

چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی از دیدگاه کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

فاطمه عطااللهی^۱، محمد امین بهرامی^۲، ام‌البنین آتش بهار^۱، فرزانه رجالیان^۱،
حجت‌اله قرایی^۱، عباس همایونی^۱، الهام جمالی^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: حاکمیت بالینی چارچوبی است که سازمان‌های ارایه دهنده خدمات سلامت را موظف به رعایت اصول تعالی خدمات بالینی می‌نماید و از این طریق آن‌ها را در مقابل حفظ و ارتقای کیفیت خدماتی که ارایه می‌دهند پاسخگو می‌گرداند. هدف این پژوهش، شناسایی چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی یزد بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-کاربردی بود که در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی یزد انجام شد. جامعه پژوهش شامل مدیران و کارشناسان حوزه معاونت درمان و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بود. تعداد ۱۲ نفر از این کارشناسان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه باز با این کارشناسان، جمع‌آوری شد و به روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سپس چالش‌های استخراج شده در چک لیستی وارد گردید و توسط افراد مورد مصاحبه، جهت اولویت‌بندی در طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت امتیازدهی گردید. پس از محاسبه میانگین امتیازها، مهم‌ترین چالش‌ها شناسایی شدند.

یافته‌ها: مهم‌ترین چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در ابعاد مدیریت خطر، ممیزی بالینی، آموزش پرسنل، استفاده از اطلاعات، تعامل با بیمار و اثربخشی بالینی به ترتیب شامل کمبود اعتبارات با میانگین ۴/۴۱، کمبود اعتبارات برای آموزش ممیزی بالینی با میانگین ۴/۰۰، کمبود اعتبار برای آموزش پرسنل با میانگین ۴/۴۱، ناکافی بودن نیروی آموزش دیده با میانگین ۲/۷۵، نبود انگیزه مالی با میانگین ۴/۱۶ و مستندسازی ناقص با میانگین ۴/۲۳ بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: استقرار طرح حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی مستلزم افزایش اعتبارات، آموزش نیروی متخصص، برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط و بهبود زیرساخت‌های مستندسازی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: حاکمیت بالینی، چالش‌ها، پیاده‌سازی، مدیریت خطر، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی

ارجاع: عطااللهی فاطمه، بهرامی محمد امین، آتش بهار ام‌البنین، رجالیان فرزانه، قرایی حجت‌اله، همایونی عباس، جمالی الهام. **چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی از دیدگاه کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.** مجله دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی کرمان ۱۳۹۲؛ ۱ (۲): ۱۱۰-۱۰۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۹/۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۷/۱

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۲- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: aminbahrani1359@gmail.com

مقدمه

مفهوم حاکمیت بالینی در طی گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ - که یکی از وظایف دولت‌ها را قبول تولیت بالینی در زمینه سلامت اعلام کرد - وارد ادبیات سلامت گردید (۱). حاکمیت بالینی را می‌توان به مثابه تغییر فرهنگی تمام نظام در نظر گرفت که سازمان را برای ارائه خدمات سلامت مستمر، پاسخگو، بیمار محور و باکیفیت تضمین شده، توانمند می‌سازد (۲). حاکمیت بالینی به عنوان هسته اصلی برنامه‌های دولت برای اطمینان از کیفیت به کار می‌رود و مکانیسمی است که سازمان در جهت اجرای برنامه جامع کیفیت و در راستای ارتقای کیفیت، کاهش خطر و ضعف عملکرد به کار می‌گیرد. حاکمیت بالینی همچنین فرصت درک و آموختن روش‌های ایجاد و گسترش اجزای مورد نیاز برای ارائه مراقبت باکیفیت را به ارمغان می‌آورد (۳). رویکرد جامع حاکمیت بالینی منجر به ارتقای کیفیت، پاسخگویی روشن سازمان به ذی‌نفعان در خصوص کیفیت خدمات، تدوین استانداردهای دقیق، گسترش همکاری‌های گروهی، مدیریت زود هنگام خطر و ردیابی ناکارآمدی در سازمان می‌گردد (۵، ۴). طب ملی انگلیس در سال ۱۹۹۸ طرح حاکمیت بالینی را چارچوبی که از طریق آن، خدمات ملی سلامت (National health service یا NHS) و سازمان‌های تحت امر آن در قبال ارتقای مداوم کیفیت خدماتشان و همچنین نسبت به صیانت از بالاترین استانداردهای مراقبت پاسخگو باشند، تعریف کرد (۶).

حاکمیت بالینی از اجزای زیر تشکیل شده است:

- ممیزی بالینی: فرایند تدوین استانداردها، مداخله در وضعیت موجود و سپس ارزیابی میزان اثربخشی ممیزی بالینی
- مدیریت خطر: ارزیابی نظام‌مند حوادث، بازبینی آن‌ها و جستجوی روش‌هایی برای جلوگیری از وقوع مجدد آن‌ها
- آموزش: با توجه به پیشرفت‌های سریع علمی، آموزش مداوم به نیروی انسانی سازمان ضروری است. آموزش و فعالیت‌های تحقیقاتی باید با مسؤولیت‌ها و نیازهای متخصصان بالینی هم‌راستا باشد (۸، ۷)
- اثربخشی بالینی: ارزیابی و مقایسه اثربخشی و کارایی هر مداخله

- تحقیق و توسعه: فرایندی است که به هنگام نامعلوم بودن بهترین و مناسب‌ترین فرایند لازم، انجام می‌پذیرد.
- نقد آزادانه: تشخیص نیازهای سلامت و فهم مشکلات و آرمان‌های جامعه (۴)

در اجرای حاکمیت بالینی مسیر واحدی برای توسعه هر یک از این مقوله‌ها وجود ندارد، اما شکل‌گیری تشکیلات سازمانی حمایت خاصی را برای اجرای موفق آن‌ها فراهم می‌کند. این تشکیلات بیشتر به عنوان مراکز تعالی خدمات بالینی نام برده می‌شود. سازمان‌های تعالی خدمات بالینی ابزاری ارائه می‌دهند تا بتوان به رویکردهای ارتقای کیفیت که پیش از این پراکنده بودند، انسجام بخشید. این تشکیلات باید متشکل از واحد ممیزی بالینی، واحد برخورد نظام‌مند با خطاهای پزشکی، واحد ارزیابی فن آوری سلامت و واحد تحقیق و توسعه باشد (۱۱-۹). در این میان، حاکمیت بالینی جهت ارتقای کیفیت توسط دولت‌ها در کشورهای توسعه یافته و بسیاری از کشورهای در حال توسعه به صورت گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفته است (۱۲). حاکمیت بالینی نمی‌تواند به صورت آنی اجرا گردد و مستلزم تغییرات فرهنگی ریشه‌ای در کل نظام سلامت می‌باشد. بنابراین تغییر در فرهنگ به عنوان جزء اصلی حاکمیت بالینی در سازمان‌های بیمارستانی محسوب می‌شود؛ به گونه‌ای که در این تغییر، شفافیت و مشارکت از طریق ایجاد محیطی که در آن به آموزش و پژوهش بها داده می‌شود، ایجاد گردد (۱۳). فرهنگ حمایت‌گر، باز و جامع، تلقی کیفیت به عنوان یک ارزش سازمانی، درگیری فعال بیماران و مراقبت‌کنندگان در برنامه‌ریزی و توسعه خدمات، گروه کاری انتظام یافته در همه سطوح سازمان، توجه به کیفیت بالینی در سطوح ارشد، سطوح اجرایی منظم و سطح ارشد بالینی قوی و رهبری اداری برای خدمات سلامت، استفاده فکورانه، مناسب و ادغام اطلاعات برای برنامه‌ریزی، بازنگری، پایش و پیشرفت از جمله عوامل حیاتی در اجرای مؤثر حاکمیت بالینی می‌باشند (۱۴).

مفهوم حاکمیت بالینی در ایران از سال ۱۳۸۵ شناخته شد و مورد توجه قرار گرفت و در نهایت در سال ۱۳۸۸ به عنوان چارچوب مورد قبول و تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای ارائه خدمات به بیماران به رسمیت شناخته شد

اجرای طرح حاکمیت بالینی می‌باشند (۱۹). با توجه به این که اجرای صحیح طرح حاکمیت بالینی می‌تواند بسیار چالش‌برانگیز باشد؛ بنابراین شناسایی چالش‌های با اولویت برتر جهت اصلاح آن‌ها در همه مراحل و به خصوص در مراحل اولیه اجرای طرح حاکمیت بالینی ضروری است. این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی از دیدگاه کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کیفی - توصیفی - کاربردی بود که در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی یزد انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه شامل کارشناسان و مدیران حوزه معاونت درمان و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی یزد بود. معیارهای انتخاب نمونه، اشتغال در واحدهای مرتبط به اجرای طرح حاکمیت بالینی و تجربه کاری در این زمینه بود که در پست‌های سازمانی مدیر درمان، مسؤول حاکمیت بالینی معاونت درمان، مدیر بیمارستان، مسؤول حاکمیت بالینی بیمارستان و مسؤولان ابعاد حاکمیت بالینی در بیمارستان مشغول به فعالیت بودند. داده‌های پژوهش از طریق انجام مجموع ۱۲ مصاحبه با کارشناسان مرتبط با طرح حاکمیت بالینی انجام شد. هر مصاحبه به طور متوسط ۴۵ دقیقه در محل تعیین شده توسط مصاحبه شونده انجام گرفت. مصاحبه شونده‌گان با آگاهی کامل از اهداف پژوهش و رضایت وارد مطالعه شدند. مصاحبه‌ها به صورت باز صورت گرفت و از مصاحبه شونده‌گان خواسته شد چالش‌های هر بعد حاکمیت بالینی در زمینه‌های اجرایی، اقتصادی، فرهنگی و سایر عوامل را به تفکیک بیان کنند که بدین طریق سؤالات پژوهش تهیه شد و با توجه به این که در روش گلوله برفی از مصاحبه شونده متخصص در زمینه طرح حاکمیت بالینی خواسته می‌شد که نفر بعدی مصاحبه را معرفی کند، به تبع فرد معرفی شده یک متخصص در این زمینه بود و با انجام ۱۲ مصاحبه اشباع داده‌ها صورت گرفت.

پس از انجام هر مصاحبه، مصاحبه‌های ضبط شده توسط ۲ نفر از متخصصین پیاده‌سازی شدند و سپس با استفاده از کار گروهی متشکل از محققین، داده‌ها به روش تحلیل محتوا

و طی ابلاغ بخش‌نامه‌ای، از کلیه رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور خواسته شد که در اجرای این مهم اقدام نمایند (۱۰). در پژوهش‌های انجام گرفته و ارزیابی‌های دوره‌ای به طور کامل مشخص شده است که موانع و مشکلاتی بر سر راه استقرار و پیاده‌سازی حاکمیت بالینی در سطح مراکز بهداشتی - درمانی وجود دارد (۱۵). عدم موفقیت در استقرار حاکمیت بالینی در بسیاری از سازمان‌های بهداشتی - درمانی بر اثر کمبود دانش اتفاق نیفتاده است، بلکه بر اثر اشکال در مدیریت و فرهنگ سازمانی پیش آمده است. این فرهنگ نتوانسته است مشارکت پرسنل را جلب نماید؛ در حالی که درگیر شدن همه مدیران و کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی ضروری است. تشکیل کمیته‌های کاری و آموزش آنان، بخشی از نگرانی‌ها در این زمینه را مرتفع کرده است. گروه دیگری از مشکلات سازمان‌های اجرا کننده طرح، کمبود منابع و تجربه، طرح‌ریزی ضعیف، مدیریت ضعیف، نبود توافق و تعهد و پیگیری‌های منقطع و پشتیبانی ناکافی می‌باشد (۱۶). در راستای شناسایی چالش‌های اجرای طرح حاکمیت بالینی پژوهش‌هایی صورت گرفته است. در این میان پژوهش Wallace و همکاران، منابع مالی، زمان و فرهنگ سازمانی را از مهم‌ترین چالش‌های اجرای طرح حاکمیت بالینی عنوان می‌کنند و تدوین استراتژی‌های سازمانی و برنامه‌های آموزشی مؤثرترین و انگیزه‌های مالی کم‌اهمیت‌ترین راهکارها جهت رفع موانع اجرای این طرح می‌باشند (۱۷).

Firth-Cozens یکی از اهداف طرح حاکمیت بالینی را ارتقای وضعیت نیروی انسانی عنوان می‌کند. با تشکیل تیم توسعه، کسب مهارت‌های بالینی، کسب مهارت‌های مدیریت خطر و آموزش حرفه‌ای پرسنل، بهبود وضعیت نیروی انسانی حاصل می‌گردد که در این میان چالش‌های موجود برای اجرای این طرح عبارت از: زمان ناکافی، سیستم اطلاعاتی نامناسب، هزینه زیاد و نبود استراتژی‌های منسجم می‌باشند (۱۸). کریمی با بررسی موانع اجرای طرح حاکمیت بالینی از دیدگاه کارکنان بیمارستان به این نتیجه رسید که عدم صلاحیت مدیران بیمارستان، کمبود نیروی انسانی، آگاهی ناکافی کارکنان از حاکمیت بالینی، سیستم انگیزشی نامناسب و فرهنگ نادرست سازمانی از مهم‌ترین چالش‌های

مشاهده می‌شود، مصاحبه شوندگان این پژوهش به ۲۷ چالش استقرار حاکمیت بالینی (۸ چالش در بعد مدیریت خطر، ۷ چالش در بعد ممیزی بالینی، ۴ چالش در بعد آموزش پرسنل، ۲ چالش در بعد اثربخشی بالینی، ۲ چالش در بعد استفاده از اطلاعات و ۴ چالش در بعد تعامل با بیمار) اشاره کردند.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مصاحبه شوندگان

متغیر	تعداد	درصد
جنس	زن	۹
	مرد	۳
سابقه کار (سال)	کمتر از ۱۰	۴
	بین ۱۰ تا ۲۰	۷
	بالاتر از ۲۰	۱
سطح تحصیلات	کارشناسی	۹
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و تمام چالش‌های محتمل مورد اشاره، استخراج و در چک لیستی وارد شدند. افراد مورد مصاحبه در مرحله پایانی، دوباره به موارد چک لیست تهیه شده توسط مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت امتیاز دادند (امتیاز ۱ = خیلی کم و امتیاز ۵ = خیلی زیاد). بعد از جمع‌آوری چک لیست‌ها، میانگین امتیازها محاسبه و مهم‌ترین چالش‌ها شناسایی گردید.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک افراد مورد مصاحبه در جدول ۱ ارایه شده است و نتایج تحلیل محتوای مصاحبه‌های انجام شده (چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی) در جدول ۲ آمده است. همان گونه که در جدول ۲

جدول ۲. چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی از دیدگاه کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

بعد حاکمیت بالینی	چالش‌های اشاره شده	نمونه پاسخ مصاحبه شوندگان
مدیریت خطر	کمبود اعتبارات ناکافی بودن همکاری پزشکان عدم ثبت خطاها و عدم گزارش دهی توسط پزشکان و پرستاران کمبود نیروی کار کافی نبودن کلاس‌های آموزشی فرهنگ‌سازی نادرست نبود انگیزه مالی برای انجام کار در کارکنان توجه نبودن پرسنل کمبود نیرو کمبود بودجه	بودجه کافی تخصیص داده نشده است پزشکان دستورات اجرایی در طرح حاکمیت بالینی را اجرا نمی‌کنند. پزشکان و پرستاران به خصوص پزشکان اعتقادی به ثبت خطاها ندارند. برای اجرای بخش‌های مدیریت خطر با کمبود نیرو مواجه هستیم. کلاس‌های کافی برای آموزش طرح در بیمارستان برگزار نمی‌شود. عدم همکاری پزشکان و پرستاران در اجرای برخی از ابعاد این طرح، نیاز به فرهنگ‌سازی دارد. کارکنان انجام ابعاد طرح حاکمیت بالینی را فراتر از وظایف خود می‌دانند. پرسنل نسبت به اجرای ابعاد مدیریت خطر آگاهی کامل ندارند. کمبود نیروی انسانی در بخش موجود است. کمبود اعتبارات برای اجرای طرح ملموس است. برخی مواقع فضای کافی برای آموزش نیست. بودجه کافی برای هزینه کلاس‌های آموزشی نیست. جهت اجرای ابعاد این طرح اعتبارات کافی در نظر گرفته نشده است. تعریفی از فرایندهای استاندارد مورد نیاز بخش ارایه نشده است. پرسنل همکاری لازم برای انجام ممیزی بالینی را ندارند. در فرایند ممیزی بالینی پرسنل تمایلی به مستندسازی ندارند. در آموزش ممیزی بالینی پرسنل آموزش دیده در بخش‌ها کفایت نمی‌کند. کمبود نیرو برای پیگیری بیماران به خصوص بعد از ترخیص احساس می‌شود. همکاری پزشکان در اجرای ابعاد طرح ناکافی است. پزشکان به علت عدم اعتقاد به مستندسازی و پرستاران به علت وقت‌گیر بودن این فرایند، آن را انجام نمی‌دهند.
آموزش پرسنل (تحقیق و توسعه)	کمبود فضا و تجهیزات برای آموزش ناکافی بودن اعتبارات برای آموزش ناکافی بودن اعتبارات ناکافی بودن استانداردهای موجود عدم همکاری پرسنل نبود مستندات و مستندسازی کمبود پرسنل آموزش دیده کمبود نیرو برای پیگیری بیماران ناکافی بودن همکاری پزشکان ناقص بودن فرایند مستندسازی	برنامه مناسبی که کارایی حداکثر را در استفاده از سیستم HIS برای بیمارستان به ارمغان داشته باشد، طراحی نشده است. در بخش‌های بیمارستانی کمبود نیرو برای تعامل با بیمار احساس می‌شود. برای افزایش حجم کاری پرسنل، پرداخت بیشتری صورت نمی‌گیرد. نیروی خدمات آموزش کافی ندیده‌اند. بیماران تعریف تعامل و علت انجام این کار را نمی‌دانند.
اثربخشی بالینی	کمبود نیروی آموزش دیده عدم استفاده صحیح و بهره‌برداری از سیستم HIS کمبود نیرو جهت تعامل با بیمار عدم انگیزه مالی برای پرسنل نبود آموزش برای نیروی خدماتی عدم توجه بیماران برای تعامل	پرسنل همکاری لازم برای انجام ممیزی بالینی را ندارند. در فرایند ممیزی بالینی پرسنل تمایلی به مستندسازی ندارند. در آموزش ممیزی بالینی پرسنل آموزش دیده در بخش‌ها کفایت نمی‌کند. کمبود نیرو برای پیگیری بیماران به خصوص بعد از ترخیص احساس می‌شود. همکاری پزشکان در اجرای ابعاد طرح ناکافی است. پزشکان به علت عدم اعتقاد به مستندسازی و پرستاران به علت وقت‌گیر بودن این فرایند، آن را انجام نمی‌دهند.
استفاده از اطلاعات	کمبود نیروی آموزش دیده عدم استفاده صحیح و بهره‌برداری از سیستم HIS	برنامه مناسبی که کارایی حداکثر را در استفاده از سیستم HIS برای بیمارستان به ارمغان داشته باشد، طراحی نشده است. در بخش‌های بیمارستانی کمبود نیرو برای تعامل با بیمار احساس می‌شود. برای افزایش حجم کاری پرسنل، پرداخت بیشتری صورت نمی‌گیرد. نیروی خدمات آموزش کافی ندیده‌اند. بیماران تعریف تعامل و علت انجام این کار را نمی‌دانند.
تعامل با بیمار	کمبود نیرو جهت تعامل با بیمار عدم انگیزه مالی برای پرسنل نبود آموزش برای نیروی خدماتی عدم توجه بیماران برای تعامل	برنامه مناسبی که کارایی حداکثر را در استفاده از سیستم HIS برای بیمارستان به ارمغان داشته باشد، طراحی نشده است. در بخش‌های بیمارستانی کمبود نیرو برای تعامل با بیمار احساس می‌شود. برای افزایش حجم کاری پرسنل، پرداخت بیشتری صورت نمی‌گیرد. نیروی خدمات آموزش کافی ندیده‌اند. بیماران تعریف تعامل و علت انجام این کار را نمی‌دانند.

HIS: Hospital information system

جدول ۳. میانگین امتیاز چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی از دیدگاه کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

چالش‌های اجرای حاکمیت بالینی	میانگین	انحراف معیار
مدیریت خطر		
کمبود اعتبارات	۴/۴۱	۰/۵۸
ناکافی بودن همکاری پزشکان	۳/۶۱	۰/۶۶
عدم ثبت خطاها و عدم گزارش‌دهی توسط پزشکان و پرستاران	۳/۱۵	۰/۵۵
کمبود نیروی کار	۳/۳۰	۰/۶۶
کافی نبودن کلاس‌های آموزشی	۲/۷۶	۰/۴۸
فرهنگ‌سازی نادرست	۲/۷۶	۰/۵۰
نبود انگیزه مالی برای انجام کار	۴/۳۰	۰/۶۱
توجیه نبودن پرسنل	۳/۳۸	۰/۵۰
آموزش پرسنل (تحقیق و توسعه)		
کمبود نیرو	۳/۱۶	۰/۵۵
کمبود بودجه	۳/۷۵	۰/۵۰
کمبود فضا و تجهیزات برای آموزش	۳/۰۸	۰/۶۱
ناکافی بودن اعتبارات برای آموزش	۴/۴۱	۰/۴۸
استفاده از اطلاعات		
کمبود نیروی آموزش دیده	۲/۷۵	۰/۵۰
عدم استفاده صحیح و بهره‌برداری از سیستم HIS	۲/۵۸	۰/۵۸
ممیزی بالینی		
ناکافی بودن اعتبارات	۳/۶۶	۰/۸۳
ناکافی بودن استانداردهای موجود	۰/۴۱	۰/۶۵
عدم همکاری پرسنل	۴/۰۰	۰/۵۵
نبود مستندات و مستندسازی	۳/۴۱	۰/۳۳
کمبود پرسنل آموزش دیده	۴/۰۰	۰/۷۵
کمبود نیرو برای پیگیری بیماران	۴/۰۰	۰/۵۰
کافی نبودن نیروی متخصص جهت آموزش	۲/۹۱	۰/۴۵
اثربخشی بالینی		
ناکافی بودن همکاری پزشکان	۳/۶۶	۰/۶۱
ناقص بودن فرایند مستندسازی	۴/۲۳	۰/۴۸
تعامل با بیمار		
کمبود نیرو جهت تعامل با بیمار	۴/۰۰	۰/۱۱۶
عدم انگیزه مالی برای پرسنل	۴/۱۶	۰/۵۵
نبود آموزش برای نیرو خدمات	۳/۹۱	۰/۳۰
عدم توجیه بیماران برای تعامل با بیمارستان	۲/۸۳	۰/۵۵

HIS: Hospital information system

نبودن فضا و تجهیزات برای آموزش، مستندسازی ناقص و کمبود نیروی آموزش دیده بودند. همچنین در مجموع سه چالش «کمبود اعتبارات، ناقص بودن فرایند مستندسازی و کمبود نیرو (در ابعاد آموزشی و پیگیری بیماران)» بیشترین اهمیت را از دیدگاه افراد مصاحبه شونده داشته‌اند.

در جدول ۳ میانگین امتیاز چالش‌های ذکر شده ارائه گردید. بر اساس جدول ۳، مهم‌ترین چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در ابعاد مدیریت خطر عبارت از: ممیزی بالینی، آموزش پرسنل و کمبود اعتبارات و در ابعاد تعامل با بیمار عبارت از: اثربخشی بالینی، استفاده از اطلاعات به ترتیب کافی

بحث و نتیجه‌گیری

استقرار حاکمیت بالینی می‌تواند عملکرد تمام سازمان‌های مراقبت سلامت را به سوی بهترین استانداردهای قابل قبول سوق دهد که این امر منجر به ارتقای سلامت در جامعه می‌شود (۲۰). اگرچه در متون مختلف جنبه‌های متفاوتی از حاکمیت بالینی و با عناوین مختلف مورد اشاره و بحث قرار گرفته است، اما به طور کلی حاکمیت بالینی شامل سه حوزه به نسبت مجزای مکانسیم یادگیری (مدیریت خطر، ممیزی بالینی، گزارش وقایع مهم، شبکه یادگیری و ارتقای مستمر حرفه‌ای)، توانمندسازی بیماران (اطلاع‌رسانی بهتر، رسیدگی به شکایات بیماران و توجه به دیدگاه‌های آنان) و مدیریت دانش (اطلاعات و تکنولوژی اطلاعات، تحقیق و توسعه، آموزش و مهارت‌ورزی) می‌باشد (۲۱). در عین حال، آنچه که وجه اشتراک تمام جنبه‌های مفهوم حاکمیت بالینی است؛ پاسخگو بودن سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت در برابر مردم می‌باشد (۲۲).

اصولی مانند تأکید بر ارتقای کیفیت مراقبت‌های بالینی ارائه شده به بیماران، اشاعه ابعاد طرح حاکمیت بالینی به تمامی مراقبت‌های ارائه شده به بیماران، وجود مشارکت واقعی میان گروه‌های حرفه‌ای، کارکنان، مدیران و نیز میان بیماران و کارکنان بالینی، وجود رویه مبتنی بر بهبود کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و نیز فرهنگی که موفقیت‌های حاصل شده را ارج نهد و از شکست‌ها درس بگیرد، آشنایی تمام کارکنان مراقبت‌های سلامت با مفهوم حاکمیت بالینی و درک ارتباط آن با شغل خود، ایجاد تغییراتی در فرهنگ سازمانی، شیوه فعالیت، تفکر و رفتار به نحوی که مسؤولیت‌پذیری افراد، تیم‌های کاری و سازمان‌ها را در مورد کیفیت افزایش دهد، وجود خطوط روشن وظایف و مسؤولیت‌پذیری در راستای فراهم نمودن کیفیت جامع مراقبت‌های بالینی، وجود برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران، وجود سیاست‌های روشن با هدف مدیریت خطر و وجود فرایندهای واضح و تعریف شده برای تمامی گروه‌های حرفه‌ای به منظور تشخیص و اصلاح عملکردهای ضعیف را می‌توان جهت استقرار بهتر طرح حاکمیت بالینی نام برد (۲۳).

با توجه به دلایل فوق باید نسبت به پژوهش، شناسایی و رفع چالش‌های اجرایی طرح حاکمیت بالینی اقدام کرد. هدف پژوهش انجام شده، شناسایی چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی بود. از بین چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی، اولویت برتر چالش «کمبود اعتبارات» بود. خلقی‌نژاد و همکاران (به نقل از Murry و همکاران) بیان می‌کنند که مشکلات بنیادی مانند کمبود منابع مالی، عوامل سازمانی (مانند عدم وجود مهارت کافی برای اجرا)، مقاومت همکاران و رقبا، عدم توافق کامل در محیط کار و واکنش‌هایی که میان بیمار و ارائه دهنده خدمت اتفاق می‌افتد از جمله موانع اجرای ساختارمند برای اجرای طرح حاکمیت بالینی هستند (۱۰).

یکی از چالش‌های دیگر در بعد ممیزی بالینی، کمبود نیرو برای پیگیری بیماران به خصوص بیماران ترخیص شده از بیمارستان است. در مطالعه Wall و همکاران عنوان شد که تغییر در خدمات وابسته به تعداد گروه‌های کاری ارائه دهنده خدمات است و کمبود نیرو بر کیفیت خدمات اثر می‌گذارد (۲۴). در بعد آموزش پرسنل، عدم مشارکت کارکنان و کمبود اعتبارات و امکانات برای آموزش از چالش‌های مهم شناخته شدند. Milburn در مطالعه‌ای عنوان کرد که حاکمیت بالینی یک چارچوب جهت ارتقا و بهبود کیفیت است و مشارکت ذی‌نفعان، ارتقای توسعه فرایندی، پایش عملکرد و امتیازدهی توسط گروه‌های خاص را راه‌های بهبود عملکرد می‌داند و بیشتر مشکلات را در اجرای طرح حاکمیت بالینی، مسایل انگیزشی، وسایل اجرای کار و هزینه اجرا بیان کرد (۲۵). در بعد اثربخشی بالینی «عدم مستندسازی» اولویت برتر چالش شناخته شد. Fong در این رابطه بیان می‌کند که برخورد نظام‌مند با خطاهای پزشکی و فرایند مستندسازی می‌تواند در کاهش حوادث و خطاها مؤثر باشد. در برخی مواقع علت خطاها، عدم انجام فرایندهای کاری است که در نتیجه راه مقابله با خطاها را نه در تنبیه و تغییر انسان‌ها بلکه در تغییر و اصلاح روابط کاری آن‌ها و تهیه و تعبیه سیستم‌های دفاعی می‌داند تا بدین صورت جلوی خطاها را بگیرد و یا اثرات آن‌ها را به حداقل برساند (۲۶).

در پژوهش حاضر، تعامل ضعیف با بیمار به عنوان یک چالش مهم دیگر در استقرار حاکمیت بالینی شناسایی شد.

اشباع داده‌ها در مصاحبه دوازدهم، کم بودن نمونه تأثیری بر این تحقیق نگذاشت و اما عدم آگاهی، پرسشگرها را گاهی مجبور به پرسیدن سؤال برای دریافت اطلاعات از مصاحبه شوندگان می‌کرد و یا در مورد این طرح اطلاعاتی را به مصاحبه شونده می‌دادند که از این طریق تا حدی مشکل عدم آگاهی مرتفع می‌شد.

یافته‌های پژوهش حاضر، برخی از مهم‌ترین چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی را شناسایی کرد که مهم‌ترین آن‌ها کمبود اعتبارات، ناکافی بودن نیروی آموزش دیده و مستندسازی ناقص بود که برای رفع این چالش‌ها، افزایش اعتبارات، آموزش نیروی متخصص، برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط و بهبود زیرساخت‌های مستندسازی، همکاری پرسنل و تشکیل تیم منسجم جهت اجرای این طرح در بیمارستان ضروری می‌باشد.

قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۲۲۷۳ مصوب در مرکز تحقیقاتی مدیریت بیمارستانی، بیمارستان شهید صدوقی یزد می‌باشد. نویسندگان از شرکت کنندگان و مشارکت کننده در پژوهش قدردانی می‌نمایند.

صفازاده در مطالعه خود بیان کرد که در اجرای حاکمیت بالینی بر رضایت بیماران تأکید ویژه می‌شود و آن‌چه مورد توجه قرار می‌گیرد آن است که بیماران حق دارند که با احترام و صداقت با آنان برخورد شود و هر جا که امکان داشته باشد در فرایند درمانی خویش مشارکت داده شوند. می‌توان گفت که عالی‌ترین هدف حاکمیت بالینی، سلامت و رضایت بیمار است که نظریات او آینه‌ای شفاف و روشن است که نقاط ضعف و قوت عملکردی را بازگو می‌کند (۲۷). در این پژوهش، عدم همکاری پرسنل به عنوان یک چالش بااهمیت شناخته شد که هم‌راستا با مطالعه Stanton می‌باشد. او در مطالعه خود عنوان می‌کند، با توجه به این که عدم همکاری پرسنل بالینی متخصص و پزشکان عمومی به عنوان مهم‌ترین چالش برای اجرای مناسب طرح حاکمیت بالینی می‌باشد. تشکیل تیم منسجمی که نماینده پرسنل بالینی هم در آن تیم عضویت دارد، از مقاومت و عدم همکاری آن‌ها جلوگیری می‌کند (۲۸). انجام مطالعات مشابه می‌تواند به شناسایی سایر چالش‌ها جهت مرتفع نمودن آن‌ها با هدف استقرار مطلوب حاکمیت بالینی کمک کند. قابل ذکر است محدودیت‌هایی از قبیل تعداد کم نمونه و عدم آگاهی کامل نسبت به برخی از ابعاد این طرح وجود داشت که با توجه به

References

1. Rogers PG. RAID methodology: the NHS Clinical Governance Team's approach to service improvement. *Clinical Governance: An International Journal* 2006; 11(1): 69-80.
2. Powell AE, Rushmer RK, Davies HTO. A systematic narrative review of quality improvement models in health care [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/hta_report/a_systematic_narrative_review.aspx
3. Walshe K. Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(3): 153-9.
4. Heyrani A, Maleki M, Marnani AB, Ravaghi H, Sedaghat M, Jabbari M, et al. Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: a systems approach. *Implement Sci* 2012; 7: 84.
5. Bengoa R, Kawar R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Sturno P. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.
6. Webb V, Stark M, Cutts A, Tait S, Randle J, Green G. One model of healthcare provision lessons learnt through clinical governance. *J Forensic Leg Med* 2010; 17(7): 368-73.
7. Arulkumaran S. Clinical governance and standards in UK maternity care to improve quality and safety. *Midwifery* 2010; 26(5): 485-7.
8. Abdulla S, Al-Hakeem H, AlHomsy H, Malhan N. Sepsis and mortality, a clinical governance perspective. *Resuscitation* 2012; 83(Suppl 1): e81-e82.
9. Hadizadeh F, Khalghi nejad N, Ataei M. Valvular The clinical governance And excellence in clinical services. 1st ed. Isfahan, Iran: Isfahn University of Medical Sciences Publication; 2009. [In Persian].

10. 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; 9(3): 172-80.
11. Becker F, Parsons KS. Hospital facilities and the role of evidence-based design. *Journal of Facilities Management* 2007; 5(4): 263-74.
12. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001; 322(7299): 1413-7.
13. Broughton R, Rathbone B. What makes a good clinical guideline? Cambridge, UK: Hayward Medical Communications; 1999.
14. Mugglestone M, Maher L, Manson N, Baxter H. Accelerating the improvement process. *Clinical Governance: An International Journal* 2008; 13(1): 19-25.
15. Sohrabi Z, Varghami M, Mokhtari Payam M. Survey comparative barriers and facilitating factors of clinical governance in hospitals across the world and hospitals Pilot University of Medical Sciences Iran. *Proceeding of the 1st Regional Congress of Clinical Governance*; 2010 Oct 28-29; Gorgan, Iran: Golestan University of Medical Sciences and Health Services. [In Persian].
16. Solomon MJ, McLeod RS. Endoluminal transrectal ultrasonography: accuracy, reliability, and validity. *Dis Colon Rectum* 1993; 36(2): 200-5.
17. 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. *Qual Health Care* 2001; 10(2): 76-82.
18. Firth-Cozens J. Clinical governance development needs in health service staff. *Clin Perform Qual Health Care* 1999; 7(4): 155-60.
19. Karimi M. Barriers to implementation of clinical governance from the perspective of hospital staff university of medical sciences mashhad and maragheh. *Proceeding of the 1st Congress on Clinical Governance and Continues Quality Improvement*; 2012 May 16-17; Tabriz, Iran: Tabriz University of Medical Sciences. [In Persian].
20. Amess M, Walshe K, Shaw C. Audit activities of the medical royal colleges and their faculties in England. London, UK: CASPE Research; 1995.
21. Comptroller JB, General A. Achieving improvements through clinical governance: A progress report on implementation by NHS trusts. London, UK: National Audit Office; 2003.
22. Saadatmanesh H. Philosophical Foundations of Clinical Governance in Sino Wisdom. *Proceeding of the 1st Regional Congress of Clinical Governance*; 2010 Oct 28-29; Gorgan, Iran: Golestan University of Medical Sciences and Health Services. [In Persian].
23. Kokabi F, Yousefian Sh, Najafi M. Clinical governance implementation challenges in health care organizations. *Proceeding of the 1st Regional Congress of Clinical Governance*; 2010 Oct 28-29; Gorgan, Iran: Golestan University of Medical Sciences and Health Services. [In Persian].
24. Wall D, Dickinson K, Kilbane J, Cummings D. Developing large group working in clinical governance. *Clinical Governance: An International Journal* 2006; 11(1): 50-7.
25. Milburn A. The first standard of Getting the right start: National Service Framework for Children, the Standard for Hospital Services. 1st ed. London, UK: Department of Health; 2003.
26. Fong N. Western Australian clinical governance guidelines. Western Australia: Department of Health, Government of Western Australia; 2005.
27. Safazadeh Sh. Challenges and strategies to implement clinical governance and patient safety in health care. *Proceeding of the 1st Regional Congress of Clinical Governance*; 2010 Oct 28-29; Gorgan, Iran: Golestan University of Medical Sciences and Health Services. [In Persian].
28. Stanton P. The role of an NHS Board in assuring the quality of clinically governed care and the duty of trust to patients. *Clinical Governance: An International Journal* 2006; 11(1): 39-49.

Clinical Governance Implementation Challenges in Teaching Hospitals Affiliated to Yazd University of Medical Sciences, Iran, Based on the Experts' Viewpoint

Fatemeh Ataollahi¹, Mohammad-Amin Bahrami², Ommolbanin Atashbahar¹, Farzaneh Rejalian¹, Hojatollah Gharaie¹, Abbas Homayooni¹, Elham Jamali¹

Original Article

Abstract

Introduction: Clinical governance is a framework through which health care providing organizations are mandated to respect the principles of excellence in clinical care. It helps them to answer and improve their service quality. The present study designed to reveal the challenges facing clinical governance implementation in teaching hospitals affiliated to Yazd University of Medical Sciences, Iran.

Method: This was a descriptive functional study implemented in 2012. The sample study (n = 12) included administrators and staff in the hospital treatment sector of Deputy of Treatment and the teaching hospitals chosen through snowball and purposive sampling method of interview. Factors affecting clinical governance implementation selected through an open interview and their role in the clinical governance implementation analyzed through a content analysis based on a five-score likert scale.

Results: The main challenges affecting the implementation of clinical governance in the scopes of risk management, clinical audit, staff training, information management, interaction with the patient and the mean score for clinical effectiveness were identified as shortage of funds (4.41), lack of fund for training clinical audit (4.66), lack of fund for staff training (4.41), insufficient expert staff (2.75), lack of financial motivation (4.16), and incomplete documentation (4.23), respectively.

Discussion and Conclusion: Based on the findings of this research, the implementation of clinical domination in educational hospitals would be established via increasing the budget, training experts, holding related training courses and also improving the foundation of documentation.

Keywords: Clinical domination, Challenges, Implementation, Risk management, Clinical audit, Clinical effectiveness

Citation: Ataollahi F, Bahrami MA, 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.** J Manage Med Inform Sch 2014; 1(2): 102-10

Received: 23.09.2013

Accepted: 25.11.2013

1- MSc Student, Department of Healthcare Management, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2- Assistant Professor, Department of Healthcare Management, School of Health AND Hospital Management Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran (Corresponding Author) Email: aminbahrami1359@gmail.com