

چالش‌های موجود در ارزیابی نحوه استقرار برنامه حاکمیت بالینی از دیدگاه ارزیابان کشوری

(مطالعه کیفی)

حمید رواقی^۱، سیما رفیعی^۲، مریم محسنی^۳، بیغام حیدر پور^۴، محمد عرب^{۵*}

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۴/۹/۱۹

چکیده:

زمینه و هدف: حاکمیت بالینی چارچوبی است که سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت را موظف به پاسخگویی در برابر حفظ و ارتقای کیفیت خدمات بالینی می‌نماید. هدف این مطالعه تعیین چالش‌های موجود در مسیر ارزیابی برنامه حاکمیت بالینی از دیدگاه ارزیابان کشوری این برنامه بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع پژوهش کیفی بوده که در سال ۱۳۹۲ با مشارکت ارزیابان کشوری برنامه حاکمیت بالینی انجام گرفته است. داده‌ها از طریق مصاحبه چهره به چهره با ارزیابان جمع‌آوری شد و به روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های مطالعه در سه تم اصلی شامل مشکلات مرتبط با استانداردهای حاکمیت بالینی، چالش‌های موجود در مسیر ارزیابی برنامه و پیشنهاداتی جهت بهبود فرایند ارزیابی طبقه‌بندی شد. از نقطه نظر ارزیابان، مهم‌ترین چالش‌های موجود در مسیر ارزیابی برنامه حاکمیت بالینی نبود دانش و مهارت‌های کافی در برخی ارزیابان، فقدان هماهنگی‌های لازم میان تیم ارزیاب، مقاومت برخی دانشگاه‌ها و مراکز ارزیابی شونده از فرایند ارزیابی و نبود دستورالعملی جامع با هدف پاسخگویی به ابهامات موجود در مسیر ارزیابی و هدایت هر چه موثرتر ارزیابان بود.

نتیجه‌گیری: تقویت فرهنگ ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها و افزایش حساسیت کارکنان نسبت به استمرار برنامه، انتخاب صحیح ارزیابان و اطمینان از آگاهی آنان نسبت به مسئولیت‌ها و اختیارات خود، به روز نگاه داشتن آموزش‌های ارائه شده به ارزیابان و اعمال شاخص‌های یکسان در ارزیابی پیشرفت برنامه حاکمیت بالینی به بهبود فرایند ارزیابی و رفع مشکلات مرتبط با آن کمک شایان توجهی می‌کند.

کلمات کلیدی: ارزیاب، چالش، حاکمیت بالینی، نگرش

^۱ استادیار، گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۲ استادیار، گروه مدیریت سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۳ استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ استادیار، گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۵ استاد، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (**نویسنده

مسئول)، آدرس الکترونیکی: arabmoha@tums.ac.ir، تلفن تماس: ۰۹۱۲۶۵۸۷۳۵۰

مقدمه

امروزه اغلب نظام‌های مراقبت سلامت در سرتاسر دنیا، ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های درمانی به بیماران را در صدر اهداف خود قرار داده‌اند و از آن به عنوان راهبردی برای تامین نیازهای سلامت افراد با حداکثر سطح استانداردهای ممکن یاد کرده‌اند [۱]. برنامه حاکمیت بالینی برای نخستین بار در نظام ملی سلامت انگلستان در سال ۱۹۹۸ به عنوان استراتژی ارائه شده از سوی دولت با هدف ارتقای کیفیت مراقبت‌های بالینی مطرح شد [۲]. حاکمیت بالینی به معنای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و افزایش پاسخ‌گویی ارائه‌دهندگان و سیاستگذاران حوزه سلامت در قبال کیفیت خدمات ارائه شده به مردم است که از طریق فراهم نمودن چارچوبی برای سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات، آنها را در قبال بهبود دائمی کیفیت خدمات پاسخگو نموده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی مراقبت‌های بالینی شکوفایی شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمات می‌پردازد [۳]. حاکمیت بالینی شامل مفاهیمی چون: بهبود کیفیت اطلاعات، ارتقاء مشارکت و همکاری بیماران، بهبود کار گروهی و اجرایی نمودن پزشکی مبتنی بر شواهد می‌باشد که همانند چتری همه فعالیت‌هایی را که به حفظ و ارتقای استانداردهای مراقبت از بیمار کمک می‌کند، پوشش می‌دهد [۴].

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی لزوم استقرار و اجرایی نمودن برنامه حاکمیت بالینی را به عنوان چارچوبی برای ارتقای کیفیت و ایمنی بیماران در تمامی بیمارستان‌های کشور از سال ۱۳۸۸ مطرح کرد و طی آن معاونت‌های درمان کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی را ملزم به استقرار استانداردهای این برنامه در بیمارستان‌های وابسته به خود نمود [۵]. بدین ترتیب این معاونت‌ها مسئولیت برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزیابی این برنامه را در سطح مراکز تابعه خود بر عهده گرفتند. از سویی اجرای موفقیت آمیز این برنامه و کمک به ارزیابی هر چه موثرتر استانداردهای آن، مسئولین اداره حاکمیت بالینی این وزارتخانه را بر آن داشت تا در سال ۱۳۹۲ اولین دوره تربیت ارزیابان کشوری را راه‌اندازی نمایند. این دوره‌های آموزشی که تاکنون سه دوره از آن در سطح کشوری برگزار گردیده است افرادی از معاونت‌های درمان سراسر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را در خصوص سیاست‌های حاکمیت بالینی، نحوه استقرار برنامه و ارزیابی استانداردهای مربوط به آن تربیت کرده است. این افراد به عنوان نمایندگان از هر دانشگاه وظیفه اشاعه فرهنگ

ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های درمانی و تلاش برای پیاده‌سازی هر چه موفق‌تر این برنامه در مراکز تابعه را بر عهده گرفته‌اند. از آنجا که این افراد نقش فعالی در اجرا و ارزیابی برنامه حاکمیت بالینی داشته و در سال اول از استقرار برنامه تجارب ارزشمندی بدست آورده‌اند لذا اطلاع از دیدگاه آنها در خصوص موانع و چالش‌های موجود در مسیر اجرای صحیح و موثر فرایند ارزیابی کمک شایانی به استقرار موفقیت‌آمیز برنامه خواهد کرد.

در همین راستا مطالعات مختلفی در داخل و خارج کشور انجام گرفته‌اند تا موانع و چالش‌های موجود در پیاده‌سازی برنامه‌های بهبود کیفیت از جمله حاکمیت بالینی را از نقطه نظر سیاستگذاران و مجریان آنها مورد بررسی قرار دهند. مطالعه انجام شده از سوی رواقی و همکاران (۲۰۱۳) که با هدف بررسی موانع موجود در استقرار و ارزیابی برنامه حاکمیت بالینی از دیدگاه معاونین درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام گرفته است مهم‌ترین چالش‌های موجود در این مسیر آگاهی ناکافی مدیران از اهداف، اصول و استانداردهای اجرایی چه در سطح بیمارستان و چه دانشگاه اشاره شده است که اهمیت برگزاری دوره‌های توجیهی و آموزشی در این خصوص را مورد تاکید قرار می‌دهد [۶]. میسون (۲۰۰۱) و معینی (۲۰۱۳) نیز مجموعه‌ای از عوامل بازدارنده در اجرا و ارزیابی موفق برنامه‌های بهبود کیفیت را از نقطه نظر مدیران بیمارستان‌های تحت مطالعه شامل عدم وجود راهکارهای تشویقی برای بیمارستان‌های فعال در برنامه‌های بهبود کیفیت، عدم آموزش به کارکنان جدیدالورود، عدم وجود دانش و مهارت کافی در آموزش دهندگان، عدم تعهد مدیران ارشد و هزینه‌بر بودن برنامه نام بردند و توجه به اهم آنها و اندیشیدن راهکارهای موثر و متناسب با هر یک را از جمله ضروریات دانستند [۷، ۸]. موری (۲۰۰۴) نیز در مطالعه خود به برخی از مهم‌ترین موانع موجود در مسیر استقرار و ارزیابی شاخص‌های برنامه حاکمیت بالینی اشاره نمود که کمبود منابع مالی، نبود دانش و مهارت‌های لازم در مجریان برنامه، مقاومت سازمان‌ها در برابر استقرار و ارزیابی استانداردها و وجود ناهماهنگی در اجرا از جمله این مسائل بوده‌اند [۱۰].

در این مطالعه پژوهشگر سعی داشته تا با بررسی دیدگاه ارزیابان کشوری حاکمیت بالینی در خصوص موانع و چالش‌های موجود در ارزیابی صحیح و موثر این برنامه از تجارب و نقطه نظرات بدست آمده استفاده نموده و به ارائه پیشنهادات کاربردی جهت رفع این گونه چالش‌ها بپردازد.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه از نوع پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوا (Content Analysis) می‌باشد که از طریق انجام مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ارزیابان کشوری برنامه حاکمیت بالینی در بهمن ماه ۱۳۹۱ انجام گرفت. در این مطالعه از رویکرد نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد به نحوی که نمونه‌ها مبتنی بر هدف پژوهش انتخاب و وارد فرایند مصاحبه شدند.

شرکت کنندگان در مطالعه را ارزیابان کشوری حاکمیت بالینی تشکیل می‌دادند که از بین کارشناسان حاکمیت بالینی، مسئولین اداره حاکمیت بالینی در سطح معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و یا معاونین درمان این دانشگاه‌ها برای احراز این مسئولیت انتخاب شده بودند. در بهمن ماه سال ۱۳۹۱ از هر دانشگاه خواسته شد تا حداقل یک نفر را برای گذراندن دوره‌های ارزیابی مصادیق حاکمیت بالینی به معاونت درمان وزارت بهداشت معرفی کنند. در مجموع ۸۵ نفر به این معاونت معرفی گردیدند که در سه دوره آموزشی تئوری و عملی در خصوص مصادیق حاکمیت بالینی و نحوه ارزیابی آنها که از سوی تیم کارشناس حاکمیت بالینی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اسفند ماه ۱۳۹۱، اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۲ برگزار گردید، شرکت نمودند. از این میان افرادی که موفق به کسب آموزش‌های لازم و احراز صلاحیت‌های مورد نیاز شدند ابلاغ ارزیاب کشوری حاکمیت بالینی را دریافت کردند. در مجموع شرکت کنندگان در این مطالعه از تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (بجز دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی) انتخاب شدند.

اطلاعات مورد نیاز از طریق انجام مصاحبه نیمه ساختار یافته با هر یک از شرکت کنندگان جمع‌آوری شد. در مجموع ۴۳ نفر در این مرحله مورد مصاحبه قرار گرفتند که به طور متوسط مدت هر مصاحبه ۵۰ دقیقه به طول انجامید و مکان مصاحبه اداره حاکمیت بالینی در معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش بود. افراد شرکت کننده در مطالعه کسانی بودند که اطلاعات و تجارب کافی در زمینه استقرار برنامه حاکمیت بالینی و چالش‌ها و مشکلات پیش روی آن داشتند. ترکیب و مشخصات افراد مصاحبه شونده در جدول ۱ نشان داده شده است. در آغاز مصاحبه توضیحی کوتاه درباره موضوع، اهداف و روش مطالعه به مصاحبه شونده‌ها ارائه و به آنها در خصوص حفظ محرمانگی اطلاعات جمع‌آوری شده اطمینان داده

شد. سپس مصاحبه‌ها انجام شده با هر یک از شرکت کنندگان ثبت و برای پیاده‌سازی و بدست آوردن داده‌های اولیه آماده گردید.

گردآوری و تحلیل داده‌ها به شکلی منسجم و مرتبط با هم انجام گرفت بطوری که تحلیل داده‌ها هدایت‌گر فرایند نمونه‌گیری بود. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع (data saturation) ادامه یافت. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شد که از طریق آن، هر متن به درون‌مایه‌ها (تم) به عنوان واحدهای تشکیل دهنده معنا دار که مفهوم مشخصی را دنبال می‌کنند تجزیه و بدین ترتیب مفاهیم موجود در متن مصاحبه‌ها شناسایی، کد گذاری و طبقه‌بندی شدند. در این پژوهش از نرم‌افزار تحلیل کیفی MaxQDA برای کدگذاری و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. رویکرد تحلیل محتوا این امکان را فراهم می‌کند تا داده‌های متنی از مصاحبه‌ها بدست آید همچنین این رویکرد به ادغام روش‌های استنتاجی و استقرایی پرداخته و سبب می‌شود مفاهیم از قبل تعیین شده با مفاهیمی که با تحلیل داده‌ها بدست می‌آید به شیوه‌ای مناسب ترکیب و ارائه گردد. برای اطمینان از صحت داده‌های تفسیر شده از روش بازبینی توسط همکار (Peer Debriefing) استفاده شد. در این روش پژوهشگر از طریق برقراری تعامل با همکاران و مشاورین مطالعه از راهنمایی آنها در مرحله جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها بهره می‌گیرد. همچنین با هدف تعیین اعتبار یافته‌های بدست آمده از مطالعه از روش بازبینی توسط مشارکت کنندگان (Member Check) استفاده شد که طی آن پژوهشگر به شرکت کنندگان در پژوهش (مصاحبه شونده‌ها) جهت تایید یافته‌های مطالعه مراجعه می‌کند و نتایج بدست آمده از پژوهش را با آنها در میان می‌گذارد. این روش اجازه می‌دهد تا محقق فرصت لازم به منظور بررسی دقت و کامل بودن یافته‌ها را بدست آورد.

یافته‌ها

همان‌گونه که مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، اکثریت این افراد مرد و دارای تحصیلات کارشناسی بوده‌اند که در گروه سنی ۴۰-۳۰ سال جای گرفته‌اند. نوع سمت این افراد نیز اغلب کارشناس حاکمیت بالینی یا مسئول حاکمیت بالینی در سطح معاونت درمان دانشگاه مربوطه یا یکی از بیمارستان‌های تابعه بوده است.

جدول ۱. مشخصات شرکت کنندگان در پژوهش

جنسیت	مرد	زنان
درصد	۷۳	۲۷
تعداد	۳۱	۱۲
میزان تحصیلات	کارشناسی	۲۰
	کارشناسی ارشد	۱۵
	دکتری و تخصص	۸
سن	زیر ۳۰ سال	۲
	۳۰-۴۰ سال	۳۰
	۴۰-۵۰ سال	۷
	بالای ۵۰ سال	۴
نوع سمت	مدیر	۴
	مترون	۲
	سوپروایزر آموزشی	۳
	مسئول حاکمیت بالینی دانشگاه	۲۲
	کارشناس حاکمیت بالینی بیمارستان	۱۲
کل ارزیابان		۴۳
درصد		۱۰۰

یافته‌های بدست آمده از مصاحبه‌های انجام شده در مجموع در ۳ تم اصلی و ۲۸ تم فرعی طبقه‌بندی شده‌اند که در جدول ۲ به آنها اشاره شده است.

جدول ۲. دیدگاه ارزیابان حاکمیت بالینی در خصوص چالش‌ها و موانع موجود در مسیر ارزیابی برنامه حاکمیت بالینی

درون‌مایه (تم) اصلی	درون‌مایه (تم) های فرعی
مشکلات مرتبط با شاخص‌ها و استانداردهای حاکمیت بالینی	<ul style="list-style-type: none"> نبود موازنه مناسب میان وزن‌های اختصاص یافته به هر یک از شاخص‌های ارزیابی عدم وجود استانداردهایی برای ارزیابی برخی بخش‌های پاراکلینیکی، اداری و مدیریتی عدم وجود استانداردهایی برای اطمینان از رعایت حقوق بیمار و توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اعتقادات مذهبی او عدم وجود شفافیت کافی در استانداردهای مربوط به محور اثربخشی و ممیزی بالینی
چالش‌های موجود در مسیر ارزیابی برنامه	<ul style="list-style-type: none"> نبود دانش، مهارت و شایستگی‌های کافی در پاره‌ای از ارزیابان نبود هماهنگی‌های کافی میان تیم ارزیاب در جریان ارزیابی و بعضاً وقوع برخی اختلاف‌نظرهای فاحش نبود اعتقاد راسخ به برنامه حاکمیت بالینی و ارتقای کیفیت در برخی ارزیابان عدم همکاری برخی دانشگاه‌ها و مراکز ارزیابی شونده از فرایند ارزیابی شفاف نبودن نقش و مسئولیت‌های هر یک از ارزیابان و بالاخص سرارزیاب در فرایند ارزیابی نبود دستورالعملی جامع با هدف پاسخگویی به ابهامات موجود در مسیر ارزیابی و هدایت هرچه موثرتر ارزیابان در این مسیر
پیشنهاداتی جهت بهبود فرایند ارزیابی	<ul style="list-style-type: none"> اجرای داوطلبانه برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها و در نظر گرفتن حمایت‌های مالی برای مراکز داوطلب ایجاد ارتباط میان موفقیت بیمارستان در پیاده‌سازی استانداردهای حاکمیت بالینی با تخصیص منابع مالی به آن ایجاد مکانیزم‌های تشویقی در سطح بیمارستان‌های کشور از طریق برگزاری جشنواره‌های سالانه و تقدیر از مراکز برتر تامین امکانات آموزشی مناسب و منابع کافی برای تقویت اجرای صحیح برنامه از طریق بهبود فرهنگ ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها و افزایش حساسیت کارکنان نسبت به استمرار برنامه

• تقویت ارتباط هرچه موثرتر میان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با اداره حاکمیت بالینی وزارت بهداشت
 • در نظر گرفتن معیارهای اولیه در خصوص حداقل شایستگی‌های لازم در ارزیابان حاکمیت بالینی و انتخاب افراد بر پایه آن
 • انتخاب صحیح ارزیابان و تعیین فردی به عنوان سرارزیاب و اطمینان از آگاهی آنان نسبت به مسئولیت‌ها و اختیارات خود
 • به روز نگاه داشتن آموزش ارائه شده به ارزیابان و در نظر گرفتن دوره‌هایی برای تقویت مهارت‌های عملی آنها
 • آزمون دوره‌ای ارزیابان از سوی اداره حاکمیت بالینی وزارت بهداشت و اطمینان از عملکرد صحیح و موثر آنها
 • اعمال استانداردها و شاخص‌های یکسان در ارزیابی پیشرفت برنامه حاکمیت بالینی در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های تابعه
 • اتخاذ تدابیری جهت بهبود هماهنگی میان تیم ارزیابی
 • تدوین دستورالعملی تحت عنوان "راهنمای ارزیابان" که در آن توضیحات کاملی در خصوص استانداردهای حاکمیت بالینی، امتیازات مربوط به هر استاندارد و نحوه ارزیابی آن ارائه شده باشد
 • لزوم بازنگری در نحوه امتیازدهی به هر یک از شاخص‌های ارزیابی
 • لزوم بازبینی استانداردها و بعضاً اضافه کردن موارد جدید به آن بر حسب ضرورت و میزان اهمیت
 • لزوم انجام مطالعات بیشتر و کسب اطلاعاتی جامع به منظور بازنویسی و تقویت استانداردهای مربوط به محور اثربخشی و ممیزی بالینی
 • لحاظ نمودن استانداردهای مربوط به حداکثر زمان جوابدهی به آزمایشات و نحوه برخورد با موارد با نتایج بحرانی
 • راه‌اندازی واحدهای مدیریت دانش در بیمارستان‌ها برای سرعت بخشیدن به فرایند ترجمه و تدوین راهنماهای بالینی
 • اضافه کردن استانداردهایی برای رعایت حقوق بیماران، توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اعتقادات مذهبی بیماران

فراموشی این واحدها در مرحله تدوین استانداردها و ارزیابی شاخص‌ها سبب فاصله گرفتن از اهداف بهبود کیفیت در مراکز و هدر رفتن تلاش‌هایی می‌شود که در این رابطه صورت گرفته است. "اگر تمامی استانداردهای تدوین شده در ارتباط با کلیه محورهای حاکمیت بالینی را مرور کنید متوجه می‌شوید که هیچ استاندارد در آن به حداکثر زمان مجاز برای گزارش نتایج آزمایشات و نحوه برخورد با نتایج بحرانی آنها اشاره شده باشد وجود ندارد. به نظر من این موضوع یکی از اصول مهم در فرایند تشخیص صحیح و به موقع بیماری‌ها بشمار می‌آید که غفلت از آن، سایر فرایندهای بالینی و درمانی را نیز با اختلال مواجه می‌سازد".

بی توجهی به مسائلی چون رعایت حقوق بیماران از حیث محرمانگی اطلاعات، حفظ شان بیمار و احترام به باورها و اعتقادات مذهبی، فرهنگ و قومیت او از دیگر مواردی است که به عقیده مصاحبه‌شوندگان در زمان تدوین استانداردهای حاکمیت بالینی از نظر دور مانده است. ارزیابان کشوری این برنامه توجه به این گونه مسائل را از ضروریات دانستند و بر تاثیری که رعایت آنها بر دیدگاه بیماران نسبت به خدمات ارائه شده از سوی بیمارستان می‌گذارد تاکید نمودند.

"به نظر من همان‌طور که رعایت استانداردهای بالینی در ارائه خدمات و مراقبت‌های باکیفیت به بیماران و تضمین سلامت جسمی آنها نقش دارد، رعایت استانداردهایی که به بعد فرهنگی،

۱. مشکلات مرتبط با شاخص‌ها و استانداردهای حاکمیت بالینی
 تمامی ارزیابان شرکت کننده در مطالعه معتقد بودند که یکی از موانع اصلی در مسیر اجرای صحیح برنامه ارزیابی حاکمیت بالینی، نبود شاخص‌ها و استانداردهای جامع و شفاف به همراه وزن‌های مناسب تخصیص یافته به هر یک از آنها می‌باشد. مصاحبه‌شوندگان همچنین عدم وجود دستورالعملی تفصیلی که نحوه امتیازدهی در ارتباط با هر شاخص را به خوبی تبیین نموده و توضیحاتی در خصوص پاره‌ای از موارد ابهام‌آمیز یا مورد اختلاف فراهم کرده باشد را از دیگر مشکلات موجود در مسیر ارزیابی برنامه حاکمیت بالینی برشمردند.

۱-۱- عدم جامعیت استانداردها:

گروهی از مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند که یکی از مشکلات موجود در مسیر ارزیابی صحیح برنامه حاکمیت بالینی، عدم جامعیت استانداردهای موجود و از نظر دور ماندن پاره‌ای از بخش‌های پاراکلینیکی، اداری و مدیریتی در مرحله تدوین شاخص‌های ارزیابی بوده است. این افراد بر اهمیت بخش‌هایی چون آزمایشگاه و رادیولوژی در تامین نیازهای سلامت افراد و کمک به تشخیص صحیح بیماری تاکید کرده و افزودند که رعایت حداقل استانداردهای کیفی در ارائه خدمات این بخش‌ها می‌تواند به پیشبرد هر چه موفق‌تر برنامه‌های ارتقای کیفیت از جمله حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی کمک شایانی نماید. بالعکس

۴-۱- عدم شفافیت در شاخص‌های مربوط به محور اثربخشی و ممیزی بالینی

عده قابل توجهی از مصاحبه‌شوندگان یکی از محدودیت‌های جدی شاخص‌های حاکمیت بالینی را عدم شفافیت در استانداردهای مربوط به اثربخشی و ممیزی بالینی دانستند و بیان داشتند که اکثریت مراکز درمانی و بیمارستان‌ها در اجرای این شاخص‌های کیفی با مشکل روبرو بوده و درک صحیحی نسبت به آن ندارند.

"تقریباً همه بیمارستان‌ها در پیاده‌سازی استانداردهای حاکمیت بالینی نقطه ضعف مشترکی دارند که مربوط به محور اثربخشی و ممیزی بالینی می‌باشد. اداره حاکمیت بالینی وزارت بهداشت باید به این مسئله توجه کند و تدابیری برای رفع ابهامات موجود در این محور و کمک به استقرار صحیح آن ببیند."

۲-۱-۲- چالش‌های موجود در مسیر ارزیابی برنامه عدم دانش و مهارت کافی در برخی ارزیابان

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان اذعان داشتند که یکی از موانع جدی در ارزیابی صحیح برنامه حاکمیت بالینی، ضعف برخی ارزیابان از حیث دانش، مهارت و تجارب عملی می‌باشد که نه تنها فرایند ارزیابی را با اختلال روبرو می‌کند بلکه به قضاوت‌های نادرستی در رابطه با تخصیص امتیاز به مراکز مختلف و در نتیجه تضييع حقوق آنها منجر می‌شود. این افراد نبود شاخص‌های مشخصی را که بتوان بر اساس آن افراد با حداقل شایستگی‌های لازم را برای فرایند ارزیابی انتخاب نمود در ایجاد این گونه موارد موثر دانستند و اضافه کردند که ارائه آموزش‌های تئوریک به افراد به تنهایی نمی‌تواند آنها را در انجام صحیح فرایند ارزیابی توانمند سازد بلکه تقویت مهارت‌های عملی آنان با برگزاری دوره‌های کاربردی و فراهم نمودن فرصت‌هایی برای تطبیق هر فرایند با استانداردهای آن در محیط بیمارستان تاثیر موثرتری خواهد داشت.

"متأسفانه در جریان ارزیابی‌های انجام شده در سال اول جشنواره شاهد ناهماهنگی، اختلاف نظر و ارزیابی‌های ناعادلانه‌ای بودیم که به دلیل بی‌کفایتی و نبود مهارت‌های لازم پاره‌ای از ارزیابان بوجود آمده بود."

۲-۲- ناهماهنگی در تیم ارزیابی

تعداد قابل توجهی از مصاحبه‌شوندگان بر نبود هماهنگی‌های لازم میان تیم ارزیاب و در نتیجه بروز برخی اختلاف‌نظرهای فاحش در این راستا اشاره نمودند که به عنوان مانعی جدی در پیشبرد صحیح فرایند ارزیابی عمل می‌کرد. این افراد تاکید داشتند که اگر از همان ابتدا در زمان چینش گروه‌های مختلف از ارزیابان دقت کافی به عمل آمده و سعی شود همخوانی میان اعضای تیم رعایت گردد، همچنین نقش‌ها، مسئولیت‌ها و اختیارات هر یک از افراد از جمله

مذهبی و اعتقادی آنها توجه نموده و احترام به شان بیماران را تامین کند نیز می‌تواند در تضمین سلامت روحی و روانی بیماران آن هم در شرایط پرتنش و استرس‌زای بیمارستان کمک قابل توجهی نماید."

۲-۱- بی توجهی به جنبه عملیاتی برخی شاخص‌ها

تعدادی از ارزیابان شرکت کننده در مطالعه بیان داشتند که در برنامه حاکمیت بالینی توجه کافی به جنبه عملیاتی نمودن شاخص‌هایی چون تقویت فرهنگ کارکنان و ارتقای آگاهی آنان نسبت به مسائلی چون کیفیت و ایمنی بیمار نشده است و امتیازدهی به آنها تنها از حیث تئوریک و با توجه به امتیازات بدست آمده از سایر قسمت‌ها صورت می‌گیرد. به عقیده آنان همین امر سبب شده تا ارزیابی و امتیازدهی به این گروه از شاخص‌ها جنبه صوری پیدا کرده و به صورت واقعی انجام نپذیرد.

"شاید به جرات بتوانم بر اساس تجربه یک ساله‌ای که بدست آورده‌ام ادعا کنم که ارزیابی استانداردهای مربوط به آشنایی کارکنان با برنامه حاکمیت بالینی و وجود فرهنگ تعهد به انجام فعالیت‌های ارتقای کیفیت در بیمارستان از سوی بسیاری از ارزیابان تنها با ملاک قرار دادن اطلاع یک یا حداکثر دو تن از پرسنل از مفهوم حاکمیت بالینی و محورهای آن صورت می‌گیرد که به عقیده من بسیار سطحی‌نگری بوده و نمی‌تواند قضاوت صحیحی در این باره فراهم کن."

۳-۱- عدم موازنه در وزن‌های اختصاص داده شده به شاخص‌ها

اکثریت قریب به اتفاق مصاحبه‌شوندگان به عدم موازنه در وزن‌های اختصاص یافته به هر یک از شاخص‌های مربوط به برنامه حاکمیت بالینی اشاره کردند و اعلام داشتند که نحوه تخصیص امتیاز به این شاخص‌ها عادلانه نبوده و بر اساس میزان اهمیت و اولویت آنها صورت نگرفته است. به عقیده آنان همین امر سبب شده تا امتیاز کلی هر بیمارستان از استقرار این برنامه بازتابی واقعی از موفقیت مرکز در اجرای این برنامه نباشد. تعدادی از ارزیابان به لزوم اختصاص امتیاز بیشتر به محور مدیریت و رهبری اشاره کردند و تعهد مدیریتی را در اجرای صحیح و مستمر این گونه برنامه‌های کیفی مورد تاکید قرار دادند. این افراد اذعان داشتند که پایه و اساس اجرای موفق برنامه‌های بهبود کیفیت به اعتقاد راسخ مدیران مجموعه بستگی دارد که سبب تزریق روحیه و تقویت فرهنگ انجام فعالیت‌های بهبود کیفیت در یکایک اعضای سازمان می‌گردد.

"درست است که پیروی از راهنماهای بالینی، ممیزی مداخلات درمانی بر اساس گایدلاین‌ها و رعایت استانداردهای ایمنی بیمار از اهمیت بالایی برخوردارند اما اگر فرهنگ بهبود کیفیت و تعهد به استمرار آن در سطوح بالای سازمان وجود نداشته باشد هیچ تضمینی به اجرای این استانداردها وجود نخواهد داشت."

"نباید این واقعیت را فراموش کرد بسیاری بیمارستان‌ها تحت تاثیر فشارهای ناشی از کمبودهای بودجه‌ای قرار دارند که آنان را از انجام فعالیت‌های جانبی چون ارتقای کیفیت و پیاده‌سازی برنامه‌های این‌چنینی باز می‌دارد. نبود امکانات مالی کافی برای برگزاری دوره‌های آموزشی تربیت ارزیاب و عدم حمایت‌های بودجه‌ای از آنها استقبال مراکز از این برنامه‌ها را با مشکل روبرو می‌کند".

۲-۶- نبود ارتباطات موثر میان ارزیابان و اداره حاکمیت بالینی وزارتخانه

عده‌ای از شرکت‌کنندگان در مطالعه اعتقاد داشتند که ایزوله ماندن برخی ارزیابان کشوری از دفتر حاکمیت بالینی وزارت بهداشت و در نتیجه بی‌اطلاعی آنان نسبت به دستورالعمل‌ها، بخشنامه‌ها و قوانین جدید به دلیل عدم برقراری ارتباطات نزدیک و موثر با مسئولین و کارشناسان این وزارتخانه سبب شده تا فرایند ارزیابی از شیوه صحیح آن فاصله بگیرد. آنها دوری راه، مشغله ارزیاب به علت عهده‌دار بودن سایر مسئولیت‌ها و بی‌انگیزگی برخی از آنان را از جمله دلایل مربوط به این ضعف ارتباطی دانستند.

"به عقیده من سطح دانش و توانمندی‌های عملی ارزیابان با یکدیگر یکسان نیست. شاید یکی از دلایل آن را بتوان مشارکت فعال‌تر گروهی از ارزیابان با کارشناسان وزارتخانه و کسب اطلاعات بیشتر و به روزتر از آنها دانست".

۲-۷- نبود دستورالعمل یا راهنمای ارزیابی

اغلب مصاحبه‌شوندگان وجود ابهامات و سوالاتی که ممکن است در جریان ارزیابی برای ارزیابان پیش بیاید را چالشی اساسی بر-شمردند و اشاره کردند که معمولاً شرایط به گونه‌ای است که ارزیاب نمی‌تواند در برخورد با هر مورد ابهام برانگیزی با دفتر حاکمیت بالینی وزارت بهداشت تماس برقرار کرده و از آنها نظرخواهی کند لذا وجود راهنمایی مدون و جامع که بتواند وظیفه هدایت ارزیابان در مسیر انجام صحیح ارزیابی را عهده‌دار شود اهمیت قابل توجهی می‌یابد.

"مواقع زیادی پیش آمده که در فرایند ارزیابی و امتیازدهی به بیمارستان‌ها در ارتباط با شاخص‌های مختلف با ابهام روبرو شوم. همین موضوع درگیری ذهنی برایم به همراه داشته که مانع ادامه ارزیابی به شکلی موثر شده است".

۳. پیشنهاداتی جهت بهبود فرایند ارزیابی

در پایان مصاحبه از ارزیابان خواسته شد تا با توجه به چالش‌ها و مشکلاتی که در ارتباط با فرایند ارزیابی به آن اشاره نمودند پیشنهاداتی اصلاحی ارائه نمایند.

۳-۱- تخصیص منابع مالی و انگیزشی به مراکز برتر

اکثریت قریب به اتفاق آنها اذعان داشتند که تخصیص منابع مالی و انگیزشی کافی به دانشگاه‌ها می‌تواند در تربیت تعداد کافی و شایسته

سرازیاب به روشنی تبیین گردد کمک موثری در رفع این گونه موانع خواهد کرد.

"خیلی از اختلاف‌نظرهایی که در جریان ارزیابی میان تیم ارزیاب اتفاق می‌افتاد در نتیجه ناتوانی سرازیاب در ایجاد هماهنگی‌های لازم میان اعضای گروه بود که اتخاذ تصمیم نهایی را با مشکل مواجه می‌کرد".

۲-۳- بی‌انگیزگی در برخی ارزیابان

برخی از شرکت‌کنندگان در مطالعه به نبود اعتقاد راسخ در برخی ارزیابان نسبت به اهمیت و سودمندی برنامه‌های ارتقای کیفیت از جمله حاکمیت بالینی و در نتیجه القای این بینش منفی به مراکز ارزیابی شونده اشاره کردند و آن‌را مانعی مهم در مسیر استقرار و ارزیابی صحیح برنامه قلمداد نمودند. به همین سبب تاکید داشتند که توجه اداره حاکمیت بالینی وزارت بهداشت در انتخاب و تربیت افراد مناسب برای عهده‌دار شدن این مسئولیت نقش مهمی در موفقیت برنامه خواهد داشت.

"من به شخصه افرادی را در تیم ارزیابان می‌شناسم که خود اعتقادی به سودمندی این برنامه ندارند اما به عنوان فردی که صلاحیت ارزیابی مراکز مختلف در اجرای استانداردهای برنامه حاکمیت بالینی را دارد از سوی وزارتخانه انتخاب شده است".

۲-۴- مقاومت مراکز ارزیابی شونده

تعداد محدودی از مصاحبه‌شوندگان به عدم همکاری برخی دانشگاه‌ها و مراکز درمانی وابسته از فرایند ارزیابی و در نتیجه حصول نتایج نامطلوب و نارضایت‌بخش از آن اشاره کردند. آنها مقاومت این مراکز در برابر استقرار موفق برنامه حاکمیت بالینی به دلایلی چون ناآگاهی از اهداف و رسالت واقعی برنامه و منافع بارزی که بر رضایت بیماران در نتیجه رونق گرفتن کسب و کار آنها می‌گذارد را مانعی جدی برشمردند که نیازمند توجه جدی مسئولین حاکمیت بالینی در سطح وزارتخانه برای تمرکز بیشتر روی این مراکز و تقویت فرهنگ حمایتی در آنها نسبت به این گونه برنامه‌ها می‌باشد.

"برخی مراکز نسبت به فضاوت‌های ارزیابان به قدری جبهه می‌گرفتند و واکنش‌های منفی از خود نشان می‌دادند که فرایند ارزیابی را با اختلال روبرو می‌کرد".

۲-۵- کمبود منابع مالی

اکثریت قریب به اتفاق ارزیابان به عدم تخصیص منابع مالی و بودجه‌ای کافی به دانشگاه‌ها برای تربیت ارزیابان شایسته و توانمند جهت عهده‌دار شدن مسئولیت هدایت بیمارستان‌ها و مراکز تابعه در مسیر استقرار صحیح برنامه اشاره کردند که در فواصل زمانی برنامه‌ریزی شده وظیفه ارزیابی بیمارستان‌ها مطابق با استانداردهای ابلاغ شده را نیز به انجام رسانند. اختصاص این گونه منابع می‌تواند به عنوان مکانیزمی تشویقی برای مراکز عمل کرده و آنان را در استمرار اجرایی نمودن برنامه بیش از پیش ترغیب کند.

عمل کردن ارزیابان و عدم اعمال استانداردها و شاخص‌های یکسان در فرایند ارزیابی می‌باشد. به همین منظور پیشنهاد کردند که در برنامه‌های آموزش دوره‌ای که ارزیابان کشوری در آن حاضر می‌شوند بیش از پیش به این نکته تاکید گردد و اگر گزارشی از موارد تخلف ارزیاب به سطح وزارتخانه رسید موارد سریعاً گوشزد شود تا از برخورد یکسان، عادلانه و مبتنی بر شواهد در ارتباط با کلیه مراکز اطمینان حاصل گردد.

۳-۴- ایجاد هماهنگی در تیم ارزیابی

عده‌ای از مصاحبه شونده‌گان چالش اصلی در فرایند ارزیابی را بروز اختلاف نظرهای فاحش میان ارزیابان و ایجاد ناهماهنگی‌های پیش‌بینی نشده میان آنها دانستند. به همین جهت برای جلوگیری از بروز چنین شرایطی توصیه کردند که اداره حاکمیت بالینی وزارتخانه از همان ابتدا دقت کافی نسبت به چپش مناسب اعضای تیم ارزیابی و انتخاب سرارزیاب همچنین اطلاع‌رسانی به آنها در خصوص مسئولیت‌ها و اختیاراتشان مبذول دارد.

"به عقیده من یکی از چالش‌های مهم در فرایند ارزیابی گم‌گاردن ارزیابانی از دانشگاه‌های رقیب است که موضع‌گیری منفی و در نتیجه مقاومت آنها را به همراه می‌آورد. اینجاست که حضور سرارزیابی بی طرف و آگاه می‌تواند شرایط را آرام کند و به دو طرف اطمینان بخشد که ارزیابی‌ها مطابق با استانداردهای مدون، مبتنی بر شواهد و به دور از اعمال هرگونه سلیقه شخصی انجام می‌گیرد".

۳-۵- بازبینی استانداردها و تخصیص وزن‌های مناسب به آنها بر حسب میزان اهمیت

تعداد قابل توجهی از مصاحبه شونده‌گان اعتقاد به عدم وجود موازنه‌ای مناسب میان وزن‌های اختصاص داده شده به هر یک از محورهای حاکمیت بالینی در فرایند ارزیابی داشتند و ادعا کردند که نسخه کنونی استانداردها نمی‌تواند اهمیت برخی محورها را آن گونه که هست بازگو کند. این افراد همچنین از خلأهایی سخن گفتند که در این استانداردها وجود دارد و اضافه کردند که به عقیده آنها برخی فرایندهای مهم در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی وجود دارد که هنوز شاخصی مناسب برای آنها تعریف نشده است. از همین حیث مصاحبه شونده‌گان به لزوم بازنگری در نحوه امتیازدهی به هر یک از محورهای حاکمیت بالینی و بازبینی در استانداردها و بعضاً افزودن موارد جدید به آنها بر حسب میزان اهمیت و ضرورت اشاره کردند. این افراد همچنین ادعا کردند که توجه به بعد روانی و معنوی افراد جامعه از طریق گنجاندن استانداردهایی در خصوص حمایت از حقوق بیمار، رعایت محرمانگی اطلاعات، احترام به قومیت، زبان و اعتقادات مذهبی آنها می‌تواند به مشکارکت هر چه موثرتر جامعه در بهبود کیفیت خدمات و همکاری آنان در پیشبرد موفق این گونه برنامه‌های کیفی کمک کند و در نهایت در اغنای شاخص‌ها و استانداردهای برنامه حاکمیت بالینی موثر افتد.

ارزیابان از هر دانشگاه کمک شایان توجهی نموده و از سویی مقاومت این مراکز را در برابر فرایند ارزیابی تا حد زیادی کاهش دهد. مصاحبه شونده‌گان برگزاری جشنواره‌های سالانه حاکمیت بالینی و تشویق از مراکز برتر را یکی از مکانیزم‌های تشویقی مهم در این رابطه دانستند و ایجاد ارتباط میان تخصیص منابع مالی به دانشگاه‌ها و موفقیت آنها در پیاده‌سازی برنامه حاکمیت بالینی را اهمی موثر در از بین بردن این گونه مقاومت‌ها برشمردند. همچنین به عقیده این افراد تامین امکانات مالی کافی برای دانشگاه‌ها که از طریق آن قادر گردند به تقویت فرهنگ ارتقای کیفیت در مراکز تابعه پرداخته و از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی در فواصل زمانی مناسب دانش و آگاهی کارکنان در این خصوص را به روز نمایند، استراتژی موثری است که در از بین بردن مقاومت مراکز در استقرار استانداردهای برنامه و متعاقب آن ارزیابی آن کمک موثری می‌نماید.

"برگزاری جشنواره‌های این چنینی با حضور روسا و مدیران دانشگاه‌ها و مراکز درمانی مختلف همچنین مسئولین واحدهای ذیربط در وزارتخانه برگزار می‌شود و طی آن از مراکز برتر تقدیر بعمل می‌آید عامل انگیزشی مهمی بشمار می‌آید که سبب برهم زدن سکون در مراکز می‌شود که در برابر برنامه‌های بهبود کیفیت از خود مقاومت نشان می‌دهند".

۳-۲- انتخاب دقیق و اصولی ارزیابان و شفاف نمودن حدود اختیارات و مسئولیت‌های آنان

عده‌ای از مصاحبه شونده‌گان بیان داشتند که برای به حداقل رساندن شانس انتخاب ارزیابان بی انگیزه و فاقد شایستگی‌های لازم می‌بایست از همان ابتدا معیارهایی از سوی مسئولین حاکمیت بالینی وزارتخانه تعیین گردد که بر اساس آن افرادی که این حداقل‌ها را احراز داشته‌اند به فرایند آموزش وارد نمود. از سویی تقویت مهارت‌های عملی ارزیابان در کنار آموزش‌های تئوریک که به آنها ارائه می‌شود می‌تواند بسیاری از موانع موجود در مسیر ارزیابی صحیح و اصولی برنامه حاکمیت بالینی را از میان بردارد. مصاحبه شونده‌گان همچنین پیشنهاد کردند که برگزاری آزمون‌های دوره‌ای از ارزیابان می‌تواند به اطمینان از شایستگی و عملکرد صحیح آنها حین ارزیابی کمک کند.

"به نظرم وزارتخانه پیش از آنکه داوطلبین شرکت در دوره‌های ارزیابی را انتخاب کند می‌بایست از وجود برخی شاخصه‌ها در این افراد اطمینان حاصل کنند".

۳-۳- برخورد عادلانه و اعمال استانداردها و شاخص‌های برابر در ارزیابی مراکز

برخی ارزیابان باور داشتند که علت مقاومت مراکز در برابر استقرار برنامه حاکمیت بالینی و مورد ارزیابی قرار گرفتن مطابق با استانداردهای آن تصویری است که از ناعادلانه بودن برخورد ارزیابان دارند. به عقیده مصاحبه شونده‌گان مشکل اصلی این مراکز سلیقه‌ای

۳-۶- بازتوضیح شاخص‌های مربوط به محورهای اثربخشی و ممیزی بالینی و سعی در شفاف سازی هر چه بیشتر آنها

از سویی عده زیادی از ارزیابان از عدم شفافیت در استانداردهای محور اثربخشی و ممیزی بالینی شکایت داشتند که از مسئولین و کارشناسان اداره حاکمیت بالینی وزارت بهداشت درخواست کردند که این شاخص‌ها را مورد بازبینی قرار داده و ضمائم توضیحی با ذکر مصادیق عینی و عملی به آن بیفزایند.

"عدم شفافیت در استانداردهای مربوط به محور اثربخشی و ممیزی بالینی شکایت مشترکی است که تقریباً همه مراکز در پیاده سازی برنامه حاکمیت بالینی دارند. این امر سبب شده تا وقتی برای ارزیابی به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنم و نوبت به این دو محور می‌رسد نقش من از ارزیاب به آموزش دهنده تغییر کند. مسئولین حاکمیت بالینی و کارکنان این بیمارستان‌ها آن قدر در خصوص استانداردهای این محورها ابهام دارند که عملاً امتیازی از این دو بخش بدست نمی‌آورد و عمده وقت صرف آموزش و پاسخگویی به سوالات آنها می‌شود."

ارزیابان ادعا کردند که راهاندازی واحدهایی تحت عنوان مدیریت دانش می‌تواند به تقویت محور اثربخشی بالینی از طریق مشارکت فعال بیمارستان و کارکنان حاذق بالینی در فرایند ترجمه و تدوین راهنماهای بالینی و نظرات موثر بر استقرار آنها کمک کند. از سویی مصاحبه شوندگان پیشنهاد کردند که با انتخاب اعضای هیئت علمی و تشریک مساعی آنان در فرایند تدوین راهنماهای بالینی می‌توان به ایجاد انگیزه در آنان مبنی بر عمل طبق گایدلاین‌های علمی و به روز و ترویج آن میان دانشجویان، اترن‌ها و رزیدنت‌ها کمک کرد. همچنین واگذاری مسئولیت ارزیابی پروسیجرهای درمانی بر طبق راهنماهای طراحی شده به این اساتید می‌تواند انجام موثر ممیزی بالینی را در بیمارستان اطمینان بخشد.

"من در یکی از بیمارستان‌هایی که برای ارزیابی به آنجا رفته بودم متوجه وجود واحدی تحت عنوان مدیریت دانش شدم که در آن افرادی با تخصص‌ها و مهارت‌های مرتبط به انجام اقداماتی چون داناود مقالات علمی و به روز در خصوص پروسیجرهای درمانی مختلف، ترجمه، بومی سازی و تهیه راهنماها و فلوچارت‌های مدون مشغول بودند. اختصاص چنین واحدی در بیمارستان سبب می‌شود تا کارکنان آن به صورت تمام وقت در امور مرتبط با تولید دانش و تقویت محورهای اثربخشی و ممیزی بالینی فعالیت داشته باشند."

بحث

هدف این مطالعه بررسی دیدگاه ارزیابان کشوری حاکمیت بالینی در خصوص موانع و چالش‌های موجود در مسیر ارزیابی این برنامه بوده است. یافته‌های بدست آمده از مصاحبه‌های انجام شده در ۳ گروه اصلی شامل مشکلات مرتبط با شاخص‌ها و استانداردهای برنامه حاکمیت بالینی، مشکلات و موانع موجود در مسیر ارزیابی

برنامه، و پیشنهادات کلی جهت بهبود فرایند ارزیابی طبقه‌بندی شدند. طبق نتایج مطالعه، ارزیابان اعتقاد داشتند که اجباری بودن برنامه و عدم ارتباط مستقیم آن با سیستم ارزیابی عملکرد بیمارستان و تخصیص منابع مالی به آن همچنین عدم اطمینان از برخورد عادلانه معاونت درمان وزارت بهداشت با دانشگاه‌های مختلف و اعمال شاخص‌های نابرابر در ارزیابی آنها از جمله مهم‌ترین موانع موجود در مسیر استقرار موفق برنامه بوده است. تقریباً همه ارزیابان معتقد بودند که نداشتن آگاهی کافی و فهم صحیح از اصول و استانداردهای اجرایی برنامه و عدم برگزاری کارگاه‌های آموزشی متعدد برای تقویت دانش و مهارت آنها و به روز نگاه داشتن اطلاعات مانعی جدی در مسیر ارزیابی برنامه حاکمیت بالینی بشمار می‌آید. این افراد همچنین نبود دستورالعملی مدون و روشن تحت عنوان "راهنمای ارزیابان" چالشی مهم دانسته و پیشنهاد کردند که تدوین چنین راهنمایی از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت می‌تواند در روشن شدن مسیر اجرا و ارزیابی شاخص‌های برنامه کمک شایانی نماید. یافته‌های بسیاری از مطالعات مشابه انجام شده، نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر را تایید می‌کند. پژوهش انجام شده از سوی رواقی و همکاران (۲۰۱۳) تحت عنوان "بررسی موانع و عوامل تسهیل کننده در استقرار حاکمیت بالینی از نقطه نظر معاونین درمان دانشگاه‌های کشور"، مهم‌ترین عامل تسهیل کننده در استقرار موفق این برنامه را آگاهی کافی از اهداف، اصول و استانداردهای اجرایی برنامه از سوی مدیران و کارکنان بالینی چه در سطح بیمارستان و چه دانشگاه دانستند که به اهمیت برگزاری دوره‌های توجیهی و آموزشی در این خصوص اشاره داشته است [۶]. در مطالعه میسون (۲۰۰۱) و معینی (۲۰۱۳) عدم وجود راهکارهای تشویقی برای بیمارستان‌های فعال در برنامه‌های بهبود کیفیت، عدم آموزش به کارکنان جدیدالورود، عدم وجود دانش و مهارت کافی در آموزش دهندگان، عدم تعهد مدیران ارشد و هزینه‌بر بودن برنامه به عنوان مهم‌ترین موانع موجود در مسیر استقرار موفق برنامه نام برده شدند که با یافته‌های مطالعه ما همخوانی دارد [۷، ۸]. مطالعه بهرامی و همکاران (۲۰۱۴) به اهمیت تقویت فرهنگ ارتقای کیفیت و آشنایی تمام کارکنان مراقبت سلامت با مفهوم حاکمیت بالینی، منافع و آثار آن بر سازمان از طریق برگزاری برنامه‌های آموزشی مستمر اشاره کردند و تدوین دستورالعمل‌های روشن و تعریف شده برای هدایت مراکز در استقرار صحیح استانداردهای حاکمیت بالینی و اصلاح عملکردهای ضعیف مطابق با آنرا پیشنهاد نمودند [۹]. همان‌گونه که در قسمت یافته‌ها به تفصیل بیان شد ارزیابان از جمله چالش‌های اساسی در مسیر ارزیابی موثر برنامه را عواملی چون عدم تخصیص منابع مالی کافی به بیمارستان‌های برتر در استقرار برنامه‌های بهبود کیفیت و لذا وجود محدودیت‌های بودجه‌ای در مراکز برای برگزاری برنامه‌های آموزشی و توسعه فرهنگ ارتقای کیفیت دانستند که به ایجاد مقاومت در مراکز در برابر

[۱۵]. هوگان (۲۰۰۷) تاکید کرد که ادغام فعالیت‌های بهبود کیفیت در بطن وظایف شغلی که هر یک از کارکنان در مراکز ارائه مراقبت انجام می‌دهند سبب می‌شود تا آنها عمل بر طبق استانداردها، پایش عملکرد و بهبود نتایج اقدامات بالینی را جزو عادات شغلی خود بشمار آورده و نسبت به تحقق آن کوشا باشند [۱۶].

پژوهش حاضر همچنین رویکردهای مختلفی برای بهبود فرایند ارزیابی پیشنهاد نمود که از آن جمله می‌توان به بیان شفاف اهداف و رسالت برنامه حاکمیت بالینی، ایجاد فرهنگ حمایتی در دانشگاه‌ها و مراکز مختلف درمانی از طریق مشارکت آنها در امر ارزیابی، تقدیر از مراکز برتر و تامین منابع مالی کافی برای تقویت این گونه برنامه‌ها اشاره نمود. کمپل (۲۰۰۲) در مطالعه خود قسمتی از این یافته‌ها را تایید کرد و بیان داشت که نبود فرهنگ حمایتی، کمبود منابع و عدم مشارکت برخی مدیران و کارکنان مراکز در استقرار این برنامه از چالش‌های مهم بشمار می‌آیند [۱۷]. ویلکینسون و ویچر (۱۹۹۱) نیز بر اهمیت اعتقاد راسخ مدیران و مسئولین مراکز نسبت به سودمندی برنامه‌های ارتقای کیفیت تاکید داشته و آنرا عاملی مهم در پیشبرد موثر این گونه برنامه‌ها از طریق القای بینش مثبت در کارکنان دانستند [۱۸].

مطالعه انجام شده از سوی لالر و همکاران (۱۹۹۵) این نتایج را تایید نمود [۱۹]. موضوع دیگر ایجاد ارتباط میان تخصیص منابع به مراکز با میزان موفقیت آنها در پیشبرد این گونه برنامه‌های کیفی می‌باشد. تشویق بیمارستان‌ها به تقویت برنامه حاکمیت بالینی از طریق اختصاص منابع مالی بیشتر به آنها عامل مهمی است که از سوی سایر پژوهشگران مورد توجه قرار گرفته است [۲۰، ۲۱، ۲۲]. مسترز (۲۰۰۶) در مطالعه خود به ۸ چالش عمده در استقرار برنامه حاکمیت بالینی اشاره کرد که از جمله موارد مشترک آن با یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان به مشکلات انگیزشی، نبود آگاهی و دانش کافی به علت غیر اثربخش بودن دوره‌های آموزشی، نبود فرهنگ حمایتی، عدم مشارکت مراکز در تقویت برنامه‌های ارتقای کیفیت و کمبود منابع اشاره نمود [۲۲].

نتیجه گیری

این پژوهش چالش‌ها و موانع موجود در مسیر استقرار برنامه حاکمیت بالینی را از نقطه نظر ارزیابان کشوری حاکمیت بالینی بررسی می‌کند. شناسایی این موانع از دیدگاه آنها کمک بزرگی به پیشرفت هر چه موثرتر برنامه و استقرار موفق استانداردهای حاکمیت بالینی خواهد نمود زیرا که این افراد در ارتباط مستقیم با دانشگاه‌ها و مراکز درمانی مختلف بوده و مسئولیت ارزیابی نحوه استقرار برنامه حاکمیت بالینی را بر عهده دارند. همین امر باعث شده تا این افراد آشنایی کافی با موانع و مشکلاتی که مراکز مختلف در مسیر استقرار برنامه با آن مواجه هستند را بدست آورده و با استفاده از تجاربی که در این مسیر کسب کرده‌اند به ارائه

ارزیابی شاخص‌های حاکمیت بالینی دامن می‌زند. موری (۲۰۰۴) در مطالعه خود به برخی از موانع موجود در مسیر استقرار و ارزیابی شاخص‌های برنامه حاکمیت بالینی اشاره نمود که کمبود منابع مالی، نبود دانش و مهارت‌های لازم در مجریان برنامه، مقاومت سازمان‌ها در برابر استقرار و ارزیابی استانداردها و وجود ناهماهنگی در اجرا از جمله اهم این مسائل بودند [۱۰].

از دیگر چالش‌های مهم در ارزیابی برنامه حاکمیت بالینی عدم شفافیت در استانداردهای مربوط به محور اثربخشی و ممیزی بالینی و وجود مشکلات اجرایی در ارتباط با آن بود که اکثر مراکز را در پیاده‌سازی این محورها با مشکل مواجه می‌ساخت. یکی از این موانع اجرایی نبود نیروی انسانی کافی برای پرداختن به فعالیت‌های مرتبط با این دو محور بیان شد که مصاحبه شونده‌گان برای از میان برداشتن این چالش، راه‌اندازی واحدی تحت عنوان "مدیریت دانش" را پیشنهاد دادند که در آن کارکنان بطور تمام وقت به تولید دانش، تهیه و بومی سازی گایدلاین‌های بالینی و در نتیجه تقویت محور اثربخشی بالینی می‌پردازند. مطالعه وال و همکاران (۲۰۰۶) اثر نامطلوبی که کمبود نیرو در این باره به همراه دارد را تایید نمود [۱۱]. در مطالعه‌ای مشابه که از سوی میلیورن و همکاران (۲۰۰۳) انجام گرفت عواملی چون: کمبود نیرو، عدم مشارکت کارکنان، نبود اعتبارات کافی و مسائل انگیزشی به عنوان فاکتورهای موثر در تضعیف استقرار این محورها شناخته شدند [۱۲].

در پژوهش حاضر بی توجهی به برخی ابعاد روحی روانی بیماران در تدوین استانداردهای حاکمیت بالینی به عنوان چالشی مهم در نظر گرفته شد و بر لزوم اضافه کردن شاخص‌هایی که به حفظ حقوق بیمار، احترام به اختلافات قومی، نژادی و مذهبی او توجه کافی مبذول دارد تاکید گردید. صفارزاده (۲۰۱۰) در مطالعه خود تایید نمود که در اجرای برنامه حاکمیت بالینی می‌بایست بر رضایت بیماران و برآورده نمودن نیازهای روحی آنها توجه ویژه شده و با احترام و صداقت با آنان رفتار گردد [۱۳].

یافته‌های پژوهش همچنین مقاومت مراکز در برابر ارزیابی فرایندهای بیمارستانی مطابق با شاخص‌های حاکمیت بالینی را چالشی مهم برشمرد و عدم همکاری مسئولین و کارکنان مراکز با ارزیابان کشوری را از جمله مشکلات موجود بشمار آورد که با یافته‌های استانتن (۲۰۰۶) همخوانی دارد. این محقق در مطالعه خود عنوان کرده است که عدم استقبال کارکنان و مقامات بیمارستان ارزیابی شونده مهم‌ترین چالش برای اجرای مناسب برنامه می‌باشد. به عقیده استانتن تشکیل تیم منسجمی از ارزیابان که نماینده پرسنل بالینی هم در آن عضویت داشته باشد می‌تواند تا حد زیادی از این مقاومت بکاهد [۱۴]. مطالعه اوبرایان و همکاران (۱۹۹۵) نیز بیان داشتند که ایجاد حس مالکیت در مراکز نسبت به هزینه‌های بهبود کیفیت می‌تواند دیدگاه مدیران و کارکنان در ارتباط با این برنامه‌ها را به شکلی مثبت تغییر داده و فرهنگی حمایتی در مراکز جاری کند

نمودن محیطی ایمن و حامی، شرایط شغلی مناسبی برای پرسنل بالینی مهیا نموده و به انجام موفقیت‌آمیز مداخلات بالینی از سوی آنها کمک می‌کند.

پیشنهادات

انجام مطالعات مشابه با هدف شناسایی سایر چالش‌ها و موانع موجود در استقرار و ارزیابی موفق برنامه حاکمیت بالینی از دیدگاه کارشناسان و مسئولین مربوطه در معاونت‌های درمان، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی که در ارتباط مستقیم با اجرای این قبیل برنامه‌ها می‌باشند می‌تواند به کشف موارد جدید در این حوزه منجر گردیده و کمک شایان توجهی به برنامه‌ریزان و سیاستگذاران در برنامه‌های آتی بنماید.

References

1. WHO, Quality of care, a process for making strategic choices in health systems. 2006, World Health Organization: Geneva: Switzerland. p. 1-38.
2. Davies, H.T. and R. Mannion, Clinical governance: striking a balance between checking and trusting in reforming health care markets: An Economic Perspective, in The York series on NHS white paper-a research agenda. 1999, Center for health economics, University of York: United Kingdom.
3. Scaly, G. and L. Donaldson, Clinical governance and the drive for quality improvement in the NHS in England. *Br Med J* 1998;317:61-5.
4. Nicholls, S., R. Cullen, S. O'Neill, and A. Halligan, Clinical governance: its origins and foundations. *Br J Clin Gov* 2000;5(3):172-78.
5. Ravaghi, H., P. Heidarpour, M. Mohseni, and S. Rafiei, Senior managers' viewpoint toward challenges in implementing CG: A national study in Iran. *Int J Health Policy Manag* 2013;1(4):295-99.
6. Ravaghi, H., S. Rafiei, P. Heidarpour, and M. Mohseni, Facilitators and Barriers to Implementing Clinical Governance: A Qualitative Study among Senior Managers in Iran *Iran J Public Health* 2014;43(9):1266-1274.
7. Misson, J.C., A review of clinical risk management. *Journal of quality in clinical practice* 2001;21(4):131-134.
8. Moeni, B., R. Shahr Abadi, J. Fardmal, and M. Khatiban, The study of hospital administrators's views of quality improvement of health: Applying Clinical Governance Model. *Pajouhan* 2013;12(3).
9. Ataollahi, F., M.A. Bahrami, O. Atash Bahar, 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.
10. Murray, J., H. Fell-Rayner, H. Fine, N. Karia, and R. Sweetingham, What do NHS staff think and know about clinical governance? *Clinical Governance: An International Journal* 2004;9(3):172-80.
11. Wall, D., K. Dickinson, J. Kilbane, and D. Cummings, Developing large group working in clinical governance.

پیشنهادات کاربردی برای رفع این گونه چالش‌ها بردارند. محققین با توجه به یافته‌های بدست آمده از این پژوهش اعلام داشتند که یکی از موثرترین راهکارهایی که برای رفع مقاومت دانشگاه‌ها و مراکز در استقرار برنامه حاکمیت بالینی وجود دارد جلب مشارکت فعال آنها در ارزیابی پیشرفت برنامه در مسیر دستیابی به استانداردهای تعیین شده و ایجاد حس مالکیت در آنها نسبت به تحقق برنامه حاکمیت بالینی می‌باشد. از سویی تقویت فرهنگ حمایت از برنامه‌های ارتقای کیفیت از طریق برگزاری دوره‌های آموزش مستمر و تشویق مراکز برتر از طریق اعطای کمک‌های مالی مناسب به آنها می‌تواند نقش موثری در موفقیت برنامه داشته باشد. استقرار موفق برنامه‌های بهبود کیفیت از جمله حاکمیت بالینی نه تنها بیماران را از نتایج مطلوب آن منتفع می‌سازد بلکه با فراهم

12. Clinical Governance: An International Journal 2006;11(1):50-7.
12. Milburn, A., The first standard of Getting the right start: National Service Framework for Children, the Standard for Hospital Services. 1st ed. 2003, London: UK: Department of Health.
13. Safazadeh, S. Challenges and strategies to implement clinical governance and patient safety in health care. in *Proceeding of the 1st Regional Congress of Clinical Governance*. 2010 University of Medical Sciences and Health Services, Gorgan, Iran.
14. 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.
15. O' Brien, J., S. Shortfall, and E. Hughes, Integrative model for organization wide quality-improvement lessons from the field. *Qual Manag Health Care* 1995;3:19-30.
16. Hogan, H., I. Basnett, and M. Mc Kee, Consultants' attitude to clinical governance: Barriers and incentives to engagement. *Public Health* 2007;121:614-22.
17. Campbell, S.M., R. Sheaff, and B. Sibbald, Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care* 2002;11:9-14.
18. Wilkinson, A. and B. Witcher, Fitness for use: Barriers to full TQM in the UK. *J Manag Decis* 1991;29(8):13-18.
19. Lawer, E.E., S.A. Mohrman, and G. Ledford, Creating high performance organizations, practices and results of employee involvement and TQM in the fortune of 1000 companies. 1995: San Francisco, United States.
20. Sohal, A.S., D. Samson, and L. Ransay, Requirements for successful implementation of TQM. *Int J Technol Manag* 2002;16(4):505-19.
21. Sohal, A.S. and M. Terziowski, TQM in Australian manufacturing: factors critical to success. *Int J Qual Reliab Manag* 2000;17(2):158-67.
22. Masters, R.J., Overcoming the barriers to quality program success. *Qual Health Care* 2006;29(5):53-5.

Existing Challenges in Clinical Governance Establishment Evaluation Based on National Assessors' Aspect

(A Qualitative Study)

Ravaghi H¹, Rafiei S², Mohseni M³, Heidarpour P⁴, Arab M^{5*}

Submitted: 2015.12.10

Accepted: 2016.3.17

Abstract

Background: Clinical Governance (CG) is a framework which obligates health care system to responsiveness regarding maintaining and improving health care services' quality. Purpose of this study was to exist challenges in Clinical Governance establishment evaluation based on national assessors' aspect.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted with national assessors' participation of Clinical Governance plan in 2014. Data collection was carried out using face to face interviews with assessors and analyzed based on content analysis.

Results: Three main themes were categorized including problems related to clinical governance standards, Existing challenges in assessment process and recommendations to improve quality assessment process.

From the assessors' aspects, the main existing challenges were lack of knowledge and adequate skills in some assessors towards CG, lack of sufficient accordance among assessors team, resistance of some universities and health care systems, lack of existing comprehensive guidelines with the purpose of responsiveness in related ambiguity in assessment and direction process among assessors.

Conclusion: Reinforcement of quality improvement culture in hospitals and increasing susceptibility in plan continuation, correct assessors election and ensuring about knowledge in responsibilities, updating assessors' training and putting to use equal indices in improving clinical governance assessment can be a considerable assist to improve assessment process and resolve related problems.

Keywords: Assessor, Challenge, Clinical Governance, Attitude

¹ School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Health Management, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

³ Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ Department of Management and Health Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (*Corresponding Author), Email: arabmoha@tums.ac.ir, Tel: 021-88989129