

## چالش‌های استقرار و ارزیابی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی قزوین: یک مطالعه کیفی

دکتر سعید آصف زاده<sup>۱</sup>، ساناز تقی زاده<sup>۲</sup>، دکتر علی حیرانی<sup>۳</sup>  
دکتر رفعت محبی فر<sup>۴</sup>، جلال عربلو<sup>۵</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** به منظور بهبود استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های کشور، آگاهی از ابعاد مختلف مربوط به اجرا و ارزیابی آن حائز اهمیت است. مطالعه‌ی حاضر با هدف درک و تعیین موانع و چالش‌های استقرار و ارزیابی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی قزوین از دیدگاه گروهی از ذینفعان، انجام شد.

**روش بررسی:** پژوهش کیفی حاضر با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۱۷ نفر از مدیران ارشد و میانی بیمارستانی، کارشناسان حاکمیت بالینی در شش بیمارستان آموزشی و کارشناسان حاکمیت بالینی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد. برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل چارچوبی استفاده شد.

**یافته‌ها:** موانع و چالش‌های استقرار و ارزیابی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی قزوین، در سه موضوع اصلی: پیشرفت محورهای هفت‌گانه حاکمیت بالینی و علل عدم پیشرفت، چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی، و چالش‌های نظام ارزیابی حاکمیت بالینی تبیین گردید.

**نتیجه‌گیری:** مطالعه‌ی حاضر، پرداختن به سه مقوله «ارتقای سطح آگاهی کارکنان بالینی درباره‌ی حاکمیت بالینی»، «تغییر فرهنگ سازمانی به گونه‌ای که آن را هر چه بیشتر پذیرای حاکمیت بالینی نماید»، و «ایجاد سطوح مشارکت بیشتر بین پزشکان و مدیران، بیماران و متخصصان و گروه‌های حرفه‌ای» را به عنوان نیازهای استقرار حاکمیت بالینی نشان می‌دهد. بدیهی است نقش و حمایت مدیران ارشد در پرداختن به موضوعات فوق و فراهم آوردن منابع و سایر زیرساخت‌ها بسیار حیاتی است.

**واژه‌های کلیدی:** ارزیابی، بیمارستان آموزشی، حاکمیت بالینی، قزوین، ایران

\* نویسنده مسئول:

ساناز تقی زاده؛

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی

قزوین

Email :  
Sanaz\_taghizade@yahoo.com

- دریافت مقاله : اسفند ۱۳۹۳ پذیرش مقاله : خرداد ۱۳۹۴

### مقدمه

مقوله‌ی کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها، به عنوان مهم‌ترین عنصر نظام سلامت، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (۱). کیفیت از اهداف میانی نظام‌های سلامت محسوب می‌شود (۲). از این رو الگوها و روش‌های متعددی برای ارائه‌ی ابتکارات، مدیریت

<sup>۱</sup> استاد گروه مدیریت بهداشت و درمان، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

قزوین، قزوین، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد مدیریت بهداشت و درمان، گروه مدیریت بهداشت و درمان،

دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

<sup>۳</sup> استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی

هرمزگان، بندرعباس، ایران

<sup>۴</sup> استادیار گروه مدیریت بهداشت و درمان، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

قزوین، قزوین، ایران

<sup>۵</sup> دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد

بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تغییرات و بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی معرفی شده است (۳-۵).

در سال ۱۹۹۷ میلادی، حاکمیت بالینی برای اولین بار به عنوان چارچوبی برای بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در انگلستان معرفی شد (۶). وزارت بهداشت انگلستان آن را بدین صورت تعریف می‌کند: "حاکمیت بالینی، چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت در قبال بهبود مداوم کیفیت، پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای بالای مراقبت می‌پردازند" (۷). از آن زمان به بعد، به منظور روشن شدن مفهوم این چارچوب جدید، شاغلان حرفه‌ها و رشته‌های گوناگون سلامت، تعاریف مختلفی برای حاکمیت بالینی و عناصر اصلی آن ارائه کرده‌اند (۸). با این حال، به نظر می‌رسد مدل معبد مانند حاکمیت بالینی که شامل مدل‌های هفت ستونی و پنج ستونی می‌شود، الگوهای اصلی حاکمیت بالینی باشند (۹). هفت ستون معروف حاکمیت بالینی که به نحوی طی اولین سال‌های معرفی آن شکل گرفته‌اند، عبارتند از: اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی، مدیریت خطر، مشارکت بیمار و جامعه، کارکنان، آموزش و استفاده از اطلاعات (۹-۱۱). این ستون‌ها بر روی پنج سنگ بنای ضروری قرار گرفته است که عبارتند از: آگاهی از سیستم‌ها، رهبری، مالکیت، کار گروهی و ارتباطات (۹). همچنین ضرورت وجود یک رهبری مؤثر جهت پیشبرد فرهنگی، ساختاری و تغییر سیستم‌ها به منظور تضمین اجرای موفقیت‌آمیز به طور وسیع پذیرفته شده است (۱۲ و ۱۳).

طی سال‌های گذشته، چند کشور شروع به اعمال تعاریف مختلف و راهبردهای حاکمیت بالینی در نظام‌های سلامت خود کرده‌اند (۱۴-۱۶). در سال

۲۰۰۹، کمیته‌ی منطقه‌ی مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی به شدت از کاربرد چارچوب‌هایی همانند حاکمیت بالینی برای ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای عضو حمایت کرد (۱۷).

ایران نیز تاکید زیادی بر ارائه مراقبت‌های با کیفیت بالا در بیمارستان‌ها به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت کشور داشته است (۲۱-۱۸). در این راستا، تلاش‌های متعددی به منظور اعمال برنامه‌های بهبود کیفیت، از قبیل مدیریت جامع کیفیت، اجرای رهنمودهای بالینی، ممیزی داخلی و آموزش کارکنان در بیمارستان‌های کشور صورت گرفته است (۲۳ و ۲۲). لذا، وزارت بهداشت مدل هفت ستونی حاکمیت بالینی را منتشر کرد و بیمارستان‌های سراسر کشور را ملزم به برنامه‌ریزی و فراهم آوردن زیرساخت‌های لازم برای پیاده‌سازی حاکمیت بالینی مطابق با این مدل نمود (۲۴).

با گذشت چند سال از آغاز استقرار حاکمیت بالینی در کشور، به عنوان یکی از راهبردهای اصلی بهبود کیفیت خدمات، موضوع پایش و ارزیابی استقرار آن حائز اهمیت گردیده است. در این خصوص مطالعات علمی و نظام مند اندکی در کشور انجام شده است. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف درک و تبیین موانع و چالش‌های استقرار و ارزیابی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی قزوین از دیدگاه گروهی از ذینفعان انجام شد. یافته‌های این مطالعه، می‌تواند در رفع یا به حداقل رساندن نقاط ضعف استقرار و تحقق بخشیدن به تمامی محورهای حاکمیت بالینی، مؤثر واقع گردد.

## روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

همچنین، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا به منظور اعلام تمایل خود به شرکت در این مطالعه فرم رضایت‌نامه را امضا کنند.

کلیدی مصاحبه‌ها با اجازه‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش، ضبط شد و متن آن‌ها به دقت پیاده گردید. با توجه به اهداف پژوهش، مناسب‌ترین روش تحلیل داده‌های گردآوری‌شده، تحلیل چارچوبی بود؛ که نوعی تحلیل محتواست و تمرکز آن روی تحقیقات کاربردی سیاست‌گذاری است. تحلیل چارچوبی شامل پنج مرحله: آشنا شدن، شناسایی یک چارچوب مفهومی، کدگذاری، ترسیم جداول و نهایتاً طرح‌ریزی و تفسیر است (۲۵). بر همین اساس، داده‌های حاصل از سؤالات مصاحبه، کدگذاری و تحلیل گردید. در نهایت، ترکیب و تفسیر داده‌های حاصل از هر سؤال، منجر به شکل‌گیری مفاهیمی شد که درک چالش‌های استقرار و ارزیابی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی قزوین را میسر ساخت.

برای استحکام بیشتر نتایج، از راهبردهای مختلفی نظیر بازنگری شرکت‌کنندگان (Member Checks)، قرار دادن متن مصاحبه پیاده‌سازی شده و تفسیر آن در اختیار شرکت‌کنندگان و دریافت نظرات و پیشنهادهای آن‌ها و بازنگری ناظران (Peer Check)، و استفاده از نظرات تکمیلی همکاران (Peer Debriefing) استفاده گردید (۲۶).

## یافته‌ها

چگونگی استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی قزوین، با کمک سه درون‌مایه‌ی زیر تبیین گردید:

### ۱- میزان پیشرفت محورهای هفت‌گانه حاکمیت بالینی

مرور سخنان مصاحبه‌شدگان حاکی از آن بود که

محیط پژوهش، شامل: ستاد معاونت درمان و کلیه شش بیمارستان آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی قزوین بود؛ که به صورت هدفمند انتخاب شدند تا بیش‌ترین و دقیق‌ترین اطلاعات در خصوص استقرار حاکمیت بالینی به دست آید.

برای گردآوری داده‌ها از روش مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته استفاده شد. ابتدا با ملاحظه‌ی اهداف پژوهش، اقدام به تهیه راهنمای مصاحبه گردید. سؤالات مصاحبه که مجموعاً چارچوب مفهومی و اهداف ویژه‌ی پژوهش را شکل می‌دادند، نیز چندین بار توسط گروه پژوهش مورد بازبینی و تعدیل قرار گرفت. جامعه‌ی پژوهش، مدیران و کارشناسان حوزه معاونت درمان و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بود. جهت دسترسی به دیدگاه‌های افراد مطلع و دست‌اندرکار از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد؛ و خاتمه‌ی نمونه‌گیری مبتنی بر اشباع داده‌ها بود. معیارهای انتخاب نمونه‌ها عبارت بودند از فعالیت در حوزه‌ی اجرای حاکمیت بالینی که در پست‌های مسئول حاکمیت بالینی معاونت درمان و بیمارستان‌ها، مدیران، روسا، مترون و سوپروایزرهای آموزشی مشغول بودند. بدین ترتیب، با ۱۷ نفر شامل هفت کارشناس حاکمیت بالینی، چهار سوپروایزر آموزشی، سه مدیر بیمارستان و سه مترون مصاحبه شد. روسای بیمارستان‌های انتخاب‌شده، به دلیل مشغله کاری و نیز سایر دلایل نامعلوم از شرکت در پژوهش حاضر خودداری کردند. تمام مصاحبه‌ها توسط یکی از اعضای گروه پژوهش و در محل کار مصاحبه‌شدگان انجام گرفت. میانگین زمان هر مصاحبه ۴۵ دقیقه بود. قبل از انجام هر مصاحبه، برگه اطلاعاتی حاوی اهداف و نحوه‌ی اجرای مطالعه و اصول اخلاقی پژوهش، در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

بر اجرای فعالیت‌های آن صورت گرفته بود. به علاوه، برای استقرار این محور، دستورالعمل‌ها و راهنماهای روشنی هم منتشر گردیده بود. دست‌اندرکاران عرصه‌ی ارائه‌ی خدمت نیز که مستمراً شاهد مشکلات پدید آمده در فرآیندهای رسیدگی به بیمار بودند، اعتقاد داشتند که پرداختن به محور مدیریت خطر، امری ضروری و مفید است. با این حال، بعضی از افراد تأثیر این محور را نیز با دیده‌ی تردید می‌نگریستند. به زعم این افراد، ضعف در زیرساخت‌های بیمارستانی و کمبود منابع، امکان اجرای برخی از مداخلات ضروری را نمی‌داد؛ ضمن آنکه مواجهه با مشکلات تکرار شونده‌ی مربوط به ایمنی، حاکی از وجود اشکالاتی در مدیریت خطر بود.

**محورهای آموزش و مدیریت کارکنان:** در کنار موضوعات فوق، شاید کم‌دردترین محور حاکمیت بالینی، محور «آموزش کارکنان» بود. اظهارات مصاحبه‌شدگان گویای اجرای برنامه‌های مربوط و مستندسازی اقدامات بود؛ لیکن، در خصوص تأثیر آموزش‌های ارائه‌شده در بهبود عملکردهای بالینی، شبهاتی نیز وجود داشت. تعدادی از افراد نیز، اقدامات این محور را در کنار محور «مدیریت کارکنان» قرار داده و پیشرفت نسبی برای آن قائل بودند.

**محورهای تعامل با بیمار و جامعه، و استفاده از اطلاعات:** بیش‌ترین تفاوت در دیدگاه‌های مصاحبه‌شدگان، مربوط به پیشرفت محورهای «تعامل با بیمار و جامعه» و «استفاده از اطلاعات» بود. درحالی‌که عده‌ای وضعیت تعامل با بیمار در بیمارستان خود را مناسب می‌دانستند، عده‌ی دیگری نیز بودند که از روند تعامل با بیمار در بیمارستان خود رضایت نداشتند. البته به نظر می‌رسید که این امر تا حدی به کوچکی/بزرگی بیمارستان و تک/چند تخصصی بودن

استقرار محورهای هفت‌گانه‌ی حاکمیت بالینی، به شکلی یکنواخت و به موازات همدیگر صورت نگرفته است. در همین راستا، اکثریت افراد اعتقاد داشتند که محورهای نیازمند همکاری پزشکان، توفیق چندانی نیافته است.

**محور اثربخشی بالینی:** وضعیت «اثربخشی بالینی» از بقیه‌ی محورها به مراتب بدتر بود. پیشروی در این محور نیازمند تدوین و به‌کارگیری راهنماهای بالینی بود که عمدتاً با بی‌میلی و عدم توجه پزشکان مواجه می‌گشت.

**محور ممیزی بالینی:** وضعیت این محور اگرچه بهتر از اثربخشی بالینی بود، به فعالیت‌های مرتبط با گروه پزشکی نفوذ نکرده بود و هر جا که همکاری پزشکان را می‌طلبید، با مشکلاتی مواجه بود. با این حال، ممیزی بالینی توانسته بود سایر فعالیت‌های بیمارستانی را نقد کند و علل مشکلات را شناسایی نماید؛ اما شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها، مجموعاً ممیزی بالینی را نیز محور موفق و پیشرفته‌ای نمی‌دانستند؛ زیرا اولاً در بسیاری از موضوعات، شاخص‌های استاندارد برای مقایسه‌ی عملکردهای جاری در اختیار نبود؛ و ثانیاً در صورت شناسایی علل مشکلات، امکان مرتفع کردن آن‌ها به دلیل محدودیت‌های مالی و غیره وجود نداشت.

**محور مدیریت خطر:** قریب به اتفاق پاسخ‌دهندگان به سؤالات مصاحبه اظهار می‌داشتند که در بیمارستان آن‌ها در زمینه‌ی «مدیریت خطر»، اقدامات قابل‌توجهی صورت گرفته است. این افراد دلیل پیشرفت این محور را دو چیز می‌دانستند؛ اول جدیت و مطالبه‌ی مراجع بالادستی و دوم احساس نیاز واقعی در عرصه‌ی ارائه‌ی خدمت. مدیریت خطر، امتیازآورترین محور حاکمیت بالینی در ارزیابی‌های مربوطه بود و از سوی وزارت متبوع نیز تأکید ویژه‌ای

بی‌تفاوتی، صرفاً الزامات خواسته‌شده از سوی مراجع بالادستی را به کارکنان زیرمجموعه‌ی خود ارجاع داده‌اند. این افراد همچنین از عدم حمایت مدیران، مسئولیت ناپذیری ایشان و عدم پیگیری امور علیرغم شناسایی علل ریشه‌ای مشکلات، شکایت داشتند.

### مشارکت ناکافی پزشکان

علاوه بر نیاز به تعهد مدیران و همکاری ایشان، درگیر شدن تمامی کارکنان برای استقرار حاکمیت بالینی ضروری بود. مشارکت کارکنان، فرصت مواجهه‌ی ایشان با دیدگاه‌ها و دانش و مهارت دیگران را فراهم آورده و منجر به یادگیری و تقویت کار گروهی می‌گردد. علیرغم باور به این موضوعات، بسیاری از پاسخ‌دهندگان به سؤالات مصاحبه، مشارکت پزشکان در فعالیت‌های مرتبط با حاکمیت بالینی را بسیار نامناسب قلمداد می‌کردند. بدین ترتیب، گروه مؤثری از ارائه‌کنندگان خدمات، عملاً از همراهی با حاکمیت بالینی کنار کشیده و در عوض، بیش‌ترین فشارهای جسمی و روانی توسط پرستاران شاغل در مجموعه‌ها تحمل می‌گردید.

### کمبود منابع

در کنار مسائل فوق که بخشی از بستر فرهنگی بیمارستان‌های مورد نظر را تشکیل می‌داد، موضوع کمبود منابع نیز مطرح بود. استقرار حاکمیت بالینی، بودجه‌ی اختصاصی نداشت؛ همچنین، برای پیگیری امور مربوطه، نیروی انسانی ویژه‌ای هم در نظر گرفته نشده بود. بدین ترتیب، اکثر امور برنامه‌ریزی و اجرایی حاکمیت بالینی بر دوش سیستم پرستاری بیمارستان‌ها بود. با وجود ناکافی بودن آموزش‌ها و حتی توجیه نبودن مراجع بالادستی، دانش و مهارت لازم برای استقرار حاکمیت بالینی در میان مدیران و دست‌اندرکاران مربوط وجود نداشت و بسیاری از امور، با شیوه‌ی آزمون و خطا به اجرا در

آن نیز ارتباط دارد. در خصوص استفاده از اطلاعات هم تعدادی از افراد، نارسایی نظام اطلاعات بیمارستان را عاملی برای رکود در محور مربوط بیان می‌کردند؛ و البته تعدادی نیز، بدون اشاره به مصادیق روشنی، پیشرفت نسبی در محور استفاده از اطلاعات قائل بودند.

## ۲- چالش‌ها و موانع استقرار و پیشرفت حاکمیت بالینی

### فقدان درک مناسب از حاکمیت بالینی

از منظر شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها، استقرار و پیشرفت حاکمیت بالینی به عوامل متعددی ارتباط داشت. در وهله‌ی اول، درک مناسب از حاکمیت بالینی حائز اهمیت بود. عده‌ای از مصاحبه‌شدگان اعتقاد داشتند که ادراک همه‌ی مدیران و دست‌اندرکاران مرتبط با حاکمیت بالینی از این مفهوم جدید، یکسان نیست و همین امر، سردرگمی کارکنان و کم‌توجهی مسئولان را به همراه داشته است. از سوی دیگر، نبود وجود شاخص‌های کمی و دقیق برای ارزیابی پیشرفت استقرار و همچنین، ناملموس و نامشخص بودن تعریف حاکمیت بالینی نیز بر چالش فوق افزوده است.

### حمایت ناکافی مدیریت ارشد

به دنبال درک مفهوم حاکمیت بالینی، نیاز به رهبری مسئولانه‌ی سازمانی، موضوع دومی بود که بر چگونگی پیشرفت حاکمیت بالینی سایه می‌افکند. در همین راستا، تعهد مدیران و مسئولیت‌پذیری ایشان، اعتقاد مدیران به بهبود واقعی کیفیت خدمات بالینی و همراهی با آن و همسویی مدیران و پزشکان در مسیر استقرار حاکمیت بالینی، مورد تأکید بسیاری از مصاحبه‌شدگان بود. با این حال، بخش قابل‌توجهی از این افراد معتقد بودند که مدیران سازمان محل خدمت آن‌ها، چندان در امور مربوطه درگیر نشده و با

می‌آمد.

### فراهم نبودن زیر ساخت‌ها

نامناسب بودن زیرساخت‌های فیزیکی، نارسایی آمار و اطلاعات مورد نیاز نیز، مزید بر علت بود تا دشواری استقرار حاکمیت بالینی، دو چندان گردد.

با وجود چالش‌های فوق، عده‌ای از مصاحبه شدگان، به نقاط قوت حاکمیت بالینی هم اشاره می‌کردند. جامعیت و فراگیر بودن این رویکرد بهبود کیفیت و توجه به استانداردهای مراقبت‌ها، در کنار بهره‌گیری از روش‌هایی نظیر ممیزی بالینی و تقویت عملکرد کمیته‌های بیمارستانی و کار گروهی، از جمله مواردی بود که از سوی شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها مورد توجه قرار گرفت. همچنین، امکان ارتباط با سایر بیمارستان‌ها و مراکز ارائه‌کننده خدمات درمانی در راستای همفکری و یادگیری از تجربیات، فرصت مناسبی بود که در مسیر استقرار حاکمیت بالینی پدید آمده بود. با این حال، عده‌ای نیز معتقد بودند که ابلاغ دستورالعمل‌های متوالی و گیج‌کننده‌ی مرتبط با حاکمیت بالینی، استقرار آن را با دشواری‌های متعددی مواجه ساخته و منجر به مقاومت کارکنان شده است. بدین ترتیب، نتیجه‌ی فعالیت‌های استقرار، چیزی بیش از مستندسازی نبوده است.

### ۳- چالش‌ها و موانع مرتبط با نظام ارزیابی

#### حاکمیت بالینی

#### وجود ابهام در برخی از ملاک‌های ارزیابی

مصاحبه‌شدگان، در مورد ملاک‌های ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها، که از سوی وزارت بهداشت تدوین و ابلاغ گردیده و برای شرکت بیمارستان‌ها در جشنواره‌ی مربوط استفاده می‌شود نیز، نظرات خود را بیان داشتند. از نظر ایشان، در سال دوم، تعداد بیشتری از ملاک‌ها با جزئیات کافی تشریح گردیده و فعالیت‌های ناظر بر آن‌ها،

روشن‌تر شده بود؛ اما ابهام در برخی از ملاک‌ها هنوز وجود داشت. بدین ترتیب، عدم برداشت یکسان از ملاک‌های ارزیابی، علاوه بر کندی پیشرفت کار، تعارض بین دست‌اندرکاران عرصه‌ی ارائه‌ی خدمت و کارشناسان مراجع بالادستی را در پی داشت. همچنین، روشن نبودن برخی از ملاک‌ها و تصمیم‌گیری‌های سلیقه‌ای، در جریان عملیات ارزیابی از سوی بازرسان وزارت متبوع نیز به چشم می‌خورد.

#### استفاده از واژگان تخصصی در برخی از

#### ملاک‌ها

ادبیات به کار گرفته شده برای تدوین ملاک‌ها نیز مورد انتقاد برخی از افراد بود. ایشان مدعی بودند که واژگان استفاده شده در ملاک‌های ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی، بیش از حد جنبه‌ی مدیریتی دارد و بعضاً در میان عوامل اجرایی بیمارستان، مسبوق به سابقه نیست؛ و این عامل سبب گردیده که دست‌اندرکاران عرصه‌ی ارائه‌ی خدمت، نتوانند ارتباط ادراکی و عملیاتی مناسبی با ملاک‌ها برقرار کرده و اقدامات بایسته را به انجام رسانند.

#### تعداد زیاد ملاک‌های ارزیابی

به زعم بسیاری از شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها، تعداد ملاک‌های ارزیابی نیز بسیار زیاد بود و علاوه بر سردرگمی دست‌اندرکاران، حجم کاری زیادی را می‌طلبد؛ علی‌الخصوص اینکه امتیازآوری در هر یک از ملاک‌های تعیین‌شده منوط به ثبت اقدامات انجام گرفته و مستندسازی فعالیت‌ها بود.

#### نبود سنجه‌های کمی و دقیق

نبود سنجه‌های کمی برای ارزیابی پیشرفت استقرار و دشواری استخراج شاخص‌های عددی برای ملاک‌های تدوین‌شده، از دیگر چالش‌ها بود. برخی از مصاحبه‌شدگان هم اعتقاد داشتند که تعدادی از ملاک‌ها، در تمامی بیمارستان‌ها مصداق ندارند.

مسلط به مسائل مدیریتی انجام شود به نحوی که این افراد خود قبلاً آموزش‌های لازم برای ارزیابی بر اساس ملاک‌های مورد نظر را طی کرده و به شکلی جامع و هم‌زبان، بر مصادیق مربوط مسلط باشند.

#### نبرد سیستم انگیزشی مناسب

به زعم مصاحبه شدگان، روند کنونی ارزیابی حاکمیت بالینی، سرانجام و عاقبت روشنی را در پی نداشت. به عبارت دیگر، موفقیت چشم‌گیر و یا ضعف در استقرار برنامه‌ها، عملاً با تشویق و یا تنبیه مشخصی همراه نبود. همچنین، نتیجه‌ی کار، به درآمد بیمارستان و یا منافع شخصی افراد نیز گره نخورده بود. به همین دلیل، جدیت خاصی از سوی مدیران برای درگیر شدن در فرآیند استقرار و آمادگی برای ارزیابی به چشم نمی‌خورد. در بسیاری از موارد، مطالبه‌ی مدیران از دست‌اندرکاران عرصه‌ی ارائه‌ی خدمت، صرفاً معطوف به مستندسازی و ظاهرسازی برای کسب امتیاز در جشنواره و رقابت با سایر بیمارستان‌ها بود؛ و نه بهبود واقعی کیفیت خدمات بالینی.

#### عدم ارائه‌ی بازخورد و راه‌حل‌های سازنده به

##### بیمارستان‌ها

از سوی دیگر، متعاقب ارزیابی انجام‌شده از سوی مراجع بالادستی (معاونت درمان و وزارت متبوع)، اگرچه پس‌خوراندی منطبق با چک‌لیست‌های ارزیابی به بیمارستان ارسال می‌شد، لیکن پیگیری خاصی، اعم از آموزش‌های کاربردی و یا سایر حمایت‌های فنی برای رفع نواقص صورت نمی‌گرفت.

#### بحث

مطالعه‌ی حاضر در زمره‌ی اولین مطالعاتی در کشور است که به بررسی چگونگی استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های کشور پرداخت. یافته‌های

همچنین، عدم کل‌نگری نسبت به موضوع بهبود کیفیت خدمات بالینی در بیمارستان، و نگرش جزءنگرانه به محورهای مختلف حاکمیت بالینی نیز، محل انتقاد بود.

#### آموزش ناکافی جهت انجام خود ارزیابی

اغلب قریب به اتفاق مصاحبه شدگان، از خود ارزیابی انجام‌شده در بیمارستان راضی بودند و آن را اقدامی مفید می‌دانستند. ایشان اعتقاد داشتند که اگرچه دست‌اندرکاران عرصه‌ی ارائه‌ی خدمت، آموزش کافی و مناسبی برای خود ارزیابی ندیده‌اند، لیکن در جریان این اقدام، بسیاری از مسائل و مشکلات بیمارستان شناسایی شده و فرصت برای رفع نواقص فراهم می‌گردد.

#### مدت زمان کوتاه فرایند ارزیابی

اکثریت شرکت‌کنندگان در مصاحبه، از مراحل بعدی ارزیابی، راضی نبودند. به باور این افراد، زمان در نظر گرفته‌شده برای ارزیابی توسط گروه‌های اعزامی از سوی معاونت درمان دانشگاه، در مقایسه با حجم فعالیت‌های انجام‌شده در تمام بخش‌های بیمارستان و ملاک‌های ارزیابی، بسیار کوتاه بود.

#### ترکیب نامناسب گروه ارزیابان خارجی و

##### آموزش ناکافی آن‌ها

گروه‌های مذکور، ترکیب مناسبی نداشتند و از افراد مسلط و آموزش‌دیده‌ی نیز تشکیل نشده بودند. بدین ترتیب، ارزیابان کم‌تجربه، صرفاً بر اساس نظر خود و با نگاه به چک‌لیست‌های در اختیار و اغلب با مشاهده‌ی مستندات، اقدام به ارزیابی می‌کردند و حتی در میان خود نیز تعارضاتی داشتند. در نتیجه، نه تنها ارزیابی انجام‌شده از جامعیت لازم برخوردار نبود، بلکه امکان یادگیری از عملکرد ارزیابان هم بسیار محدود بود. مصاحبه شدگان انتظار داشتند که ارزیابی توسط گروهی متشکل از پزشک، پرستار و فردی

مطالعه حاضر، بر اساس سه درون‌مایه‌ی زیر مورد بحث و مقایسه قرار گرفت:

### ۱- میزان پیشرفت محورهای هفت‌گانه‌ی حاکمیت بالینی

مطالعه‌ی حاضر، نشان داد که استقرار محورهای هفت‌گانه‌ی حاکمیت بالینی، به شکلی یکنواخت و به موازات یکدیگر صورت نگرفته است. نتایج مطالعه نشان داد که شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها، مجموعاً ممیزی بالینی را نیز محور موفق و پیشرفته‌ای نمی‌دانستند. مطالعه‌ی زند و همکاران که به بررسی پیشرفت محورهای حاکمیت بالینی در بخش مراقبت‌های ویژه پرداخته است نیز نشان داد که بیش‌ترین اقداماتی که در زمینه‌ی حاکمیت بالینی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام شده است در محور رهبری و مدیریت قرار دارد، درحالی‌که کمترین اقدامات در زمینه‌ی ممیزی بالینی به انجام رسیده بود و هیچ مؤلفه‌ای در این زمینه کامل نبود (۲۷). مطالعات صورت گرفته در میان مدیران و پزشکان بالینی نشان می‌دهد که نوعی شک و تردید، به خصوص در مورد برخی از اجزا، مانند ممیزی بالینی، به عنوان عامل تأثیرگذار بر روی کیفیت تلقی می‌شد (۲۸-۳۰). در مطالعه‌ی حاضر تغییرات با اهمیتی در حوزه‌های مدیریت خطر و آموزش کارکنان روی داده است. علت این امر را می‌توان به فراهم بودن زمینه پذیرش مداخلات به دلیل انجام فعالیت‌های کم و بیش مشابه، اما پراکنده و سازمان‌دهی نشده‌ی قبلی در بیمارستان‌های مورد مطالعه و همچنین جدیت و مطالبه‌ی مراجع بالادستی و احساس نیاز واقعی در عرصه‌ی ارائه‌ی خدمت نسبت داد.

### ۲- چالش‌ها و موانع استقرار و پیشرفت حاکمیت بالینی

مشارکت پزشکان به طور گسترده‌ای برای

موفقیت الگوهای بهبود کیفیت ضروری عنوان شده است (۳۲ و ۳۱). با این حال، شک و تردید و مقاومت در برابر این ابتکارات در میان این گروه از افراد حرفه‌ای گسترده گزارش شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عواملی از قبیل ارائه‌ی آموزش‌هایی که غرور حرفه‌ای و فردگرایی را به شدت القا می‌کنند، قدرت و کنترلی که پزشکان در اختیار دارند، فرهنگی که به شدت توسط هم‌تایان و رویه‌های همکاران تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۳۳) و تجربه‌ی حاصل از طرح‌ها و ابتکارات قبلی مربوط به کیفیت، از جمله دلایل این نگرش منفی و در نتیجه عدم دخالت پزشکان باشد. در مقابل، سازمان‌های بهداشتی و درمانی که در اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت موفق بوده‌اند، بر اهمیت مشارکت فعال پزشکان تأکید دارند و به عواملی مانند: رهبری موثر بالینی و مدیریتی، حفاظت و پاسداری از استقلال پزشکان، حمایت از آموزش و فشار هم‌تایان، به عنوان عوامل مهم در تغییر نگرش و افزایش تعهد اشاره دارند (۳۴ و ۳۵). بنابراین، درک نگرش پزشکان نسبت به حاکمیت بالینی در واقع دلایل شکست و یا موفقیت مداخلات را آشکار می‌سازد و به شناسایی مداخلاتی که احتمال موفقیت بیشتری دارند، کمک می‌کنند (۳۵). با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر، بررسی راهکارهای افزایش مشارکت کارکنان به ویژه پزشکان در فرایند اجرای حاکمیت بالینی پیشنهاد می‌شود.

از دیگر یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، تعهد مدیران و مسئولیت‌پذیری ایشان، اعتقاد مدیران به بهبود واقعی کیفیت خدمات بالینی و همراهی با آن در مسیر استقرار حاکمیت بالینی است؛ که مورد تأکید بسیاری از مصاحبه شدگان بود. بررسی متون و مطالعات مختلف نیز نشان داده است که نقش مدیریت ارشد در موفقیت تلاش‌های بهبود کیفیت از بالاترین اهمیت



تشریفات اداری (کاغذ بازی) و جلسات و گردهمایی‌های غیرضروری شده و در بهبود کیفیت مراقبت از بیماران نقش چندانی نخواهد داشت (۴۱).

یکی دیگر از چالش‌های اجرای حاکمیت بالینی، کمبود منابع بود. تحقیقات نشان می‌دهد که حاکمیت بالینی، تنها زمانی منجر به تغییر عملکرد خواهد شد که منابع اضافی به این منظور اختصاص یابد (۴۲). در سایر مطالعات، کمبود منابع به عنوان یک مانع در اجرای حاکمیت بالینی مورد توجه قرار گرفته است (۴۴ و ۴۳ و ۴۰ و ۳۸ و ۳۷). در این مطالعه، سایر موانع به کمبود منابع، نارسایی آمار و اطلاعات مورد نیاز و کمبود وقت آزاد برای پرداختن به این امور مربوط می‌شد. با بررسی متون، انواع موانع اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی، عبارت بودند از: فرهنگ غیر حمایتی، نگرش منفی کارکنان، درک ناکافی، مهارت‌های ناکافی، کمبود زمان، نبود بودجه کافی، کمبود دسترسی به اطلاعات و فقدان حمایت مدیریتی و یا همکاران (۴۳).

در مطالعه‌ی عطاپور نیز مواردی از قبیل جدید بودن موضوع، نبود سابقه‌ی آموزشی مدون پیشین، نبود زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری، نبود کارشناسان مسلط، مقاومت فرهنگ سازمانی، عدم تعهد و علاقه‌ی مدیران، ارزشیابی‌های غیر کارشناسانه‌ی دانشگاه علوم پزشکی، عدم مشارکت پزشکان و تجارب منفی قبلی، محدودیت‌های مالی، اعتباری و بودجه‌ای، پایین بودن تعرفه‌ها و عجله و تعجیل در اجرای نظام حاکمیت بالینی از جمله موانع و چالش‌ها بود (۴۵). در مطالعه‌ی دیگر، مهم‌ترین موانع استقرار حاکمیت بالینی، منابع ناکافی، فقدان ساختارها و روش‌های عملیاتی واضح، فقدان فرهنگ حمایتی و حمایت ناکافی مدیریت ارشد ذکر شد (۳۸).

برخوردار است. در زمینه‌ی طرح‌های ارتقای کیفیت، پنج نقش و فعالیت برای مدیریت می‌توان قائل شد: مشارکت شخصی مدیران ارشد، مدیریت ارتباط با کارکنان بالینی، ارتقای فرهنگ‌سازمانی بهبود کیفیت، حمایت از بهبود کیفیت از طریق ساختارهای سازمانی و تهیه‌ی منابع سازمانی برای تلاش‌های بهبود کیفیت (۳۶). بنابراین، به منظور موفقیت هر برنامه ارتقای کیفیت، رهبری نیرومندی مورد نیاز است. رهبران، تنها کسانی هستند که قادر به ایجاد فرهنگ و تعهد مورد نیاز جهت رفع موانع پیش روی استقرار این برنامه‌ها هستند. دهنویه و همکاران در مطالعه‌ی خود، تعهد ناکافی مدیران ارشد، مهارت‌های مدیریتی محدود و بی‌ثباتی راهبردهای مدیریتی ناشی از چرخش سریع مدیران را پیام‌هایی هشداردهنده برای ارتقای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی در ایران مطرح ساختند که منجر به شکست برنامه و اتلاف منابع می‌گردد (۳۷). در مطالعه‌ی محقق فقدان فرهنگ حمایتی و حمایت ناکافی مدیریت ارشد نیز از جمله موانع پیش روی استقرار بود (۳۸). سایر مطالعات نیز نشان می‌دهند مشارکت ناکافی مدیران از جمله موانع موجود در مسیر استقرار حاکمیت بالینی است (۴۰-۳۸). یافته‌های این مطالعات با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد.

درک ناکافی از حاکمیت بالینی، یکی از چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در مطالعه‌ی حاضر بود که به فرهنگ‌سازمانی بیمارستان برمی‌گردد. عدم درک صحیح از مفهوم حاکمیت بالینی، می‌تواند مانعی عمده در نائل شدن به بهبود مستمر کیفیت در مراقبت بهداشتی درمانی محسوب گردد. شک و دودلی در مورد مزایای پیش‌بینی‌شده‌ی حاکمیت بالینی و تلقی از حاکمیت بالینی به عنوان یک طرح تحمیل‌شده، موجب اتلاف وقت پزشکان عمومی و زمینه‌ساز

### ۳- چالش‌ها و موانع مرتبط با نظام ارزیابی

#### حاکمیت بالینی

در مطالعه‌ی حاضر عوامل مختلفی به عنوان چالش‌های ارزیابی ذکر گردید. در مطالعه‌ی دیگری که در ایران صورت گرفته است نیز ارزشیابی‌های غیر کارشناسانه‌ی دانشگاه علوم پزشکی به عنوان یکی از موانع حاکمیت بالینی عنوان شده است (۴۵). از سوی دیگر، مطالعات نشان می‌دهد که نظارت حمایتی شامل: حل مسئله، بررسی مستندات، مشاهده‌ی عملکرد بالینی و ارائه‌ی بازخوردهای سازنده، تأثیر متوسط تا قابل توجهی در بهبود کیفیت خدمات بالینی دارد (۴۷).

مصاحبه شدگان، ترکیب گروه ارزیابان خارجی را نامناسب ارزیابی کرده بودند و معتقد بودند باید ارزیابی توسط گروهی متشکل از پزشک، پرستار و فردی مسلط به مسائل مدیریتی انجام شود. Marquez و Kean نیز در مطالعه‌ی خود به استفاده از تیم‌های چند رشته‌ای و نقش خود ارزیابی تاکید کردند (۴۸).

یافته‌های پژوهش نشان دادند که شرکت‌کنندگان در پژوهش، خود ارزیابی را اقدامی مفید و موثر تلقی می‌کردند. تفاوت خود ارزیابی با انواع دیگر ارزیابی‌ها در این است که: اولاً این ارزیابی خود خواسته است، مشارکت و همکاری در این فرآیند وجه تمایز این نوع ارزیابی از ارزیابی‌های دیگر است و ویژگی بارز دیگر این نوع ارزیابی و تأثیر آن در بهبود عملکرد در این است که میزان پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری اعضا و نظام در قبال عملکرد خود افزایش می‌یابد (۴۵). یافته‌های مطالعات "محقق" و هم چنین عطاپور نشان داد خود ارزیابی اقدامی مفید می‌باشد و استفاده از چک لیست برای ارزیابی درونی عملکرد حاکمیت بالینی در بین بیمارستان‌ها رایج است؛ و ممکن است با فراهم نمودن یک راهنمای کار فرایند

در مطالعه‌ی کریمی و همکاران نیز بزرگ‌ترین موانع به‌کارگیری حاکمیت بالینی، کمبود کارکنان و حجم بالای کاری، ضعف مدیریتی (متعهد نبودن مدیر، عدم اجرای کامل طرح، عدم حمایت، کم کاری) و کمبود آموزش بود. در نتیجه، موانع اصلی اجرای حاکمیت بالینی شامل: عدم صلاحیت مدیران بیمارستان‌ها، کمتر از حد استاندارد بودن نیروی انسانی بیمارستان‌ها و به‌کارگیری نادرست کارکنان، آگاهی ناکافی کارکنان از حاکمیت بالینی، نبود سیستم انگیزشی مناسب و فرهنگ سازمانی غلط عنوان شد (۴۶). نتایج این مطالعات با یافته‌های ما همخوانی دارد.

آموزش ناکافی کارکنان در زمینه‌ی حاکمیت بالینی از دیگر یافته‌های مطالعه‌ی حاضر بود. ارائه آموزش در بهبود مهارت‌های نظارتی و ارتقای دانش در مورد ارزیابی پیشرفت حاکمیت بالینی مهم و ضروری است (۴۷). در مطالعه‌ی دهنویه و همکاران، برنامه‌ریزی آموزشی نامناسب، آموزش‌هایی که منطبق بر نیازسنجی نبوده و فقدان منابع مالی کافی برای برنامه ریزی آموزشی با کیفیت بالا به عنوان یکی دیگر از چالش‌های پیاده‌سازی حاکمیت بالینی عنوان شده است. یافته‌های مطالعه‌ی دهنویه و همکاران، یافته‌های مطالعه‌ی ما را تأیید می‌کند (۳۷). در مطالعه‌ی کریمی و همکاران کمبود آموزش از جمله بزرگ‌ترین موانع به‌کارگیری حاکمیت بالینی در ایران بود (۴۶). یافته‌های مطالعه‌ی مذکور با یافته‌های مطالعه ما همخوانی داشت. در مطالعه‌ی "محقق" بر استفاده از تیم‌های چند تخصصی در آموزش‌ها تاکید شده است (۳۸). با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های مختلف آموزشی داخل و یا خارج سازمانی بر طبق نیازسنجی‌ها انجام گیرد و به سیاست‌های مدیریت منابع انسانی بیش از پیش توجه شود.

ابتدا، نیاز به ارتقای سطح آگاهی کارکنان بالینی خط مقدم درباره‌ی حاکمیت بالینی احساس می‌شود تا اطمینان حاصل شود که حاکمیت به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از بار کاری آن‌ها و نه به عنوان یک بار اضافی بالینی دیده شود. مسئله‌ی دوم، نیاز به تغییر فرهنگ سازمانی است به گونه‌ای که آن را هر چه بیشتر پذیرای حاکمیت بالینی نماید. سوم، نیاز به ایجاد سطوح مشارکت بیشتری بین پزشکان و مدیران، بیماران و متخصصان و گروه‌های حرفه‌ای وجود دارد. تغییر فرهنگی و سازمانی لازم برای اجرای موفقیت آمیز حاکمیت بالینی را نمی‌توان آسان و سهل‌الوصول پنداشت زیرا آن به عنوان یک چالش کلیدی برای رهبران سازمان، مدیران و کارکنان بالینی هم چنان باقی است. بدیهی است که نقش و حمایت مدیران ارشد در سه مورد فوق‌الذکر و همچنین در فراهم آوردن منابع و سایر زیرساخت‌ها حیاتی است. همچنین راهکارهای افزایش مشارکت کارکنان به ویژه پزشکان در حاکمیت بالینی، برگزاری دوره‌های آموزشی حاکمیت بالینی برای کارکنان و درگیر کردن مدیران ارشد در اجرای برنامه، می‌تواند کمک کننده باشد. با توجه به شواهد تجربی اندکی در زمینه‌ی استقرار و ارزیابی حاکمیت بالینی، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی بر روی بررسی عمیق‌تر موانع و چالش‌های حاکمیت بالینی، دیدگاه وسیع‌تر شامل ذینفعان بیشتر اعم از: مدیران، ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت بیمارستانی تمرکز یابد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش که با علاقمندی به سؤالات پاسخ دادند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

ارزیابی تسهیل شود. استفاده از چک لیست‌ها ممکن است یک رفتار بازرسی و کنترلی را تشویق کند که کارکرد مشورتی را کاهش می‌دهد (۳۸ و ۴۵).

عدم ارائه‌ی بازخورد و راه‌حل‌های سازنده به بیمارستان‌ها از جمله آموزش‌های کاربردی، از دیگر چالش‌های نظام ارزیابی حاکمیت بالینی بود. مطالعات مختلف به اهمیت فرهنگ حمایتی شامل: حل مسئله، مرور مستندات، مشاهده اعمال بالینی و ارائه بازخوردهای سازنده در بهبود کیفیت مراقبت‌های بالینی اشاره کرده‌اند (۴۷). دهنویه و همکاران در مطالعه‌ی خود اظهار داشتند: بدون پایش دوره‌ای شاخص‌های کیفیت، ارائه‌ی بازخوردی از پیامدهای مداخلات ممکن نیست. بنابراین مدیران بیمارستان باید بر توسعه‌ی پایش موثر و سیستم‌های ارزیابی موثر به منظور اجرای موفقیت‌آمیز پیاده‌سازی حاکمیت بالینی تاکید کنند (۳۷). ضعف سیستم ارزیابی، یکی از موانع شناسایی شده در توسعه‌ی حاکمیت بالینی می‌باشد (۳۷ و ۴۵).

در نهایت، لازم به توضیح است که مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود. از قبیل: تعداد کم حجم نمونه و عدم مشارکت روسای بیمارستان‌ها. از آنجا که در مطالعات کیفی، حجم نمونه بر اساس اشباع داده‌ها تعیین می‌شود، در مطالعه‌ی حاضر، این امر در مصاحبه‌ی هفدهم صورت گرفت. همچنین پیگیری‌های متعددی جهت شرکت روسای بیمارستان‌های مورد مطالعه در پژوهش حاضر صورت گرفت که به دلیل مشغله کاری و سایر دلایل این افراد در پژوهش مشارکت نکردند.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که

1. McKee M & Healy J. The role of the hospital in changing environment. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(6): 803-10.
2. Roberts M, Hsiao W, Berman P & Reich M. *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity*. USA: Oxford University Press; 2004: 203-30.
3. Rogers PG. RAID methodology: The NHS clinical governance team's approach to service improvement. *Clinical Governance: An International Journal* 2006; 11(1): 69-80.
4. Mugglestone M, Maher L, Manson N & Baxter H. Accelerating the improvement process. *Clinical Governance: An International Journal* 2008; 13(1): 19-25.
5. Powell AE, Rushmer RK & Davies HTO. A systematic narrative review of quality improvement models in health care. Available at: [http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous\\_resources/hta\\_report/a\\_systematic\\_narrative\\_review.aspx](http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/hta_report/a_systematic_narrative_review.aspx). 2009.
6. Department of Health. *The new NHS: Modern and dependable*. Available at: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/266003/newnhs.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266003/newnhs.pdf). 1997.
7. Department of Health. *A first class service: Quality in the new NHS*. Available at: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh\\_4006902](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4006902). 1998.
8. McSherry R & Pearce P. *Clinical governance: A guide to implementation for healthcare professionals*. 3<sup>rd</sup> ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011: 17-49.
9. Nicholls S, Cullen R, O'Neill S & Halligan A. Clinical governance: Its origins and its foundations. *British Journal of Clinical Governance* 2000; 5(3): 172-8.
10. Commission for Health Improvement. *NHS performance ratings. Acute trusts, specialist trusts, ambulance trusts 2002/03*. Available at: <http://ratings2003.healthcarecommission.org.uk/>. 2005.
11. Commission for Health Improvement. *A guide to clinical governance reviews*. Available at: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DRVJ4ITHd8wJ:www.surginet.org.uk/misc/interview/download/chi/cgr\\_guide.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=ir](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DRVJ4ITHd8wJ:www.surginet.org.uk/misc/interview/download/chi/cgr_guide.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=ir). 2003.
12. Scally G & Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal* 1998; 317(7150): 61-5.
13. Donaldson LJ & Gray JA. Clinical governance: A quality duty for health organisations. *Quality in Health Care* 1998; 7(suppl): 37-44.
14. Government of Western Australia. *Clinical governance*. Available at: [http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/initiatives/clinical\\_governance.cfm](http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/initiatives/clinical_governance.cfm). 2013.
15. Wright L, Barnett P & Hendry C. *Clinical leadership and clinical governance: A review of developments in New Zealand and internationally*. Available at: <file:///C:/Users/g.shaham/Downloads/CLANZlitreviewfinal.pdf>. 2001.
16. Pridmore JA & Gammon J. A comparative review of clinical governance arrangements in the UK. *British Journal of Nursing* 2007; 16(12): 720-3.

17. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean. Improving hospital performance in the Eastern Mediterranean region. Available at: [http://www.academia.edu/9198317/IMPROVING\\_HOSPITAL\\_PERFORMANCE\\_IN\\_THE\\_EASTERN\\_MEDITERRANEAN\\_REGION](http://www.academia.edu/9198317/IMPROVING_HOSPITAL_PERFORMANCE_IN_THE_EASTERN_MEDITERRANEAN_REGION). 2009.
18. Parliament. The Islamic Republic of Iran's fourth economic, social and cultural development plan act. Available at: <https://www.tamin.ir/content/oldeditor/file/tamin-ravabet%20omomi/ghavanin/barname%204.pdf>. 2004.
19. Parliament. The Islamic Republic of Iran's fifth economic, social and cultural development plan act. Available at: <http://parliran.ir/index.aspx?siteid=1&siteid=1&pageid=3362>. 2011.
20. Ministry of Health and Medical Education. The Islamic Republic of Iran's comprehensive scientific roadmap for health. Available at: <http://www.zums.ac.ir/files/education/heatelmi/map.pdf>. 2010.
21. Ministry of Health and Medical Education. The Islamic Republic of Iran's health system development roadmap based on the Islamic-Iranian model of progress. Available at: [http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291\\_1041\\_Health%20Map%20Book%20esfand.pdf](http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1041_Health%20Map%20Book%20esfand.pdf). 2012.
22. Mosadegh Rad AM. A survey of total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations. *Leadership in Health Services* 2005; 18(3): 12-34.
23. Manouchehri Moghadam J, Ibrahimipour H, Akbari Sari A, Farahbakhsh M & Khoshgoftar Z. Study of patient complaints reported over 30 months at a large heart centre in Tehran. *Quality & Safety in Health Care* 2010; 19(5): 28.
24. Heyrani A, Maleki MR, Barati Marnani A, Ravaghi H, Sedaghat M, Jabbari M, et al. Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: A systems approach. *Implementation Science* 2012; 7(1): 84.
25. Pope C, Ziebland S & Mays N. Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *British Medical Journal* 2000; 320(7227): 114-6.
26. Holloway I & Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 3<sup>rd</sup> ed. UK: Wiley-Blackwell; 2010: 297-314.
27. Zand F, Khousravi A, Nikmanesh P & Maghsoudi B. Internal assessment of one of the intensive care units affiliated to Shiraz university of medical sciences using clinical governance check lists. *Journal of Iranian Society Anaesthesiology and Intensive Care* 2012; 2(4): 7-11 [Article in Persian].
28. 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* 2001; 10(2): 76-82.
29. Johnston G, Crombie IK, Alder EM, Davies HT & Millard A. Reviewing audit: Barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in Health Care* 2000; 9(1): 23-36.
30. 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 and Safety in Health Care* 2002; 11(1): 9-14.
31. Weiner BJ, Shortell SM & Alexander J. Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: The effects of top management, board, and physician leadership. *Health Services Research* 1997; 32(4): 491-510.
32. Blumenthal D & Kilo CM. A report card on continuous quality improvement. *Milbank Quarterly* 1998; 76(4): 625-48.

33. Ham C, Kipping R & McLeod H. Redesigning work processes in health care: Lessons from the national health service. *Milbank Quarterly* 2003; 81(3): 415-39.
34. Spooner A, Chapple A & Roland M. What makes British general practitioners take part in a quality improvement scheme? *Journal of Health Services Research & Policy* 2001; 6(3): 145-50.
35. Walshe K & Freeman T. Effectiveness of quality improvement: Learning from evaluations. *Quality and Safety in Health Care* 2002; 11(1): 85-7.
36. Bradley EH, Holmboe ES, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ & Krumholz HM. The roles of senior management in quality improvement efforts: What are the key components? *Journal of Healthcare Management* 2003; 48(1): 15-28.
37. Dehnavieh R, Ebrahimipour H, Jafari Zadeh M, Dianat M, Noori Hekmat S & Mehrolohasani MH. Clinical governance: The challenges of implementation in Iran. *International Journal of Hospital Research* 2013; 2(1): 1-10.
38. Mohaghegh B. Clinical governance: Implementation process and its challenges in Iranian hospitals, Tehran: The First International Congress On Clinical Governance & Patient Safety, 2012.
39. Fenton-O'Creevy M. Employee involvement and the middle manager: Evidence from a survey of organizations. *Journal of Organizational Behavior* 1998; 19(1): 67-84.
40. Masters RJ. Overcoming barriers to TQM's success. *Quality Progress* 1996; 29(5): 53-5.
41. Chandra S. Sense making of clinical governance at different levels in NHS hospital trusts. *Clinical Governance: An International Journal* 2009; 14(2): 98-112.
42. Hooshmand E, Tourani S, Ravaghi H & Ebrahimipour H. Challenges in evaluating clinical governance systems in Iran: A qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014; 16(4): 13421.
43. Shakeshaft AM. A study of the attitudes and perceived barriers to undertaking clinical governance activities of dietitians in a Welsh national health service trust. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2008; 21(3): 225-38.
44. Sohal AS, Samson D & Ransay L. Requirements for successful implementation of TQM. *International Journal of Technology Management* 2004; 16(1): 505-19.
45. Atapour H. Barriers and challenges of clinical governance in medical centers, hospitals of Imam Reza in Urmia, Tehran: The First International Congress on Clinical Governance & Patient Safety, 2012.
46. Karimi M, Adel A, Raoufi S & Moravegi M. Barriers to implementation of clinical governance from the perspective of hospital staff of Maragheh and Mashhad university of medical sciences, Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, Proceedings of the First Student Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement, 2012.
47. Mohaghegh B & Ravaghi H. Clinical governance: The challenges and opportunities of supervisory system. *Life Science Journal* 2013; 10(10s): 25-9.
48. Marquez L & Kean L. Making supervision supportive and sustainable: New approaches to old problems. Washington DC: United States Agency for International Development (USAID); 2002: 1-28.

# An Exploration Of Clinical Governance Implementation And Assessment Challenges In Qazvin Teaching Hospitals: A Qualitative Study

Asefzadeh Saeed<sup>1</sup> (Ph.D) - Taghizadeh Sanaz<sup>2</sup> (MSc.)  
Heyrani Ali<sup>3</sup> (M.D.) - Mohebbifar Rafat<sup>4</sup> (Ph.D) - Arabloo Jalal<sup>5</sup> (MSc.)

1 Professor, Health Services Management Department, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2 Master of Science in Health Services Management, Health Services Management Department, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

3 Assistant Professor, Social Determinants in Health Promotion Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandarabbas, Iran

4 Assistant Professor, Health Services Management Department, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

5 Ph.D Student in Health Policy, Health Management and Economics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract

Received : Mar 2015  
Accepted : Jun 2015

**Background and Aim:** To improve the implementation of clinical governance (CG) in Iran's hospitals, awareness of various aspects of its implementation and assessment is important. The aim of this study was to find out the obstacles and challenges of clinical governance implementation and assessment in Qazvin teaching hospitals.

**Materials and Methods:** Semi-structured interviews with 17 senior managers, clinical staff and clinical governance experts were conducted in six hospitals of Qazvin University of Medical Sciences (QUMS). To analyze the collected data, framework analysis was used.

**Results:** The challenges and obstacles of CG implementation in Qazvin teaching hospitals were explained using three themes of (1) challenges of CG implementation, (2) improvement in seven dimensions of CG, and (3) challenges of CG implementation assessment.

**Conclusion:** The results of this study show that CG implementation needs to address three issues: improving clinical staff awareness about CG, changing organizational culture so as to make it more receptive to CG, and creating higher levels of cooperation among physicians, managers, patients, specialists, and professionals. The supportive role of top management in addressing the three issues and in providing resources and other infrastructures is obviously essential.

**Key words:** Assessment, Teaching Hospital, Clinical Governance, Qazvin, Iran

\* Corresponding Author:  
Taghizadeh S;  
E-mail:  
Sanaz\_taghizade@yahoo.  
com