فرد ارجاع داده شده را به سطح اول گزارش دهند. عدم بازخورد از طرف متخصصان به پزشکان سطح اول مانع از خدمات درمانی اثربخش و با کیفیت به بیماران خواهد شد.

"در فارس ارجاع از طرف پزشک سطح اول الزامیه اما در مازندران خیر به نظرم باید اصلاحاتی صورت بگیره". (P5)

"مراجعه مستقیم به سطح دوم خیلی عواقب خوبی نداشته، همچنان که میبینم مراجعه های غیر ضروری به شدت افزایشی است". (P8)

"ارجاع بیمار به سطح دوم باید از طرف پزشک سطح اول انجام بشه". (P1)

"پزشکان متخصص نتایج درمان بیمار ارجاع داده شده را به پزشک سطح اول بدن". (P7، P6، P3)

"ارتباط بین سطح اول و دوم باید تقویت تر بشه و نتایج و سلسله درمان باید پیوسته و شفاف باشه". (P4)

تامین مالی: هشت نفر از مصاحبه شونده‌گان در خصوص تامین مالی بر پرداخت به موقع و نظام پرداخت درست و مناسب تاکید کردند و بیان کردند حقوق ها و پرداخت اثر زیادی بر رضایت و انگیزه پرسنل دارد و عدم پرداخت صحیح حقوق ها و نظام پرداخت نامناسب می تواند تا حدی در این زمینه اثرات منفی ایجاد کند. همچنین بیان گردید که برای فعالیت ها و سیاست های

بصورت دوره ای بازبینی و مورد پایش قرار بگیرند. همچنین بر این باور بودند که، باید برنامه های کوتاه و بلند مدت تدوین گردند و شاخصها مورد پایش قرار بگیرند.

"شاخص های فعلی به ندرت پایش میشن و اگر برنامه های مدونی برای پایش وجود داشته باشه خیلی بهتر عمل خواهیم کرد...". (P4)

"به نظر من بهتره که برنامه هایی مثلا دوره ای از جمله کوتاه و یا بلند مدت برای ارزیابی شاخص ها داشته باشیم". (P1)

از طرف دیگر، پنج نفر از مصاحبه شونده‌گان بر این باور بودند که جهت افزایش و ارتقاء کیفیت، شاخص ها باید ارزیابی و با یک استاندارد تایید شده و طلایی مقایسه گردند و در جهت رفع شکاف شاخص های ارزیابی شده با شاخص های استاندارد اقدامات انجام گیرد.

"ما خیلی از شاخص ها را کنار گذاشته ایم و یا اگر هم ارزیابی کنیم خیلی روال خاصی نداره و بهتره با یک استاندارد مقایسه بشن". (P3)

"تدوین برنامه هایی برای رفع چالش ها و شکاف ها در شاخص های ارزیابی شده که نسبتا ضعیف هستن لازم به نظر می رسه". (P1، P4، P5)

"شاخص ها یا گلد استاندارد ها مقایسه بشن...". (P5)

تجهیزات و امکانات: چهار نفر از مصاحبه شونده‌گان در مطالعه بر این عقیده بودند که خدمات رفاهی فعلی در سطح قابل قبولی نیست و اگر تمهیدات و امکانات رفاهی برای بیماران و مراجعه کنندگان فراهم گردد رضایت و اثربخشی نیز به میزان قابل توجهی افزایش پیدا خواهد کرد. همچنین مصاحبه شونده‌گان بیان کردند که امکانات باید بر اساس استاندارد های تعیین شده باید فراهم گردند و این امکانات و تجهیزات قابل پذیرش استفاده کنندگان قرار بگیرد.

"امکانات رفاهی خاصی برای بیماران نداریم و در امکانات حداقلی موندیم و به نظرم باید به این توجه بشه و امکاناتی را برای رفاه آن‌ها فراهم کنیم". (P5)

"امکانات رفاهی میتونه اثر فراوانی بر اثربخشی و رضایت داشته باشه". (P7، P10)

"فراهم اوری و یا تهیه تجهیزات باید بر اساس استاندارد های مجاز باشه و قابل قبول جامعه استفاده کننده هم باشه". (P1)

"امکانات باید مقبولیت داشته باشه و وجود امکانات عامل مهمی نیز در اثر بخشی هست". (P7، P10، P5)

"از شبکه و مدیریت توسعه نیز میتوان به عنوان تصمیم گیر مشورت گرفت و یا از نظرات آن‌ها نیز بهره مند شد" (P۸).

محور اصلی چهارم: ابعاد سنجش خدمات

ابعاد سنجش خدمات نیز شامل چهار درون مایه فرعی: اثربخشی، کارایی، انسانی بودن خدمات و عدالت بود.

اثربخشی: پنج نفر از مشارکت کنندگان در مطالعه در خصوص ابعاد سنجش خدمات سلامت بیان کردند که ممکن است ابعاد مختلف با جزئیات بیشتری وجود داشته باشند اما در حالت کلی می‌توان چهار بعد را برای آن در نظر گرفت. یکی از ابعاد سنجش خدمات سلامت، بعد اثربخشی خدمات تعیین گردید. اثربخشی عامل مهمی در افزایش ایمنی و کیفیت خدمات می‌باشد. بنابراین مصاحبه شونده‌گان بیان کردند که اگر در خدمات ارائه شده شاخص‌ها و معیارهای مشخص و استاندارد را برای خدمات در نظر بگیریم و همین شاخص‌ها پایش و ارزشیابی شوند می‌تواند به شکاف کیفیت و ایمنی دست یافت و بر اساس همین ارزیابی‌ها برنامه‌هایی را اتخاذ نمود که بتوانند این شکاف‌ها را از بین ببرند.

"...شاخص‌ها و معیارهای مشخص و دقیقی را برای خدمات تعریف کنیم و بر اساس آن‌ها اقدام کنیم و همین شاخص‌ها هم مبنای قرار بدیم برای ارزشیابی‌مون". (P۱۰، P۱۲، P۱۴، P۱۵)

"اگر ما شاخص‌های دقیقی داشته باشیم و بر اساس آن‌ها اندازه‌گیری کنیم می‌دونیم که کجای کاریم و کجای کارمون اشتباه کردیم". (P۱۲)

"ما شاخص‌هایی رو لازم داریم که مثل متر بتوانند خوب اندازه بگیرن". (P۱۴)

از طرف دیگر مصاحبه شونده‌گان بیان کردند که شاخص‌هایی که برای ارائه خدمات تعریف می‌شوند را بصورت دقیق تعیین و ارزیابی‌ها را نیز بر اساس آن‌ها انجام داد و در نهایت با استاندارد‌ها و یا میزان قابل انتظار مقایسه کرد و به شکاف وضعیت موجود می‌توان رسید و به بهبود کیفیت و ایمنی کمک خواهد کرد.

"نتایج شاخص‌هایی که با آن‌ها ارزیابی کردیم رو با استاندارد‌ها و یا آن چیزی که انتظار داشتیم مقایسه کنیم و شکاف را به دست بیاریم". (P۱۰، P۱۴، P۱۵)

"وقتی بدونیم در چه وضعیتی هستیم و شاخص‌ها اینو به ما نشون دادن می‌تونیم و می‌دانیم که چه مداخله‌ای رو جهت بهبود اثربخشی انجام بدیم". (P۱۵)

همچنین دو نفر از مصاحبه شونده‌گان بیان کردند که اندازه‌گیری و سنجش کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت

اتخاذ شده لازم است منابع مالی پایدار در نظر گرفته شود و برنامه‌ها و فعالیت‌ها براساس منابع برنامه ریزی شوند. "پرداخت‌ها عامل و نقش مهمی در عملکرد و انگیزه پزشکان و کارکنان داره و در این خصوص نظام سلامت بسیار ضعیف عمل کرده است و نیاز هاست پرداخت‌ها به شیوه صحیح تر و نظام پرداخت مناسب تر انجام بگیره". (P۵، P۸، P۱۲، P۱۴، P۱۳، P۱۴، P۱۵)

"برای برنامه‌های بهداشتی درمانی منابع مالی پایدار لازمه و برای تصمیمات و سیاستهایی که پول برآشون ندارن برنامه ریزی نکنن و برنامه‌ها را نصفه نیمه نذارن". (P۱۵)

محور اصلی سوم: متولیان تصمیم گیر

این بعد نیز شامل یک درون مایه فرعی: متولیان دخیل در سیاستگذاری بود.

متولیان دخیل در سیاستگذاری: به عقیده و باور اکثر مصاحبه شونده‌گان (۹ نفر) افراد مختلفی باید در تدوین و اجرای سیاستها و تصمیمات مشارکت داشته باشند. مصاحبه شونده‌گان بیان کردند که پزشکان باتجربه، پزشکان اجتماعی، کارشناسان بیمه و آموزش سلامت باید در تصمیمات و سیاستگذاری‌ها مشارکت داشته باشند و در اجرا و تدوین سیاست‌ها از آن‌ها بهره مند شد.

"برای تصمیم‌گیری و یا سیاستگذاری لازمه که افراد و اشخاص مختلفی باشن از جمله پزشکان باتجربه و پزشکان اجتماعی، کارشناسان بیمه و آموزش سلامت و ... زیرا در محیط بودن و بهتر آگاه به شرایط هستن". (P۱، P۳، P۴، P۶، P۷، P۱۰، P۱۳، P۱۴، P۱۵)

همچنین چهار نفر دیگر از مصاحبه شونده‌گان بیان داشتند که مشاورین و متولیان خارج از سیستم دولتی بهتر و منصفانه تر از یک ارزیابی داخلی عمل می‌کند و حتی در تدوین و اجرای سیاست‌ها نیز بهتر نتیجه خواهند داد. از طرف دیگر نیز بیان شد که در برخی از سیاست‌ها نیاز است که کارشناسان دانشگاهی و آکادمی، مدیریت شبکه و ستادی نیز به عنوان مشاور و یا حتی تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشند.

"عاملین و متولیان خارجی و یا خارج از سیستم دولتی بهتر از ارزیابان و تصمیم‌گیرندگان داخلی عمل میکنند ولی نه همیشه اما در اکثر اوقات بهتر عمل میکنند". (P۸، P۹، P۱۴، P۱۵)

"بهره‌مندی از کسانی که آموزش آکادمی دارن و یا دانشگاهی هستند کمک کننده خواهد بود همچنین کارشناسان ستادی نیز میتونن کمک کنن". (P۱۵)

نادیده بگیره مثلا باید پزشک هنگام ارائه خدمت به بیمار تنها باشن و بیمار معذب نشه و خدماتی را که شایسته اونه به بیمار ارائه کنه". (P 11, P 15, P 10)

از طرف دیگر، سه نفر از مصاحبه شوندهگان بیان کردند که با بهره گیری از دانش لازم و آموزش های به روز سعی گردد که به بیماران خدمات مطلوب ارائه گردد و روش هایی را که ایمنی بیمار را به حداقل می رسانند خودداری کنند.

"بیمار لازمه خیلی بهش اهمیت داده بشه و همون آموزش هایی رو که قبلا اشاره کردم مثلا آموزش های به روز و کاربردی و غیره. اینجا میتونه خودشون نشون بده و بهترین مراقبت ها را آسایش به بیمار کمتر باشه رو ارائه بدن". (P 11, P 7, P 1)

"ارائه خدمات مطمئن و به دور از هر آسیبی حق بیمار هست و باید تلاش کرد خدمات مطلوب ارائه بشن". (P 1, P 3, P 7)

عدالت: سومین بعد شناسایی شده از نظر مصاحبه شوندهگان بعد عدالت در ارائه خدمات سلامت بود. شش نفر از مصاحبه شوندهگان بر این باور بودند که در ارائه خدمات سلامت ضروری است خدمات بصورت منصفانه و نوع و میزان نیازهای بیماران ارائه گردد و کسانی بیشتر نیازمند خدمات و حق برخورداری آن را دارند خدمات را دریافت کنند. همچنین بیان کردند که در دریافت خدمات درمانی بیماران و یا مناطق مختلف باید دسترسی یکسان داشته باشند.

"عدالت در سلامت جز ابعاد حاکمیتی و سنجش خدمات هست زیرا عدالت برابری نیست و ممکنه یه سری نیازهای فوری تری داشته باشند هرچند هم که نیازها یکسان باشه مثلا دو نفر ممکنه سرما خورده باشن و بخوان خدمتی رو دریافت کنن و اینجا نیازها یکسانه اما ممکنه یکی یه بیماری دیگه ای یا یه شرایط خاص تری نسبت به اون یکی داشته باشه و مهمه که اینجا به این توجه بشه...". (P 13, P 11, P 9, P 7, P 5, P 4)

"کسانی بیشتر نیاز دارن بیشتر خدمت دریافت کنن و این بنظرم یکی از ویژگی های عدالته در ارائه خدمات". (P 5, P 11, P 13)

"مراکز و یا ارائه کنندگان باید طوری قرار بگیرن که شرایط دسترسی یکسان را به خدمات سلامت فراهم کنن و بی عدالتی خدای نکرده در این خصوص ایجاد نشه". (P 5, P 11, P 13)

می تواند شاخص خوبی برای ارائه کنندگان سلامت جهت اثربخشی خدمات به مراجعه کنندگان تحت پوشش همان مرکز ارائه دهد. "کسایی به مراکز مراجعه میکنند یا اصلا اون جمعیت تحت پوشش از طریق فرمول کالی میشه گفت چه تعداد زندگی سالم تری دارن و یک شاخص خوبی میتونه برای اثربخشی باشه". (P 14, P 4)

کارایی: دومین بعد شناسایی از نظر هفت نفر از مصاحبه شوندهگان برای سنجش خدمات سلامت، بعد کارایی بود. مصاحبه شوندهگان بیان داشتند که در گام نخست اقدامات و فعالیت هایی که توسط مراکز ارائه می شوند را لیست و توصیف کنیم و واحد ها و شاخص های مشخصی را برای هر خدمت شناسایی شده در نظر گرفته و در نهایت ارزش آن خدمت را بر اساس پول برآورد کرد. زیرا وقتی ارزشگذاری با معیار مشخص صورت بگیرد ارزش آن خدمت تعریف دقیق تری به سیاستگذار و ارائه کنندگان خواهد داد.

"خدمات مشخص شوند اینکه بدونیم چه خدماتی رو داریم ارائه میدیم بعد براشون شاخص ها و یا معیارهای اندازه گیری و ارزشیابی در نظر بگیریم". (P 15, P 13, P 11, P 8, P 6, P 3)

"ارزشگذاری خدمات بر اساس شاخص ها و معیارهای مشخص و ویژه ای باید انجام بشه و به نظر من بهتره کاست بنفیت آنالایز بشن یعنی بر اساس واحد پولی سنجیده بشن وقتی این اتفاق بیفته کارایی نیز بهبود پیدا میکنه...". (P 11, P 15, P 9)

انسانی بودن خدمات

از نظر شش نفر از مصاحبه شوندهگان بعد سوم از ابعاد سنجش خدمات سلامت می تواند انسانی بودن خدمات باشد. بدین صورت که بیمار در دریافت خدمات دارای قدرت اختیار باشد و پزشک در ارائه خدمات به بیمار حق مشارکت دهد. همچنین مصاحبه شوندهگان بیان کردند که احترام بیمار از هنگام مراجعه تا زمان ترک مرکز لازم است حفظ شود و این خود بر کیفیت و رضایت بیمار اثر مستقیم خواهد داشت.

"اینکه بیمار مراجعه میکنه و خدمتی را دریافت میکنه لازمه پزشک بیمار را در خدماتی که بیمار ارائه میده مشارکت بده و اختیار رو به بیمار بده". (P 15, P 11, P 10, P 7, P 2, P 1)

"خیلی از جاها دیده شده و میبینیم که ارائه کننده خدمات ممکنه در یه جاهایی احترام و یا کرامت بیمار رو

جدول ۲: یافته‌های سنتز دیدگاه‌های ذی‌نفعان در خصوص محورهای حاکمیت بالینی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت

درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی	کدها
ابعاد حاکمیت بالینی	مشارکت جامعه	مشارکت جامعه در تصمیمات و مداخلات، مشارکت جامعه در طرح‌ها و برنامه‌های مراکز
	ممیزی بالینی	بررسی و نظارت بر مراقبت‌های ارائه‌شده، اطمینان از ارائه مراقبت‌ها و خدمات مطلوب
	اثربخشی بالینی	تمرکز بر کل شاخص‌های درونی، فرآیندی و پیامدی، طراحی سیستم اطلاعاتی یکپارچه جهت ثبت عوارضات دارویی و بالینی، سنجش کیفیت به‌صورت دوره‌ای و در درازمدت، پایش کیفیت و وضعیت بهبودی مراجعه‌کنندگان بعد از دریافت خدمات
	مدیریت کارکنان	بازبینی و انتخاب افراد در سیاست‌گذاری‌ها متناسب با نوع سیاست‌گذاری‌ها، ارزیابی صحیح عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات، توسعه فردی کارکنان، آموزش کاربردی و اثربخش متناسب با ارائه‌دهندگان خدمات، آموزش و توانمندسازی پزشک خانواده، ایجاد سیستم تشویق و تنبیه کارکنان
پیش‌نیازها و ساختارها	آموزش	شناسایی نیازهای آموزشی گروه‌های مختلف مراقبین سلامت و پزشکان، اجرای دوره‌های آموزشی درمان محور و به‌روز، آموزش صحیح در جهت تغییر نگرش ارائه‌دهندگان در رابطه با نظام ارجاع، متناسب‌سازی دوره‌های آموزشی پرسنل با نوع کار آن‌ها، آموزش در جهت ارتقای فرهنگ و نگرش مردم، آموزش صحیح در جهت تغییر نگرش مردم در رابطه با نظام ارجاع، آموزش مداوم کارکنان
	استفاده از اطلاعات	قابل اعتماد بودن داده‌های جمع‌آوری جهت تصمیمات مدیریتی، استفاده از شواهد علمی و پژوهشی، استفاده و به‌کارگیری منابع معتبر، شناسایی منابع معتبر اطلاعاتی
	مدیریت خطر	ایمنی کارکنان، ایمنی بیماران، شناسایی عوارض جانبی مداخلات انجام‌شده، ایمنی در ارائه خدمات
	راهنماها و دستورالعمل‌ها	بازبینی پروتکل‌ها و راهنماها به‌صورت دوره‌ای، به‌روزرسانی راهنماها و دستورالعمل‌ها، تدوین دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها بر اساس شواهد
متولیان تصمیم‌گیر	ارتقاء شاخص‌های سلامت	ارزیابی شاخص‌های به‌صورت کوتاه‌مدت و بلندمدت، مقایسه شاخص‌ها با استانداردهای طلایی، تدوین پروتکل و برنامه‌ها جهت رفع شکاف بین وضعیت موجود شاخص‌ها با استانداردها، تدوین و ارتقاء شاخص‌ها برای پاسخگویی به بحران‌ها
	تجهیزات و امکانات	تمهید و فراهم‌آوری خدمات رفاهی عمومی برای بیماران، شناسایی تجهیزات و امکانات لازم با توجه به استانداردها، پذیرش و مقبولیت تجهیزات در مراکز ارائه‌دهنده خدمات، طراحی نظام اطلاعاتی یکپارچه جهت پایش بیماران
	نظام ارجاع	اجباری شدن رعایت نظام ارجاع، ارجاع بیمار به سطح دوم منوط به ارجاع از طرف سطح اول، بازخورد و ارائه گزارش بیماران ارجاع داده‌شده به پزشک ارجاع دهنده
	تأمین مالی	پرداخت به‌موقع کارکنان، منابع مالی پایدار، نظام پرداخت مناسب
ابعاد سنجش خدمات	متولیان دخیل در سیاست‌گذاری	پزشکان خانواده باتجربه، کارشناسان دانشگاهی و ستادی، مشاورین بین‌المللی، کارشناسان بیمه، متخصصین پزشکی اجتماعی، کارشناسان آموزش سلامت، مدیریت و توسعه شبکه، متولیان خارج از سیستم‌های دولتی
	اثربخشی	شناسایی و تعریف شاخص و معیارهای اثربخشی بیماری‌ها، سنجش سلامت و کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت، پایش و ارزیابی شاخص‌های نتیجه‌ای با استانداردها، تدوین پروتکل‌ها و برنامه عملیاتی در جهت دستیابی به استاندارد شاخص‌های سلامت
	کارایی	شناسایی یا توصیف اقدام درمانی موردنظر، سنجش بر اساس واحد و معیارهای مناسب، ارزش‌گذاری خدمات موردنظر بر اساس واحد پولی
	انسانی بودن خدمات	حفظ اختیار بیمار در دریافت خدمات، احترام و کرامت بیمار، تلاش برای ارائه خدمات مطلوب، جلوگیری از آسیب و خطاهای بالینی
عدالت	منصفانه بودن از حیث فرصت برخورداری از خدمات، ارائه خدمات بر اساس نیازهای بیماران، دسترسی یکسان به خدمات سلامت	

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف شناسایی دیدگاه ذی‌نفعان در خصوص محورهای حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت مبتنی بر پزشک خانواده در استان مازندران ایران انجام شد. یافته‌های مطالعه حاضر در خصوص الگوی حاکمیت بالینی، در چهار درون‌مایه اصلی ابعاد حاکمیت بالینی، پیش‌نیازها و ساختارها، متولیان تصمیم‌گیر، ابعاد سنجش کیفیت و ایمنی و موانع اجرای حاکمیت بالینی استخراج شد. درون‌مایه اصلی ابعاد حاکمیت بالینی شامل هفت درون‌مایه فرعی؛ مشارکت جامعه، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مدیریت کارکنان، آموزش، استفاده از اطلاعات و مدیریت خطر بود. در این راستا، مصدق‌راد و همکاران (۱۳۹۵) پژوهشی در خصوص نقش اطلاعات در اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که عواملی از جمله مشارکت، آموزش کارکنان، ممیزی بالینی و مدیریت خطر بیشترین تأثیر را برای اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی داشتند (۱۳). قلعه‌ای و شهودی در پژوهشی نقش محور مدیریت خطر را در حاکمیت بالینی کلیدی بیان کردند (۱۴). به علاوه در مطالعه دیگری نیز به این نتیجه رسیدند که مداخلات صورت گرفته در زمینه مدیریت خطر و ایمنی بیمار در راستای استقرار حاکمیت بالینی مؤثر بوده و می‌تواند گامی در جهت کاهش و به حداقل رساندن مخاطرات بالینی باشد (۱۵).

همچنین در مطالعه تریزی و همکاران (۱۳۹۷) که با هدف "حاکمیت سیستم مراقبت اولیه ایران: درک متخصصان" انجام شد، هشت تم اصلی شامل ارتقای کیفیت، مدیریت و رهبری، مشارکت جامعه و مشارکت مشتری، اثربخشی مراقبت بهداشتی اولیه، توسعه منابع انسانی، ایمنی، ارزیابی و ممیزی مراقبت سلامت و مدیریت اطلاعات سلامت به عنوان ستون‌ها و عوامل ضروری حاکمیت بالینی مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایران (مابا) شناسایی شد (۱۶) که نتایج این مطالعات هم‌راستا با درون‌مایه‌های استخراج شده بود. از طرف دیگر مصدق‌راد و همکاران (۱۳۹۵) (۱۵) و شهیدی صادق (۱۷) در بررسی‌هایی که انجام دادند، نقش اطلاعات را در اجرای حاکمیت بالینی در حد متوسط گزارش کردند. با توجه به یافته‌ها و مقایسه آن با نتایج سایر پژوهش‌های انجام شده استنباط می‌گردد که اصولی مانند تأکید بر ارتقای کیفیت مراقبت‌های بالینی ارائه‌شده به بیماران، اشاعه ابعاد الگوی حاکمیت بالینی به تمامی مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران، وجود مشارکت واقعی ذی‌نفعان، ممیزی‌های بالینی جهت بهبود مستمر کیفیت و دستیابی به کیفیت جامع، اثربخشی خدمات، مدیریت و آموزش کارکنان مراقبت‌های نظام سلامت

با مفهوم حاکمیت بالینی و درک ارتباط آن با شغل خود و وجود سیاست و برنامه‌های روشن با هدف مدیریت خطر را می‌توان جهت استقرار بهتر استراتژی حاکمیت بالینی دانست (۱۵، ۱۷).

دومین یافته اصلی در خصوص الگو حاکمیت بالینی، مربوط به پیش‌نیازها و ساختارهای لازم برای اجرای الگوی حاکمیت بالینی بود که این درون‌مایه اصلی نیز شامل پنج درون‌مایه فرعی: راهنماها و دستورالعمل‌ها، ارتقاء شاخص‌های سلامت، تجهیزات و امکانات، نظام ارجاع و تأمین مالی بود. معینی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود که به بررسی دیدگاه مدیران نسبت به مفهوم ارتقاء کیفیت سلامت بر اساس مدل حاکمیت بالینی پرداخته بودند، به این نتیجه رسیدند که نبود و یا کمبود تجهیزات و امکانات و منابع مالی از عوامل تضعیف‌کننده حاکمیت بالینی در نظام‌های سلامت می‌باشند و ضروری است که این دو عامل به عنوان پیش‌نیازها و ساختارهای اصلی اجرای این استراتژی مدنظر قرار گیرند (۱۸). همچنین خلقی نژاد و همکاران به نقل از Murry و همکاران (۱۹)، عطالهی و همکاران (۲۰)، عرب و همکاران (۲۱) و فلیپس و همکاران (۲۲) در بررسی‌های خود بیان می‌دارند که، ارتقاء مستندات و شاخص‌های سلامت، منابع مالی، تجهیزات و امکانات و برنامه‌ها و راهنمایی صحیح و مناسب از عوامل اجرای موفقیت‌آمیز اجرای استراتژی حاکمیت بالینی می‌باشند و این عوامل را به عنوان پیش‌نیازهای مهم در اجرای این استراتژی می‌دانند. به نظر می‌رسد در نظر گرفتن چنین پیش‌نیازها و ساختارهایی دور از منطقی برای اجرای چنین برنامه‌ای نباشند، زیرا اجرای درست و مناسب هر برنامه‌ای از جمله حاکمیت بالینی در هر سطحی از نظام سلامت و علی‌الخصوص در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت که برای اولین بار این چنین استراتژی در این سطح به کار خواهد گرفته شد، نیاز به این پیش‌نیازها و ساختارهای ضروری داشته باشد.

متولیان و تصمیم‌گیرندگان در حوزه حاکمیت بالینی مراقبت‌های اولیه سلامت در جهت افزایش کیفیت و ایمنی، یکی دیگر از درون‌مایه‌های اصلی شناسایی‌شده در این مطالعه بود که شامل یک درون‌مایه فرعی متولیان دخیل در سیاست‌گذاری این حوزه بود. مصدق‌راد و همکاران (۱۳۹۵) در بررسی‌های خود در این زمینه نشان دادند که سیاست‌گذاری‌ها، تصمیم‌گیری و مدیریت و رهبری در اجرای موفقیت حاکمیت بالینی نقش پررنگ و اصلی دارند که نتایج مطالعه آن‌ها در تأیید یافته‌های مطالعه حاضر بود (۱۳). کامپل و همکاران (۲۰۰۲) (۲۳) و ونسترا و همکاران (۲۰۱۷) (۲۴) نیز در پژوهش‌های خود به این نتایج دست یافتند که،

شمار می‌آید. از طرف ایمنی و کیفیت از دو بعد اصلی تأثیرگذار در ارائه خدمت به شمار می‌روند و لازم است به آن‌ها توجه شود که در این پژوهش سعی شده است با بهره‌گیری از تجارب و دانش افراد سیاست‌گذار و دخیل در فرآیند ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت و صاحب‌نظران دخیل در حوزه کیفیت و ایمنی، محورهای اصلی حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت شناسایی گردند تا در جهت ارتقای این دو بعد گام‌های ارزنده‌ای برداشته شود.

لذا با توجه به یافته‌های پژوهش جهت تسهیل اجرای حاکمیت بالینی راهکارهایی مانند وجود زیرساخت‌های مناسب، تعهد مدیران، فرهنگ حمایتی، دانش کافی، پایش و ارزشیابی، فرهنگ‌سازی مناسب، امکانات و تجهیزات و منابع مالی کافی پیشنهاد می‌گردد. همچنین به‌کارگیری یک الگو و یا مدل بومی حاکمیت بالینی با در نظر گرفتن تمام ابعاد و زیرساخت‌ها متناسب با فرهنگ و بومی آن ناحیه یا کشور می‌تواند در اجرای موفقیت‌آمیز این استراتژی کمک‌کننده باشد. درنهایت بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر جهت سایر پژوهشگران این حوزه پیشنهاد می‌گردد که شاخص‌های دستیابی به محورهای حاکمیت بالینی جهت افزایش کیفیت و ایمنی نظام مراقبت‌های اولیه سلامت مبتنی بر پزشکی خانواده در استان مازندران تدوین گردد.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه در مقطع دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، در سال ۱۳۹۸، با کد اخلاق به شماره IR.IAU.SEMNAN.REC.1397.005 است.

حمایت مالی: مطالعه حاضر با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان انجام شده است.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: از تمامی مسئولین و اساتید مربوطه در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

تصمیم‌گیرندگان و متولیان این حوزه از طریق تصمیمات و سیاست‌گذاری‌های درست باعث خواهند شد که به وسیله مشارکت دادن کارکنان و بهره‌گیری درست و مناسب، به سطح قابل توجهی از کیفیت و اجرای اثربخش حاکمیت بالینی در نظام ارائه مراقبت‌های سلامت برسند. بی‌شک نوع تصمیم‌گیرندگان و متولیان دخیل در سیاست‌گذاری‌ها از جمله موارد مهمی است که باید به آن توجه زیادی مبذول شود، چرا که با تصمیمات و سیاست‌گذاری‌های درست می‌توان از منابع و مهارت افراد به نحو اثربخش در جهت اجرای این استراتژی بهره برد.

ابعاد سنجش خدمات نیز که شامل چهار درون‌مایه فرعی: اثربخشی، کارایی، انسانی بودن خدمات و عدالت می‌باشد، یکی دیگر از درون‌مایه‌های اصلی شناسایی شده بود. اثربخشی خدمات ارائه‌شده با کارایی مناسب، همیشه مورد توجه سیاست‌گذاران سلامت و اهداف نظام سلامت بوده است که هرچه به اثربخش‌تر بودن خدمات و کارایی آن‌ها نزدیک‌تر شویم، در اجرای حاکمیت بالینی موفق‌تر عمل کرده‌ایم. همچنین عدالت در دسترسی، منصفانه بودن خدمات، حفظ احترام و کرامت بیمار، ارائه خدمات مطلوب و بجا و جلوگیری از آسیب به بیمار از جمله مواردی است که در سنجش خدمات باید به آن‌ها توجه گردد تا در نهایت به درجه قابل قبولی از کیفیت و ایمنی در اجرای حاکمیت بالینی برسیم. فرخ زادیان و همکاران (۱۳۹۴) در نتایج مطالعه خود بیان داشتند، سنجش درست و مناسب می‌تواند عامل مهمی در ارتقاء کیفیت و ایمنی برنامه‌های خدمات سلامت گردد و نوع اندازه‌گیری‌ها و سنجش ابعاد مختلف از جمله مواردی می‌باشد که قبل از اقدام به سنجش خدمات باید مدنظر قرار گیرند (۲۵). همچنین دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۵)، مرتبط بودن استانداردهای کمی و کیفی سنجش خدمات را عاملی برای کاهش خطاهای ایمنی بیماران عنوان نمودند (۲۶). از طرف دیگر مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که اجرای حاکمیت بالینی منجر به بهبود کیفیت، ایمنی، کارایی و اثربخشی خدمات می‌شود (۴، ۲۷-۲۹).

توجه به کیفیت مراقبت از دریچه چشم بیماران جنبه مهمی در بهبود خدمات سلامت و ارزش مورد انتظار بیمار به

References

1. McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals: John Wiley & Sons; 2011.
2. Trenti T, Canali C, Scognamiglio A. Clinical Governance and evidence-based laboratory medicine. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*. 2006;44(6):724-32.
3. Mosadeghrad AM, Sadoughi F, Ghorbani M. A survey of clinical governance success in Khozestan province. *Journal of Health in the Field*. 2019;7(3):1-9 [In Persian].
4. Tuan LT. Clinical governance, corporate social responsibility, health service quality, and brand equity. *Clinical Governance: An International Journal*. 2014.
5. De Belvis AG, Ricciardi W, Damiani G, Cambieri A, Capizzi S, Parente P, et al. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay? 2015.
6. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *Bmj*. 1998;317(7150):61-5.
7. Biscaia AR, Heleno LCV. Primary Health Care Reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative. *Ciencia & saude coletiva*. 2017;22(3):701-12.
8. 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-S7.
9. Tabrizi J, Gholamzadeh Nikjoo R. Clinical Governance in Primary Care; Principles, Prerequisites and Barriers: a Systematic Review. *Journal of Community Health Research*. 2013;2(2):71-87. [In Persian].
10. Sena AA, dos Santos MdGA, Almeida LA. Occurrence of HIV and syphilis in the prenatal care of primary health care. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*. 2019;5.
11. Allen P. Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *Bmj*. 2000;321(7261):608-11.
12. Swerissen H. Strengthening clinical governance in primary health and community care. *Australian Journal of Primary Health*. 2005;11(1):2-3.
13. Mosadeghrad AM, Shahidi Sadeghi N. Barriers of Clinical Governance Implementation in Tehran Hospitals. *Health-Based Research*. 2018;3(4 [In Persian]).
14. Ghalehei A, Shohoudi M. Modeling the Relations between Cultural Intelligence and Clinical Governance: Perspective of Nurses of Public hospitals in Kermanshah. [In Persian]. 2014.
15. Mosadeghrad AM, Sadoughi F, Ghorbani M. The role of information management in successful implementation of clinical governance. *Health-Based Research*. 2016;2(3):207-21. [In Persian].
16. Tabrizi JS, Pourasghar F, Nikjoo RG. Governance of Iranian Primary Health Care System: Perceptions of Experts. *Iranian Journal of Public Health*. 2019;48(3):541-8. [In Persian].
17. Shahidi-Sadeghi N. A survey of clinical governance success in Tehran city hospitals [dissertation]. School of Public Health: Tehran University of Medical Sciences. 2015;[In Persian].
18. Moeini B, Shahrabadi R, FARDMAL J, Khatiban M. The study of hospital administrators's views of quality improvement of health: Applying Clinical Governance Model 2014.. [In Persian]
19. Murray J, Fell-Rayner H, Fine H, Karia N, Sweetingham R. What do NHS staff think and know about clinical governance? *Clinical Governance: An International Journal*. 2004.
20. Ataollahi F, Bahrami M-A, Atashbahar O, Rejalian F, Gharaie H, Homayooni A, et al. Clinical Governance Implementation Challenges in Teaching Hospitals Affiliated to Yazd University of Medical Sciences, Iran, Based on the Experts' Viewpoint. *Journal of Management And Medical Informatics School*. 2013;1(2):110-02.[In Persian].
21. Arab M, Sharifi M, Mahmoudi M, Khosravi B, Hojabri R, Akbari Sari A, et al. Assessing the Tehran Hospitals' Readiness of Clinical Governance Quality Programs Based on Clinical Governance Climate Questionnaire Model (CGCQ). *Journal of Hospital*. 2014;13(2):21-7[In Persian].
22. Phillips CB, Pearce CM, Hall S, Travaglia J, De Lusignan S, Love T, et al. Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Medical Journal of Australia*. 2010;193(10):602-7.
23. Campbell S, Sheaff R, Sibbald B, Marshall M, Pickard S, Gask L, et al. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *BMJ Quality & Safety*. 2002;11(1):9-14.
24. Veenstra GL, Ahaus K, Welker GA, Heineman E, van der Laan MJ, Muntinghe FL. Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study. *BMJ open*. 2017;7(1):e012591.
25. Farokhzadian J, Mangolian Shahrabaki P. Evaluation barriers, facilitating factors and outcomes of implementing and organizing clinical governance. *Health-Based Research*. 2015;1(1):61-74.
26. Doshmangir L, Ravaghi H, Akbari Sari A, Mostafavi H. Challenges and solutions facing medical errors and adverse events in Iran: a qualitative study. *Journal of Hospital*. 2016;15(1):31-40[In Persian].
27. Braithwaite J, Travaglia JF. An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian Health Review*. 2008;32(1):10-22.
28. Maddock A, Kralik D, Smith J. Clinical Governance improvement initiatives in community nursing. *Clinical Governance: An International Journal*. 2006.
29. Specchia ML, Poscia A, Volpe M, Parente P, Capizzi S, Cambieri A, et al. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay? *BMC health services research*. 2015;15(1):142.

Clinical governance in primary health care based on family physicians in Mazandaran province: Stakeholders perspective

Leila Hosseini Ghavam abad¹, Abbas Vosoogh Moghadam^{2*}, Rouhollah Zaboli³, Mohsen_Aarabi⁴

Submitted: 2021.5.10

Accepted: 2021.10.12

Abstract

Background and Aim: Clinical governance is one of the important frameworks for continuous quality improvement and safety in health care systems. Identifying the axes of this approach according to local conditions is one of the important priorities of the health system. The aim of this study was to identify the views of stakeholders on the axes of clinical governance in primary health care based on family physicians in Mazandaran province.

Methods: The present qualitative study was conducted using the conceptual framework analysis method in 2018-2019. The study population were key policy makers of Ministry of Health, Health deputy of the University, the county health network, family physicians association, family physicians, and the parliament research center. Participants were selected using purposeful and snowball sampling methods. Data were collected through semi-structured interviews and were analyzed and coded using MAXQDA 11 software.

Findings: According to the interviewees' views, the research findings were classified into 4 main dimensions: dimensions of clinical governance, requirements and structures, decision-makers and dimensions of quality and safety assessment. 17 sub-themes including community participation, clinical audit, clinical effectiveness, personnel management, training, information use, risk management, guidelines and procedures, promotion of health indicators, equipment and facilities, referral system, financing, policy makers, effectiveness, efficiency, human aspects of services and justice were identified and extracted.

Conclusion: According to the research findings, to facilitate the implementation of clinical governance, solutions such as the existence of appropriate infrastructure, commitment of managers, supportive culture, sufficient knowledge, monitoring and evaluation, appropriate culture building, facilities and equipment and sufficient financial resources are suggested.

Keywords: Clinical Governance, Primary Health Care, Quality, Safety, Mazandaran Province

¹ PhD student, Department of in Healthcare Management, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran, Leila200565@yahoo.com- 81454324

² Associate Professor, Community Medicine, Governance and Health Training and Research Group, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.(corresponding author: avosoogh@sina.tums.ac.ir)

³ Associate Professor, Department of Health Services Management, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran Rouhollah.zaboli@gmail.com

⁴ Associate Professor, Department of Epidemiology, Mazandaran University of Medical Sciences and Health Services, Mazandaran, Iran Mohsen_aarabi@yahoo.com

