مقاله پژوهشی

چالش‌های استقرار حیطه مدیریت خطر حاکمیت بالینی: مطالعه کیفی در بیمارستان‌های دانشگاهی

محمد کشوری [۱]، زهرا خوانساری [۲]، کورش رجب خواه [۳]، آناهیتا الماسیان [۴]
رودابه امیدی‌فر [۵]، سید مسعود موسوی *[۱]

[۱] دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
[۲] کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان، خرم‌آباد، ایران
[۳] کارشناسی ارشد ارزیابی فن‌آوری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تهران، ایران
[۴] کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان، خرم‌آباد، ایران
[۵] کارشناس ارشد مدیریت فناوری اطلاعات، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان، خرم‌آباد، ایران

* **نویسنده مسؤول:** سید مسعود موسوی
m.mousavihp93@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت در قبال بهبود دائمی‌کیفیت، پاسخ‌گو می باشند. هدف پژوهش حاضر، شناسایی چالش های استقرار حاکمیت بالینی در حیطه مدیریت خطر بود.

روش پژوهش: این مطالعه یک پژوهش کیفی است. محیط پژوهش را ۷ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و جامعه پژوهش را افراد درگیر در برنامه حاکمیت بالینی تشکیل می‌دادند. ۱۸ شرکت کننده با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند و از روش موارد شناخته شده، انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود که با موافقت شرکت کنندگان ضبط، بازنویسی و تحلیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای کیفی با نرم افزار MaxQDA استفاده شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به تولید دو درون مایه اصلی گردید که شامل «عوامل مربوط به فرهنگ نامناسب سازمانی و عوامل مربوط کمبود منابع» بود.

نتیجه‌گیری: توانمندسازی مدیریت در کنار توانمندسازی کارکنان مراقبتی و درمانی می‌تواند کلید برطرف‌سازی موانع استقرار مدیریت خطر در محیط‌های درمانی باشد.

واژه‌های کلیدی: مدیریت خطر، حاکمیت بالینی، مطالعه کیفی

کاربرد مدیریتی: کمک به اجرای صحیح مدیریت خطر به عنوان گامی ضروری برای بهبود کیفیت خدمات درمانی

ارجاع: کشوری محمد، خوانساری زهرا، رجب خواه کورش، الماسیان آناهیتا، امیدی فر رودابه، موسوی سید مسعود. چالش‌های استقرار حیطه مدیریت خطر حاکمیت بالینی: مطالعه کیفی در بیمارستان-های دانشگاهی. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱(۲): ۹۳-۱۰۲.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۲۶
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۱۰/۲۵
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۲۷

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.2.7]

مقدمه

یکی از مسائل مهم بخش سلامت، کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه شده به بیماران است. کیفیت مراقبت از عناصری تشکیل شده که ایمنی بیمار یکی از مهم‌ترین آن‌ها است. بیمار در بیمارستان محور اصلی است و خدمات بیمارستانی به‌خاطر حضور او انجام می‌شود (۱،۲). مراقبت‌های سلامت به طور غیرقابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار همراه است. همه اعضای تیم پزشکی بدون در نظر گرفتن این که چه قدر ماهر، متعهد و با دقت باشند، ممکن است در هنگام انجام مراقبت از بیماران، دچار خطا و اشتباه شوند (۵-۳).

بیماران حق دارند که انتظار داشته باشند، مراقبت از آن‌ها مطابق با بهترین شرایط و استانداردها و براساس آخرین شواهد علمی و بالینی باشد (۶). خطا عبارت است از شکست در انجام کامل یک فعالیت برنامه‌ریزی شده مطابق با برنامه و یا استفاده از یک برنامه غلط برای رسیدن به یک هدف (۷). طبق برآوردهای انجام شده، تقریباً از هر ده نفری که در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند، یک نفر روی‌داد ناگواری را تجربه می‌کندکه حدود نیمی از آن‌ها قابل پیشگیری هستند، همچنین حدود یک سوم از روی‌دادها به بیمار زیان می‌رسانند که این زیان می‌تواند به صورت‌های گوناگون، از بالا بردن طول اقامت تا مرگ، متغیر باشد (۸). بدیهی است این اشتباهات، با افزایش قابل توجهی در میزان مرگ و میر بیماران و همچنین مشکلاتی از جمله افزایش طول مدت بستری در بیمارستان و افزایش هزینه‌ها، همراه هستند (۹).

مطالعات نشان می‌دهد که تنها وقایع جدی و مضر ناشی از خطاها، گزارش می‌شود، در حالی که خطاهایی که علایم ضعیف ایجاد کرده‌اند، ممکن است گزارش نشوند (۱۰). در ایران و بسیاری از کشورهای در حال توسعه، علت انجام خطا ممکن است به دلایلی مانند ساعات کار نامناسب و غیر طبیعی مانند شیفت عصر و شب، شیفت روز تعطیل، دو شیفت شب پشت سر هم، دو شیفت شب و صبح، ساعات کار طولانی و مسئولیت بیش از اندازه پرستاران، تجربه کاری کم و کمبود نیرو در شیفت شب باشد. بر اساس آمار در این کشور ها، سالیانه ۴/۴ میلیون اتفاق ناخواسته در اثر این خطاها رخ می دهد (۱۳-۱۱).

حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه کننده خدمت در قبال بهبود دائمی کیفیت، پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی، شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند (۱۴). رواقی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای با هدف بررسی موانع موجود در استقرار و ارزیابی حاکمیت بالینی از دیدگاه معاونین درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، مهم‌ترین چالش استقرار و ارزیابی حاکمیت بالینی را، آگاهی ناکافی مدیران از اهداف، اصول و استانداردهای اجرایی چه در سطح دانشگاه و چه در سطح بیمارستان گزارش نموده اند که اهمیت برگزاری دوره توجیهی را نشان می دهد (۱۵). میسن (۲۰۰۱) و شهرآبادی (۱۳۹۲)، نبود راهکارهای تشویقی کافی برای بیمارستان‌های موفق در برنامه بهبود کیفیت، عدم آموزش به کارکنان جدید الورود، نداشتن دانش و مهارت کافی در انجام کارها، نبود تعهد کافی در اجرای برنامه و همچنین بالا بودن هزینه اجرای برنامه را، به عنوان چالش اجرایی برنامه عنوان نمودند (۱۶،۱۷). در مطالعات دیگری نیز، عوامل مقاومت سازمانی برای اجرا و ارزیابی توسط کارکنان سازمان، ضعف سیستم جمع‌آوری اطلاعات و درک متفاوت پرسنل و مدیران رده-های مختلف، به عنوان موانع و چالش در مسیر اجرای اعتباربخشی ذکر شده است (۲۰-۱۸).

از طرفی شناسایی راه‌های پیشگیری از خطاها، کاهش عوارض آن‌ها و اولویت بندی راهکارهای اساسی، از مهم-ترین اقدامات در جهت کاهش این خطاها می‌باشد. مدیریت خطر یکی از حیطه‌های برنامه حاکمیت بالینی یا برنامه اعتبار بخشی در سال ۱۳۹۵ است که احتمال خطای درمان‌گران و آسیب دیدن بیمار را کاهش می‌دهد. در عین حال این روش، احتمال شکایت و پیگردهای قانونی را نیز از خدمت گیرندگان به حداقل می‌رساند. درگذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه واکنشی (reactive) بررسی می‌شد؛ یعنی این که پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می‌شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل آید ولی در چهارچوب اجرای حاکمیت بالینی، تأکید بر شیوه پیشگیرانه (proactive) بوده که در این شیوه، احتمال خطر، پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می‌شود (۲۱،۲۲).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.2.7]

از این رو در ایران نیز با اجرای طرح حاکمیت بالینی در سال ۱۳۸۸ در بیمارستان‌های سراسر کشور و برنامه اعتباربخشی در حال حاضر، ایمنی بیماران بیش از گذشته مورد توجه سیاستگذاران سطح کلان و مدیران بیمارستان‌ها قرار گرفته است. وجه تمایز این مطالعه با سایر مطالعات این است که در این مطالعه به بررسی عمیق برای پیاده سازی صحیح مدیریت خطر به عنوان یکی از ارکان کلیدی برای بهبود کیفیت در چارچوب مدل حاکمیت بالینی سابق یا اعتباربخشی فعلی پرداخته شده است. در حالی که در مطالعات اخیر بیشتر بر روی شناسایی موانع اجرایی و عملیاتی این مدل به صورت کلی پژوهش‌های زیادی انجام شده بود (۱۴,۱۵,۱۷ ,۲۳)؛ هدف پژوهش حاضر شناسایی چالش های استقرار حیطه مدیریت خطر حاکمیت بالینی در بیمارستان های آموزشی بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه کیفی بوده که به روش تحلیل محتوا و با هدف کاربردی در زمستان ۱۳۹۴ انجام شد. این مطالعه، با هدف دستیابی به ادراک از موانع اجرای مدیریت خطر در چهارچوب برنامه حاکمیت بالینی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در تحقیق انجام شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با استفاده از روش موارد شناخته شده انجام و جمع‌آوری داده ها تا زمان اشباع ادامه یافت. منظور از نمونه‌گیری هدفمند یا مبتنی بر معیار این است که افراد مورد مطالعه ترجیحاً بر اساس هدف تحقیق و نه بر اساس روش‌های تصادفی انتخاب می‌شوند (۲۴). جامعه آماری در این مطالعه، ۱۸ نفر از صاحب نظران و خبرگان ۷ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که برنامه حاکمیت بالینی را اجرا کرده اند تشکیل دادند.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با خبرگان در محیط بیمارستان‌ها صورت گرفت. زمان هر مصاحبه بین ۳۵ تا ۸۵ دقیقه و با میانگین ۵۵ دقیقه بود و مکان مصاحبه‌ها به انتخاب مشارکت‌کنندگان در محیط بیمارستان انتخاب می‌شد. جهت انجام مصاحبه‌ها، مجوز لازم از کادر مدیریتی بیمارستان‌ها اخذ گردیده بود. برای تهیه فرم راهنمای مصاحبه پژوهشگران، با مرور متون و استخراج گویه هایی مناسب از اسناد و مطالعات مشابه به طراحی سوالات اقدام نموده و سپس با تایید استاد راهنما، فرم راهنمای سوالات، نهایی می‌گردید. مصاحبه با سوال وضعیت اجرای برنامه مدیریت خطر در بیمارستان شما به چه صورت است؟ آغاز و سپس با توجه به اهداف پژوهش، هدایت می‌شد. جهت دستیابی به صحت (trustworthiness)، استحکام داده‌ها (rigor) و مقبولیت (credibility) آن‌ها با استفاده از مطالعه و بررسی مستمر داده‌ها (پیاده کردن مصاحبه‌ها و بررسی مرور آن‌ها تا پیدایش درون مایه‌های اصلی)، بازنگری و تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط همکاران طرح (peer check) و بازنگری نوشته‌ها توسط شرکت کنندگان طرح (member check) انجام گرفت.

به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای نهفته (latent content analysis) استفاده شد. در این پژوهش جهت تحلیل داده‌های کیفی از نرم افزار MaxQDA برای کد گذاری و تحلیل داده‌های کیفی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها ابتدا پس از گوش دادن چندباره به هر مصاحبه و خواندن خط به خط مطالب پیاده شده از نوار مصاحبه‌ها، عبارات مهم موجود در محتوای داده‌ها مشخص، سپس مفاهیم مناسب (کدباز) آن تعیین و سپس به طور همزمان بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود و مقایسه مستمر کدهای باز در طبقات مشابهی قرار داده شد. کدهای باز بر اساس مشابهت در یک طبقه قرار گرفتند و زیر طبقات را تشکیل دادند و در نهایت با ادغام طبقات، درون مایه‌های اصلی تعیین شدند (۲۴). به منظور قابلیت اطمینان یافته‌ها (reliability) و برای بررسی اعتبار داده‌های پژوهش (validity)، یک ارتباط مؤثر و مبتنی بر اعتماد از (طریق بیان شفاف هدف مطالعه و اطمینان از محرمانگی اطلاعات بدون ذکر نام) با مشارکت‌کنندگان برقرار شد. جهت تأیید داده‌ها، هر مصاحبه پس از تجزیه و تحلیل، در اختیار مشارکت کنندگان در پژوهش قرار می‌گرفت و نظرات آن‌ها اخذ می‌شد. به منظور قابلیت تصدیق، پژوهشگر سعی کرد پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها دخالت ندهد و به منظور قابلیت انتقال یافته‌ها، مشارکت‌کنندگان از رشته‌های مختلف و با پست‌های سازمانی متفاوت انتخاب شدند.

این مطالعه در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاقی ۱۰۸۱۴۹-۱۹۹۲۰-۶۱-۰۲-۹۲ تأیید شد. همچنین، اهداف پژوهش برای

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.2.7]

مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و حفظ ناشناسی مشارکت‌کنندگان، حق امتناع آن ها از ادامه پژوهش و نگهداری متن مصاحبه‌ها در محل امن تضمین شد.

یافته‌ها

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در حیطه‌ی مدیریت خطر در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. برای این منظور ۷ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران که در زمینه حاکمیت بالینی فعال بودند، انتخاب شدند. در مجموع با ۱۸ نفر از افراد درگیر اجرای برنامه حاکمیت بالینی مصاحبه انجام شد. اکثریت شرکت کنندگان، زن با حدود ۴۸ سال سن و دارای تجربه کافی با سابقه خدمتی حدود ۱۳ سال و سطح تحصیلات کارشناسی ارشد، بودند. تمامی مصاحبه شوندگان در پست‌های سازمانی کلیدی اعم از مدیریت، سوپر وایزر بالینی و مسئول حاکمیت بالینی وایمنی بیمار فعالیت می‌نمودند و به طور مستقیم، درگیر در برنامه مدیریت خطر حاکمیت بالینی بوده‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه منجر به استخراج ۲ درون‌مایه یا طبقه اصلی تحت عنوان فرهنگ سازمانی نامناسب و کمبود منابع و ۱۴ درون‌مایه یا طبقه فرعی گردید (جدول ۱).

جدول ۱: درون‌مایه‌ها و طبقات عنوان شده در رابطه با چالش‌های حاکمیت بالینی حیطه مدیریت خطر در بیمارستان

درون‌مایه‌ها	طبقه ها
فرهنگ نامناسب سازمانی	نقص در فرهنگ گزارش‌دهی خطا و وجود نگرانی از عواقب آن
	سوء استفاده بیماران و همراهان از گزارش‌دهی خطا
	نقص در هماهنگی مراجع قضایی با مراکز درمانی در خصوص گزارش‌دهی خطا
	عدم احساس نیاز به وارد شدن به این حیطه توسط پزشکان
	کمبود اعتماد (در خصوص این‌که خطاهای گزارش‌داده شده تنها جهت بهبود کیفیت استفاده می‌شوند)
	داده‌سازی (گزارش دهی داده‌های غلط به مسئول ارشد)
	نقص در همکاری پرستاران بخش‌ها با مسئول مدیریت خطر و ایمنی بیمار جهت دریافت بازخورد
	کمبود انگیزه کافی برای حل مشکل
	ضعف در آموزش کاربردی و اثربخش مبانی حاکمیت بالینی به کارکنان بالینی
	نقص در ارزیابی عملکرد کارکنان
کمبود منابع	غیر استاندارد بودن فضای فیزیکی بیمارستان
	کمبود منابع مالی جهت رفع کمبودها
	کمبود زیرساخت‌های لازم جهت اجرای برنامه عملی مدیریت خطر
	کمبود وقت و حجم بالای کار کارکنان و کاهش مشارکت آنان در انجام برنامه

الف: عوامل مربوط به فرهنگ نامناسب سازمانی

نقص در فرهنگ گزارش‌دهی خطا و وجود نگرانی از عواقب احتمالی آن، نقص در هماهنگی مراجع قضایی با مراکز درمانی در خصوص گزارش‌دهی خطا و سوء استفاده بیماران و همراهان از گزارش‌دهی خطا از موانع اجرای برنامه مدیریت خطر در بیمارستان‌ها، ذکر شد. یکی از مشارکت‌کنندگان (م۱۲) در این خصوص عنوان داشت: "ما هرچند هم که بگیم که جریمه و سرزنش نمی‌کنیم باز همکاران نمیان خطاهایی رو که انجام میدن رو گزارش کنن، یه مقدارش به خاطر ترس از اینه که ممکنه بیماران هم از گزارش خطاها سو استفاده کنن". مشارکت‌کننده دیگری (م۲) نیز با بیان: "ما بیاییم و سیستم رو جوری کنیم که همه هر خطایی که مرتکب میشن رو گزارش کنن و تضمین کنیم که برخوردی با افراد انجام نمیشه و هدف یادگیریه اما خب نمیتونیم تضمین کنیم مراجع قضایی هم برخوردی نکنن، ما مشکل و موانع قانونی داریم"، به وجود این مانع اشاره داشت. برای ترویج فرهنگ گزارش‌دهی خطا، کارکنان باید آگاه باشند که گزارش خطاها صرفاً به‌منظور برنامه‌ریزی برای پیشگیری از تکرار خطاها رخ خواهد داد و اجبار در عدم اعلام اسامی افراد در گزارش خطاها می‌تواند به ترویج این مهم کمک نماید. علت ترس ارائه دهندگان از بابت گزارش دادن خطاها عدم اعتماد

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.2.7]

کافی آن‌ها در مورد این مساله است که گزارش هر یک از خطاهای خواسته یا ناخواسته توسط آن‌ها با رویکرد سیستمی جهت بهبود کیفیت بیمارستان‌ها استفاده می‌گردد یا استفاده از رویکرد فردی جهت تنبیه خطاکننده؟

یکی از مشارکت‌کنندگان (م۷) در این خصوص بیان داشت: "وقتی خطایی رخ میده باید رفتار اشتباه مورد نقد قرار بگیره نه فرد مرتکب‌شونده خطا، اگه شخصیت کارکنان سرزنش و نقد بشه اون موقع سعی می‌کنن خطاهاشون رو پنهون کنن". مشارکت کننده دیگری (م۱۱) نیز با بیان: "باید سیستم‌هایی یک‌پارچه وجود داشته باشه که همه‌ی خطاهایی که اتفاق میفته چه بزرگ و چه کوچیک تو اون سیستم گزارش و ثبت بشن و هر بخش و در کل همه بیمارستان‌های دانشگاه با هم تبادل اطلاعات داشته باشن و از خطاهای همدیگه مطلع بشن و بتونن پیشگیری کنن از انجام اون خطا در بخش و بیمارستان خودشون"، وجود سیستم‌های اطلاعاتی را راهکاری برای رفع این مانع پیشنهاد داد.

کمبود انگیزه، عدم احساس نیاز به وارد شدن به این حیطه توسط پزشکان و کادر مراقبت و داده‌سازی(گزارش داده‌های غیر واقعی به مدیر ارشد) از موارد دیگریست که به عنوان چالش‌های اجرای مدیریت خطر در بیمارستان‌ها اعلام شد. یکی از مشارکت‌کنندگان (م۱) در این خصوص عنوان داشت: سری که درد نمیکنه رو که دستمال نمی‌بندن، وقتی مدیران نخوان و نظارت و برنامه نباشه دلیلی واسه گزارش خطاها وجود نداره". مشارکت‌کننده دیگری (م۱۲) نیز عنوان داشت: "فرض ما بر اینه که به ازای هر بیمار یک خطا رخ میده اما خیلی از پزشکان همکاری نمی‌کنند چون نیازی نمی‌بینند وارد این موضوع بشن". نظارت و پایش مستمر عملکرد و ترویج فرهنگ تیمی، لازمه اجرای برنامه مدیریت خطر در بیمارستان‌ها می‌باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان (م۴) در خصوص خطرات نبود نظارت کافی عنوان داشت: " کار تیمی یعنی افراد با هم از وقوع خطا پیش‌گیری کنن نه اینکه خدایی نکرده با هم از گزارش خطا و اشتباهات اعضای گروهی چشم‌پوشی کنن". مشارکت‌کننده دیگری (م۱۳) نیز عنوان داشت: "مدیریت خطر در چارچوب مدل FMEA انجام میشه. اجرای این برنامه نیاز به مشارکت گروهی و کار تیمی داره و متأسفانه ما تو این زمینه ضعیف هستیم و فرهنگ کاریمون انجام کار فردیه نه کار تیمی". باید دانست برنامه مدیریت خطری که بر اساس اطلاعات حاصل از سیستمی نارسا (سیستمی که قدرت شناسایی و ثبت خطا بر اساس اتفاقات انجام شده در بخش‌ها را نداشته باشد) طراحی گردد، توانایی برطرف نمودن مشکلات و اجرای موثر را نداشته و این فرآیند به‌صورت سیکلی معیوب تداوم خواهد یافت که توانایی رفع نارسایی‌های سیستم را نخواهد داشت. یکی از مشارکت‌کنندگان (م۶) در این خصوص عنوان داشت: "مدیریت خطر در بیمارستان‌ها بر اساس داده‌های گزارش شده انجام می‌شود نه بر اساس واقعیات". مشارکت‌کننده دیگری (م۱۰) نیز با اشاره به بحث لزوم نظارت و پرهیز از داده‌سازی بیان داشت: "وقتی نظارت نباشه خیلی از کارهایی که واقعا انجام نشده یا حداقل اونجور که نشون داده میشه، صحیح انجام نشده رو، میشه داده‌سازی کرد و بیمارستان‌ها هم این کار رو می‌کنند". کلید اجرای هر برنامه‌ای وجود انگیزه کافی توسط کارکنان صف و حمایت مدیران می‌باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان (م۱۱) در این خصوص عنوان داشت: "وقتی تک‌تک مدیران براشون مهم باشه و دغدغه پیشگیری از خطا رو داشته باشن، کسی نمیتونه از وظایفش کوتاهی کنه و یا خطایی رو مخفی کنه".

مشارکت‌کننده دیگری (م۱۴) نیز پیشنهاد داد: "برنامه مدیریت خطر بهتره مرحله به مرحله طراحی، اجرا و ارزشیابی بشه، با نظارت بر کاره که ما مطمئن میشیم داده‌سازی صورت نگرفته و وقتی مطمئن شدیم یک بیمارستان تو یک حیطه موفق بوده با تبادل اطلاعات بقیه بیمارستان‌ها هم میتونن از اون استفاده کنن و موفق باشن". با این تفاسیر الزام عملی کارکنان درمان جهت مشارکت در اجرای برنامه مدیریت خطر، ضروری به نظر می‌رسد. برنامه مدیریت خطر بیمارستان‌ها، فرآیندی پویا می‌باشد که در صورت مشارکت تمام کارکنان بیمارستان اجرایی خواهد شد. این تفکر که اجرای برنامه را به گروه اندکی از کارکنان واگذار نموده و انتظار بهبود عملکرد و کاهش خطا را داشته باشیم دور از واقعیت می‌باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان (م۶) در این خصوص عنوان داشت: "وقتی رو خطاها و اتفاقات تمرکز می‌کنیم از اصل برنامه غافل میشیم. به همه‌ی حیطه‌های حاکمیت بالینی باید در

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.2.7]

چارچوب یک برنامه‌ی کامل و کلی نگاه کنیم مثلا قسمت استفاده از اطلاعات رو در نظر بگیر، ما تو چه حیطه‌ای میتونیم کار کنیم و از اطلاعات استفاده نکنیم؟ این یک حیطه‌ی جدا نیست این تو دل همه‌ی حیطه‌هاست، آموزش و مدیریت خطر هم همینه". مشارکت‌کننده دیگری (م۳) نیز در این خصوص اظهار داشت: "درمان یک کار تیمیه. وقتی خطایی رخ بده خیلی‌ها میفهن و میتونن گزارش بدن فقط باید ترس و رودربایستی و گروه‌های غیر رسمی مدیریت بشن".

ضعف در آموزش کاربردی و اثربخش مبانی حاکمیت بالینی به کارکنان بالینی و اختلال در همکاری پرستاران بخش‌ها با مسئول مدیریت خطر از دیگر موانع اشاره شده در این حوزه بود. ارائه آموزش اثربخش، می‌تواند ادراک صحیح از اهداف اجرای مدیریت خطر در بخش‌ها را توسعه ببخشد. یکی از مشارکت‌کنندگان (م۱۵) در این خصوص عنوان کرد: "هدف مدیریت خطر یادگیریه وقتی یه خطا رخ بده اگه درست تحلیل بشه توی شرایط مشابه تکرار نمیشه". اجرای کامل و درست هر کاری نیازمند اطلاع و آگاهی کامل از نحوه انجام آن کار به صورت درست و اشراف بر اهمیت و نحوه‌ی اجرای آن می‌باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان (م۳) در این خصوص عنوان داشت: "وقتی برنامه گسترده‌ای مثل حاکمیت بالینی در بیمارستان اجرا میشه قبلش باید آموزش‌های کافی تو این زمینه داده بشه و هر کدوم از کارکنان بدونن دقیقا چه کاری رو و با چه هدفی باید انجام بدن".

ب: عوامل مربوط به کمبود منابع:

کمبود زیرساخت‌های لازم جهت اجرای برنامه عملی مدیریت خطر و حجم بالای کار کارکنان و کاهش مشارکت آنان در انجام برنامه مدیریت خطر از چالش‌های مرتبط با کمبود منابع عنوان شد. برنامه‌ها باید با توجه به زیرساخت‌های سازمان و در نظر گرفتن محدودیت‌های آن طراحی شوند. به اعتقاد اکثر مشارکت‌کنندگان حداقل در حال حاضر و با زیرساخت‌های موجود نظام سلامت، امکان اجرای برنامه‌هایی به وسعت برنامه حاکمیت بالینی، میسر نیست. برنامه‌هایی که در کشورهای توسعه‌یافته به صورت موفق اجرا می‌شوند، لزوماً در کشورهای در حال توسعه موفق نخواهند بود، مگر آن‌که به زیرساخت‌ها، امکانات، منابع و محدودیت‌ها، توجه شده و در بازطراحی برنامه لحاظ شوند. یکی از مشارکت‌کنندگان (م۱۴) کمبود وقت و حجم بالای کار کارکنان را دلیل عدم گزارش خطا می‌دانست: "وقتی خطا منجر به اتفاق خاصی نمیشه و قابل چشم‌پوشی باشه گزارش نمیشه چون وقت برای گزارش خطاهای کوچیک نیست". مشارکت‌کننده دیگری (م۴) نیز بر این نکته تأکید کرد و عنوان داشت: "حجم زیاد کار و کمبود نیرو مانع میشه تا همه‌ی خطاها مخصوصاً خطاهای کوچیک و قابل چشم‌پوشی از نظر کارکنان گزارش بشن". کمبود وقت و حجم بالای کار به همراه کمبود انگیزه و نظارت بر کارکنان موجب گردید کارکنان عملاً خود را درگیر اجرای برنامه مدیریت خطر نکنند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص عنوان داشت: "کمبود پرسنل باعث شده پرستاران کارایی که از نظر خودشون مهم‌تره رو، اولویت قرار بدن نه گزارش خطاهایی که میتونه دید همکارا رو نسبت به اونا منفی کنه".

غیراستاندارد بودن فضای فیزیکی بیمارستان‌ها و کمبود منابع مالی جهت رفع کمبودها، از دیگری موانع مربوط به این بخش عنوان شدند. استاندارد نبودن فضای فیزیکی بیمارستان‌ها مشکلی است که رفع آن در بلندمدت امکان‌پذیر بوده و البته در کوتاه مدت می‌توان با تدابیری جهت ارتقای ایمنی بیماران و کارکنان اقداماتی را انجام داد. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص عنوان داشت: "این ساختمان به عنوان بیمارستان طراحی نشده و خیلی از استانداردای درمانی توی ساختش لحاظ نشده". مشارکت‌کننده‌ی دیگری، نبود منابع مالی را مانع اجرای اثربخش مدیریت خطر می‌دانست و اظهار داشت: " ما هر سال یک برنامه اجرایی می‌نویسیم و مشخص می‌کنیم چه کارایی باید برای بهبود ایمنی بیمار انجام بشه. وقتی منابع مالی کافی برای اجرای برنامه وجود نداره همه تلاش‌های ما بی‌ثمر میشه".

بحث

استقرار حاکمیت بالینی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی فواید زیادی از جمله بهبود مراقبت از بیمار، افزایش رضایت بیمار، استقرار نظام مدیریت خطر و دوستار ایمنی بیمار، بهبود همکاری کارکنان و متخصصان پزشکی و مدیریت بهتر سازمان را داشته است (۲۵). وربانو (۲۰۱۰) در پژوهشی در مؤسسات بهداشتی درمانی ایتالیا به بررسی خطاهای انسانی و پایایی سیستم مدیریت خطر پرداخته و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.2.7]

چنین نتیجه گرفته است که در افراد مختلف، توجه به خطر و مدیریت آن در بیمارستان به دلیل تفاوت‌های فرهنگی حاکم بر آن سازمان تفاوت دارد و باید فرهنگ خطر را از طریق برنامه‌های آموزشی مدیریت خطر، پیاده‌سازی مدیریت خطر بالینی و بررسی سیاست‌ها و توجه به حاکمیت بالینی در بیمارستان ایجاد نمود (۲۶). هدف این پژوهش شناسایی چالش های استقرار حیطه مدیریت خطر حاکمیت بالینی در بیمارستان های آموزشی بود.

در این پژوهش یکی از اساسی‌ترین چالش‌های پیش روی استقرار مدیریت خطر در بیمارستان‌های مورد مطالعه، داده‌سازی یا گزارش دهی غلط از خطاها شناخته شد. وجود این چالش می‌تواند برنامه را از اهداف اصلی آن منحرف سازد. هوگان (۲۰۰۷) معتقد است در صورت نبود پایش مستمر، وسوسه برای یادگیری داده‌سازی خلاقانه توسط بیمارستان‌ها به وجود می‌آید. برای دستیابی به تغییر واقعی، تلاش در جهت اصلاحات بخش سلامت باید مستمر باشد و از نزدیک پایش شود. برای موفقیت اجرایی هر سیاست، نظام گزارش‌دهی مناسب کلیدی است. باید توجه داشت ارائه کنندگان برای گزارش‌های نادرست و حتی دروغ، انگیزه‌های کافی را دارند. مجریان اصلاحات باید با طراحی نظام پایش، اقدام بر ضد مقاومت و تقلب را آسان کنند (۲۷).

عدم احساس نیاز به وارد شدن به این حیطه توسط کارکنان درمان و نقص در فرهنگ گزارش‌دهی خطا و وجود نگرانی از عواقب آن نیز از چالش‌های اساسی این بخش شناخته شدند. بر اساس یافته‌های پژوهش صیدی (۱۳۹۱)، پرستاران مهم‌ترین علل موانع گزارش دهی خطاها را کمبود اطلاعات در مورد نحوه گزارش‌دهی (۵۹/۸ درصد) و فراموش نمودن گزارش خطا (۵۹ درصد) ذکر کردند. ترس از پیامدهای گزارش‌دهی، مشغله کاری زیاد، کمبود نیرو و حجم زیاد فعالیت‌ها در بخش، یا اعتماد به ذهنیات خودشان که آخر شیفت این موضوع را گزارش دهند و در نهایت سهل‌انگاری نسبت به این موضوع، از عوامل دیگر عدم گزارش خطاست (۲۸). احمدی (۱۳۹۳) در مطالعه‌ی‌خود، نقص فرهنگ گزارش خطا، ترس از عواقب گزارش خطا، بالابودن حجم کاری پرسنل که منجر به مشارکت نامتوازن هر یک از کارکنان می شود را به عنوان چالش های استقرار حاکمیت بالینی در حوزه مدیریت خطر عنوان نمودند؛ نتایج این مطالعه با تمامی یافته های پژوهش حاضر مطابقت دارد (۲۹).

ایجاد فرهنگ پویای سازمانی می‌تواند راهکاری برای چالش‌های این حیطه باشد. یکی از ویژگی‌های فرهنگ پویای سازمانی نیز همین است که نتیجه منفی را به حساب یادگیری می‌گذارد. بیشتر مسائل سازمان، از خطاها سرچشمه نمی‌گیرند بلکه از درس نگرفتن از آن‌ها ناشی می‌شوند (۳۰). فونگ (۲۰۰۵) در این رابطه در گزارش خود بیان می‌کند که برخورد سیستمیک با خطاهای پزشکی و نبود فرآیند مستند سازی، می‌تواند در افزایش حوادث و خطاها موثر باشد. در برخی مواقع علت خطاها، عدم انجام فرآیند های 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 (۳۱).

در این مطالعه حجم بالای کار، کمبود زمان و کمبود منابع انسانی از چالش‌های مربوط به کمبود منابع عنوان شد. یافته های مطالعه‌ی محمدپور (۱۳۸۵) در مراکز آموزشی درمانی گناباد نیز این مشکل را برای بیماران در هنگام ترخیص ذکر نموده است (۳۲). همچنین هوگان (۲۰۰۷) نبود فرهنگ کار تیمی، عدم تمرکز بر اهداف برنامه بهبود کیفیت، نداشتن درک صحیح از برنامه حاکمیت بالینی،کمبود وقت و در نهایت روابط تعاملی نامناسب بین گروه های حرفه ای در بیمارستان را به عنوان چالش های اجرایی برنامه حاکمیت بالینی از دیدگاه متخصصین عنوان کرد (۲۷). ضعف در آموزش کاربردی و اثربخش مبانی حاکمیت بالینی به کارکنان بالینی و نقص در ارزیابی مبتنی بر عملکرد کارکنان از دیگر موانع و چالش‌های برنامه بود که مصاحبه شوندگان به آن اشاره داشته اند و البته با مطالعاتی که در زمینه چالش‌های اجرای برنامه حاکمیت بالینی توسط رواقی (۲۰۱۴)، میسن (۲۰۰۱) و شهرآبادی (۱۳۹۲) انجام شد، همخوانی داشت (۱۷-۱۵).

در بعد مشکلات ساختاری و منابع در حیطه مدیریت خطر، مطالعات فراوانی در رابطه با استانداردهای ایمنی بخش‌های مختلف انجام شده است که تاییدکننده موانع اجرای صحیح مدیریت خطر در بیمارستان‌ها می‌باشد. از

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.2.7]

جمله این مطالعات، می‌توان به مطالعه یاوری و همکاران (۱۳۹۴) اشاره نمود. در این مطالعه، پایین بودن استانداردهای بخش مراقبت ویژه در مقایسه با استانداردهای مصوب وزارت بهداشت به عنوان یکی از عوامل ایجاد اتفاقات ناخواسته در بیمارستان مطح شده است (۳۳). مرزبان (۱۳۹۲) نبود استانداردهای ساختاری در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار را به عنوان موانع ساختاری در زمینه فرهنگ ایمنی عنوان کرد (۳۴). دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۵)، مرتبط بودن استانداردهای بخش‌های مختلف بیمار چه از لحاظ کمیت و چه از لحاظ کیفیت را عاملی برای کاهش خطاهای پزشکی عنوان نمودند (۱۱).

با توجه به کیفی بودن مطالعه، قابل تعمیم نبودن و وابسته بودن نتایج پژوهش به شرایط، از محدودیت های پژوهش حاضر به شمار می آید. همچنین کمبود مطالعات مشابه در داخل کشور که چالش های مدیریت خطر را درقالب یک برنامه کشوری مورد ارزیابی قرار داده باشند نیز امکان مقایسه یافته ها با مطالعات داخلی را محدود کرد.

نتیجه‌گیری

موانع استقرار مدیریت خطر در بیمارستان‌ها را می‌توان در ۲ حیطه فرهنگ سازمانی نامناسب و کمبود منابع تقسیم‌بندی کرد. توانمندسازی مدیران و کارکنان مراقبتی و درمانی می‌تواند کلید برطرف‌سازی موانع استقرار مدیریت خطر در محیط‌های درمانی باشد. همچنین، برای تحقق استقرار مدیریت خطر در بیمارستان‌ها، ایجاد تغییرات در فرهنگ سازمانی ضروری می‌باشد. موانع فرهنگی و انسانی پیش روی استقرار مدیریت خطر در بیمارستان‌ها، مشهود است و اقدامات اساسی برای اجرای درست و اصولی مدیریت خطر ضروری به نظر می‌رسد. همچنین تقویت اهرم‌های اجرایی و نظارتی وزارت بهداشت و فرهنگ سازی مناسب در راستای تحلیل خطاهای رخ داده در بیمارستان به صورت گذشته نگر، از جمله توصیه‌های سیاستی به مجریان و برنامه ریزان نظام سلامت می‌باشد.

سپاسگزاری

نویسندگان از کلیه مدیران و پرسنل بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در راستای همکاری با تیم پژوهش به منظور مصاحبه و ارائه اطلاعات لازم تقدیر و تشکر می نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. ک

جمع آوری داده‌ها: الف. الف، ر. الف

تحلیل داده‌ها : ز. خ، م. ک، ک. ر

نگارش و اصلاح مقاله: م. م، م. ک، ک. ر

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته اقتصاد بهداشت می‌باشد و از سوی دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره ۹۰۱۱۱۱۹۰۰۳ مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Moghri J. Validation of Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPSC) and Assessment Patient Safety Culture from Physicians, Nurses and Radiology and Laboratory Staff View [MS thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences, School of Public Health; 2009. [Persian]

2) Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, van der Wal G, Groenewegen PP. The Psychometric Properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch Hospitals. BMC Health Services Research 2008; 8(1): 1-9.

3) Ebrahimi Rigi Tanha Z, Baghaei R, Feizi A. A Survey of Frequency and Type of Medical Errors Done by Nursing Students of Urmia Medical Sciences University in 1390. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2012; 10(2): 139-44. [Persian]

4) Mohammad Nejad I, Hojjati H, Sharifniya SH, Ehsani SR. Evaluation of Medication Error in Nursing Students in Four Educational Hospitals in Tehran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2010; 3(10): 60-9. [Persian]

5) Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, Taylor SL, Dy SM, Foy R, et al. Advancing the Science of Patient Safety. Annals of Internal Medicine 2011;154(10): 693-6.

6) Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, Robinson N, Smith GW, Barrett S, et al. The Epic Project: Developing National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare Associated Infections. Phase I: Guidelines for Preventing Hospital-Acquired Infections. Department of Health (England). The Journal of Hospital Infection 2001; 47(Supplement): S3-S4.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.2.7]

7) Wu AW. Medical Error: the Second Victim. Western Journal of Medicine 2000; 172(6): 358-59.
8) Wachter RM. Patient Safety at Ten: Unmistakable Progress, Troubling Gaps. Health Affairs 2010 Jan 1; 29(1): 165-73.
9) Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, et al. Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients. JAMA 2001; 285(16): 2114-20.
10) Penjvini S. Investigation of the Rate and Type of Medication Errors of Nurses in Sanandaj Hospital. Iran J Nurs Res 2006; 1(1): 59–64. [Persian]
11) Doshmangir L, Torabi F, Ravaghi H, Akbari SA, Mostafavi H. Challenges and Solutions Facing Medical Errors and Adverse Events in Iran: A Qualitative Study. Hospital 2016; 15(1): 31-40. [Persian]
12) Siddiqi S, Elasady R, Khorshid I, Fortune T, Leotsakos A, Letaief M, et al. Patient Safety Friendly Hospital Initiative: from Evidence to Action in Seven Developing Country Hospitals. International Journal for Quality in Health Care 2012; 24(2): 144-51.
13) Khajavi A. Physicians' Perceptions of Patient Safety Factors: a Systematic Review and Narrative Synthesis. Asian Biomed 2013; 7(6): 735-42. doi: 10.5372/1905-7415.0706.235.
14) Mohaghegh B, Ravaghi H, Mannion R, Heidarpoor P, Sajadi HS. Implementing Clinical Governance in Iranian Hospitals: Purpose, Process and Pitfalls. Electronic physician 2016; 8(1): 1796-803.
15) Ravaghi H, Rafiei S, Heidarpour P, Mohseni M. Facilitators and Barriers to Implementing Clinical Governance: A Qualitative Study among Senior Managers in Iran. Iran J Public Health 2014; 43(9): 1266-74.
16) Misson JC. A Review of Clinical Risk Management. J Qual Clin Pract 2001; 21(4): 131-4.
17) Shahrabadi R, Moeini B, Faradmal J, Khatiban M. The Study of Hospital Administrators's Views of Quality Improvement of Health: Applying Clinical Governance Model. Pajouhan Scientific Journal 2014; 12(3): 28-36. [Persian]
18) 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.
19) Gluyas H, Alliex S, Morrison P. Do Inquiries into Health System Failures Lead to Change in Clinical Governance Systems? Collegian 2011; 18(4): 147-55.
20) Tait AR. Clinical Governance in Primary Care: a Literature Review. J Clin Nurs 2004; 13(6): 723-30.
21) Sandars J, Cook G. ABC of Patient Safety. First edition. Oxford: Blackwell Publishing; 2007: 4-9.
22) Wolff AM, Bourke J, Campbell IA, Leembruggen DW. Detecting and Reducing Hospital Adverse Events: Outcomes of the Wimmera Clinical risk Management Program. Med J Aust 2001; 174(12): 621-5.
23) Som C. Sense Making of Clinical Governance at Different Levels in NHS Hospital Trusts. Clinical Governance: An International Journal 2009;14(2): 98-112.
24) Ritchie J, Lewis J, Nicholls CM, Ormston R. Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers. Second Edition. Sage Publication; 2013: 186-90.
25) Hartley AM, Griffiths RK, Saunders KL. An Evaluation of Clinical Governance in the Public Health Departments of the West Midlands Region. Journal of Epidemiology and Community Health 2002; 56(8): 563-8.
26) Verbano C, Turra F. A Human Factors and Reliability Approach to Clinical Risk Management: Evidence from Italian Cases. Safety Science 2010; 48(5): 625-39.
27) Hogan H, Basnett I, McKee M. Consultants' Attitudes to Clinical Governance: Barriers and Incentives to Engagement. Public Health 2007;121(8): 614-22.
28) Seidi M, Zardosht R. Survey of Nurses' Viewpoints on Causes of Medicinal Errors and Barriers to Reporting in Pediatric Units in Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. J Fasa Univ Med Sci 2012; 2 (3): 142-7. [Persian]
29) Ahmadi B, Keshvari M, Homauni A, Gharaei H. A Study on the Challenges Faced By Health Systems in Establishing Risk Management in Selected Hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Journal of Patient Safety and Quality Improvement 2014; 2(3): 126-30. doi: 10.22038/psj. 2014. 2991.
30) Singer SJ, Vogus TJ. Reducing Hospital Errors: Interventions that Build Safety Culture. Annu Rev Public Health 2013; 34: 373-96. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114439.
31) Fong N. Western Australian Clinical Governance Guidelines. Information Series Department of Health Government of Western Australia 2005. Available from URL: http://www.safetyandquality. health.wa.gov.au.
32) Mohammad pour A, Dehghan Niri N. The survey of the patient educational need on discharge phase in Gonabad health and treatment centers. Quarterly of Horizon of Medical Sciences 2007; 12(4): 45-52. [Persian]
33) Yavari M, Ardehali SH, Moeeni M. Evaluation of Intensive Care Unit in Terms of Standards of Care in Selected Hospitals in Tehran. journal of Medical Council of Iran 2015; 33(2): 131-7. [Persian]
34) Marzban S, Maleki MR, Nasiripour AA, Jahangiri K. Assessment of Patient Safety Management System in ICU. J Qazvin Univ Med Sci 2013; 17(5): 47-55. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.2.7]

Manage Strat Health Syst

Research Article

Challenges of Clinical Governance in Risk Management: A Qualitative Study of Teaching Hospitals

Mohammad Keshvari [1], Zahra Khansari [2], Kourosh Rajabkhah [3], Anahita Almasian [4], Rodabe Omidifar [5], Seyed Masood Mousavi [*1]

[1] Ph.D. student of Health Policy, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] BSc in Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
[3] MSc in HTA, School of Public Health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran
[4] MSc in Education Management, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
[5] MSc in HIT, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

*** Corresponding Author:** Seyed Masood Mousavi
m.mousavihp93@gmail.com

Citation: Keshvari M, Khansari Z, Rajabkhah K, Almasian A, Omidifar R, Mousavi SM. Challenges of Clinical Governance in Risk Management: A Qualitative Study of Teaching Hospitals. Manage Strat Health Syst 2017; 1(2): 93-102.

Received: July 16, 2016
Revised: January 14, 2017
Accepted: January 16, 2017

Funding: This study was supported by Tehran University of Medical Sciences (No: 9011119003).

Competing Interests: The authors declared that no competing interests exist.

A B S T R A C T

Background: Clinical governance is a Framework in which health care provider will be responsible for continuous quality improvement. This study aimed to identify implementation challenges of Clinical governance in the area of risk management.

Methods: This is a descriptive-qualitative study. We used Content Analysis method for data analysis. Study environment contained 7 teaching hospitals, and the study population included the hospitals staff engaged in Clinical Governance implementation. Using purposive non-randomised sampling, 18 participants were selected. A semi-structured face-to-face interview was used for data collection. Content Analysis method was used to conceptualize, interpret and analyze the texts and MaxQDA software for data analysis.

Results: Our research findings presented two main themes as cultural factors and lack of resources.

Conclusion: Promoting management as well as empowering health care providers could act as a key factor in addressing problems related to the implementation of risk management in health care environments.

Key words: Risk management, Clinical governance, Qualitative study

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.2.7]