

# چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در حیطه‌ی آموزش بیماران: یک مطالعه کیفی

محمد کشوری، آرش شیردل، علیرضا یوسفی\*

## چکیده

**مقدمه:** حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده 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. هدف پژوهش حاضر، شناسایی چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در حیطه‌ی آموزش بیماران بود.

**روش‌ها:** در این پژوهش کیفی، محیط پژوهش را ۴ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و جامعه پژوهش راکارشناسان درگیر در برنامه حاکمیت بالینی تشکیل دادند. ۱۶ شرکت‌کننده با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدف‌مند و از روش موارد شناخته شده انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود که با موافقت شرکت‌کنندگان ضبط، بازنویسی و تحلیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای کیفی استفاده شد.

**نتایج:** تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به تولید دو درون مایه اصلی «عوامل مربوط به سازمان و عوامل مربوط به بیمار» گردید. عوامل فرهنگی «ضعف فرهنگ کار تیمی، عدم وجود انگیزه در پرستاران جهت آموزش بیمار، ارزشمند نبودن آموزش، کمبود وقت و حجم بالای کار، کمبود پرسنل، نبود دستورالعمل مشخص برای آموزش، فرایندهای اضافه کار، اهمیت ندادن مدیران به آموزش» را دربرگرفت. عوامل مربوط به بیمار شامل «آگاه نبودن بیماران به حقوق قانونی خود، وضعیت نامساعد عمومی و عدم همکاری بیمار، بی‌سوادی و کم سوادی بیمار، کمبود انگیزه، تنوع فرهنگی بیماران و سخت شدن ارتباط با آنها» بود.

**نتیجه‌گیری:** آگاه نمودن بیمار در زمینه حق خود برای دریافت آموزش کامل و جامع و مطلع نمودن فرد مراقبت‌کننده از این حقوق، تجلی مفهوم بیمارمحوری است و برای رفع چالش‌های برنامه حاکمیت بالینی راه‌گشاست.

واژه‌های کلیدی: حاکمیت بالینی، آموزش بیمار، مطالعه کیفی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / ۱۳۹۴؛ ۱۵(۷۴): ۵۸۹ تا ۶۰۰

## مقدمه

یکی از موقعیت‌ها زمان از دست دادن سلامت و بستری شدن در بیمارستان است. از این رو فرآیند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل خود بر سلامتی و بالا بردن سطح آن گویای مفهوم ارتقای سلامت است. براساس این رویکرد، بیمارستان‌ها به عنوان یکی از مراکز مهم ارتقادهنده‌ی سلامتی، افزایش کیفیت برنامه‌های آموزشی و آموزش مهارت‌های خود مراقبتی برای بیماران و خانواده‌های آنان محسوب می‌شوند. امروزه آموزش به بیمار یکی از ابعاد مهم مراقبت‌های بیمارستانی به‌شمار می‌رود (۱).

آموزش بیمار شامل کلیه فعالیت‌های آموزشی مربوط به بیمار و خانواده او نظیر پیشگیری، آموزش بهداشت، مراقبت

انسان در طول زندگی در شرایط و موقعیت‌هایی قرار می‌گیرد که به منظور برآوردن نیازهای اساسی و حفظ حیات خویشتن نیازمند کسب آگاهی‌ها و مهارت‌های ویژه‌ای است.

\* نویسنده مسؤو: دکتر علیرضا یوسفی، دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. alirezayusefi67@gmail.com  
محمد کشوری، دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران. (mohamadkeshvari@gmail.com)، آرش شیردل، دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (Arashshirdel67@yahoo.com)  
تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱/۲۸، تاریخ اصلاحیه: ۹۴/۹/۲۱، تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۱

درمان است (۳ و ۲). از طرفی منشور حقوق بیمار نیز بیان می‌دارد، این حق بیمار است که از افراد مراقب در مورد تشخیص، نوع درمان و پیش‌آگهی بیماری اطلاعات دقیقی دریافت کند (۱). پتر (Pater) و همکارش عقیده دارند اطلاع از تشخیص، پیش‌آگهی، نحوه‌ی درمان، خطرها و فواید مربوط به آن‌ها حق بیمار است و به همین دلیل مفهوم آموزش به بیمار گسترش یافته است (۴).

عوامل متعددی ضرورت آموزش به بیمار را دوچندان می‌نماید که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به پیشگیری از بیماری‌ها، بهبودی و کاهش درد وی، سازگاری با بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها، کوتاه شدن مدت بستری، کاهش عود بیماری، بهبود کیفیت زندگی، اطمینان از تداوم مراقبت‌ها، کاهش اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری‌ها، افزایش شرکت در برنامه‌های مراقبتی و افزایش استقلال بیمار در انجام فعالیت‌های روزانه اشاره نمود (۵). در این زمینه آلیس (Ellise) و همکارش می‌نویسند، آگاه کردن بیماران، سهیم شدن آنان در تصمیم‌گیری و محترم شمردن حقوقشان به بهبودی آنان سرعت بخشیده، دوران بستری بودن در بیمارستان را کاهش می‌دهد؛ همچنین از امکان بازگشت مجدد آنها به بیمارستان می‌کاهد که این مسائل از نظر اقتصادی و اجتماعی اهمیت زیادی دارد (۶). همچنین مارکوم (Marcam) آموزش مراقبت‌های بهداشتی را باعث افزایش استقلال بیمار، بهبود مراقبت از خود، و کاهش عوارض، بهبود ارائه مراقبت‌های بهداشتی و ظرفیت بیمار، افزایش رضایت بیمار و کاهش هزینه‌ها می‌داند (۷).

بررسی‌ها حاکی از آن است که بیمارانی که اطلاعات لازم را در قالب خدمات آموزش به بیمار دریافت نموده‌اند به طور معناداری از مراقبت‌های ارائه شده خشنودتر بوده‌اند (۸). از نگاهی دیگر، آموزش به بیمار، فواید اقتصادی نیز دارد به طوری که در آمریکا سالانه حدود ۶۹ تا ۱۰۰ میلیون دلار برای مشکلات درمانی ناشی از عدم ارائه آموزش به بیمار هزینه می‌شود (۱). با این حال نتایج تحقیقات گوناگون نمایانگر عدم آموزش مؤثر به بیماران و خانواده‌هایشان از

عوامل محیطی مانند مشکلات مربوط به تیم درمانی از جمله کمبود وقت، عدم برنامه‌ریزی صحیح جهت این امر مشکلات هماهنگی و ارتباط ناکافی بین تیم درمانی می‌تواند به عنوان موانع آموزشی به بیمار تلقی گردند (۱۵). در دسته عوامل مربوط به پرستار، مواردی از قبیل عدم آگاهی و مهارت کافی در مورد روش‌ها و اصول آموزش به بیمار مطرح است. برخورداری از مهارت برقراری ارتباط یکی از نیازها و مقدمات آموزش به بیمار است (۱۶).

آموزش بیماران در چارچوب برنامه‌های بهبود کیفیت در بیمارستان‌های کشور صورت می‌پذیرد. در حال حاضر برنامه حاکمیت بالینی به عنوان برنامه‌ای برای بهبود کیفیت در بیمارستان‌های سراسر کشور اجرا می‌شود. حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده 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(۱۷). آموزش بیماران حیطه‌ی مهم از ۷ حیطه‌ی بنیادی حاکمیت بالینی است. علی‌رغم حضور فعال دانشجویان علوم پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی و امکان استفاده از ظرفیت و توان علمی ایشان در آموزش بیماران به نظر می‌رسد هنوز شناخت کافی در زمینه موانع و چالش‌های آموزش به بیماران در دسترس نیست؛ از سوی دیگر هنوز شناخت کافی در زمینه موانع و چالش‌های آموزش به بیماران در دسترس نیست. بدین منظور مطالعه کیفی را برگزیده‌ایم تا به درک عمیقی از موانع و چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در حیطه‌ی آموزش بیماران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران بپردازیم.

## روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه کیفی است که بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر است. این مطالعه با هدف دستیابی به ادراک از موانع آموزش به بیماران در فرایند درمان از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در تحقیق انجام شد، از آن‌جا که پژوهش کیفی یک روش سیستماتیک است که به منظور توصیف تجارب و درک معانی در سازمان‌های اجتماعی به اجرا در می‌آید در این مطالعه از روش کیفی استفاده شد(۱۸). نمونه‌گیری به صورت هدف‌مند انجام و جمع‌آوری اطلاعات تا زمان رسیدن اشباع داده‌ها ادامه یافت. نظر به این که در پژوهش کیفی تأکیدی بر مقیاس و یا تخمین آماری وجود ندارد، بلکه مهم ارزشمند بودن نمونه با توجه به هدف پژوهش است؛ لذا در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی هدف‌مند و از روش موارد شناخته شده استفاده شد. 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(۱۹) به این منظوریکی از پژوهشگران با مراجعه به مدیر بیمارستان به شناسایی افرادی که بیشترین اطلاعات را از نحوه‌ی اجرای برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستان داشتند، پرداخت.

در این مطالعه کارشناسان درگیر اجرای برنامه حاکمیت بالینی ۴ بیمارستان شهر تهران جامعه پژوهش را تشکیل دادند. این بیمارستان‌ها به دلیل آن که در دومین جشنواره‌ی کشوری حاکمیت بالینی جز بیمارستان‌های برتر در اجرای طرح حاکمیت بالینی بودند، انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با کارشناسان در محیط بیمارستان‌ها صورت گرفت. زمان هر مصاحبه بین ۴۰ تا ۹۰ دقیقه و با میانگین ۶۸ دقیقه بود و مکان مصاحبه‌ها به انتخاب مشارکت‌کنندگان در محیط بیمارستان انتخاب می‌شد. مصاحبه با سؤال وضعیت آموزش به بیماران در فرآیند درمان در بیمارستان شما به چه صورت است، آغاز و سپس با توجه به اهداف پژوهش هدایت می‌شد. بعد از انجام مصاحبه با هر کارشناس کلیه صحبت‌های هر مصاحبه پیاده و کدگذاری شد. به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای نهفته (Latent content analysis) استفاده شد. تحلیل محتوا یکی از روش‌های تجزیه و تحلیل داده است که در مدیریت اطلاعات، شناخت و رفع مشکلات و کاستی‌ها و تصمیم‌گیری‌ها نقش به‌سزایی دارد. تحلیل محتوا با طبقه‌بندی، تحلیل و تبیین داده‌ها پاسخ مناسبی در حل مسائل علمی ارائه می‌کند. 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 شد، 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 شباهت در یک طبقه قرار گرفت و زیرطبقات را تشکیل داد و در نهایت با ادغام طبقات، درون مایه‌های اصلی تعیین شد(۲۰). به منظور قابلیت اطمینان یافته‌ها و برای بررسی اعتبار داده‌های پژوهش، یک ارتباط مؤثر و مبتنی بر اعتماد با مشارکت‌کنندگان برقرار شد. جهت تأیید داده‌ها، هر مصاحبه پس از تجزیه و تحلیل در اختیار مشارکت‌کنندگان در پژوهش قرار گرفت و نظرات آن‌ها اخذ

بالینی مصاحبه انجام شد. شش نفر مرد و ۱۰ نفر زن بودند. میانگین سنی آنان  $45/38 \pm 8/55$  بود. از نظر پست سازمانی ۴ نفر سوپروایزر آموزشی، ۳ نفر سوپروایزر بالینی، ۴ نفر مسئول واحد حاکمیت بالینی، ۳ نفر مسئول دفتر بهبود کیفیت و ۲ نفر مدیر بیمارستان بودند. از نظر رشته تحصیلی ۷ نفر کارشناس ارشد پرستاری، ۴ نفر کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، ۲ نفر پزشک عمومی، ۱ نفر کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، ۱ نفر دکتری پرستاری بودند. از نظر سطح تحصیلات ۳ نفر تحصیلات داشتند. تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه منجر به استخراج دو درون‌مایه یا طبقه اصلی شامل فرهنگ سازمانی نامناسب و عوامل مربوط به بیمار گردید (جدول ۱).

شد. به منظور قابلیت تصدیق پژوهشگر سعی کرد پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها دخالت ندهد. به منظور قابلیت انتقال یافته‌ها مشارکت‌کنندگان از رشته‌های مختلف و با پست‌های سازمانی متفاوت انتخاب شدند. این مطالعه در کمیته اخلاق پژوهش با دانشگاه علوم پزشکی تهران تایید شد. نحوه جمع‌آوری داده‌ها برای مشارکت‌کنندگان و جلب همکاری و رضایت آنان توضیح داده شد و اطمینان از حفظ ناشناسی مشارکت‌کنندگان، حق امتناع از ادامه پژوهش، اطلاع‌رسانی کافی در مورد پژوهش و اهداف آن و اطمینان به مشارکت‌کنندگان در مورد نگهداری متن مصاحبه‌ها در محل امن صورت پذیرفت.

## نتایج

در مجموع با ۱۶ کارشناس درگیر اجرای برنامه حاکمیت

جدول ۱: درون مایه‌ها و عوامل مربوط به هریک از آنها

طبقات	درون مایه‌ها
	عوامل مربوط به سازمان
	ضعف فرهنگ کار تیمی در میان کارکنان عدم وجود انگیزه در پرستاران جهت آموزش به بیمار ارزشمند نبودن آموزش به بیماران کمبود وقت و حجم بالای کار کمبود کارکنان نبود دستورالعمل مشخص برای آموزش بیماران فرآیندهای اضافی در انجام کار از قبیل تشریفات و سلسله مراتب اداری اهمیت ندادن مدیران به آموزش به بیماران
	عوامل مربوط به بیمار
	آگاه نبودن بیماران به حقوق قانونی خود وضعیت نامساعد عمومی و عدم همکاری بیمار بی‌سوادی و کم سوادی بیمار کمبود انگیزه بیماران برای آموزش تنوع فرهنگی بیماران و سخت شدن ارتباط با آنها

کامل بودن و در عین حال ساده بودن موارد آموزشی است. آموزش از بدو پذیرش بیمار آغاز شده و باید تا پس از ترخیص ادامه یابد این کار نیازمند همکاری و تعاون بین تمام اعضای تیم درمان است. یکی از

**عوامل مربوط به سازمان:** ضعف فرهنگ انجام کار تیمی در بیمارستان به عنوان یکی از چالش‌های آموزش به بیمار شناخته شد. آموزش به بیماران فرآیندی مستمر است که برای پذیرش آن توسط بیمار نیاز به جامعیت و

مشارکت‌کنندگان (م ۱) در این خصوص اشاره دارد: "آموزش به بیمار باید به کار تیمی باشد، پرستار و پزشک و حتی خدمات هم میتونن در هر لحظه که کارشون رو انجام میدن مدام بیمار رو درگیر کنن، خود بیمار هم باید خودشو به عنوان یه یار تو این تیم بدونه، وقتی ببینه همه دارن بهش کمک میکنن مطمئناً خودش مشارکت میکنه" مشارکت‌کننده دیگری (م ۱۳) رابطه پزشک و پرستار و پزشک بیمار را نامناسب میدانست و بیان داشت: "تمام ارتباط پزشکان با ما (پرستارها) اردرهایی که میده، چیزی به عنوان همفکری و تعامل وجود نداره، البته ما هم مقصریم چون سرگرم کارای روزانه شدیم و خیلی از مطالب علمی دوران دانشگاه از یادمون رفته"

از موانع دیگر شناخته شده مرتبط با سازمان، عدم وجود انگیزه در کادر درمان بود. یکی از مشارکت‌کنندگان (م ۱۰) با گلایه از وضعیت آموزش به بیماران نبود نظام مبتنی بر عملکرد را عامل بی‌انگیزگی پرستاران می‌دانست و بیان داشت: "پرستار انگیزه برای آموزش نداره، خیلی‌ها اعتقادی به آموزش ندارند و اون رو انجام کار اضافی میدونن وقتی پرداخت‌ها بر اساس عملکرد نیست انگیزه‌ای برای انجام کار با کیفیت باقی نمی‌مونه" مشارکت‌کننده‌ی دیگری (م ۱۴) نیز نبود انگیزه را عامل کمبود دانش و اطلاعات علمی پرستاران می‌دانست و بیان کرد: "اطلاعات علمی پرستاران با جدا شدنشون از محیط دانشگاه رفته رفته کم میشه، کلاس‌های آموزشی به صورت صوری برگزار میشه فقط در حد یه اسم نویسی تا زمانی که منبای حقوق عملکرد و شایستگی نباشه طبیعی که کارکنان بی‌انگیزه باشن".

ارزشمند نبودن آموزش از دیگر موانع آموزشی بود. در این مورد شرکت‌کننده‌ای (م ۶) اعتقاد داشت: "وقتی همه‌ی فعالیت‌های آموزش به بیمار در یک پمفلت خلاصه میشه تازه اون رو هم معلوم نیست موقع ترخیص به دستش برسوونیم یا نه خب اینجور برداشت میشه که آموزش به

بیمار امر مهمی نیست". کمبود کارکنان و حجم بالای کار از موانع آموزش به بیماران شناخته شد. یکی از مشارکت‌کنندگان (م ۵) با بیان این مطلب که: "بیمارستان ما آموزشیه یک رزیدنت به چیز خاصی شک می‌کند کلی اقدام براش می‌نویسه تا این اقدامات رو پرستار انجام میدن کلی از وقتشون گرفته میشه، وقتی برای آموزش به بیماران نمونه" نداشتن وقت را عامل اصلی عدم آموزش به بیماران می‌دانست مشارکت‌کننده دیگری (م ۱) هم به این موضوع اشاره داشت: "پرسنل ما کم هستند ما آگه بخوایم نیروی اضافی بگیریم کلی محدودیت داریم تازه خودمونم حق استخدام نداریم" یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان (م ۴) گذاشتن یک پرستار مخصوص آموزش بیمار در بخش‌ها را به صورت گردشی راه‌کار این مشکل میدانست و بیان داشت: "آگه یه پرستار مخصوص آموزش بنارن با توجه به این که ما خیلی سرمون شلوغه خیلی میتونه کمک کنه" البته یکی از مشارکت‌کنندگان (م ۶) نداشتن وقت و نیرو برای عدم آموزش بیماران را توجیهی برای انجام ندادن آن می‌دانست و اعتقاد داشت اشاره به این مورد حاکی از در اولویت نبودن آموزش و دست کم گرفتن ارزش آن در بیمارستان است: "بین زمانی که پرستار می‌گه نمی‌رسم کارای خودمو انجام بدم چه برسه به این که بخوام به بیمار آموزش بدم یعنی آموزش به بیمار رو وظیفه و اولویت خودش نمی‌دونه".

نبود دستورالعمل مشخص برای آموزش بیماران نیز مثال دیگری از چالش‌های اشاره شده برای امر آموزش به بیماران بود یکی از مشارکت‌کنندگان (م ۳) در این مورد بیان داشت: "آموزش باید جز وظایف تعریف شده تیم درمان باشه کارکنان باید بدونن وظایفشون چیه، چه انتظاری ازشون میره و در مقابل انجام ندادن چه وظایفی باید پاسخگو باشن". مشارکت‌کننده دیگری (م ۳) نظارت و پایش عملکرد تیم درمان را به عنوان راه‌کاری برای در اولویت قرار دادن آموزش به بیمار می‌داند و بیان می‌کند:

“وقتی تک‌تک مسئولین برایشون مهم باشه و دغدغه آموزش به بیمار رو داشته باشن، و هر مسئول همکاران و کارکنان بخشش رو به طور مستمر پایش کنه کسی نمی‌تونه از وظایفش کوتاهی کنه”.

فرآیندهای اضافی در انجام کار از قبیل تشریفات و سلسله مراتب اداری از دیگر چالش‌های آموزش به بیمار شناخته شد. یکی از مشارکت‌کنندگان (م ۷) در این خصوص اظهار داشت: “به نظر خیلی از کارکنان حاکمیت بالینی یعنی پر کردن چند فرم اضافه که کلی از وقت پرستارها رو میگیره پزشکان هم که هیچ دخالت و همکاری در این خصوص نمی‌کنن” مشارکت‌کننده دیگری (م ۲) اعتقاد داشت: “مستندسازی یعنی شما کاری که انجام میدی رو ثبت کنی، اما وقتی نیرویی نیست نظارتی نیست کارای انجام نشده ثبت میشن چون بوروکراسی میگیره این فرم حاکمیت بالینی باید پر بشه پرستار مجبور میشه وقتش رو بناره برای پر کردن فرم کارایی که انجامشون نداده”.

اهمیت ندان مدیران به آموزش به بیمار نیز یکی دیگر از چالش‌های مرتبط با سازمان بود. در این باره یکی از مشارکت‌کنندگان (م ۳) در این باره بیان کرد: “مدیر بیمارستان آنقدر درگیر کارای اداری و ساختاری بیمارستان هست که توجه چندانی به بحث آموزش به بیمار نداره”. وی معتقد بود که باید در این مورد به مدیریت بیمارستان حق داد چرا که مدیریت وقت زیادی را باید صرف امور مدیریتی نظیر برنامه ریزی، سازمان‌دهی، کنترل سازمان داشته باشد. البته کمبود وقت نمی‌تواند توجیهی مناسب برای این امر مهم باشد. شرکت‌کننده دیگری (م ۶) نیز دلیلی دیگری برای این موضوع مطرح کرد وی بیان داشت: “مشکل زمانی پیش میاد که مدیریت بیمارستان تغییر می‌کنه مثلاً داشتیم که یک مدیر برای این موضوع اهمیت قائل بوده اما مدیر بعدی که اومده زیاد براش مهم نبوده”.

عوامل مربوط به بیمار: آگاه نبودن بیماران به حقوق قانونی خود از دیگر موانع شناخته شده آموزش به بیماران توسط این پژوهش بود یکی از مشارکت‌کنندگان (م ۸) در این خصوص اظهار داشت: “اگه بیمار بدونه حقه در درمان مشارکت کنه خودش داوطلب میشه، خیلی وقتا حتی نمیدونه چجوری باید شکایت کنه در حالی که ما اینجا دفتر رسیدگی به شکایات داریم و همه ما موقع نارضایتی بیمار پاسخ‌گوییم”. شرکت‌کننده‌ای دیگری (م ۴) بیان داشت که: “بعضی از بیماران حتی از کوچک‌ترین حق و حقوق خود در بیمارستان مطلع نیستن طوری که حتی بیمار سؤالای ابتدای از پرسنل داشتن که نه تنها هیچ جوابی بهشون داده نشده که باهاشون هم خوب صحبت نشده”.

وضعیت نامساعد عمومی و عدم همکاری بیمار نیز یکی دیگر از موانع آموزش بود. در این مورد یکی از شرکت‌کنندگان (م ۳) اشاره داشت: “به بعضی از بیماران که اصلاً نمی‌تونیم آموزشی بدیم چون حالشون اونقدر بده که همیشه باهاشون حرف زد چه برسه آموزش بدیم”.

بی سوادی و کم سوادی همچنین یکی از موانع آموزش بیماران بود. در این زمینه شرکت‌کننده‌ای (م ۴) با اشاره به این موضوع بیان کرد که: “آموزش به بیمارایی بی سواد و حتی کسانی که سواد کمی دارن خیلی مشکل هست چون اول باید اونا رو با به سری کلمات آشنا کرد بعد بریم سراغ آموزش”.

مشارکت‌کننده‌ای (م ۱) درباره انگیزه بیمار برای دریافت آموزش اظهار داشت که: “برخی از بیماران به علل مختلفی از دریافت آموزش سر باز می‌زنند و هیچ تمایلی برای آموزش از خودشون نشون نمیدن، البته تا حدودی حقم دارن تو اون شرایط بیماری و سختی‌های خودش آموزش زیاد براشون جالب به نظر نمیرسه”.

تنوع فرهنگی بیماران و سخت شدن ارتباط با آنها از موانع آموزش بیماران شناخته شد. این چالش که در طبقه عوامل مربوط به بیمار جای دارد، حاکی از عدم ارتباط

تیمی در میان کارکنان، عدم وجود انگیزه در پرستاران جهت آموزش به بیمار، ارزشمند نبودن آموزش به بیمار، کمبود وقت و حجم بالای کار، کمبود کارکنان، نبود دستورالعمل مشخص برای آموزش بیمار، فرایندهای اضافی درانجام کار از قبیل تشریفات و سلسله مراتب اداری، اهمیت ندادن مدیران به آموزش به بیمار از عوامل مربوط به سازمان شناخته شد. در راستای اجرای مؤثر و کارا تر برنامه حاکمیت بالینی، ضرورت می‌طلبد فرهنگ کار تیمی در بین کارکنان تقویت گردد، چرا که جهت موفقیت و دستیابی هر چه بهتر به اهداف فردی و سازمانی، روحیه و نتیجه کار تیمی از اهمیت بالایی برخوردار است (۲۱). از سوی دیگر انگیزه در انجام هر کاری یکی موارد حیاتی و ضامن پیروزی به شمار می‌رود. علاقه بند به نقل از ویلیام جیمز می‌نویسد اگر کارکنان انگیزش بیشتری داشته باشند تقریباً با ۸۰ الی ۹۰ درصد توانایی خود کار می‌کنند (۲۲).

در رابطه با کمبود وقت، حجم بالای کار و همچنین کمبود کارکنان از دیگر موانع آموزش بیمار، گارون (Craven) و همکاران عدم تناسب نسبت پرستار به بیمار را چالشی مهم برای آموزش بیمار گزارش کردند (۲۳)، که با یافته‌های ما هم‌خوانی دارد. دهقانی در مطالعه خود وظایف زیاد و کمبود نیروی انسانی و کمبود وقت را به عنوان مهم ترین موانع اجرایی آموزش به بیمار در بعد مدیریتی بیان می‌کند (۲۴).

مطالعه محمدی و همکارش در مورد نگرش پرستاران در مورد آموزش به بیمار نیز نشان داد که بیش از نیمی از پرستاران نسبت به آموزش به بیمار نگرش منفی داشتند (۲۵) این مطالعه با یافته‌های ما مبنی بر بی‌انگیزگی پرستاران برای آموزش بیمار مطابقت دارد. فرآیندهای اضافی درانجام کار از قبیل تشریفات و سلسله مراتب اداری، نیز می‌تواند فرآیند آموزش بیمار را مختل و مانع از انجام آن شود؛ چرا که این عوامل باعث افزایش پیچیدگی کارها و خستگی کارکنان و بیمار و در نتیجه

مؤثر بین کادر درمان و بیماران به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومیتی و زبانی است. یکی از مشارکت‌کنندگان (م۳) در این مورد بیان داشت: "خیلی از بیماران زبان فارسی متوجه نمیشن، عملاً ارتباط با اونا خیلی سخته چه برسه بخوای آموزششونم بدی، بعضیام آموزش ناپذیرن چون فرهنگ و سوادشون پایینه". البته مشارکت‌کننده‌ی دیگری (م۱۲) با مخالفت با این موضوع تفاوت فرهنگی و قومیتی را بهانه‌ای برای عدم آموزش می‌دانست و بیان داشت: "نمیشه زبان رو بهانه قرار داد به هر حال ما همه تویه یک کشور زندگی میکنیم بیمارها هم هموطنامونن قوم تاتار که نیستن، همونجور که بیمار ممکنه غیرفارسی باشه خیلی از پرسنل هم غیرفارسن" ایشان اعتقاد داشت دغدغه‌های غیر درمانی بیماران شهرستانی مانع مهمی در آموزش به آن‌هاست و بیان داشت: "بیمار دغدغه این رو داره که همراهش شب کجا میخوابن، چقدر هزینه بستنش از کجا پول درمونش رو بده این‌ها باعث میشه انگیزه‌ای برای یادگیری نداشته باشه حتی اگه بخواد هم شرایط زهنی مناسبی برای یادگیری نداره این رو به نداشتن شرایط جسمی مناسب اضافه کن". مشارکت‌کننده دیگری (م۳) آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط را راهکار این مانع می‌دانست و اظهار داشت: "برقراری ارتباط یه مهارت اکتسابیه، میشه با مطالعه کردن و گذاشتن کلاس آموزشی این مهارت رو تقویت کرد، توی قرآن اومده با هر قومی با زبان خودش صحبت کن این یعنی چی؟ یعنی اگه میخوای ارتباط برقرار کنی خودت توی سطح مخاطبت بپر".

## بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در حیطه‌ی آموزش به بیماران در بیمارستان‌های تهران بود. یافته‌های مطالعه حاضر دو درون‌مایه اصلی شامل عوامل مربوط به سازمان و عوامل مربوط به بیمار را آشکار نمود. ضعف فرهنگ کار

کاهش تمایل آنها برای آموزش بیمار می‌گردد. مدیران می‌توانند جهت بر طرف کردن موانع عمده موجود در زمینه آموزش به بیمار، اقدامات اساسی را به عمل آورند و موانعی را که از اولویت بیشتری برخوردار است به حداقل برسانند. همچنین مدیران پرستاری می‌توانند با اختصاص زمان بیشتر برای آموزش و توجیه پرسنل پرستاری، ارائه اطلاعات اختصاصی برای پرستاران در خصوص اصول و روش‌های یاددهی و یادگیری مددجویان، تهیه و در دسترس قرار دادن مواد و منابع آموزشی برای بیماران و پرستاران، برگزاری سمینارها، لحاظ نمودن فعالیت آموزش به مددجو در ارزشیابی‌های مستمر پرسنل پرستاری، اختصاص محل مناسب برای برگزاری آموزش و حمایت‌های مدیریتی کمک زیادی در جهت بر طرف نمودن موانع آموزش به بیمار بنمایند. به طور کلی مدیران مالی مراکز بهداشتی درمانی، فواید صرف هزینه برای آموزش به بیمار را در مقایسه با سایر هزینه‌ها مورد توجه قرار نمی‌دهند (۲۶).

از طرفی آگاه نبودن بیماران به حقوق قانونی خود، وضعیت نامساعد عمومی و عدم همکاری، و بی سوادی و کم سوادی بیمار، کمبود انگیزه بیماران برای آموزش، و تنوع فرهنگی بیماران و سخت شدن ارتباط با آنها از دیگر چالش‌های بالفعل آموزش بیماران شناخته شدند که در دسته عوامل مربوط به بیمار جای گرفتند. در خصوص عدم آگاهی بیمار از حقوق خود در مطالعه‌ای که توسط جولایی و همکاران انجام گرفت مشخص گردید که هیچ یک از بیماران و همراه آنان منشور حقوق بیمار را نخوانده و از مفاد آن آگاهی نداشتند (۲۷). هادیان جزی نیز در پژوهش خود، یکی از مهم‌ترین موانع رعایت حقوق بیماران را عدم آگاهی مناسب بیماران از منشور حقوق بیمار دانست (۲۸). همچنین نصیریانی در تحقیق خود، به این نتیجه دست یافت که میزان رعایت حقوق بیماران در سطح متوسط بوده است، که با در نظر گرفتن اهمیت موضوع رضایت بخش نیست و لازم است با انجام

اقداماتی از قبیل تدوین و تصویب قوانین مربوط به حقوق بیماران و ایجاد ضمانت اجرایی آن احترام به این گروه دریافت‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی افزایش یابد (۲۹). زولفیکار (Zolfikar) و همکارش در این باره در نتایج پژوهش خود اذعان می‌کنند که برای رعایت حقوق بیماران نیاز به آگاهی آنها از حقوق و مسئولیت‌های خودشان است تا رعایت آن را از افراد مسؤول و پرستاران درخواست نمایند (۳۰) مرآکو (Merako) و همکاران یز در مطالعه خود بیان می‌کنند که بیش از نیمی از بیماران در پاسخ به این سؤال که آیا تا بحال حقوق خود را درخواست کرده‌اید؟ پاسخ منفی دادند (۳۱)؛ که این مورد، خود می‌تواند شاهدهی بر این موضوع باشد که بیمار از حقوق خود آگاهی ندارد تا آن را از سازمان ارائه‌کننده خدمت مطالبه کند. هاتون (Hatun) در این زمینه می‌نویسد برای تثبیت حقوق بیماران و تقویت مشارکت آنان در تصمیم‌گیری بهداشتی مربوط به خودشان، به تلاش و پیگیری بیشتری نیاز است. به عقیده‌ی وی حقوق بیمار به تنهایی با تکیه بر مبانی اخلاقی قابل دستیابی نبوده و با تدوین و دستورالعمل‌ها باید مکانیسم‌هایی را برای کنترل و پایش مداوم این حقوق فراهم کرد (۳۲). همچنین سازمان جهانی بهداشت در مورد ارتقا حقوق بیماران در اروپا که هنوز اهمیت خود را در این زمینه از دست نداده است، چارچوبی را برای عمل در مورد رعایت حقوق بیماران در اروپا ارائه داده است. بر اساس این چارچوب جهت ارتقا حقوق بیماران باید بیانیه‌ها و قوانینی تدوین شود که حقوق و مسئولیت‌های بیماران و کلیه موسسات و پرسنل ارائه‌دهنده خدمات را مشخص نماید؛ علاوه بر آن تدوین و تعیین حقوق بیماران باید بر اساس درک مشترکی بین نمایندگان بیماران، ارائه‌دهندگان و سیاست‌گذاران در مورد این حقوق باشد (۳۳).

همچنین برخی از بیماران با توجه به این که از وضعیت عمومی مناسبی برخوردار نیستند، نه تنها تمایل به



### نتیجه‌گیری

چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در حیطه‌ی آموزش به بیمار را می‌توان در دو حیطه فرهنگ سازمانی نامناسب در مراکز درمانی و شرایط مربوط به بیمار تقسیم‌بندی کرد. توانمند سازی بیماران (آموزش به بیماران، اطلاع رسانی بهتر، رسیدگی به شکایات و توجه به دیدگاه‌های آنان) به منظور دریافت آموزش، در کنار توانمندسازی کارکنان مراقبتی و درمانی (آموزش حین خدمت، ارتقای مهارت‌های فنی و ارتباطی و ایجاد انگیزش) به منظور ارائه آموزش می‌تواند کلید برطرف‌سازی موانع آموزش به بیماران در محیط‌های درمانی باشد. بسیاری از موانع آموزش با همدیگر مرتبط بوده و برطرف کردن آنها به صورت مجزا امکان‌پذیر نیست.

آگاه نمودن بیمار توسط فرد مراقبت‌دهنده در زمینه حق خود برای دریافت آموزش کامل و جامع تجلی مفهوم بیمارمحوری و تأکید بر توانمند نمودن بیمار است. داشتن مهارت‌های ارتباطی خوب و حساس بودن فرد مراقبت‌دهنده نسبت به نیازهای بیمار پیش شرط پوشش این مفاهیم می‌باشد. پایش عملکرد و بازخورد، تفویض اختیار به بیمارستان‌ها، افزایش امکانات و تسهیلات، نوشتن شرح شغلی مناسب و بروز، گذاشتن یک پرستار مخصوص آموزش به بیمار به صورت درگرددش و آموزش مهارت‌های برقرای ارتباط از راه‌کارهایی است که می‌تواند موجب برطرف کردن موانع استقرار حاکمیت بالینی در حیطه‌ی آموزش به بیماران شود.

### قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر و قدردانی خود را از همکاری کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش را اعلام نمایند.

آموزش نشان نمی‌دهند بلکه قادر به فراگیری مبحث آموزشی نمی‌باشند و این موضوع اجتناب ناپذیر است. از طرفی بیماران کم سواد و بی سواد نمی‌توانند آگاهی‌ها و مهارت‌های لازم برای مراقبت از خود را کسب نمایند و نباید از آنها انتظار داشته باشیم که از دستورات دارویی درمانی و رژیم غذایی توصیه شده، تبعیت کنند(۳۴). بیماران با فرهنگ‌های متفاوت، نیاز به برخوردها و ارتباطات متفاوت و متنوعی دارند. هنگامی که بیمار و کادر مراقبت با زبان متفاوت با یکدیگر صحبت می‌کنند، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های ارتباطی بین فرهنگی به وقوع می‌پیوندد(۳۵). ارتباط بین فرهنگی از جمله رفتارهایی است که متاثر از باورها، ارزش‌ها و اعمال حاکم بر پرستار و مددجو بوده و شامل راهبردهای عاطفی، شناختی و رفتاری است(۳۶). علاوه بر این تعدادی از مطالعات نشان داده اند که موانع ارتباطی می‌توانند موجب اختلال در توسعه روابط مراقبتی شوند(۳۷). هنگامی که کارکنان بهداشتی در شناخت موانع ارتباطی و بین فرهنگی موفق نباشند، پیامد آن نابرابری در امر مراقبت و احساس استرس در پرستاران خواهد بود(۳۸). دیده شده است که ارتباط با بیماران دارای زبان و فرهنگ متفاوت با مشکلاتی همراه است(۳۹).

از نقاط قوت پژوهش می‌تواند این باشد که جزء معدود مطالعاتی است که در ایران به موانع استقرار حاکمیت بالینی پرداخته و چون با رویکرد کیفی به بررسی عوامل توجه شده است، توانسته به صورت عمیق، تجربیات شرکت‌کنندگان را بررسی و برای کاربردهای عملی بعدی بیان نماید.

از محدودیت‌های این پژوهش، با توجه به کیفی بودن نوع مطالعه عدم تعمیم‌پذیری نمونه‌ها بود که برای کاهش این محدودیت سعی شد نمونه‌گیری تا اشباع کامل داده‌ها ادامه یابد.

## منابع

1. Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care. 7<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2010.
2. Visser A, Deccache A, Bensing J. Patient education in Europe: united differences. *J Patient Educ Couns*. 2001; 44(1): 1-5.
3. Skelton A. Evolution not revolution? The struggle for recognition and development of patient education in the UK. *Journal of Patient Educ Couns*. 2001; 44(1): 23-7.
4. Oweise S, Salemi S, Najafi T (Translator). *Arts and Fundamentals of Nursing*. Pater P, Pery A (author). Tehran: Salemei; 2003.
5. Deyirmenjian M, Karan N, Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients: a source of anxiety?. *Patient Educ Couns*. 2006; 62(1): 111-7.
6. Ellise JR, Hartlay CL. *Nursing in Today World*. 10<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2010.
7. Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *J Contin Educ Nurs*. 2002; 33(3): 112-8.
8. Barker R, Kober A, Hoerauf K, Latzke D, Adel S, Kain ZN, et al. Out-of-hospital auricular acupressure in elder patients with hip fracture: a randomized double-blinded trial. *Acad Emerg Med*. 2006; 13(1): 19-23.
9. Millard L, Hallett C, Luker K. Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs*. 2006; 55(2): 142-50
10. Hickey G, Kipping C. Exploring the Concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *J Clin Nurs*. 1998; 7(1): 83-8.
11. Paul F, Cumming P, Fleck E. Patient information: involving the user group. *Prof Nurse*. 2001; 16(10): 1405-7.
12. Deccache A, Aujoulat I. A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Educ Couns*. 2001; 44(1): 7- 14.
13. Aziznejad P, Zabihi A, Hosseini SJ, Bijani A. [Nurses and nurse managers opinions about the patient's training barriers]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2010; 12(1): 60-64. [Persian]
14. Borhani F. [Nurses and nurse-manager's opinions about the importance of patients' training barriers]. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2002; 5(4): 84-90. [Persian]
15. Haddad M. [Viewpoints of employed nurses in hospitals of Birjand city regarding existing barriers in patient education]. *Modern Care Journal*. 2011; 8(3): 152-8. [Persian]
16. Esmaeilie R. [Survey of clinical nurses views about the problems of patient teaching]. *Iran journal of nursing*. 1998; 12(18 and 19): 111-114. [Persian]
17. Department of Health. HSC 1999/123: Governance in the new NHS controls assurance statements 1999/2000 risk management and organisational controls. London: DH Report; 1999.
18. Grove SK, Burns N. *The Practice of Nursing Research*. 6<sup>th</sup>ed. Philadelphia, PA: Mosby Saunders; 2008.
19. Teddlie C, Tashakkori A. *Foundations of mixed methods research: integrating quantitative and qualitative techniques in the social and behavioral sciences*. SAGE Publications; 2008.
20. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. In: Wildemuth B(editor). *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*. Westport, CT: Libraries Unlimited; 2009.
21. Simarasl N, Fayazi M, Gholipour A. [Explanation of the Consequences of Positive Organizational Behavior (POB) Among Iranian Librarians]. *Fasnameye oloume modireyate iran*. 2010; 5(17): 23-45. [Persian]
22. Alagheband A. [Management of Organizational Behavior]. Tehran: Amirkabir Publisher; 2001. [Persian]
23. Craven Ruth F, Hirnle CJ, Jensen S. *Fundamental of nursing human health and function*. 7th edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
24. Dehghani A, Orang M, Abdollahifard S, Parvianian nasab A, Vejdani M. [Barriers to Patient Education in Clinical Care; Viewpoints of Nurses]. *Iranian journal of medical education*. 2014; 4(14): 332-341. [Persian]
25. Mohammadi MA, Dadkhah B. [Attitude of nurse's about patient education]. *Journal of Research in Nursing and Midwifery*. 2004; 7(23): 24-27. [Persian]

26. Rakhshani F, Vanaki Z (translator). [Basic of patient education]. Margaret K, Barbara Leen N (author). 1<sup>st</sup>ed. Tehran: Kankash; 1998. [Persian]
27. Jolae S, Nikbakht Nasrabadi A, Parsa Yekta Z. [The view of patients and patients' companions regarding patients' rights: a phenomenological research]. *Hayat*. 2004; 10(4): 5-20. [Persian]
28. Hadianjazi Z, Dehghan Nayeri N. [Barriers in the Performance of Patient's Rights in Iran and Appropriate Offered Solutions Review Article]. *Holist Nursing Midwifery Journal*. 2015; 24(4): 69-79. [Persian]
29. Nasiriani K, Farnia F, Nasiriani F. [Barrasiye hoghoughe bimar az didgahe parastarane shagel dar bimarestanhaye shahre yazd]. *Majaleye elmiye pezeshti ghanouni*. 2007; 13(1): 33-37. [Persian]
30. Zolfikar F, Ulusou MF. Are patients aware of their rights? A Turkish Study. *Nurs Ethics*. 2001; 8(6): 487-98.
31. Merakou K, Dalla-Vorgia P, Garanis-Papadatos T, Kourea-Kremastinou J. Satisfying patients' rights: a hospital patient survey. *Nurse Ethics*. 2001; 8(6): 499-509.
32. Hatun S. Patients' rights in Turkey. *Turkish Journal of Medical Science*. 1998; 28(2): 111-4.
33. World Health Organization. Patients' rights and citizens' empowerment: through visions to reality: Joint consultation between the WHO Regional Office for Europe, the Nordic Council of Ministers and the Nordic School of Public Health. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2000.
34. Rostami H, Montazam H, Ghahremanian A, Mirghafourvand M. [Survey of Education Barriers from Nurses and Patients Viewpoint]. *Scientific Journal of Hamedan Nursing and Midwifery Faculty*. 2010; 18(1): 50-60. [Persian]
35. Andrews MM, Boyle JS. *Transcultural concepts in nursing care*. 6<sup>th</sup>ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2011.
36. Lipson JG, Steiger NJ. *Self-Care Nursing in a multicultural Context*. 1<sup>st</sup> ed. SAGE Publications; 1996.
37. Covington LW. Cultural competence for critical care nursing practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2001; 13(4): 521-30
38. Pergert P, Ekblad S, Enskar K, Bjork O. Bridging obstacles to transcultural caring relationships-tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *Eur J Oncol Nurs*. 2008; 12(1): 35-43
39. Cioffi RN. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *Int J Nurs Stud*. 2003; 40(3): 299-306.

# Challenges of Establishing Clinical Governance in the Field of Patient Education: A Qualitative Study

Mohammad Keshvari<sup>1</sup> ArashShirdel<sup>2</sup>, AlirezaYousefi<sup>3</sup>

## Abstract

**Introduction:** *Clinical governance is a framework in which service provider organizations are accountable for continuous improvement of responsive quality and protect high service standards by creating an environment where clinical service excellence is flourished. The purpose of this study was to explore challenges of establishing clinical governance in the field of patient education.*

**Methods:** *This qualitative study was conducted in four teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences and the population consisted of experts involved in the clinical governance program. Sixteen participants were selected using non probability purposive sampling and known cases. Data were collected through semi-structured interviews which were recorded, transcribed and analyzed after informed consent was obtained. Qualitative content analysis was used to analyze the data.*

**Results:** *Two major themes were emerged: “organization-related and patient-related factors”. Cultural factors included “poor teamwork culture, nurses’ lack of motivation to train patients, unvalued education, lack of time and high workload, shortage of personnel, lack of clear guidelines for education, overtime processes, managers’ neglect of education”. Patient-related factors, included “patients’ unawareness of their legal rights, public predicament and lack of cooperation from patients, patients’ illiteracy and low literacy, low motivation, cultural diversity of patients and difficulty to communicate with them”.*

**Conclusion:** *Informing patients of their rights to receive comprehensive education and informing caregivers of such rights are the manifestation of patient-orientation concept and could pave the way to remove the challenges of clinical governance program.*

**Keywords:** Clinical governance, Patient education, Qualitative study.

## Addresses:

- <sup>1</sup>. PhD Student of Health Policy, Deputy of Treatment, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran. Email: mohamadkeshvari@gmail.com
2. PhD Student of Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: Arashshirdel67@yahoo.com
3. (✉) PhD Student of Health Services Management, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. Email: alirezayusefi67@gmail.com