



ستاد حاکمیت بالینی



دانشگاه علوم پزشکی و  
خدمات بهداشتی درمانی گیلان

## کتابچه خلاصه مقالات

### اولین همایش منطقه ای حاکمیت بالینی



Abstract Book Of

First Regional Congress Of Clinical Governance

۶ و ۷ آبان ۱۳۸۹

[Http://Goums.Ac.Ir](http://Goums.Ac.Ir)

[Http://Hakemiyate-Balini.Blogfa.Com](http://Hakemiyate-Balini.Blogfa.Com)



**رئیس همایش:**

**دکتر شہریار سمنانی**

**دبیر همایش:**

**دکتر علیرضا خواجہ میرزایی**

**مسئول کمیٹہ علمی ہمایش:**

**دکتر شہریار سمنانی**

**انیس عباسی**

**مسئول کمیٹہ اجرایی ہمایش:**

**آذردخت ضیائی**

**مقدمه:**

در طی دو دهه اخیر، جهان شاهد توجه ویژه ای به ساز و کارهای ارتقا کیفیت خدمات سلامت بوده است. شاید بتوان شروع این جنبشها را به سال ۱۹۴۸ میلادی و به کشور انگلستان منتسب نمود که منجر به پیدایش مفاهیم تعالی خدمات بالینی به عنوان ۲ زیر ساخت اصلی ارتقاء کیفیت خدمات سلامت گردید. این جنبشها تا سال ۱۹۹۹ که متولیان امر سلامت دریافتند باید یک سیستم منسجم و با پشتوانه و حمایت حاکمیتی، مسئولیت ارتقاء کیفیت خدمات سلامت را به عهده بگیرد و موسسه ملی تعالی خدمات بالینی انگلستان به عنوان اولین نهاد منسجم مسئول ارتقای کیفیت سلامت در جهان به صورت رسمی تاسیس شد، ادامه داشت. به دنبال این برنامه و متعاقب احساس نیاز شدید به ورود کیفیت و ارتقاء آن در ارائه خدمات سلامت، موسسات ملی تعالی خدمات بالینی در کشورهای مختلف دنیا و از جمله کشور عزیزمان ایران پدید آمد. هر نظام ارتقای کیفیتی باید ملزومات و شرایط فرهنگی و نظام سلامت کشور را در نظر گرفته و به اصطلاح بومی باشد. در این میان مفهومی با عنوان حاکمیت خدمات بالینی در کشورهای دیگر آزمون موفقیت داشته و مورد توجه قرار گرفته است.

حاکمیت بالینی در مفهوم کلی به معنای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و افزایش پاسخگویی ارائه دهندگان و متولیان امر سلامت در قبال کیفیت خدمات ارائه شده به مردم است.

حاکمیت بالینی فرصتی است برای یافتن راههای به حرکت در آوردن افراد با وضعیت سستی و رخوت فعلی به سمت فرهنگی چالش انگیزتر که در آن، آموزش فعال، صحبت کردن به همراه شنیدن و گوش کردن، و پرسیدن با هدف یادگیری و توسعه، موج می زند.



## پیام رئیس همایش:

تا کنون نظریه ها و رویکردهای متنوعی برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت مورد استفاده قرار گرفته است که مهمترین آنها می توان به پیاده سازی استانداردهای ISO، اجرای برنامه های مدیریت جامع کیفیت TQM، طرح تکریم ارباب رجوع و EFQM و بسیاری از اقدامات دیگر اشاره کرد. مقام محترم وزارت در نامه شماره ۳۸۸۰۴۴ مورخ ۸/۸/۸۸ ضمن تأیید اثر بخشی مداخلات ارزشمند و برنامه های متعددی که تا کنون برای ارتقاء خدمات درمانی و بهداشتی در کشور اجرا شده است با تأکید بر نگاهی دوباره به شازوکارهای موجود در کشور و تقویت نقاط قوت و کاهش کاستی ها و ارتقای بیش از پیش کیفیت ارائه خدمات، استمرار و تداوم این تلاشها را برای دستیابی به حداکثر کیفیت و کسب رضایت بیماران و کارکنان را در قالب اجرایی مفاهیم حاکمیت خدمات بالینی CLinical Governance تکلیف نمودند.

حاکمیت بالینی مفهومی است که کلیه فعالیت های مربوط به ارتقاء، بازبینی، سنجش و پایش کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران را زیر چتر خود می گیرد و رویکردی است نظام مند برای تضمین مسئولیت پذیری و پاسخگوئی بالینی به نحوی که کیفیت و ایمنی خدمات ارائه شده به بیماران با مشارکت آنان و کارکنان و همراهان با امکانات موجود در سطحی مناسب ارتقاء پیدا می کند.

برای استقرار و عملیاتی کردن این رویکرد در دانشگاه علوم پزشکی گلستان اقدامات متعدد و مفیدی شروع شده است که اجرای طرح بزرگ آسیب شناسی بیمارستانهای استان از جمله این اقدامات می باشد برگزار اولین همایش منطقه ای استان با اصول حاکمیت بالینی که با همکاری وزارت متبوعه و استقبال شایان توجه اساتید و کارشناسان حوزه های مختلف از سراسر کشور مواجه گردید است فیزیکی از این اقدامات است که بمنظور ترویج مفاهیم حاکمیت خدمات بالینی و تأکید بر یادگیری و آموزش مستمر صورت می گیرد. ضمن تقدیر و تشکر از اساتید و همکاران دفتر تعالی خدمات بالینی وزارت و همچنین ستاد حاکمیت بالینی و معاونین و مسئولین دانشگاه که در برگزاری این همایش مشارکت فعال داشته اند از عزیزانی که با ارائه مقالات بر غنای این همایش افزوده اند نیز تشکر می نمایم.

**دکتر شهریار سمنانی**

**قائم مقام وزیر و رئیس دانشگاه**

## با تقدیر و تشکر از همکاری :

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اداره کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداری گلستان

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

معاونت دانشجویی فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان

روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دفتر حراست دانشگاه علوم پزشکی گلستان

اداره کل میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان گلستان



## اعضای کمیته علمی بر حسب حروف الفبا :

### مسئول کمیته علمی: دکتر شهریار سمنانی ، انیس عباسی

- دکتر محمد اشعاری- معاون درمان و جانشین رئیس ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر امید براتی- معاون فنی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر ناصر بهنام پور- عضو هیات علمی و مشاور آمار ستاد برنامه ریزی حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر علیرضا خواجه میرزایی-قائم مقام رئیس دانشگاه و دبیر ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر رویا دستجردی- کارشناس دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر حمید رواقی- مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر دکتر شهریار سمنانی-قائم مقام وزیر، رئیس دانشگاه و رئیس ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر مجتبی صداقت- عضو هیات علمی و کارشناس مسئول دفتر خدمات حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- آذردخت ضیائی- کارشناس امور بیمارستانها و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- انیس عباسی- کارشناس ارشد امور بیمارستانها و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر سید فرشید فاطمی نظر- معاون اجرایی معاونت بهداشتی علوم پزشکی ایران
- عبدالستار گری نورانی- کارشناس ارشد امور بیمارستانها و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر شهرام یزدانی- عضو هیات علمی و کارشناس مرکز تعالی بالینی مرکز مطالعات و توسعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



## اعضای کمیته اجرایی بر حسب حروف الفبا :

### مسئول کمیته اجرایی: آذردخت ضیائی

- دکتر محمد اشعاری- معاون درمان و جانشین رئیس ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- خسرو انصاری – کارشناس ارشد امور بیمارستانها
- حمیدالله ایری- کارشناس امور بیمارستانها
- حیدر آرش-کارشناس آموزش مداوم معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر عسگری بهلول- رئیس اداره نظارت و اعتباربخشی و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر ناصر بهنام پور- عضو هیات علمی و مشاور آمار ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر سمیه پاسندی- مشاور رئیس و مدیر گروه مشاوران جوان و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر حجت اله جنتی راد- رئیس بیمارستان امام خمینی (ره) بندر ترکمن و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر مهدی حسینی- مدیر درمان و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر علیرضا خواجه میرزایی- قائم مقام رئیس دانشگاه و دبیر ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر بی بی هاجر زحمتکش- سرپرست دفتر ریاست دانشگاه و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی
- ثمانه شهر آئینی- کارشناس گروه مشاوران جوان دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر رضا صابری- پزشک عمومی و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- آذردخت ضیائی- کارشناس امور بیمارستانها و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- انیس عباسی- کارشناس ارشد امور بیمارستانها و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر بابک عرب- پزشک عمومی و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر صادقعلی عظیمی- مدیر شبکه و رئیس بیمارستان امیرالمومنین (ع) کردکوی و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان



- دکتر فریدون قرنجیک- پزشک عمومی و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- فرهاد کرد -کارشناس دفتر پرستاری و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- آقای عبدالستار گری نورانی-کارشناس ارشد امور بیمارستانها و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- مهدی محسنی- مسئول فن آوری اطلاعات معاونت درمان
- میثم محمدیان- کارشناس روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر امید مظفری- رئیس بیمارستان طالقانی گنبد و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- علی اکبر معماری- کارپرداز معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر مہری مہدوی- مدیر کل امور زنان و دفتر خانواده استناداری و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی
- علی مہری- کارپرداز معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- ضیاء عسگری- کارشناس معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
- دکتر ناصر ہروی- مدیر بودجه و تشکیلات و عضو کمیته برنامه ریزی ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان





## برنامه کلاس ها و عناوین آموزشی «آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی»

## برنامه روز اول

موضوعات	ساعت
پیش آزمون	۸-۸/۱۵
قرآن و سرود	۸/۱۵-۸/۲۰
افتتاحیه و بیان اهداف	۸/۲۰-۸/۴۵
سیستمهای ارتقاء کیفیت	۸/۴۵-۹/۲۰
مبانی حاکمیت بالینی و ارتباط با سیستمهای ارتقاء کیفیت و مصادیق آن	۹/۲۰-۱۰/۰۰
استراحت و پذیرایی	۱۰/۰۰-۱۰/۳۰
مدیریت ریسک و رویکردهای آن و ایمنی بیمار	۱۰/۳۰-۱۱/۳۰
خطاهای پزشکی و تقسیم بندی آنها و ارتباط آن با موارد حقوقی	۱۱/۳۰-۱۲/۱۵
پرسش و پاسخ	۱۲/۱۵-۱۲/۳۰
نماز و نهار	۱۲/۳۰-۱۳/۳۰
حقوق بیمار	۱۳/۳۰-۱۴/۰۰
۱-تعامل با بیماران و مردم (رسیدگی به شکایت بیماران و رضایت بیمار)	۱۴/۰۰-۱۴/۳۰
استراحت و پذیرایی	۱۴/۳۰-۱۴/۴۵
۲-تعامل با بیماران و مردم: (رضایت شخصی)	۱۴/۴۵-۱۵/۱۵
پرسش و پاسخ و تحویل تکلیف شب	۱۵/۱۵-۱۵/۳۰

برنامه روز دوم:

موضوعات	ساعت
قرآن و سرود	۸-۸/۱۵
اثربخشی بالینی (Clinical effectiveness)	۸/۱۵-۸/۵۰
مبانی ممیزی بالینی (Clinical Audit)	۸/۵۰-۹/۳۰
استراحت و پذیرائی	۹/۳۰-۱۰
مدیریت کارکنان (Staff management) آموزش و تعلیم (Education and training)	۱۰/۰۰-۱۰/۵۰
کاربرد اطلاعات (Use of information) استفاده از اطلاعات برای تصمیم گیری	۱۰/۵۰-۱۱/۳۰
حاکمیت بالینی در اورژانس (مصادیق عملیاتی حاکمیت بالینی در اورژانس)	۱۱/۳۰-۱۲/۳۰
پس آزمون نماز و نهار	۱۲/۳۰-۱۳/۳۰
اعلام نتایج تکلیف شب بیمارستان ها	۱۳/۳۰-۱۴/۳۰
پرسش و پاسخ	۱۴/۳۰-۱۵/۳۰
جمع بندی و نتیجه گیری و اعلام انتظارات از دانشگاه ها	۱۵/۳۰-۱۶

## فهرست مقالات



## مبانی فلسفی حاکمیت بالینی در حکمت سینوی

**نویسنده:** هادی سعادت منش ، کارشناس ارشد فلسفه و حکمت اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

بی شک تقسیم سه گانه حکمت عملی به سیاست مدن، تدبیر منزل و اخلاق با ابن سینا آغاز می شود. فارابی از علوم عملی به عنوان علم مدنی یاد کرده است. ابن سینا به حق بر این نکته پافشاری می کند که نهایت حکمت نظری معرفت حق است و در حکمت عملی معرفت خیر. به این ترتیب "خیر" مفهوم کانونی حکمت عملی معرفی می شود. ابن سینا به زیبایی محور دو علم تدبیر منزل و سیاست مدن را "مشارکت انسان" معرفی می کند. مشارکت انسانی عمومی و کلی در سیاست مدن تنظیم می شود و مشارکت انسانی خاص و جزئی در تدبیر منزل. به نظر وی فایده حکمت مدنی به کیفیت مشارکت است که بین آحاد مردم برقرار می شود تا در تحقق دو مصلحت با هم تعاون کنند یکی مصالح بدن و دیگری مصالح بقاء نوع انسان. واضح است که هردو غایت دنیوی و این جهانی است. ابن سینا در مشروح ترین تعریف خود از سیاست مدن در رساله ارزشمند اقسام العلوم العقلیه این نکات را به توضیحات پیشین خود می افزاید: قسم سوم از حکمت عملی شرکت بحسب اجتماع مدنی با شناخت اقسام سیاستها، ریاستها و اجتماعها چه مدنی فاضله و چه مدنی غیر فاضله وجه استیفای هر یک از اینها و علت زوالشان و جهت انتقالشان محقق می شود. همچنین وی در دانشنامه علائی علم تدبیر عام مردم را تا آن ابزاری که ایشان را بدو نیاز است بر عهده نظام می داند.

آراء ابن سینا در حکمت عملی بالاخص سیاست مدن ابتناء بر اصول ۱- مشارکت انسان به عنوان محور علم سیاست مدن ۲- کسب خیر در سیاست مدن به عنوان غایت و هدف نهائی ۳- معرفت به سیاستها، ریاستها و... به منظور انتخاب بهترین روش و ۴- تولیت نظام در تدبیر عام تا آنجائی که مردم بدان نیازمندند دارد.

اصولی که ابن سینا در حکمت عملی بر آن تاکید دارد شاکله و محور اصلی برنامه حاکمیت بالینی است. مشارکت انسانها برای تامین اهداف سازمان یا آنچه که در حکمت سینوی از آن به عنوان خیر تعبیر شده و غایت اصلی برنامه حاکمیت بالینی است تحت عنوان حفظ و ارتقاء کیفیت خدمات و ارتقاء استانداردهای عملکرد بالینی در کانون توجهات قرار دارد.

ارزیابی نیازها و دیدگاههای بیماران، الزامات قانونی، قابلیتهای کارکنان، نیازهای برآورد نشده آموزشی و... که حاکمیت بالینی باید بر آن استوار باشد مبتنی است بر معرفت به نیازهای آموزشی، سیاستهای جاری سازمانها و... که در حکمت سینوی به زیبایی بدان اشاره شده است.

اما آنچه که وجه اشتراک تمام تعاریف حاکمیت بالینی است پاسخگو بودن سازمانهای ارائه دهنده خدمات سلامت در برابر مردم است و این همان تعبیر زیبای بو علی تحت عنوان تولیت نظام در تدبیر عام است.

**کلید واژه ها:** حاکمیت بالینی - ابن سینا - سیاست مدن

## ارزیابی رضایت مندی بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۸۵

### نویسندگان:

۱. دکتر بی بی هاجر زحمتکش: پزشک عمومی - سرپرست دفتر ریاست و روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۲. دکتر نعیمه حاجی مرادلو: پزشک عمومی - روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۳. شیما کاظمی ملک محمودی: کارشناس امور پژوهشی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۴. حمیرا خدام: کارشناس ارشد پرستاری

**زمینه و هدف:** ماهیت خدمات ارائه شده در اورژانس در شرایط اضطرار و در محدوده زمانی اندک برای نجات جان بیمار انجام می شود و بدیهی است که کیفیت ارائه خدمات نقش مهم و اساسی در این زمینه دارد و عوامل متعددی در کیفیت ارائه خدمات مؤثر هستند یکی از این عوامل رضایت مندی بیماران از خدمات ارائه شده است و به همین دلیل سنجش رضایت بیمار از نحوه مراقبت های درمانی یکی از روشهای ارزشیابی کیفیت خدمات درمانی محسوب می شود. هدف کلی این طرح ارزیابی رضایت مندی بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستانهای دانشگاه در سال ۱۳۸۵ است تا با شناسایی نقاط ضعف و نقصان برای رفع آنها اقدام کرد.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی - مقطعی، تعداد ۲۴۰۰ نفر بیمارانی که به اورژانس بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه در شیفت های مختلف ارائه خدمت مراجعه کرده اند، به طور تصادفی با در نظر گرفتن سهم هر بیمارستان به نسبت ارجاعات تخصصی و غیرتخصصی انتخاب شدند. داده ها بر اساس تکمیل پرسشنامه (به تفکیک بخش سرپایی و بخش بستری فوریت) توسط بیمار یا همراهان وی که حداقل یک نوبت خدمت گرفته باشند، بدست آمد. پایایی پرسش نامه پس از محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۶ تعیین شد. اطلاعات حاصل با استفاده از مجذور کای توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** در **بخش فوریت** ۱۳ مرکز آموزشی درمانی استان - بیشترین درصد رضایت به ترتیب مربوط به توجه و برخورد پزشکان (۸۶٪)، توجه و طرز برخورد پرسنل پرستاری ۸۵٪ و میزان پاسخگویی آنان به سوالات ۸۴/۱٪، وضعیت گرمایی و سرمایی بخش ۸۳/۹٪ و تمیزی سطوح و کف بخش ها ۸۱/۹٪ و کمترین درصد رضایت مربوط به طرز برخورد نگهبان با بیمار و همراهان ۳۳/۸٪ بوده است. بیشترین میزان رضایت **بیماران بستری** در بخش اورژانس به ترتیب مربوط به دسترسی به تلفن در صورت نیاز ۴۹/۷٪، طعم و مزه غذای ارائه شده ۴۷/۴٪، مقدار و دمای غذا ۴۴/۱٪ و کمترین درصد رضایت مربوط به رعایت شأن و احترام بیمار ۸/۲٪ بوده است.

**نتیجه گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که اکثر بیماران از خدمات ارائه شده در فوریت بیمارستانها رضایت بالا و از خدمات ارائه شده در بخش بستری اورژانس رضایت کمی دارند لذا لزوم توجه بیشتر به توجه و آموزش پرسنل بویژه نگهبانان درخصوص نحوه برخورد با بیمار و همراهان وی و همچنین آموزش کادر پزشکی - پرستاری در مورد رعایت شأن و احترام بیمار، طرز برخورد و گشاده رویی، حفظ حریم خصوصی بیمار در هنگام مراقبت آشکار می گردد.



ستاد حاکمیت بالینی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

کلید واژه ها: رضایت مندی بیماران ، بیماران اورژانسی ، مراقبت های پزشکی – پرستاری.



## بررسی سطح انتظارات بیماران بر اساس منشور حقوق بیمار در بیمارستان های منتخب شهر تهران

### نویسندگان:

۱. دکتر محمدکریم بهادری، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)
۲. انیس عباسی، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، باشگاه پژوهشگران دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

**مقدمه:** انتظارات بیمار یک فاکتور اساسی و تعیین کننده در کیفیت و رضایت مشتری است. این موضوع کاملاً واضح است که انتظارات بیمار عواملی هستند که می بایست در ابتدا شناخته و بررسی شوند تا سازمان های سلامت تبدیل به یک سازمان تمرکز بر مشتری یا ارائه خدمات گردند. امروزه دو موضوع کیفیت در مراقبت سلامت و رضایت بیمار یکی از موارد مورد بحث می باشند. از چند دهه گذشته تاکنون تغییرات چشمگیری در نحوه دریافت خدمات بهداشتی و درمانی رخ داده است؛ تا سالها قبل کارکنان سازمان های بهداشتی و درمانی گمان می کردند که بدون در نظر گرفتن حقوق بیمار می توانند بهترین تصمیم را در مورد او بگیرند اما در حال حاضر شرایط تغییر کرده و بیماران از عملکرد کارکنان بیمارستان انتظاراتی دارند و خواهان کسب حقوق خویش هستند. هدف از این مطالعه بررسی انتظارات بیماران بر اساس حقوق بیماران در بیمارستان های شهر تهران می باشد.

**روش پژوهش:** این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل ۲۵۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر تهران بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه دو قسمتی است قسمت اول هدفش دستیابی به خصوصیات دموگرافیکی بیماران است. قسمت دوم شامل توصیفات کلی درباره سیستم سلامت و اظهارات مرتبط با انتظارات بیمار بر اساس حقوق بیمار است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی استفاده شده است.

**بحث و نتیجه گیری:** تحلیل ها نشان می دهد که سطح انتظارات بیماران در مورد حق دریافت اطلاعات در سطح بالا و در مورد حق انتخاب مراکز درمانی، حق دریافت خدمات پزشکی و حق دریافت خدمات مدیریتی در سطح متوسط بوده است. همچنین نتایج نشان داد که بین اطلاعات دموگرافیک و سطح انتظارات بیماران رابطه معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ )

پیشنهاد می شود که در زمینه منشور حقوق بیمار آموزش ها و آگاهی های لازم انجام شود تا میزان رضایت و سطح انتظارات بیماران افزایش یابد.

**کلید واژه ها:** انتظارات بیماران، منشور حقوق بیمار، بیمارستان



## بررسی تطبیقی موانع و عوامل تسهیل کننده استقرار حاکمیت بالینی در سطح بیمارستانهای دنیا و بیمارستانهای پایلوت دانشگاه علوم پزشکی ایران

### نویسندگان:

دکتر زهره سهرابی، مهدی ورمقانی، مهدی مختاری پیام- دانشگاه علوم پزشکی ایران

**مقدمه:** در سال ۱۹۹۷ مدلی برای ارتقای کیفیت خدمات پایه گذاری شد. گروه آموزش پزشکی در کشور انگلیس مفهوم حاکمیت بالینی را به عنوان روشی برای محاسبه کیفیت بالینی در نظام سلامت مطرح کرد اما بحث حاکمیت بالینی در سال ۱۹۹۸ شهرت جهانی گرفت هنگامیکه اسکالی و دونالدسون در مجله پزشکی بریتیش، حاکمیت بالینی را به عنوان کلید راهنمایی در جهت بهبود کیفیت در نظام بهداشتی درمانی انگلیس (NHS) تحسین کردند.

در تعدادی از مطالعات تجزیه و تحلیل اجرای حاکمیت بالینی در مراقبت های بهداشتی نشان داده است که در واقعیت سازمانهای مراقبت بهداشتی درمانی ظاهراً برای مراقبت بهتر برای بیماران تلاشی نکرده است بلکه اوضاع را بدتر ساخته است. بنابراین کاملاً واضح و شفاف است که موانع و مشکلاتی بر سر راه استقرار و پیاده سازی حاکمیت بالینی در سطح مراکز بهداشتی درمانی وجود دارد و از آنجا که این بحث در کشور ما نیز چند صباحی است که مورد توجه دست اندرکاران و سیاستگذاران نظام سلامت قرار گرفته است انجام مطالعات و تحقیقات پژوهشی در زمینه موانع و مشکلات پیاده سازی آن در نظام سلامت ایران امری کاملاً بدیهی بنظر می رسد. بنابراین پژوهشگران این مطالعه در راستای استقرار حاکمیت بالینی موانع و مشکلات آن را در نظام سلامت دنیا و مقایسه آن با ایران بررسی نموده اند.

**مواد و روشها:** در این مطالعه از روش systematic review برای بررسی عوامل پیش برنده (تسهیل کننده) و موانع استقرار حاکمیت بالینی استفاده شده است. نتایج این مطالعات با مصاحبه هایی که از مدیران و روسای بیمارستانهای پایلوت دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام گرفته است مقایسه شده است.

**نتایج:** نتایج مطالعه نشان داده است که مشکلات و موانع موجود در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی ایران از نظر نوع و ساختار شباهتهای زیادی با این نوع مشکلات در بیمارستانهای منتخب دنیا دارد.

**کلید واژه ها:** حاکمیت بالینی، موانع، عوامل تسهیل کننده، بیمارستان





## تحلیل روابط سیستماتیک بین مولفه های نظام سلامت در ایران با استفاده از پژوهش عملیات

### نویسندگان:

۱. دکتر محمدکریم بهادری، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)
۲. انیس عباسی، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، باشگاه پژوهشگران دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

**زمینه:** پیشرفت و توسعه سلامت یکی از شاخص های مهم در هر نظام اجتماعی محسوب می شود؛ لذا وجود یک نظام سلامت موفق بیانگر رشد و شکوفایی آن جامعه است و حرکت در این زمینه، یک سرمایه گذاری بلند مدت در جهت توسعه سرمایه های نیروی انسانی محسوب می شود. با توجه به وضعیت ارائه خدمات سلامت در ایران، این سیستم نیازمند تحولات اساسی است.

**هدف:** هدف از این مطالعه شناسایی مولفه های نظام سلامت در ایران و تحلیل روابط آنها بوده است.

**روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی بوده و به روش مقطعی در نیمه اول سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. جامعه آماری شامل ۴۵ نفر از خبرگان نظام سلامت بود. داده ها با استفاده از پرسش نامه و روش NGT جمع آوری گردید. تحلیل داده ها با استفاده از یکی از تکنیک های پژوهش عملیات و نرم افزارهای SPSS17، مت لب و ویزیو انجام شد.

**یافته ها:** مهمترین مولفه های نظام سلامت در ایران شامل دسترسی، کیفیت، پایداری، اثربخشی، کارایی و عدالت می باشد که مولفه پایداری با مختصات ۴/۲۱ و ۰/۷۷ به عنوان تاثیرگذارترین مولفه، و مولفه دسترسی با مختصات ۳/۷۶ و ۰/۶۵ به عنوان تاثیرپذیرترین مولفه شناخته شده اند.

**نتیجه گیری:** با توجه به این که مولفه های پایداری، کیفیت و اثربخشی در گروه علت ها قرار گرفتند، برای تحول اساسی در نظام سلامت در ایران، تخصیص بهینه منابع، توجه به جنبه های کیفیت خدمات و اثربخشی آن باید جزو اولویت های نظام سلامت در کشور قرار گیرد.

**کلید واژه ها:** نظام سلامت، مولفه، پژوهش عملیات

**بررسی مقایسه ای میزان رضایت بیماران از وضعیت تغذیه در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد مقدس در سالهای****۱۳۸۳ و ۱۳۸۵****نویسنده :**

فاطمه اله وردی سرآسیابی، مدیر تعالی بیمارستان امام رضا (ع)

**هدف :** هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان بهبود در رضایتمندی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) از خدمات تغذیه ارائه شده در آن می باشد. در این مطالعه همچنین سعی شده است با الهام گیری از نتایج نظرسنجی انجام شده در قالب فرم شماره ۱۴، اقدامات بهبودی در این حوزه انجام و سپس نظرسنجی دوباره ای در سال ۱۳۸۵ انجام گردید تا میزان بهبود رضایتمندی بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد.

**روش بررسی :** مطالعه به صورت مقطعی و بر روی یک نمونه ۱۴۴ نفری از بین بیمارانی که در تمام بخشهای بیمارستانی بستری بودند دردی ماه ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵ انجام گردید و نمونه گیری برحسب ۵ درصد تعداد بیماران هر بخش بیمارستان صورت گرفت. و روش نمونه گیری تصادفی ساده بود. بیماران به صورت رو در رو و توسط پرسشگران آموزش دیده مورد سؤال قرار می گرفتند. و پرسشنامه طراحی شده توسط پرسشگر تکمیل می شد. پرسشنامه علاوه بر مشخصات زمینه ای بیمار، شامل ۲۵ سؤال درمورد رضایت از برنامه غذایی، تنوع غذایی، کیفیت پخت، دمای غذا، کافی بودن مقدار غذا و رعایت نکات بهداشتی و... یک قسمت تحت عنوان نظرات و پیشنهادات بود. و پاسخها در پنج آیت خلی خوب (۵)، خوب (۴)، متوسط (۳)، ضعیف (۲)، خیلی ضعیف (۱) نمره دهی گردید.

**نتیجه گیری:** از مجموع ۱۵۰ پرسشنامه توزیع شده در سال ۱۳۸۳، ۱۴۴ پرسشنامه جمع آوری و تجزیه و تحلیل گردید و سپس بدنبال بهبود کیفیت غذا و زمان توزیع آن در سال ۸۵ دوباره همان فرم به همان تعداد توزیع، جمع آوری و تجزیه و تحلیل گردید. میانگین داده ها به طور نسبی افزایش تقریباً بیست درصدی داشته و این خود نشان دهنده افزایش میزان رضایت بیماران از خدمات تغذیه بیمارستان می باشد

**کلید واژه ها :** تغذیه، رضایتمندی، پرسشنامه



## بررسی وضعیت اکسیژن رسانی در بخشهای سانترال و غیر سانترال و ارائه راهکارهای ارتقاء کیفیت خدمات اکسیژن رسانی در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد مقدس در ماههای تیر و مرداد سال ۱۳۸۳

### نویسنده :

فاطمه اله وردی سرآسیابی، مدیر تعالی بیمارستان امام رضا (ع)

**مقدمه:** یکی از اساسی ترین اولویت های نظام بهداشت و درمان کشور برآورده کردن رضایتمندی بیمار، کوتاه کردن مدت اقامت بیمار و افزایش کیفیت درمان در بیمارستان می باشد.

از آنجایی که فرایند تهیه و توزیع و کاربرد گازهای طبی در درمان بیمار از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار بوده و باحیات برخی از بیماران ارتباط مستقیم دارد، استفاده و کاربرد غیر مستقیم گازهای طبی رابطه مستقیمی با بهبود رضایتمندی بیمار دارد. در نتیجه برای ایجاد رفاه و رضایتمندی بیشتر بیماران بکارگیری سیستم مرکزی گازهای طبی (به منظور اطمینان از دسترس بودن گازها در هر زمان) ضروری به نظر میرسد.

زیرا در سیستم غیر سانترال حجم زیادی از گاز را در سیلندر کوچکی قابل حمل میکنند که البته گاز فشرده خطراتی نظیر انفجار و انتقال فشار زیاد به بیمار، عدم کنترل فشار کپسول، حساس بودن دستگاه (که نتیجتاً خرابی دستگاه و خطرات جانی) را دربردارد. در نتیجه پیشروی به سمت سانترال سازی از ضروریات است.

سانترال سازی گازهای طبی در بیمارستان امام رضا (ع) به دلیل وسعت سازمانی، تنوع خدمات تخصصی و فوق تخصصی و بالا بودن تعداد مراجعین و منطقه ای بودن آن (در نظام ارجاع)، آموزشی بودن بیمارستان و وضعیت اقتصادی مراجعین، از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

**هدف کلی:** بررسی وضعیت اکسیژن در بخشهای سانترال و غیر سانترال بیمارستان امام رضا (ع) (در ماههای تیر و مرداد سال ۱۳۸۳)

**روش بررسی:** پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی در بخشهای سانترال بیمارستان شامل (دپارتمان داخلی، اورژانس داخلی، دپارتمان زنان و نوزادان، دپارتمان قلب باز و سوختگی، سی سی یو قلب، آی سی یو داخلی، نفرولوژی، اتاق عمل مرکزی و آی سی یو جراحی و اتاق عمل جراحی عروق) انجام گردیده است. روش جمع آوری اطلاعات با استفاده از مشاهده، مصاحبه، تهیه چک لیست و جستجوی مطالب در اینترنت بوده است.

**نتیجه گیری:** معین کردن فرد متولی اصلی سیستم سانترال و ابلاغ کردن وظیفه کنترل و نظارت به شخص مربوطه

تاسیسات و تسهیلات گازهای طبی باید از نظر نیروی انسانی، به درستی سازماندهی گردند

تشکیلات نظارت، نگهداری، پیگیری فنی و مراقبت در توزیع به وسیله یک کمیسیون محلی انجام گیرد.

ضروریات ایمنی توزیع و مصرف گازهای طبی به همه کارکنان آموزش داده شود.

در سیستم لوله کشی آلارمهای خاص تعبیه گردد (برای جلوگیری از افت فشار و آتش سوزی و...)

با توجه به اینکه مسئله ایمنی از نظر اینکه ارتباط تنگاتنگی که با جان بیماران و پرسنل دارد و همچنین اعتبار بیمارستان بستگی تام به آن دارد تشکیل کمیته ایمنی فعال که به طور مستمر این مسئله حیاتی را در بیمارستان تحت کنترل خود درآورد از ضروریات است.

**کلید واژه ها :** سیستم سانترال، سیستم اعلام خطر

## اندازه گیری فرهنگ ایمنی در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

### نویسندگان:

۱. محمود نکویی مقدم، دانشیار دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۲. محمدرضا امیراسماعیلی، استادیار دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

**مقدمه:** ایمنی بیمار عاملی مهم و حیاتی در زمینه کیفیت مراقبت های سلامت می باشد. همگام با تلاش روزافزون سازمان های مراقبت های سلامت در زمینه ارتقاء و بهبود مستمر کیفیت، اهمیت ایجاد فرهنگ ایمنی در بیمارستان ها بیش از پیش مورد توجه و شناخت قرار گرفته است، در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی وضع موجود بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان از نظر فرهنگ ایمنی به انجام رسید.

**روش پژوهش:** پژوهش توصیفی حاصر به روش مقطعی در بهار ۱۳۸۸ به انجام رسید، ابزار پژوهش پرسشنامه استاندارد بررسی فرهنگ ایمنی بیمار مربوط به آژانس کیفیت مراقبتهای سلامت بود. جامعه پژوهش را کارکنان بیمارستان های آموزشی شفا، شهید باهنر و افضل پور تشکیل دادند و بررسی روی نمونه ای به حجم ۳۸۵ نفر به انجام رسید.

**یافته ها:** انتظارات و اقدامات سرپرستان در زمینه ایمنی بیمار، کار گروهی داخل بخش های بیمارستان و همچنین بهبود مستمر بیشترین امتیاز فرهنگ ایمنی مثبت را کسب کردند و از بین نقاط ضعف بیمارستان ها امتیاز ایمنی بیمار و اقدامات غیر تنبیهی مربوط به بروز اشتباهات در زمینه ایمنی بیمار به عنوان مهمترین نقاط ضعف بیمارستان ها در این زمینه می باشند.

**بحث و نتیجه گیری:** بیمارستان های مورد بررسی می توانند با اتکا بر نقاط قوت خود از نظر فرهنگ ایمنی بیمار و تلاش در جهت برطرف کردن نقاط ضعف خود، برای ایجاد محیطی ایمن و جوی مساعد که حامی ایمنی بیمار می باشد بکوشد در این راستا ایجاد سیستمی برای گزارش خطاها و رخدادهای احتمالی، تشویق پرسنل برای گزارش رخدادها و انجام اقدامات غیر تنبیهی برای مقابله با اشتباهات پیشنهاد می گردد.

**کلید واژه ها:** ایمنی بیمار- فرهنگ ایمنی - فرهنگ ایمنی بیمار



## بررسی مقایسه ای مصرف مسکن های مخدري در بیمارستان امام حسين (ع) شاهرود در سالهای ۸۷ و ۸۸ قبل و پس از آموزش

### نویسندگان:

۱. دکتر محمدباقر سهرابی، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۲. دکتر پونه ذوالفقاری، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۳. مجتبی قاسمیان آقمشهدی، کارشناس رادیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۴. زهرا یحیائی، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۵. زهرا اسکندری، کارشناس پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود
۶. الهه یحیائی، کارشناس مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

**سابقه و هدف:** مسکن های مخدري که داروهایی مشتق از تریاک می باشند در درمان دردهای شدید مصرف شده و تأثیر بسیارخوبی در کنترل درد دارند. این داروها اشکال و انواع گوناگونی داشته و بصورت رسمی فقط در مراکز درمانی و براساس یک پروتکل استاندارد و مشخص برای بیماران واجدالشرایط مصرف شوند. شایع ترین موارد مصرف و اندیکاسیون این داروها در دردهای حاد، بعد از اعمال جراحی، سوختگی ها و سرطان ها بوده که گاهی به دلیل عدم اطلاع کافی پرسنل درمانی، این داروها نابجا و غیر استاندارد استفاده میشوند. لذا جهت بررسی وضعیت مصرف مسکن های مخدري در بیمارستان امام حسين (ع) و بهبود اشکالات موجود این پژوهش صورت گرفته است.

**مواد و روشها:** این مطالعه بصورت توصیفی تحلیلی و با بررسی کلیه دفاتر ثبت مصرف داروهای مخدري در بیمارستان امام حسين (ع) شاهرود در سال ۱۳۸۷ صورت گرفته و اطلاعات حاصل از این دفاتر در فرمهای مخصوص که شامل اطلاعات دموگرافیک بیماران و همچنین اطلاعات مربوط به بیماری وی بوده ثبت گردیده، سپس اطلاعات استخراج شده و اشکالات و ایرادات مشخص گردیده است. آنگاه برای کلیه پرسنل درمانی دخیل در مصرف این داروها، کلاسهای توجیهی برگزار شده و یک بروشور شامل اطلاعات کافی نحوه مصرف این داروها طبق مصوبه شورای نظارت بر مصرف دارو وزارت بهداشت تهیه گردیده و در اختیار آنها قرار گرفته است. سپس مجدداً آمار مصرف این داروها در سال ۸۸ جمع آوری و اطلاعات حاصل توسط نرم افزار آماری SPSS با نتایج سال قبل مقایسه گردیده است.

**یافته ها:** در سال ۱۳۸۷ از ۲۷۸۸ آمپول مسکن مخدري مصرفی در بیمارستان، ۱۸۰۶ عدد (۶۴/۷٪) توسط مردان و ۹۸۲ عدد (۳۵/۳٪) توسط زنان مصرف گردید. در خصوص تشخیص بیماری، ۱۷۸۶ مورد (۶۴٪) مربوط به بیماران سرپایی با درد حاد، ۷۵۸ مورد (۲۷/۱٪) پس از اعمال جراحی، ۱۸۹ مورد (۶/۷٪) مربوط به درمان سوختگی و ۵۵ مورد (۱/۹٪) مربوط به بیماران سرطانی بوده است که پس از برگزاری برنامه های آموزشی، در سال ۸۸ این مصرف بصورت ۵۱٪ در بیماران سرپایی، ۳۱٪ در بیماران جراحی شده، ۸/۵٪ در بیماران سوخته و ۹/۵٪ در بیماران سرطانی تغییر یافته است که با استانداردهای وزارت بهداشت همخوانی دارد.

**نتیجه گیری:** با مصرف صحیح مسکن های مخدري و با ارزیابی منظم و دقیق مصرف این داروها به خصوص در مراکز درمانی میتوان ضمن اختصاص این داروها به نیازمندان واقعی از مصرف بی رویه و گاهی سوءمصرف این داروها جلوگیری نمود.



کلید واژه ها : مسکن های مخدري، ارزيابي فناوري سلامت، بیمارستان امام حسين (ع) شاهرود

## حاکمیت بالینی و ارزیابی عملکرد در سیستمهای بهداشتی درمانی

### نویسندگان:

۱. شیوا یوسفیان، فوق لیسانس رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. معصومه نجفی، فوق لیسانس رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳. فاطمه کوبی، فوق لیسانس رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

**مقدمه:** در عصر حاضر، تحولات شگرف دانش مدیریت وجود نظام ارزیابی را اجتناب ناپذیر کرده است و بهبود عملکرد در بیمارستانها به عنوان مهمترین موسسات بهداشتی درمانی که قسمت اعظم هزینه های سلامت را به خود اختصاص می دهند، همواره مورد توجه بوده است. پیشرفتهای تکنولوژیک، رشد انتظارات مشتریان، افزایش تقاضا، کمبود منابع، افزایش رقابت، بعلاوه نگرانیهایی که در مورد خطاهای سیستمهای بهداشتی درمانی وجود دارد، موجب گردیده که بر ارزیابی دقیق و صریح سازمانهای بهداشتی و درمانی تاکید بسیاری شود. لذا در این مطالعه پس از بررسی ساختار حاکمیت بالینی و مدلهای مطرح تعالی ازجمله دمینگ، بالدريج، EFQM و استخراج نقاط قوت و ضعف هر یک از آنها، مدل مناسب ارزیابی عملکرد بیمارستان پیشنهاد شده است.

**مواد و روشها:** این پژوهش بر اساس مطالعه میدانی و کتابخانه ای طرحها و مقالات موجود در سایتها در سال ۱۳۸۸ انجام شده است.

**یافته ها:** حاکمیت بالینی به عنوان ابزاری که دستیابی به کیفیت پاسخگو در مراقبت های بهداشتی درمانی را میسر می سازد و نیز مکانیسمی برای تضمین استانداردهای تعالی بالینی مطرح است، همچنین حاکمیت بالینی چارچوبی متشکل از ارکان و اجزای تعریف شده پدید می آورد تا از طریق آن دستیابی به استانداردها میسر شود. این چارچوب از فرایندی به اسم تضمین کنترل برای فراهم آوردن شواهدی دال بر اعمال حاکمیت بالینی در سازمان ها بهره می جوید. تضمین کنترل هرچند یک نسخه تجویزی است اما قابل مقایسه با مدل های تعالی می باشد.

**بحث و نتیجه گیری:** مدل EFQM، با توجه به نگاه جامع در انتخاب معیارها و شاخص ها و ذینفعان، وجود ساختار مناسبی برای تحلیل نتایج ارزیابی، در مقایسه با سایر مدلهای تعالی و حاکمیت بالینی، چارچوب مناسبتری است که اقدامات جاری سازمان را در مسیر کیفیت قرار می دهد و با حرکت در فضای سنجش عملکرد و بهبود مستمر ابزاری ایده آل برای رسیدن به کیفیت را فراهم می آورد. انجام فرایند خودارزیابی بر اساس EFQM توسط تیم های مدیریت بالینی منجر به احساس مالکیت نسبت به برنامه های



عملیاتی و همچنین درک مفاهیم تعالی می گردد. همچنین بررسی نحوه ارزیابی عملکرد بیمارستانها در انگلستان نیز حاکی از کاربرد مدل EFQM به عنوان ابزاری برای ارزیابی نحوه پیاده سازی حاکمیت بالینی در سازمانها بوده است.

**کلید واژه ها:** حاکمیت بالینی، ارزیابی عملکرد

## ارزیابی فناوری سلامت دستگاه ترموگرافی تنظیمی کامپیوتری

### نویسندگان:

دکتر سید حسام سیدین، حانیه السادات سجادی، روح الله زابلی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

**مقدمه:** تعالی خدمات بالینی در مفهوم کلی به معنای ارتقای خدمات بالینی و افزایش پاسخگویی ارایه دهندگان و متولیان امر سلامت در قبال کیفیت خدمات ارائه شده به مردم است. یکی از حوزه های اصلی این مفهوم به ارزیابی فناوری سلامت اختصاص دارد. در حالیکه استفاده درست از فناوریهای پیشرفته می تواند تأثیرات مثبتی بر حفظ و تأمین سلامت جامعه به همراه داشته باشد، استفاده نادرست و کنترل نشده از آنها منجر به وارد شدن خسارات جبران ناپذیری می گردد. بنابراین مدیران و سیاستگذاران بخش سلامت بایستی بر اساس منابع و شرایط خاص هر کشور و بر اساس شواهد علمی موجود، نسبت به انتخاب بهترین و اثربخش ترین فناوری اقدام نموده و از استفاده نابجا و بدون کنترل آنها جلوگیری به عمل آورند. تصمیم گیری درست در مورد مناسب یا نامناسب بودن آنها خود مستلزم جمع آوری اطلاعات و تحلیل اطلاعات و شواهد علمی باکیفیت در خصوص ایمنی، اثر بخشی و هزینه اثربخشی فناوریها می باشد. مطالعات ارزیابی فناوری سلامت در راستای تأمین این هدف طراحی و اجرا می شوند و نتایج آنها می تواند راهنمای تصمیم گیرندگان نظام سلامت باشد. این مطالعه به ارزیابی فناوری سلامت دستگاه CRT 2000 پرداخت.

**روش مطالعه:** در مرحله اول، با جستجوی بانکهای اطلاعاتی الکترونیکی منابع پزشکی مقالات مرتبط با موضوع استخراج و پس از بررسی مقالات جمع آوری شده و حذف مقالات نامرتبط، مقالات باقیمانده بصورت کامل تهیه و بررسی شد. مقالات انتخاب شده بویژه مطالعات مروری نظام مند از سه جنبه به روز بودن، برخورداری از کیفیت مطلوب و توانایی در پاسخ به تمام یا بخشی از سوالات مورد ارزیابی شدند. همچنین جنبه های اقتصادی، هزینه ای، ساختاری و اخلاقی استفاده از این فناوری با استفاده از تجربه ها و شواهد به دست آمده در سایر کشورها، اما با توجه به شرایط خاص ایران مورد ارزیابی قرار گرفت.

**یافته ها:** با انجام جستجو در بانکهای اطلاعاتی مختلف، هیچ گونه اطلاعاتی در خصوص دستگاه CRT2000 یافت نشد. نظر به اینکه این دستگاه از تکنولوژی ترموگرافی تماسی استفاده می نماید، تمرکز مطالعه به این تکنیک انتقال پیدا کرد. از مجموع ۳۰۳ مقاله ابتدا ۳۲ مقاله که در ارتباط با ترموگرافی تماسی بودند از بانکهای اطلاعاتی مختلف استخراج شدند. از این تعداد ۱۴ مقاله به خاطر محتوا و نتایج آنها انتخاب شدند.



**بحث و نتیجه گیری:** مطالعه ای که نشان دهنده اثربخشی دستگاه CRT2000 باشد موجود نبود. همچنین شواهدی که از اثربخش بودن این دستگاه به عنوان وسیله ای تشخیصی یا غربالگری حمایت کند، در دسترس نبود. هر چند مقالات سطح چهارم شواهدی در خصوص استفاده از این تکنولوژی به عنوان تکنولوژی کمکی جهت غربالگری ارایه داد، خلا عمده دانش موجود RCT های آینده نگر و در سطح وسیع می باشد. پیشنهاد می شود تحقیقات متقن بیشتری در خصوص اثربخشی و هزینه اثربخشی تکنولوژی ترموگرافی تماسی برای تشخیص یا غربال جامعه صورت پذیرد.

## مقایسه متوسط صورتحساب اعمال جراحی گلوبال منتخب در بیمارستانهای ملکی سازمان تأمین اجتماعی با تعرفه

مصوب در شش ماهه اول سال ۱۳۸۸

### نویسندگان:

فرهاد کوهی، امیرعباس فضائی، لیلا احمدوند  
سازمان تأمین اجتماعی، گروه اقتصاد درمان و برنامه ریزی، تهران

**مقدمه:** پاسخ به سوالاتی از قبیل اینکه آیا خدمات معین در بیمارستانهای مختلف با روش ها و هزینه های یکسان ارائه می شوند؟ آیا تعرفه های بخش دولتی می تواند تأمین کننده حاشیه سود برای بیمارستانها باشد؟ چگونه می توان آثار استقرار سیستم های مدیریت کیفیت در بیمارستانها را پایش نمود؟ در چه محل هایی از فرآیندهای ارائه خدمات می توان هزینه ها را کاهش داد؟ و ... همواره از مهمترین دغدغه های مدیران جهت اداره بیمارستانها بوده است. از سوی دیگر، علیرغم اینکه در حال حاضر مراکز درمانی از حیث امکانات سخت افزاری و شبکه وضعیت مطلوبی دارند اما در بعد نرم افزاری - که عامل اصلی اثربخشی سخت افزار محسوب می شود - نقایص و کمبودهای زیادی را مشاهده می شود که متناسب با تکنولوژی ها و نیازهای جدید، به روز رسانی نشده اند. به عنوان مثال نبود سیستم حسابداری قیمت تمام شده یکی از موانع اصلی در راه شفاف سازی و رسیدن به پاسخ چنین سوالاتی می باشد. در چنین فضایی تنها از طریق بررسی های موردی و نمونه گیری می توان تا حدودی به ارزیابی عملکرد مراکز درمانی پرداخت.

با وجود همه این محدودیتها، به منظور یافتن پاسخی برای سوالات فوق، در این مطالعه با انتخاب ۱۰ عنوان عمل جراحی از بین اعمال جراحی گلوبال و بررسی صورتحسابهای آنان سعی گردیده است تا چنین مقایسه ای میان بیمارستانهای ملکی سازمان تأمین اجتماعی صورت پذیرد.

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر از نوع تحلیلی گذشته نگر و کاربردی می باشد که داده های آن از صورتحساب های صادره برای بیماران بستری شده در بیمارستانهای ملکی سازمان تأمین اجتماعی در شش ماهه اول سال ۱۳۸۸ استخراج گردیده است. جامعه پژوهش کلیه صورتحساب های بستری اعمال جراحی منتخب در دوره زمانی مذکور می باشد. با توجه به نامعین بودن حجم جامعه





و واریانس متغیرها، با استفاده از جدول تعیین حجم نمونه مورگان و با تعیین میزان خطا در برآورد ۰/۰۵ (سطح اطمینان ۰/۹۵) سعی گردید تا حداقل حجم نمونه لازم جهت تعمیم نتایج به جامعه محاسبه گردد. لازم به ذکر است که حجم نمونه در سطح شاخص کشوری قابل اتکاء می باشد. از مجموع ۴۵۸۸ پرونده ای که با تعرفه های سال ۸۷ ثبت شده اند، تعداد ۴۲۸۸ پرونده به عنوان نمونه مورد بررسی انتخاب شدند.

**یافته ها:** نتایج پژوهش که خلاصه آن در جدول (الف) آمده است نشان داده است که بیشترین حاشیه سود ناخالص مربوط به اعمال جراحی منتخب تخصص جراحی عمومی و کمترین آنها مربوط به جراحی های منتخب تخصص زنان و زایمان بوده است. به عبارت دیگر عمل جراحی آپاندکتومی با ۱۸.۳ درصد هزینه صورتحساب کمتر از تعرفه مصوب آن، بیشترین سود ناخالص و عمل جراحی کورتاژ با حدود ۶ درصد هزینه صورتحساب بیشتر از تعرفه مصوب آن، بیشترین زیان ناخالص را داشته اند. نتایج فرعی دیگری نیز حاصل گردیده که به نوبه خود نیاز به توجه دارند. از جمله مقایسه نمونه های اخذ شده به تفکیک بیمارستانهای مورد مطالعه نشان داد که دامنه تغییرات اجزاء هزینه ای بیمارستانها بسیار متغیر است. به عنوان نمونه متوسط هزینه صورتحساب یک عمل جراحی آپاندکتومی از ۱۴۱۰ هزار ریال تا ۲۹۰۲ هزار ریال در بین بیمارستانهای مورد مطالعه متغیر بوده است. متوسط کشوری این شاخص ۱۹۲۰ هزار ریال برآورد گردیده است. اختلاف میان کمترین هزینه و بیشترین هزینه هر صورتحساب حدود ۱۵۰۰ هزار ریال است. این گستردگی در دامنه تغییرات، در سایر شاخصها همچون متوسط هزینه دارو و لوازم مصرفی، هزینه هتلینگ، هزینه خدمات پاراکلینیکی و ... نیز مشهود است. مثلاً به ازاء هر عمل جراحی آپاندکتومی، هزینه دارو و لوازم مصرفی از ۱۱۴ هزار ریال تا ۷۶۳ هزار ریال متغیر بوده است.

**بحث و نتیجه گیری:** بنابراین حداقل ۱۸ بیمارستانی که در عمل جراحی آپاندکتومی بیشتر از میانگین کشوری هزینه نموده اند می توانند با مدیریت عوامل هزینه بر، همچون مدت اقامت بیمار، دارو و لوازم مصرفی پزشکی، خدمات پاراکلینیکی و سایر هزینه ها در جهت کاهش دادن میزان این شاخص موثر واقع شوند. این وضعیت در سایر اعمال جراحی نیز قابل مشاهده می باشد.

**کلید واژه ها:** عمل جراحی گلوبال، سود / زیان ناویژه، تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی، صورتحساب بستری

جدول الف) شاخصهای کشوری اعمال جراحی منتخب در بیمارستانهای ملکی سازمان تأمین اجتماعی در شش ماهه اول سال

۱۳۸۸

نوع تخصص	جراحی عمومی			زنان و زایمان		اورولوژی		چشم پزشکی		ENT
عمل جراحی شاخص	آپاندکتومی	سینوس پالوپیدال	کوله سیستکتومی	سزارین	کورتاژ	فارتیکوسل	هیروسل	کاتاراکت	سترایسم	نانسیکتومی
	۵۹۱	۵۹۹	۵۲۵	۶۰۵	۴۵۱	۴۱۸	۲۶۳	۴۴۸	۵۸	۳۳۰
تعداد نمونه مورد بررسی	۸,۸۹۸	۳,۳۷۴	۳,۶۶۵	۳۲,۶۲۸	۶,۰۶۸	۲,۲۵۱	۸۲۴	۱۷,۲۷۰	۳۵۷	۲,۵۳۰
تعداد کل هر عنوان عمل جراحی										



تعداد کل اعمال جراحی هر تخصص	۵۲,۹۷۷			۵۴,۶۶۱		۱۸,۸۸۷		۲۰,۷۸۴		۱۰,۳۱۲
میانگین سن بیماران پرونده های منتخب (سال)	۲۶	۲۷	۴۷	۲۸	۴۱	۲۸	۳۸	۶۷	۲۶	۹
نسبت هر عنوان عمل جراحی به کل اعمال جراحی تخصص مربوطه (درصد)	۱۶.۸	۶.۴	۶.۹	۵۹.۷	۱۱.۱	۱۱.۹	۴.۴	۸۳.۱	۱.۷	۲۴.۵
تفاضل میانگین هزینه پرونده های منتخب با تعرفه های سال ۸۷ (هزار ریال)	۴۲۹	۲۳۷	۴۰۵	۲۷	-۵۱	۲۰۱	۱۲۸	۱۷۸	۱۸۶	۵۱
نسبت سود یا زیان هر عمل جراحی به تعرفه مصوب آنها در سال ۸۷ (درصد)	۱۸.۳	۱۵.۸	۱۱.۹	۱.۱	-۶	۱۲.۶	۸.۷	۵.۲	۷.۹	۴.۷

## چالشهای استقرار حاکمیت بالینی در سازمانهای بهداشتی و درمانی

## نویسندگان:

۵. فاطمه کوکبی، فوق لیسانس رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶. شیوا یوسفیان، فوق لیسانس رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷. معصومه نجفی، فوق لیسانس رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

**مقدمه:** کشورهای پیشرفته و رو به پیشرفت هر روز با سیستمهای جدیدی در حیطه بهبود کیفیت مراقبتهای بهداشتی و درمانی مواجه می شوند. طراحی استراتژی برای بهبود دشوار نیست همچنان که بریتانیا چندین بار در دهه اخیر این کار را انجام داده است اما به کار انداختن موثر این استراتژیها به شدت چالش برانگیز است. در مطالعه حاضر سازوکارهای استقرار موثر نظام حاکمیت بالینی و چالشهای پیش رو در تعدادی از سازمانهای پیشرو بررسی و پیشنهاداتی برای مرتفع ساختن آنها ارائه گردیده است.

**مواد و روشها:** این پژوهش بر اساس مطالعه میدانی و کتابخانه ای مقالات موجود در سایتها و بانکهای اطلاعاتی سازمانهای بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۸۹ انجام یافته است.

**یافته ها:** بر اساس مطالعه حاضر عدم موفقیت در استقرار حاکمیت بالینی در بسیاری از سازمانهای بهداشتی و درمانی بر اثر کمبود دانش اتفاق نیفتاده بلکه بر اثر اشکال در مدیریت و فرهنگ سازمانی پیش آمده است. این فرهنگ نتوانسته مشارکت پرسنل را جلب نماید در حالی که درگیر شدن کلیه مدیران و کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی ضروری است. تشکیل کمیته های کاری و آموزش آنان، بخشی از نگرانی ها در این زمینه را مرتفع کرده است. خطوط شفاف مسئولیت و پاسخگویی، شفاف سازی فرایندها، تغییر ساختار و استفاده از کلیه مکانیزمهای موثر در پوشاندن نقاط ضعف مانند مدیریت شکایات، شاخصهای مالی، گزارشات کنترل



عفونت و... برای اجرای موثر آن ضروری است. گروهی دیگر از مشکلات سازمانهای اجرا کننده طرح، کمبود منابع و تجربه، طرحریزی ضعیف، مدیریت ضعیف، نبود توافق و تعهد و پیگیری های منقطع و پشتیبانی ناکافی بوده است.

**بحث و نتیجه گیری:** استفاده از سیستمهای مدرن مدارک پزشکی، آموزش پرسنل و ایجاد فضای مناسب برای ارتباط دوطرفه بین خدمت دهندگان و خدمت گیرندگان به حل معضلات داخل سازمانی کمک خواهد کرد. به کارگیری سازوکارهای کشوری جهت اجرای حاکمیت بالینی از جمله تلفیق نتایج آن با درجه بندی بیمارستانها و تغییر مدیران و تدوین مقررات شفاف حمایت کننده از بیماران در سطح ملی به آن اعتبار و ضمانت اجرایی خواهد داد. بررسی نتایج استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستانهای بریتانیا حاکی از دستاوردهای مقطعی بهبود کیفیت با هزینه های هنگفت و تخریب روحیه پرسنلی است که تحت فشار اجرای الزامات طرح هستند. لذا سیاستمداران این کشور به طور جدی به اصلاح آن می اندیشند.

**کلید واژه:** حاکمیت بالینی، سازمانهای بهداشتی و درمانی، بیمارستان

## بررسی مقایسه ای میزان بروز عفونت های بیمارستانی در سال ۸۸ در بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود قبل و بعد از آموزش گروه پرستاری

### نویسندگان:

۱. دکتر محمدباقر سهرابی، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۲. دکتر پونه ذوالفقاری، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۳. سیدمجید آقایان، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۴. جواد صرافها، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۵. فاطمه عرب اسدی، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۶. الهه یحیائی، کارشناس مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

**سابقه و هدف:** ممیزی بالینی یکی از اجزای حاکمیت بالینی بوده و در رویکرد نظام مند و مبتنی بر شواهد معتبر، اهمیت بسیاری دارد که باعث افزایش اطمینان در ارتقاء کیفیت خدمات سلامت می گردد. عفونت های بیمارستانی، مواردی هستند که در طی مراقبت بیماران بستری در بیمارستان ایجاد شده و شیوعی بین ۲/۸ تا ۱۰ درصد در مراکز مختلف دارند. عوامل مختلفی در ایجاد آن مؤثر بوده که همه آنها خسارت زیادی را به بار می آورند.

**مواد و روشها:** در این بررسی ۹۸ بیمار بستری در بخش های مختلف بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود در سال ۱۳۸۸ طبق تعریف مراقبتی عفونت های بیمارستانی، انتخاب و تحت بررسی کامل آزمایشگاهی قرار گرفته و اطلاعات جمع آوری و اشکالات و



ایرادات مشخص گردید. سپس کلاسهای آموزشی (شفاهی و عملی) برای پرسنل پرستاری دخیل در یک دوره زمانی یکماهه برگزار شد و سپس مجدداً ۸۷ بیمار واجد شرایط همسان شده با گروه اول مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته ها:** از ۹۸ بیمار گروه اول ۴۶ نفر (۴۷٪) مرد و ۵۲ نفر (۵۳٪) زن بودند که میانگین سنی بیماران  $23/9 \pm 55/7$  سال بود. میزان بروز عفونت بیمارستانی در این گروه ۴۱ در ده هزار بیمار بدست آمد. در گروه دوم از ۸۷ بیمار ۳۸ نفر (۴۴٪) مرد و ۴۹ نفر (۵۶٪) زن بودند که میانگین سنی آنان  $37/2 \pm 54/9$  سال بود و میزان بروز عفونت بیمارستانی ۲۷ در ده هزار بدست آمد که بطور معنی داری کمتر از گروه اول بود ( $P < 0.05$ ). در خصوص بخش های بیمارستانی، در هر دو گروه بخش ICU بالاترین میزان عفونت بیمارستانی را داشته و عامل اشیریشیاکلاهی بالاترین میزان را به خود اختصاص داده بود.

**نتیجه گیری:** هر چند عفونت بیمارستانی در کلیه مراکز درمانی وجود داشته و حذف کامل آن مقدور نمی باشد ولی با اجرای ممیزی بالینی و رعایت نکات استاندارد، نظارت و اصلاح ایرادات مثل استفاده به موقع و صحیح از مداخلات پزشکی، مراقبت دقیق از زخم ها و استفاده بجا از آنتی بیوتیک ها، می توان این عفونت ها را کنترل و به میزان قابل توجهی کاهش داد.

**کلید واژه:** حاکمیت بالینی، ممیزی بالینی، عفونت های بیمارستانی

## بررسی مقایسه ای میزان رضایتمندی بیماران کاندید عمل جراحی در خصوص وضعیت انتقال و لباس اتاق عمل در بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود در سال ۸۹ قبل و بعد از آموزش

### نویسندگان:

۱. دکتر پونه ذوالفقاری، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۲. دکتر محمدباقر سهرابی، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۳. فاطمه عرب اسدی، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۴. صدیقه رضوانی، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۵. زهرا اسکندری، کارشناس پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود
۶. الهه یحیائی، کارشناس مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

**سابقه و هدف:** شأن و شخصیت آدمی ارزش بسیار والایی داشته و همواره نسبت به حفظ کرامت انسان تاکید فراوان شده است. بیماران بستری در مراکز درمانی با توجه به شرایط روحی و جسمانی خود معمولاً در این خصوص دچار چالش هایی شده و به طور مستقیم و غیر مستقیم کرامت آنها تهدید می گردد. آماده سازی بیماران قبل از اعمال جراحی و انتقال آنها به اتاق عمل معمولاً از نکاتی است که اکثر بیماران به ویژه بانوان از آن نگران بوده و باعث نارضایتی آنها می گردد. این طرح جهت برطرف کردن این مشکل اجرا شده است.

**مواد و روشها:** در این پژوهش که در سه ماهه اول سال ۸۹ در بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود اجرا شده است در ابتدا پرسشنامه ای خود تنظیمی مشتمل بر ۲۰ سؤال یک امتیازی در رابطه با پوشش و نحوه انتقال به اتاق عمل در اختیار بیماران کاندید عمل جراحی حداقل دو نوبته قرار گرفته و میزان رضایتمندی آنها سنجیده شده. سپس با تغییراتی در حمل و نقل بیماران (استفاده از ویلچر و برانکارد و خدمه آموزش دیده به جای راه رفتن بیمار و انتقال توسط همراهان) و همچنین استفاده از پوشش



مناسب (چادر و ملافه) رضایت سنجی بیماران مذکور صورت گرفته و نتایج حاصله جمع آوری گردیده و سپس این نتایج به کمک نرم افزار آماری SPSS نگارش ۱۶ و آزمون های آماری با هم مقایسه گردیده است.

**یافته ها:** از ۸۷ بیمار مورد پژوهش ۲۵ نفر (۲۸/۷) مرد و ۶۲ نفر (۷۱/۳) زن بودند. میانگین امتیاز رضایتمندی در مرحله اول ۳/۵ ± ۱۱/۲ (در گروه زنان ۱/۷ ± ۸/۳ و مردان ۲/۶ ± ۱۳/۷) بود که پس از اصلاح فرایند حمل و نقل و پوشش بیماران میانگین امتیاز رضایتمندی به ۱/۶ ± ۱۶/۷ (زنان ۲/۳ ± ۱۸/۵ و مردان ۱/۶ ± ۱۴/۸) افزایش یافت که به طور معنی داری نسبت به مرحله قبل افزایش یافته بود ( $P < 0.05$ ). هم چنین استفاده از خدمه همجنس بیمار نیز از موضوعاتی بود که بسیار مورد استقبال بیماران قرار گرفت.

**نتیجه گیری:** با اجرای اجزای مختلف حاکمیت بالینی به ویژه رضایتمندی بیماران و با اجرای اقدامات بسیار ساده ولی حساس می توان کرامت و شخصیت بیماران را به طور کامل حفظ نموده و با ایجاد محیطی آرام و بدون اضطراب، درمان بهتری را برای بیماران مهیا ساخت.

**کلید واژه:** حاکمیت بالینی، رضایت بیماران، لباس اتاق عمل

## رعایت حقوق بیماران در بیمارستانها، الزامی جهت اجرای حاکمیت بالینی

### نویسندگان:

۱. انیس عباسی ، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ، باشگاه پژوهشگران دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۲. آذردخت ضیائی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

**زمینه و هدف:** بیمارستان جزء لاینفک تشکیلات پزشکی و اجتماعی است که وظیفه تامین مراقبتهای کامل بهداشتی (پیشگیری ، درمان و توانایی ) را برای عموم بر عهده داشته و مرکز آموزشی برای کارکنان بهداشت و درمان و تحقیقات زیستی اجتماعی می باشد. به منظور تامین کیفیت خدمات و مراقبتهای بهداشتی و درمانی ، رعایت موازین اخلاق پزشکی و رعایت حقوق بیماران و ارائه خدمات بهداشتی درمانی اجتناب ناپذیر است. بیمار مانند هر انسان دیگری نیازهای حیاتی دارد. او به علت بیماری نمی تواند برخی از نیازهایش را به طور کامل تامین کند و به کمک اطرافیان نیاز دارد . بنابراین گروه مراقبت و درمان باید درباره نیازها و چگونگی ارضاء آنها ، دانش و آگاهی کافی داشته باشند. واژه حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه راست و سزاوار است ، تعریف می شود. حقوق بیمار نیز به معنای آنچه برای بیمار بایسته و سزاوار است، تعریف می شود. نظام بهداشتی و درمانی بیشتر کشورها، منشوری را با عنوان منشور حقوق بیماران ، در جهت دستیابی به رضایتمندی بیماران تدوین کرده و به سطوح اجرایی ابلاغ می



کنند تا مفاد آن را اجرا نمایند. بیمارستانها موظف هستند هنگام بستری بیمار در واحد پذیرش، این منشور را به وی تسلیم کنند تا با حقوق خود کاملاً آشنا شود. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز منشور ۱۰ ماده ای حقوق بیمار را برای واحدهای اجرایی تابعه خود تدوین کرده است. متأسفانه در کشور ما اکثر بیماران از حقوق خویش مطلع نیستند و پزشکان نیز این مهم را به فراموشی سپرده اند. بنابراین این عدم آگاهی منجر به بروز مشکلاتی برای بیماران و سازمانهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی می شود. برخی از این حقوق عبارتند از: حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت بالا، حق برخورداری از اطلاعات، حق محرمانه بودن اطلاعات بیمار، حق رضایت آگاهانه، حق استقلال رای، حق برخورداری از آموزش سلامت (بهداشت)، حق رعایت محیط خصوصی بیمار، حق داشتن آرامش و مرگ با عزت، حق ابراز اعتراض و شکایت، حق جبران خسارت و حقیقت گویی به بیمار.

**روش بررسی:** این مقاله به صورت مروری - کتابخانه ای و با استفاده از مقالات متعدد فارسی و لاتین، مجلات و سایتهای معتبر تنظیم شده است که در آن پس از مطالعه ضرورت اجرای منشور حقوق بیماران سعی دارد به توضیح مفاهیم مرتبط بپردازد.

**نتیجه گیری و بحث:** عدم رعایت منشور حقوق بیماران می تواند موجب به مخاطره افتادن سلامتی، جان و امنیت بیماران و همچنین تضعیف رابطه بین کارکنان مراقبتهای بهداشتی - درمانی و بیماران گردد، که در نهایت منجر به کاهش اثربخشی خدمات و مراقبت موثر از بیماران می شود. مسلم اینست که آگاه کردن بیماران، سهیم شدن آنها در تصمیم گیری و محترم شمردن حقوقشان به بهبودی آنها سرعت می بخشد، دوران بستری در بیمارستان را کاهش می دهد و سبب شرکت فعالانه آنها در درمان خود می شود. همچنین منشور حقوق بیمار به صورت ابلاغ صرف و بدون پیگیری لازم نمی تواند باعث تحول در خدمات بیمارستانها شود و باید سیستم هایی برای کنترل، آموزش به پزشکان، پرستاران، و حتی رده های پایینتر گذاشته شود.

امید است با بکارگیری منشور حقوق بیمار در بیمارستان، بیمار نیز با حقوق خود آشنا شده و این امکان برای او فراهم گردد که در اسرع وقت از تشخیص درست و بدنبال آن از خدمات درمانی و مراقبتی مطلوب، موثر همراه با احترام کامل برخوردار شود.

**کلید واژه:** حقوق - منشور - بیمار - بیمارستان



## اخلاق حرفه ای و بررسی علل و عوامل موثر در بروز خطاها و قصورات پزشکی

### نویسندگان:

۱. انیس عباسی ، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ، باشگاه پژوهشگران دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۲. آذردخت ضیائی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۳. دکتر محمدکریم بهادری، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)

**مقدمه:** خطاهای پزشکی در تمام دنیا یکی از چالشهای مهمی است، که نظام سلامت همه کشورها با آن دست به گریبانند. خطاهای پزشکی بیانگر مسائل جدی در بهداشت و درمان و تهدیدی برای ایمنی بیماران است. همه بیماران به طور بالقوه در معرض آسیب هستند و خطای پزشکی از نقطه نظر اجتماعی، اقتصادی و انسانی بسیار پر هزینه میباشد. بر اساس مطالعات انجام شده تقریباً هر سال ۸۰۰۰۰ مرگ در ایالات متحده به خاطر خطاهای پزشکی اتفاق می افتد. ضمناً در یک مطالعه گروهی- تصادفی راجع به کیفیت مراقبتهای بهداشتی نشان داده شده که ۳۵ تا ۴۰ درصد تشخیص های اشتباه با مرگ بیمار همراه بوده است. در واقع خطا عبارت است از عدم دستیابی به یک فعالیت برنامه ریزی شده به نتیجه دلخواه و یا برنامه ریزی نادرست برای



دستیابی به یک هدف که متعاقب آن قصورات پزشکی نیز عبارت است از عدم رعایت آنچه پزشک (کادر درمانی) مطابق قوانین و مقررات نسبت به معاینه دقیق، تشخیص به موقع، درمان صحیح و پیگیری و مشاوره به عهده دارد اطلاق می گردد.

تحلیل علل ریشه ای خطاهای پزشکی: تحلیل علل ریشه ای خطا تکنیکی است که به ما اجازه می دهد تا علل اصلی یا اولیه خطاهای پزشکی را پیدا کنیم و با حذف و اصلاح آنها، احتمال وقوع مجدد خطا را کاهش دهیم. در این تحلیل به جای پرداختن به عملکرد افراد در درجه اول بر سیستم ها و فرایندهای موجود بر آنها تاکید می شود.

**روش پژوهش:** این مقاله بصورت مروری-کتابخانه ای و با استفاده از کتب، مقالات فارسی و لاتین، مجلات و سایتهای معتبر تنظیم شده است.

**بحث و نتیجه گیری:** در مورد خطاهای پزشکی می بایست به ۴ نکته توجه کرد:

۱. تا زمانی که خطا مورد انتظار می باشد بایستی سیستم هایی برای پیشگیری از آنها طراحی شود.
  ۲. خطا با سهل انگاری مترادف نیست.
  ۳. خطا پذیر بودن انسان منجر به فرهنگی می شود که در آن فرهنگ، اشتباهات به عنوان مسائل فردی دیده می شوند و به جای جستجو برای یافتن علل به سرزنش و تنبیه افراد می پردازند.
  ۵. ایجاد فرهنگ حمایتی گزارش خطاها، نقطه شروع در کاهش خطاهای پزشکی آینده است.
- خطاهای پزشکی بخشی از هر فعالیت روزانه هستند، برخی از خطاها نتیجه مستقیم فرآیندهای پیچیده بوده و قابل پیشگیری هستند.

مهمترین خطاهای پزشکی در رابط با عوامل زیر است:

- مسائل ارتباطات (پرستاری، بیماران) ۲۴٪
- قطع مراقبت (شامل ارجاع بیماران موجود و گردش بیماران جدید) ۲۰٪
- نتایج آزمایشگاه ۱۹٪
- ارزش های از دست رفته ۱۲٪
- اشتباهات کلینیکی (دانش، مهارت) ۸٪
- خطاهای تجویزی (دز، انتخاب، آلرژی یا بر هم کنش) ۸٪
- سایر موارد ۸٪

بنابراین برای پیشگیری از بروز این خطاها در نظر گرفتن موارد ذیل موثر می باشد:





- ۱- ساعت کار پزشکان و پرستاران به گونه ای باشد که از حد توان آنها خارج نباشد چرا که خستگی ارتباط مستقیمی با میزان خطا دارد.
- ۲- نسخه ها خوش خط تر و خواناتر نوشته شود و از طرف پزشک و پرستار اطلاعات کافی در خصوص دارو و طرز مصرف آن به خانواده ها داده ها شود.
- ۳- از آنجا که گرفتن شرح حال بیمار و معاینه فیزیکی تا ۸۰ درصد موارد، به تشخیص کمک می کند، پزشکان گفتگوی طولانی با بیمار و خانواده او و معاینه فیزیکی را در هر مراجعه فراموش نکنند.
- ۴- پزشک باید در بیماریهای سخت از همکاران با تجربه تر به عنوان مشاور استفاده کند و تمام اطلاعات به دست آمده را با مریض و خانواده او در میان بگذارد و در تصمیم گیریها آنها را مشارکت دهد.
- در نهایت هنگامی که یک رخداد نامطلوب اتفاق می افتد مهم این نیست که دریابیم چه کسی مرتکب اشتباه شده است بلکه باید بررسی کنیم علت شکست مکانیسم های دفاعی در برابر پیدایش خطا چه بوده است.

## رابطه میزان اجرای دستورالعمل مراقبت مدیریت شده ارزیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی گلستان

### نویسندگان:

۱. انیس عباسی، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ، باشگاه پژوهشگران دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۲. دکتر امیر اشکان نصیری پور، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران
۳. دکتر شهرام توفیقی ، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
۴. ناصر بهنام پور ، دانشجوی دکتری آمار حیاتی، عضو هیات علمی گروه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گلستان



**مقدمه و هدف:** بیمارستانها به عنوان مرکز ثقل ارائه مراقبتهای بهداشتی و درمانی، از عوامل تعیین کننده در توفیق بخش بهداشت و درمان و گسترش عادلانه مراقبتها در کلیه سطوح شبکه به شمار می‌روند؛ به همین دلیل، ارزشیابی این مراکز از حساسیت ویژه‌ای برخوردار است. با این وجود روز به روز بر افزایش نارضایتی مردم از بیمارستانها افزوده می‌شود، که این مسأله به عنوان زنگ خطری برای متولیان بخش درمان کشور مطرح می‌باشد و مهمترین عامل این ناکامی، فقدان یک سازوکار ارزشیابی مؤثر بر عملکرد بیمارستانها است. تاکید بیش از حد به شاخصهای کمی در نظام ارزشیابی بیمارستانها باعث افت عملکرد مراکز درمانی و عدم انگیزه برای ارتقاء فرایندهای درمانی آنها شده است. به منظور ارتقاء فرایند ارائه خدمات درمانی، رعایت حقوق بیماران، افزایش کیفیت در ارائه خدمات درمانی و ایجاد وحدت رویه در خط مشی های درمانی، برخی از دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده در قالب شاخص های کیفی ارزشیابی جهت کاربرد و به منظور کیفی کردن ارزشیابی بیمارستانها به کلیه بیمارستانهای کشور در سال ۸۲ ابلاغ گردیده است. در این روش جهت دسترسی به کارایی و اثر بخشی لازم، فشاری روی پزشکان و دیگر حرف پزشکی اعمال می‌گردد، بطوریکه با روشی متفاوت از روشهای سنتی به درمان می‌پردازند.

اما جهت تحقق اهداف مذکور، شناسایی بستر اجرایی مناسب با مبانی قانونی و ضمانت‌های اجرایی لازم، جهت پیاده سازی این دستورالعمل‌ها لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

**یافته ها:** در رابطه با دستورالعمل مراقبت مدیریت شده ارزیابی قبل از اعمال جراحی، در سال ۸۱ در ۵/۱٪ پرونده های مورد بررسی، دستورالعمل ارزیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو بطور کامل رعایت شده بود که در سال ۸۶ به ۳۲/۱٪ رسید. به طور کلی رابطه ابلاغ این دستورالعمل با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی گلستان مثبت و معنی دار بود ( $p < 0.001$ ,  $\alpha = 0.05$ ). در مورد دستورالعمل ارزیابی پیش از اعمال جراحی بهترین عملکرد را در سال ۸۶ به ترتیب بیمارستان های فاطمه الزهرا (س) مینودشت و شهدا بندرگز داشته است که به ترتیب در ۹۱/۷٪ و ۸۳/۳٪ پرونده ها، دستورالعمل ارزیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو بطور کامل رعایت شده است. بین ابلاغ دستورالعمل مذکور و میزان رعایت آن در بیمارستان فاطمه الزهرا (س) مینودشت رابطه قویتری وجود داشت ( $p < 0.001$ ). در سال ۸۱ و ۸۶ به غیر از ثبت معیارهای انجمن بیهوشی آمریکا (۶/۲٪ در سال ۸۱ و ۵۳/۸٪ در سال ۸۶) بطور متوسط ۹۱٪ از بقیه موارد عنوان شده در دستورالعمل در سال ۸۱ و ۹۵٪ در سال ۸۶ برای بیماران پیش از عمل جراحی الکتیو رعایت شده است که این تغییر از نظر آماری در سطح خطای  $\alpha = 0.05$  معنی دار است ( $p < 0.002$ ). غیر از درخواست آزمایشات پاراکلینیک، در سایر موارد قید شده در دستورالعمل ارزیابی قبل از اعمال جراحی، بین ابلاغ دستورالعمل مذکور و میزان رعایت آنها رابطه معنی دار و مثبتی وجود داشت.

**بحث و نتیجه گیری:** معاینات بالینی و گرفتن تاریخچه دقیق بیمار قبل از بیهوشی، بهترین روش برای ارزیابی خطر بیهوشی و اعمال جراحی و اسکرین نمودن بیماران است و به تنهایی می‌تواند پایه ای منطقی برای بررسی بیماران در حین عمل باشد. و با صرف کمی وقت و بررسی دقیق تر بالینی می‌توان از تحمیل هزینه اضافی بر بیمار و سیستم بهداشتی درمانی و بروز عوارض احتمالی جلوگیری نمود.



نتایج حاکی از آن است که اجرای دستورالعمل مراقبت مدیریت شده ارزیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو منجر به بهبود کیفیت خدمات درمانی گردیده است. با استقرار ضمانت های اجرایی لازم و بازنگری های مکرر در خصوص دستورالعمل های ارزشیابی کیفی بیمارستانها، کیفیت خدمات افزایش می یابد.

**واژگان کلیدی:** مراقبت های مدیریت شده، ارزیابی پیش از عمل، کیفیت، بیمارستان

## آزردگی شغلی در پرستاران؛ مشکلات و رهیافتها

### نویسندگان:

۱. هدی رحیمی فرد، مربی، عضو هیئت علمی گروه بهداشت حرفه ای، دانشگاه علوم پزشکی قم
۲. زهرا حیدری، دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبتهای ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان امیرالمومنین (ع) کردکوی
۳. حمیدرضا حیدری، عضو هیئت علمی گروه بهداشت حرفه ای، دانشگاه علوم پزشکی قم



**مقدمه:** وجود منابع صوتی مختلف در بیمارستانها از جمله دستگاهها و تجهیزات پزشکی، سیستمهای گرمایشی، سرمایشی و نیز صدای مکالمه افراد و غیره میتواند عامل آزدگی صوتی در پرستاران باشد. این پژوهش با هدف بررسی آزدگی صوتی در بین پرستاران انجام شد و در نهایت راهکارهایی برای بهینه سازی شرایط محیط کار آنها از لحاظ مواجهه با صدا ارائه گردید. مواد و روشها: این مطالعه از نوع مطالعات مروری می باشد. بدین منظور با مراجعه به پژوهشهای متعدد انجام شده در داخل و خارج از کشور، عمده عوامل ایجاد کننده صدای آزار دهنده در بخشهای مختلف بیمارستانی و علایم و عوارض مواجهه با صدای آزار دهنده در بین پرستاران، به تفکیک تعیین و مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته ها:** بر اساس پژوهشهای انجام شده بیشترین عوامل ایجاد کننده صدای آزار دهنده در بیمارستانها شامل سیستمهای تهویه، گرمایش، کمپرسورها، سیستم پیچینگ و صدای مکالمه افراد میباشد. عمده ترین اثرات آلودگی صوتی بر پرستاران حواس پرتی، اضطراب، خستگی زودرس، اختلال در خواب، سر درد و کاهش حافظه است. همچنین پیامدهای مهم ناشی از سر و صدا شامل کاهش عملکرد ذهنی، افزایش خطاهای انسانی و کاهش عملکرد شغلی است.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به حساسیت شغلی و عملکردی پرستاران فراهم نمودن آرامش و آسایش این افراد و کاهش عوامل زیان آور محیط کار از جمله سر و صدا یک ضرورت است و پیامدهای مثبت این مهم شامل بهبود و ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری، کاهش خطاهای انسانی، کاهش حوادث شغلی و در نهایت ارتقاء سلامت بیماران است.

**واژگان کلیدی:** آزدگی صدا، پرستاران، بیمارستان، ارتقاء کیفیت

## چالش ها و راهکارهای تحقق حاکمیت بالینی و ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی درمانی

### نویسنده:

شیمای صفازاده، کارشناس ارشد پرستاری، مسئول واحد بهداشت و کنترل عفونت مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س)

**مقدمه:** تعالی خدمات بالینی در مفهوم کلی به معنای ارتقای کیفیت خدمات بالین و افزایش پاسخ گویی ارائه دهندگان و متولیان امر سلامت در قبال کیفیت خدمات ارائه شده به مردم است. حاکمیت بالینی را می توان به مثابه تغییر فرهنگی تمام نظام در نظر



گرفت که سازمان را برای ارائه ی خدمات مستمر، پاسخگو، بیمار محور و با کیفیت تضمین شده توانمند می سازد. این برنامه باید بر اساس ارزیابی نیازها و دیدگاه های بیماران، الزامات قانونی، قابلیت های کارکنان، نیازهای آموزشی و مقایسه ی واقع بینانه ی عملکرد کنونی با بهترین استانداردها استوار باشد. در این میان ایمنی بیمار هدفی است ارزشمند که در سایه ی تحقق حاکمیت بالینی می توان به آن دست یافت. نگرانی در مورد ایمنی بیمار فقط در آمارهای موجود خلاصه نمی شود، بلکه تهدید ایمنی بیمار به معنای آسیب به زندگی انسانهای واقعی شامل بیماران و خانواده های آنهاست؛ افرادی که آسیب می بینند و گاهی در نتیجه ی این مراقبت غیر ایمن جان خود را از دست می دهند. مطالعات نشان می دهد که در کشور انگلستان سالانه ۸۵۰۰۰۰ خطا یا حادثه در سیستم بهداشت و درمان این کشور اتفاق می افتد و در گذشته نیز ۱۷ درصد پذیرش های بیمارستانی در استرالیا به یک خطای ناخواسته منجر می گردید. همین امر موجب شد تا امروزه بهبود کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی امری مهم و درخور توجه شود.

معمولاً اکثر خطاها در نتیجه ی نقص در سیستم هاست نه خطاهای فردی خاص، بنابراین چنین به نظر می رسد که برای تضمین ایمنی بیمار توجه دقیق به مدیریت خطر و روش های اجرای حاکمیت بالینی حیاتی است. هدف از انجام این مطالعه ی مروری پاسخ به این پرسش است که آیا می توان ایمنی بیمار را در سایه ی حاکمیت بالینی در مراکز بهداشتی درمانی تحقق بخشید یا خیر و مراکز بهداشتی درمانی با چه راهکارهایی می توانند بر این چالش ها فائق آیند؟

**مواد و روش ها:** داده ها و مقالات مرتبط با این مطالعه از طریق دادن کلمات کلیدی حاکمیت بالینی، ایمنی بیمار و سیستم های ارائه ی خدمات بهداشتی در بین منابع الکترونیک و بانک های اطلاعاتی در دسترس مانند Pubmed, Elsevier, Medline, CINAHL و بعد از جستجو و دادن کلمات کلیدی ۴۰ مقاله بررسی و با اختصاصی کردن جستجو ده مقاله جدا گردید و در نهایت چهار مقاله که کاملاً با معیارهای ورود به مطالعه تطابق داشت انتخاب گردید. از سایر مقالات در بیان اهمیت موضوع و بحث استفاده شد. معیارهای ورود به این مطالعه شامل چاپ مقاله به صورت کامل در ژورنالهای معتبر در فاصله ی سالهای ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۰ به زبان انگلیسی و پرداختن به موضوع حاکمیت بالینی، ایمنی بیمار، چالش های سیستم های بهداشتی درمانی، ارائه ی راهکار و فرهنگ سازی در این زمینه بود.

**یافته ها:** نتایج حاصل از مطالعات انتخاب شده در چند محور خلاصه می شوند. شرایط بیمارستان، بخش و برآیند های حاصل از ایمنی بر هم اثر متقابل دارند. بدین معنا که با ایجاد شرایط مثبت در بخش می توان بهبود شرایط بیمارستانی و ایمنی خدمات ارائه شده را تضمین نمود. از طرفی در بیمارستان های با مدیریت باز که از روش های حل مسئله برای یادگیری از خطاها استفاده می کنند، ایمنی خدمات بهتر حاصل می شود. در این حالت التزام پرستاران به ایمنی و خوداظهاری خطا بیشتر می باشد. همچنین شرکت دادن پرستاران در تصمیم گیری ها، توسعه ی کانال های ارتباطی در سیستم، اولویت بندی اهداف ایمنی در سطح هر واحد و حل مشکلات با استفاده از روش های علمی حل مسئله توصیه می شود. از طرفی آژانس تحقیق در مورد کیفیت خدمات بالینی در آمریکا با انجام مطالعات مستمر مهمترین فعالیت های ایمنی را شامل وارد کردن کتر و رید مرکزی از طریق راهنمای اولتراسوند، پیشگیری از عفونت خونی مرتبط با کتر و رید مرکزی، پیشگیری از عفونت های ادراری به دنبال کترگذاری، بازخوانی نتایج آزمایشگاهی، پیگیری بعد از ترخیص از طریق تماس های تلفنی، وجود خلاصه پرونده ها و سیستم های ترخیص سازمان دهی شده، ایجاد تیم های پاسخ سریع، آموزش گروهی، ثبت دستورات و گزارش های پزشکی و پرستاری به صورت الکترونیک می داند. ارتقای حاکمیت مراقبت بهداشتی<sup>۱</sup> نیز یک روش برای بررسی سطح اجرای حاکمیت بالینی درون سازمان های ارائه کننده ی خدمات بهداشتی است. گام های اصلی این فرآیند شامل ممیزی بیمارستان به روشی منظم و سازمان دهی شده و



توسعه ی برنامه های عملیاتی رو به پیشرفت می باشد. در این روش پرسشنامه و روش های تجزیه و تحلیل بر اساس مرور مطالعات علمی فراهم شده و تعیین معیارها، اندازه گیری پاسخ های افراد، تبادل نظر و مقایسه سازمان های مختلف با اجرای یک برنامه ی نرم افزاری کامپیوتری امکان پذیر می شود. بدین ترتیب می توان به سطح اجرای حاکمیت بالینی در یک مرکز بهداشتی درمانی دست یافت.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به مطالعات مرور شده در این پژوهش می توان گفت که حاکمیت بالینی چارچوبی است که سازمان های ارائه دهنده ی خدمات را موظف به رعایت اصول تعالی خدمات بالینی نموده و از این طریق آنها را در مقابل حفظ و ارتقای کیفیت خدماتی که ارائه می دهند پاسخگو می گرداند. چنین به نظر می رسد که برای نهادینه کردن ایمنی بیمار در مراکز آموزشی درمانی نیاز است تا در ساختار اجرایی بیمارستان، محیط، تجهیزات، فرآیندها، انسان ها، مدیریت و رهبری بیمارستان تغییراتی اساسی ایجاد نمود. در اغلب مراکز بهداشتی درمانی اجرای حاکمیت بالینی و دستیابی به مراقبت ایمن با چالش های متعددی مواجه است. این مشکلات می تواند در نتیجه ی سیستم های مدیریت بسته، تعهد ناکافی رهبران و مدیران ارشد به اجرای برنامه های تعالی، عدم آشنایی کامل کارکنان با فرهنگ تعالی خدمات بالینی و ایمنی بیمار، تجهیزات ناکافی، عدم تعادل بین تعداد پرستار و بیمار، آموزشی بودن مراکز، پذیرش بیماران با فرهنگ ها و بینش های متفاوت، داشتن تنوع و تغییر فراوان در نیروهای استخدامی ایجاد شود. اما در هر صورت کیفیت بهایی دارد که برای دستیابی به آن باید پرداخته شود. مطالعات انجام شده خصوصا در کشور انگلستان نشان می دهد که برای دستیابی به ایمنی بیمار باید هفت مرحله را طی کرد که شامل ایجاد فرهنگ ایمنی، هدایت و رهبری کارکنان به سمت آن، یکپارچه کردن مدیریت خطر و تقویت گزارش دهی، بهبود ارتباط و تعامل سیستم با بیماران و جامعه، تقسیم درس های گرفته شده از ایمنی بیمار با دیگران و در نهایت اجرای راه حلی برای پیشگیری از آسیب می باشد.

پرواضح است که در نظام نوین مدیریت کیفیت خدمات درمانی خواسته های بیمار، همراه او و کارکنان بیمارستان اهمیت دارد. لذا اجرای حاکمیت بالینی در مراکز درمانی با چهار اصل افزایش پاسخ گوئی و رضایتمندی، استاندارد سازی، تضمین کیفیت خدمات درمانی و بازآموزی و اعتبار بخشی مورد نظر تصمیم سازان و برنامه ریزان امر سلامت می باشد.

**واژگان کلیدی:** حاکمیت بالینی، ایمنی بیمار، سیستم های ارائه کننده ی خدمات بهداشتی درمانی

**نویسندگان:**

دکتر فرهاد بهمن زیاری، جعفر اسفندیاری

**مقدمه:** با معرفی «منشور بیماران» رویکرد مشتری محورانه ی جدیدی در ارائه خدمات سلامت پا به عرصه ی وجود گذاشت که توصیه می کند برنامه های «رسیدگی به شکایات» به صورت نظام مند طراحی شود. از طرف دیگر بررسی نظام مند شکایات یکی از اجزای نظام مدیریت خطا می باشد.

بررسی روند رسیدگی ممکن است از موردی به مورد دیگر متفاوت باشد. نظام سلامت باید فرایند رسیدگی به شکایت در سطوح مختلف را طراحی و اجرا نماید به گونه ای که در آن ویژگی های زیر مد نظر قرار گرفته باشد: آسان و سریع کردن فرآیندها، رعایت انصاف و عدالت، جمع آوری اطلاعات و تحلیل آنها، شناسایی خطاها و اقدام در جهت رفع آن ها، دسته بندی و شفاف سازی مسیر رسیدگی به هر گروه از شکایات

هدف از این مقاله ارائه مجموعه راهبردهای قابل انجام نظام رسیدگی به شکایت در سطوح مختلف مدیریت سلامت (کشوری، استانی و مراکز ارائه خدمت) می باشد. همچنین جایگاه سازمانهای مختلف (مانند نظام پزشکی و پزشکی قانونی) در این نظام تعیین شده است.

**مواد و روش ها:** این مقاله از نوع مروری می باشد و طی آن نظام رسیدگی به شکایت کشورهای مختلف مانند انگلستان و امریکا بررسی و با کشورمان مقایسه شد.

**یافته ها:** در این مقاله نقش و وظایف سطوح مختلف ارائه خدمات و همچنین مراجع نظارتی و قضائی بر اساس شکایات رایج نظام سلامت تعیین شد

**بحث و نتیجه گیری:** نظام رسیدگی به شکایات کشور با حضور مسئولین سازمان نظام پزشکی، قوه قضائیه و مدیران نظام سلامت نیاز به بازنگری و بهبود دارد.

**کلید واژه:** شکایت، نظام، خطا



## تأچه حد با ارزش های ایده آل سازمانی فاصله داریم: وضعیت مطلوب و وضعیت موجود ارزش های سازمانی از دیدگاه کارکنان بیمارستان طالقانی گنبد کاووس

### نویسندگان:

۱. گلناز محمدی، کارشناس پرستاری، بیمارستان طالقانی گنبد

۲. دکتر امید مظفری، ریاست بیمارستان طالقانی گنبد

**مقدمه:** امروزه سازمان ها رکن اصلی اجتماع کنونی اند و اصول ارزشی، آن دسته از معتقدات ریشه ای و ماندگار هر سازمان می باشد که قابل مصالحه با درآمدهای مالی یا مصلحتهای کوتاه مدت نیست اصول ارزشی را نمی توان از راه تقلید به دست آورد. اساس این رویکرد تکیه بر ارزش آفرینی و ارزش افزایی در سازمان ها می باشد. مدیریت، مهم ترین عامل در حیات، رشد و بالندگی و یا مرگ سازمان هاست و می تواند روند حرکت از "وضع موجود" به سوی "وضعیت مطلوب" را هدایت کند، ناهمسانی شکاف بین وضعیت و عملکرد موجود و آن چه مطلوب است، ناگزیر منجر به شناسایی نیازها خواهد شد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شکاف بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب ارزش های سازمانی در بیمارستان طالقانی در مردادماه ۱۳۸۸ انجام گردید.

**مواد و روش ها:** این مقاله به عنوان بخشی از پژوهش بزرگتر در خصوص نظام حاکمیت بالینی در بیمارستان طالقانی گنبد کاوس می باشد. تعداد ۱۴۲ نفر از کارکنان در این پژوهش شرکت نمودند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه پژوهش گر ساخته استفاده گردید که مشتمل بر دو بخش می باشد، بخش اول اطلاعات دموگرافیک افراد را مورد بررسی و بخش دوم در خصوص ارزش های سازمانی است که ۱۸ ارزش را مورد سنجش قرار می دهد. این ارزش ها شامل عدالت، کیفیت، سخت کوشی، نظم، همکاری و... می باشد. پس از جمع آوری داده ها نتایج در فایل اکسل وارد گردیده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج بررسی نشان داد که از نظر کارکنان ارزش سخت کوشی با ۳۸.۹ درصد و ارزش پاسخگویی با ۳۴.۲ درصد، ارزش یادگیری با ۳۱.۵ درصد و ارزش خدمت با ۳۱.۵ درصد بیشترین فاصله را تا میزان مطلوب دارند و ارزشهایی چون کیفیت با ۲۱.۵ درصد، عدالت با ۲۲.۱ درصد و صراحت با ۲۲.۸ درصد و خلاقیت با ۲۶.۲ درصد نزدیک به وضعیت مطلوب و کمترین فاصله را با ارزش های ایده آل دارد.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به یافته های مطالعه حاضر میزان ارزش های سازمانی در این مرکز نسبتاً مطلوب می باشد. اما تا رسیدن به وضعیت مطلوب فاصله زیادی احساس می شود. که نیاز آن را می طلبد سیاست ها و راه کارهایی مناسب جهت رسیدن به وضعیت ایده آل صورت پذیرد.

**واژگان کلیدی:** ارزش سازمانی، وضعیت مطلوب، بیمارستان طالقانی





## نحوه نگارش خلاصه پرونده بیماران بستری در بیمارستان طالقانی گنبد کاوس شهریور ماه ۱۳۸۸

### نویسندگان:

۱. دکتر امید مظفری، ریاست بیمارستان طالقانی گنبد
۲. گلناز محمدی، کارشناس پرستاری، بیمارستان طالقانی گنبد

**مقدمه:** امروزه پرونده پزشکی نه تنها وسیله ای است ارتباطی برای تمامی افرادی که در امر درمان اشتغال دارند، بلکه نحوه مراقبت و درمان بیمار را منعکس می کند. در پرونده ها، تاریخچه، یافته های فیزیکی، کلیه اقدامات انجام شده و پاسخ بیمار به درمان ثبت می شود و محتوای آن ها نمایانگر نحوه ارزیابی پزشک می باشد با توجه به اهمیت مسئله مطالعه حاضر با هدف بررسی نحوه نگارش خلاصه پرونده بیماران بستری در بیمارستان طالقانی گنبد کاوس شهریور ماه ۱۳۸۸ انجام گردید.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که در آن ۴۴۰ پرونده بستری در شهریور ۱۳۸۸ با استفاده از روش سرشماری انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفت، ابزار جمع آوری داده ها خلاصه پرونده بیماران بود که اطلاعات ثبت شده در برگه خلاصه بستری پرونده تک تک این بیماران استخراج و نحوه تکمیل اطلاعات خلاصه پرونده به شکل چک لیست استاندارد تعیین و در سه دسته (الف. مکتوب و قابل قرائت ب. مکتوب و غیر قابل قرائت ج. غیر مکتوب) تفکیک شد. نتایج در فایل SPSS وارد گردیده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** پس از بررسی ۴۴۰ پرونده این نتایج به دست آمد: در ۸۳ درصد پرونده ها مهر و امضای پزشک به شکل مکتوب و قابل قرائت وجود داشت، ۶۶ درصد پزشکان اقدامات درمانی را در پرونده ها به صورت خوانا ثبت کرده بودند. در ۶۶ درصد پرونده ها تشخیص اولیه به صورت قابل قرائت ثبت شده بود. تشخیص نهایی بیماری در ۱۹ درصد پرونده ها ثبت نشده بود. شکایت اصلی بیمار در ۶۶ درصد پرونده ها مکتوب و خوانا و در ۱۰ درصد به صورت ناخوانا ثبت گردیده بود. ثبت نتایج پاراکلینیکی در ۶۳ درصد پرونده ها به صورت خوانا انجام شده بود. سیر بیماری تنها در ۴۰ درصد و توصیه های بعد درمان در ۳۹ درصد پرونده ها به صورت خوانا ثبت شده و ۵۰ درصد پرونده ها فاقد ثبت سیر بیماری و توصیه های پس از درمان بودند. در خصوص ثبت وضعیت بیمار هنگام ترخیص ۵۱ درصد پرونده ها به صورت قابل قرائت، ۱۱ درصد به شکل ناخوانا و ۳۷ درصد ثبت نگردیده بود.

**بحث و نتیجه گیری:** یافته های مطالعه حاضر به نظر می رسد میزان ثبت اطلاعات پرونده بیماران بستری در این مرکز نسبتاً مطلوب می باشد. اما در بعضی موارد خاص پزشکی مانند سیر بیماری و توصیه های پس از ترخیص کمبود اطلاعات همچنان وجود دارد.

**واژگان کلیدی:** پرونده نویسی، خلاصه پرونده، نحوه نگارش، بیمارستان طالقانی



## میزان رضایت مندی بیماران از خدمات ارائه شده در بیمارستان طالقانی گنبد کاووس در سال ۱۳۸۹

## نویسندگان:

۱. دکتر امید مظفری، ریاست بیمارستان طالقانی گنبد
۲. گلناز محمدی، کارشناس پرستاری، بیمارستان طالقانی گنبد

**مقدمه:** امروزه رضایت بیمار از نحوه مراقبت های درمانی یکی از روش های سنجش وارشیایی کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان ها به شمار رفته و تلاش می شود برای ارتقاء سطح کیفی این خدمات سطح رضایت مندی مراجعان ارزیابی شود. حاکمیت بالینی سیستمی برای ارتقاء استانداردهای عملکرد بالینی است، یکی از مهمترین حیطه های نظام حاکمیت خدمات بالینی حیطه پاسخگویی به نیاز بیماران و رضایت بیماران می باشد و نظر به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان رضایتمندی بیماران از خدمات ارائه شده در بیمارستان طالقانی گنبد کاووس صورت گرفته است.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی بوده که در آن کلیه مراجعین به بخش بستری اطفال که با استفاده از روش سر شماری انتخاب گردیدند. ابزار جمع اوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش می باشد که بخش اول اطلاعات دموگرافیک افراد مورد بررسی و بخش دوم در خصوص میزان رضایت بیماران از سرویسهای پرستاری، پزشکی و خدمات هتلینگ را مورد سنجش قرار داد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که میزان رضایت کلی از خدمات بیمارستانی عرضه شده در این مرکز ۷۳ درصد بوده و ۲۷ درصد نیز از دریافت خدمات راضی نبودند. بیشترین میزان رضایت به ترتیب از کادر پرستاری با ۷۰ درصد رضایت و کمترین میزان رضایت از خدمات هتلینگ در خصوص راحتی اتاق برای همراهان با ۶۹ درصد نارضایتی می باشد. ۶۹ درصد از خدمات کادر پزشکی رضایت کامل داشتند در خصوص خدمات هتلینگ و رفاهی ۶۵٪ مراجعین از ارائه این خدمات رضایت کامل داشتند. یافته ها نشانگر این مطلب است که در این مرکز کادر درمانی برخورد مناسب و قابل قبولی با بیماران دارند و ظایف خود را با توجه به امکانات در حد قابل قبولی انجام می دهند اگر چه در زمینه هایی نیز کمبود هایی را مشخص نمودند که بایستی مورد توجه قرار گیرد.

**بحث و نتیجه گیری:** یافته های مطالعه حاضر ارتباط معنادار بین رضایتمندی کلی بیماران از خدمات بیمارستانی با رضایت از خدمات پرستاری دارد. مطالعات نیز به این ارتباط تاکید داشته و کیفیت خدمات پرستاری را از عوامل تعیین کننده رضایتمندی بیماران می دانند.

**واژگان کلیدی:** رضایتمندی، ارائه خدمات، بیمارستان طالقانی



## تعهد سازمانی عاملی در پشگویی و درک رفتار سازمانی: ارزیابی میزان تعهد کارکنان بیمارستان طالقانی گنبد کاووس در سال ۱۳۸۹

### نویسندگان:

۱. دکتر امید مظفری، ریاست بیمارستان طالقانی گنبد
۲. گلناز محمدی، کارشناس پرستاری، بیمارستان طالقانی گنبد
۳. آرزوانارکی، کارشناس مامایی، بیمارستان طالقانی گنبد
۴. الهه اهری فرد، کارشناس پرستاری، بیمارستان طالقانی گنبد

**مقدمه:** تعهد سازمانی عامل موثری در رفتار سازمانی کارکنان و بازده سازمان هاست، از شاخصهای سنجش میزان برتری سازمانها نسبت به هم، کارکنان شاغل در آن سازمانها هستند که میزان وفاداری و تعهدشان باعث میشود وظایف محوله را با کیفیت بالاتری به انجام برسانند. این امر موجب افزایش عملکرد، بهره وری و اثربخشی سازمان میشود. برعکس، افراد بی تفاوت یا بی مسئولیت در برابر اعمال محوله سازمان، این رفتار را به دیگران منتقل میکنند و باعث کاهش عملکرد افراد و تنزل سازمان از نظر کمی و کیفی میشوند. این پژوهش با هدف ارزیابی میزان تعهد سازمانی کارکنان بیمارستان طالقانی گنبد کاووس در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی، به عنوان بخشی از پژوهش بزرگتر در خصوص نظام حاکمیت بالینی در بیمارستان طالقانی گنبد کاووس می باشد. تعداد ۱۴۲ از کارکنان در این پژوهش شرکت نمودند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه پژوهش گر ساخته استفاده گردید که مشتمل بر دو بخش می باشد، بخش اول اطلاعات دموگرافیک افراد را مورد بررسی و بخش دوم شامل ۱۱ سوال که تعهد سازمانی کارکنان را مورد بررسی قرار می دهد. پس از جمع آوری داده ها نتایج در فایل اکسل وارد گردیده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج بررسی نشان داد که ۶۲.۸٪ کارکنان این مرکز دارای تعهد سازمانی بودند. در بین سوالات مطرح شده در زمینه فاکتورهای تعهد سوال "من از اینکه در این سازمان کار می کنم افتخار می کنم" با ۷۱.۳٪ درصد بیشترین نظر موافق را به خود اختصاص داد و سوال "من وفاداری بسیار کمی را به سازمان احساس می کنم" با ۱۸.۷٪ نظر موافق نشان از تعهد سازمانی نسبتا خوب کارکنان این مرکز داشت. یافته ها حاکی از آن است که اکثریت کارکنان از تعهد سازمانی متوسط و ۲۰٪ تعهد سازمانی پایین برخوردار هستند. تعهد سازمانی کارکنان تحت شرایط و عوامل محیطی مختلف تغییر میکند و عوامل درونی و بیرونی محیط کار می توانند بر تعهد سازمانی افراد تاثیر داشته باشند.

**بحث و نتیجه گیری:** کارکنانی که اعتقاد بیشتر به اهداف و ارزشهای سازمانی دارند، در مقابل تغییرات انعطاف بیشتری نشان می دهند، عدم توجه به پیامدهای هر تصمیم گیری و عملکرد کارکنان، عواقب جبران ناپذیری برای بیماران و سلامت جامعه در



برخواهد داشت. لذا مدیران منابع انسانی باید از طریق انتخاب کارکنان شایسته، جایگزینی، توسعه، اعطای پاداشهای به موقع و مناسب، حفظ کارکنان شایسته در سازمان و فعالیتهای آموزشی، موجب شوند تعهدسازمانی کارکنان تقویت و ارتقا یابد.

واژگان کلیدی: تعهدسازمانی، کارکنان، بیمارستان طالقانی

## ارزیابی خلاقیت سازمانی کارکنان بیمارستان طالقانی گنبد کاووس در سال ۱۳۸۹

### نویسندگان:

۱. دکتر امید مظفری، ریاست بیمارستان طالقانی گنبد
۲. گلناز محمدی، کارشناس پرستاری، بیمارستان طالقانی گنبد
۳. آرزوانارکی، کارشناس مامایی، بیمارستان طالقانی گنبد
۴. الهه اهری فرد، کارشناس پرستاری، بیمارستان طالقانی گنبد

**مقدمه:** سنجش و توسعه بهره وری از جنبه های گوناگون همواره باید مورد توجه قرار گیرد. از جمله روش های سنجش بهره وری، خلاقیت مدیران و کارکنان سازمانی دارای اهمیت می باشد. خلاقیت یعنی ارائه فکر و طرح نوین برای بهبود و ارتقای کمیت یا کیفیت فعالیتهای سازمان افزایش بهره وری، افزایش تولیدات یا خدمات، کاهش هزینه ها، تولیدات یا خدمات از روش بهترو... که در جهت تحقق این مهم انسان هایی باید پرورش یابند که بتوانند با مغزی خلاق با مشکلات روبرو شده و به حل آنها بپردازند. لذا این مقاله با هدف ارزیابی خلاقیت کارکنان بیمارستان طالقانی گنبد کاووس در سال ۱۳۸۹ ارائه گردید.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی، به عنوان بخشی از پژوهش بزرگتر در خصوص نظام حاکمیت بالینی در بیمارستان طالقانی گنبد کاووس می باشد. تعداد ۱۴۲ از کارکنان در این پژوهش شرکت نمودند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه پژوهش گر ساخته استفاده گردید که مشتمل بر دو بخش می باشد، بخش اول اطلاعات دموگرافیک افراد را مورد بررسی و بخش دوم شامل ۷۲ سوال که ۹ حیطه از فاکتورهای خلاقیت را مورد بررسی قرار می دهد. پس از جمع آوری داده ها نتایج در فایل اکسل وارد گردیده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج بررسی نشان داد که از ۹ حیطه فاکتورهای مورد سوال حیطه تشویق مدیر بالاست بیشترین درصد پاسخ های مثبت را با ۶۹٪ نظر مثبت دارا بود و در این حیطه از بین ۱۶ سوال مطرح شده سوال "در گروه کاری ما مدیر من احساس اعتماد به نفس را از خود بروز می دهد" با ۷۱٪ بیشترین درصد نظر مثبت را داشت. حیطه خلاقیت با ۲۹٪ کمترین درصد و سوال "محیط کاری سازمان من مشوق خلاقیت در تیم کاری من است" در این حیطه با ۲۷٪ کمترین درصد را در بین ۷۲ سوال مطروحه داشت. و از نظر کارکنان حیطه های آزادی عمل ۴۸.۵۶٪، کار چالشی ۵۳.۳۴٪، تشویق سازمانی ۳۷.۷٪، نبود موانع سازمانی ۳۳.۹٪، منابع کافی ۳۹.۸٪، فشارهای واقع نگر ۳۳.۳٪ و بهره وری با ۴۶.۶٪ نظر مثبت را داشتند.



**بحث و نتیجه گیری:** پیشنهاد می شود جهت فرهنگ سازی و پدید آوردن بستری مناسب برای خلاقیت سازمانی کارکنان در جریان پیشرفت های فن آوری روز و تغییرات پدیدآمده قرارگیرند و به آنان فرصت ارائه ی پیشنهادات و ایده هاداده شود و مسئولان و مدیران نیز از قدرت خلاقیت و ابتکار آنان استفاده کنند.

**واژگان کلیدی:** خلاقیت، کارایی سازمانی، بیمارستان طالقانی

## دانش و اطلاعات برای حاکمیت بالینی در سطح مراقبت اولیه

### نویسندگان:

۱. اکرم فرهادی، دانشجوی ارشد مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۲. سیران نقدی، دانشجوی ارشد اقتصاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران

**مقدمه:** اگر هدف بهبود کیفیت مراقبت سلامت باشد، دانش موجود در مورد عملکرد موثر بالینی و سازمانی بایستی بکار گرفته شود و اطلاعات جدیدی برای کنترل و ارزیابی مراقبت موثر توسعه یافته و تعریف شود.

در عملکردهای سازمان و تیم مراقبت اولیه، همه کارکنان نقشی در بدست آوردن و بکارگیری اطلاعات برای حاکمیت بالینی به منظور حفظ اسناد بیماریهای مزمن، ارتقاء عملکرد، بهبود خدمات سازمانی و گزارش نتایج مراقبت دارند. در گروههای مراقبت اولیه و عوامل مربوطه تاکید زیادی بر بهبود سلامت جمعیت وجود دارد و این امر نیازمند گردآوری و تجمع اطلاعات در میان عملکردها ست تا نیازهای سلامت را ارزیابی کرده و نابرابری را کاهش دهد و در مقایسه با استانداردهای مورد توافق، کیفیت مراقبت را کنترل کند.

در این مقاله ما در مورد اطلاعات اضافی که برای همه کارکنان مراقبتهای اولیه مورد نیازند بحث میکنیم. ما پیشنهاد میکنیم که کجا آنها میتوانند اطلاعات مربوطه را بیابند. اگر قرار باشد حاکمیت بالینی به عنوان یک راه موفق باعث بهبود کیفیت مراقبت سلامت شود، هر فردی در مراقبت اولیه بایستی با این منابع آشنا باشد.

مشکلات بسیاری در تولید، گردآوری و آنالیز اطلاعات مورد نیاز، وجود دارد. ما هدفمان فراهم کردن مثالهایی از روشهای کاربردی است تا به این موانع غلبه کنیم. از طرفی اندازه گیری جنبه هایی از مراقبتهای بهداشتی نظیر ارتباطات و تداوم مراقبتهای بهداشتی که ممکن است مورد چشم پوشی قرار گیرد، مشکل است.

**مواد و روشها:** این مقاله از نوع مروری بوده و برای گردآوری داده ها از اینترنت، منابع کتابخانه ای و مجلات استفاده شده است.

یافته ها: پزشکان مراقبت اولیه سهم قابل توجهی در برنامه حاکمیت بالینی دارند. هر چند کاربران زیادی در بخش مراقبتهای اولیه وجود دارند که در مورد همه این افراد مسائل زیر باید مورد توجه واقع شود:



- جهت اجرای حاکمیت بالینی منابع بیشتری شامل سرمایه گذاری در آموزش تیم عملکرد مورد نیاز است. سیستم آموزشی بهتری میتواند بکار رود.
  - استاندارد سازی ثبت داده ها و باز یابی در مراقبت اولیه مورد نیاز است.
  - دسترسی به اطلاعات مراقبت اولیه مربوطه در سیستم های مختلف به طور قابل توجهی فرق میکند.
  - باید بر روی حداقل شاخصهای مربوط به مراقبت اولیه تمرکز شود و به منظور اجتناب از عملکرد نامناسب باید بعضی از آنها تغییر کنند
  - باید تحقیقاتی در مورد مهارتهای ارتباطی در سطح مراقبت های اولیه و تداوم مراقبت در چارچوب های تعیین شده در این سطح صورت گیرد، چون در حال حاضر این مسائل کمتر مورد توجه اند
- بحث و نتیجه گیری:** هر چند منابع اطلاعاتی مختلفی در دسترس اند ولی دانش اضافی مورد نیاز است تا هر فرد کاربر در بخش مراقبت اولیه، بتواند نقش جدیدی در حاکمیت بالینی ایفا کند. حاکمیت بالینی فرصتی برای همه کاربران مراقبت اولیه ایجاد میکند تا سلامت عمومی و سلامت محلی را افزایش داده و در مواقع ضروری نظارت بهتری بر امور داشته باشند.
- کلیدواژه:** تضمین کیفیت، حاکمیت بالینی، ممیزی بالینی



## نقش ممیزی بالینی در حاکمیت بالینی

### نویسندگان:

۱. مسعود شهابی، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
۲. امیر عمرانی، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. محرم زنگنه، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت ملایر

**مقدمه:** تامین کیفیت ارائه خدمات درمانی چالش همیشگی نظام سلامت بوده و ممیزی بالینی یکی از سازوکارهای موثر در ارزیابی عملکرد و آرایه خدمات بالینی است که می تواند در حفظ و ارتقاء کیفیت خدمت و تولید سلامتی نقش حیاتی داشته باشد لذا هدف از این مطالعه نقش و فرایند های ممیزی بالینی در چارچوب حاکمیت بالینی به منظور بهبود پروسه های درمانی بود.

**مواد و روشها:** این مطالعه بصورت مروری و با بهره گیری از سایت های تخصصی اینترنت و کتب موجود در کتابخانه ها صورت گرفت.

**یافته ها:** یافته ها حاکی از آن بود که ساختار، فرایند و چرخه ممیزی بالینی نسبت به دیگر متغیرها نقش بیشتری در بهبود ارائه درمان دارد و به منظور عدم تفاهم های رایج درباره ممیزی تعیین اهداف و استانداردهای ممیزی اختصاصی برای پروسه های درمانی خاص لازم الاجراست .

**بحث و نتیجه گیری:** بررسی ها نشان می دهد که اجرا و پیاده سازی ممیزی بالینی منجر به بهبود و ارتقای کیفیت خدمات سلامت می شود و در این بین تنظیم راهنماهای اختصاصی و استاندارد هر خدمت درمانی با توجه به ساختار و فرایند بسیار ضروری به نظر می رسد و از دانشگاههای علوم پزشکی کشور انتظار می رود در تدوین و اجرای دستورالعمل ها و گایدلاین های ممیزی بالینی به منظور شفافیت بیشتر و ممیزی اثربخش اهتمام ویژه ای به خرج دهند . و همچنین لازم است برای اطمینان از اعمال صحیح تغییرات و بهبود کیفیت خدمات نظام سلامت، به پایش و بازبینی دوباره فرایندها اقدام نمایند .

**واژه گان کلیدی:** ممیزی بالینی، حاکمیت بالینی، کیفیت



## بررسی میزان تاثیر خطاهای دارویی بر قصورات پزشکی

## نویسندگان:

۱. فرهاد کرد ، کارشناس پرستاری،، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۲. عبداستار گری نورانی ، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

قصورات پزشکی یکی از چالش های مهمی است که نظام سلامت رادر تمامی کشورها تهدید می کند و حرکت ها و تلاشهای جدی برای به حداقل رساندن آمار خطاهای پزشکی ، مرگ و میرها ، ناتوانی ها و سایر تبعات آن صورت گرفته است. در سال ۲۰۰۴ در ایالات متحده حدود ۴۴ تا ۹۸ هزار نفر از بیماران به دلیل خطاهای دارویی پرستاران فوت کردند . FDA در مورد اشتباهات دارویی اعلام کرد از مجموع خطاهای دارویی ، ۷۰٪ مربوط به خطاهای محاسبات دارو و تنظیم سرعت انفوزیون آن توسط پرستاران میباشد که باعث مرگ ۳ تا ۶۸ هزار نفر شده است . در این حال در ایران اگر چه هنوز آمار مدونی از میزان خطاهای پزشکی در دست نیست ولی وزارت بهداشت و درمان اعلام کرده است که هر ساله میلیارد ها تومان هزینه صرف نگهداری و مراقبت از بیماران در بیمارستان ها می شود و افزایش پرونده های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان و پرستاران به سازمان نظام پزشکی ، نشان دهنده این ادعاست.

یکی از رایجترین خطاهای کارکنان پزشکی تجویز ، تحویل و مصرف داروی اشتباه برای بیماران می باشد که در این میان خطرات حاصل از مصرف اشتباهی داروها ی تزریقی ، بخصوص فراورده هایی که بصورت داخل عروقی مصرف می شوند ، نسبت به سایر اشکال دارویی به مراتب بیشتر و پیامد های ناگواری را بدنبال دارد. بر اساس گزارشات ADR (مرکز آمار خطاهای دارویی) آمار نشان می دهد که اغلب مرگ و میرهای حاصل از خطاهای دارویی با فراورده های تزریقی خصوصاً در نوبت کاری شب رخ داده است.

۳۲٪ از پرستاران در نوبت های کاری عصر و شب مشغول بکار می باشند ، ۱۶ تا ۲۰٪ از اقدامات درمانی در ساعات عصر و شب انجام می شود . تحقیقات نشان داده است افرادی که به مدت طولانی هر شب کمتر از ۶ ساعت می خوابند همانند کسانی که به مدت سه شبانه روز متوالی خوابیده باشند دچار عوارض اختلال خواب می شوند . خواب ناکافی به دلیل شبکاری باعث اختلال در عملکرد حافظه ، فراموشی لغات ، کاهش ۵۰٪ مهارت های یادگیری ، کاهش در کیفیت زندگی اجتماعی ، افزایش خطر صدمات کار ، افزایش فشار خون و غیره می گردد که پرستاران با توجه به موارد یاد شده و بدلیل تنوع وظایف ، ساعات کاری زیاد ، شرایط نامناسب محیط کاری ، تشابه شکل ظاهری داروها ، علی الخصوص در نوبت کاری شب بیشتر در معرض این خطاهای حرفه ای قرار می گیرند .یکی از داروهای تزریقی بالقوه خطرناک ، پتاسیم کلراید است که متأسفانه مواردی از تزریق اشتباه با سایر داروهای تزریقی از قبیل دکستروز ، بیکربنات ، لیدوکائین، منیزیم و اخیراً مترونیدازول تزریقی رخ داده است که اغلب علل بروز این خطاها خستگی ، کاهش توجه و اختلال بینایی به دلیل کم خوابی و کار زیاد درنوبت کاری شب بوده است که این موارد طبق اعلامیه شماره ۴۷ مرکز ADR (مرکز آمار خطاهای دارویی) گزارش شده است.





جهت کاهش صدمات یاد شده و خطاهای دارویی ناشی از کار در نوبت کاری شب انجامات زیر توصیه می شود.

کارکنان درمانی به تعداد زیاد و پشت سر هم در نوبت کاری شب مشغول بکار نشوند .

محل استراحت مناسب برای افراد شاغل در نوبت کاری شب فراهم شود و آنان قبل از شروع نوبت کاری شب ۳ ساعت خواب ایده ال داشته باشند.

در نوبت کاری شب در ازای هر یک ساعت کار ۱۰ الی ۱۵ دقیقه استراحت باعث افزایش تمرکز و کاهش خطاهای دارویی می شود.

تغذیه مناسب در افزایش تمرکز افراد سهم بسزایی دارد.

آگاه بودن خانواده و دوستان از برنامه کاری و خواب افراد شاغل در نوبت کاری شب باعث می شود تا با تماس های تلفنی و یا ملاقات های حضوری اختلالی در برنامه استراحت آنان ایجاد نشود.

و در نهایت اینکه مطالعات انجام گرفته نشان می دهد که در زمینه خطاهای دارویی ، کشورهای توسعه یافته سهم بیشتری را دارند و تصویر روشنی از این وضعیت در کشورهای در حال توسعه در دست نیست اما به هر حال موضوع خطاهای دارویی یکی از چالشهای مهم در نظام سلامت در تمام دنیا می باشد . با توجه به این موضوع که پرستاران به علل یاد شده بیشتر در معرض بروز خطاهای دارویی هستند لزوم آگاهی ایشان از روشهای پیشگیری از خطاهای دارویی ضروری است.



# کرگان پائیز ۱۳۸۹



ستاد حاکمیت بالینی



دانشگاه علوم پزشکی و  
خدمات بهداشتی درمانی گلستان