



دانشگاه پیام نور

(مرکز ورامین)

دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی

گروه مدیریت اجرایی

پایان نامه

پایان نامه برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد

در رشته مدیریت اجرایی با گرایش استراتژیک

عنوان پایان نامه

مطالعه تطبیقی حاکمیت بالینی در کشورهای منتخب و ارائه
الگوی اجرایی برای بیمارستان های دولتی و خصوصی کشور

نگارش

گیتی افروز پوراحمدی

استاد راهنما

دکتر علی ربیعی

استاد مشاور

دکتر امیر حسین امیر خانی

شهریور ۱۳۹۲

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره:
 تاریخ:
 پیوست:



دانشگاه پیام نور
 دانشکده پیام نور استان تهران
 مرکز ورامین



جمهوری اسلامی ایران
 وزارت علوم تحقیقات و فناوری

صور تجلسه دفاع از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد

جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم گیتی افروز پور احمدی دانشجوی رشته مدیریت اجرایی گرایش (استرژیک) به شماره دانشجویی ۸۸۰۲۷۵۵۴۶ تحت عنوان «مطالعه تطبیقی حاکمیت بالینی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی اجرایی برای بیمارستان دولتی و خصوصی کشور» با حضور داوران در روزیکشنبه مورخ ۱۳۹۲/۰۶/۱۷ ساعت ۹/۳۰ محل سالن کنفرانس ساختمان دانشگاه برگزار شد و هیات داوران پس از بررسی، پایان نامه مذکور را شایسته نمره به عدد ۸۹.۴۷۵ به حرف ~~نمره~~ ^{ممتاز} با درجه ~~...~~ تشخیص داده شد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	هیات داوران	مرتبه دانشگاهی	دانشگاه/موسسه	امضاء
۱	آقای دکتر علی ربیعی	استاد راهنما			
۲	آقای دکتر امیرحسین امیرخانی	استاد مشاور	استاد		
۳	آقای دکتر علی رستمی	استاد داور	استاد		
۴	خانم عاطفه فریدون	نماینده تحصیلات تکمیلی			

فرچکه، میدان امام
 انتهای بلوار دانشگاه
 تلفن: ۰۲۹۲-۲۱۱۸۶۲۱-۵
 دورنگار: ۰۲۹۲-۲۱۱۳۲۸۲
 www.varamin.tpru.ac.ir
 Varamin@Varamin.Tpru.ac.ir

(گواهی اصالت نشر و حقوق مادی و معنوی اثر)

اینجانب گیتی افروز پوراحمدی دانشجوی ورودی سال ۸۹-۱۳۸۸ مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت اجرایی گواهی می نمایم چنانچه در پایان نامه خود از فکر ، ایده و نوشته دیگری بهره گرفته ام با نقل قول مستقیم یا غیر مستقیم منع و ماخذ آن را نیز در جای مناسب ذکر کرده ام . بدیهی است مسئولیت تمامی مطالبی که نقل قول دیگران نباشد بر عهده خویش می دانم و جوابگوی آن خواهم بود . دانشجو تأیید می نماید که مطالب مندرج در این پایان نامه نتیجه تحقیقات خودش می باشد و در صورت استفاده از نتایج دیگران مرجع آن را ذکر نموده است .

~~گیتی افروز پوراحمدی~~

تاریخ و امضاء

۹۳، ۲، ۱۳

اینجانب گیتی افروز پوراحمدی دانشجوی ورودی سال ۸۹-۱۳۸۸ مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت اجرایی گواهی می نمایم چنانچه بر اساس مطالب پایان نامه خود اقدام به انتشار مقاله ، کتاب ، و ... نمایم ضمن مطلع نمودن استاد راهنما ، با نظر ایشان نسبت به نشر مقاله ، کتاب ، و ... و به صورت مشترک و با ذکر نام استاد راهنما مبادرت نمایم .

~~گیتی افروز پوراحمدی~~

تاریخ و امضاء

۹۳، ۲، ۱۳

کلیه حقوق مادی مترتب از نتایج مطالعات ، آزمایشات و نوآوری ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه متعلق به دانشگاه پیام نور می باشد .

ماه و سال

ب

تقدیم به

❖ ساحت مقدس مهربان خدای و عرشینانش که منت زیستن و فهمیدن را عطا نمود و در سرزمین دلمان بذر عشق و مهر ورزی را جای داد. دستان رب ودود را می بوسم و از صمیم قلب، ستایش گوی در گاهش هستم و دعای حضرت علی(ع) را زینت بخش این دلنوشته می کنم که :

الهی بس است ما را این عزت که بنده توایم؛

و بس است ما را این افتخار که تو پروردگارمایی.

تو چنانی که دوست داریم؛

ما را چنان کن که دوست داری. آمین یا رب العالمین.

❖ تقدیم به همه عزیزانی که در مسیر تعالی زندگی یاری بخش ما بودند و با خورشید صبر و عشقشان؛ آسمان دلمان را روشن نمودند. اعضای دوست داشتنی خانواده؛ اساتید گرانقدر و دوستان خوب که سرمایه های دو دنیا هستند و من همیشه مدیون آنها خواهم بود. استوار و سربلند باشند. انشاء...!

سپاسگزاری

تقدیر و سپاس از اساتید و همکاران محترم که در این سفر علمی با اندیشه، رهنمودها و راهنمایی هایشان زینت بخش این مسیر علمی بودند:

- ۱- با تشکر از جناب آقای دکتر علی ربیعی، استاد راهنما و جناب آقای دکتر امیر حسین امیر خانی، استاد مشاور که اینجانب را راهنمایی نمودند.
- ۲- جناب آقای دکتر مهدی نیکودل، رئیس محترم بیمارستان فوق تخصصی مرکزی نفت تهران که با تشویق ها و حمایت های مدیریتی، شرایط ادامه این پژوهش را میسر ساختند.
- ۳- جناب آقای دکتر علی حیرانی، دکترای مدیریت بیمارستانی که با راهنمایی ها و رهنمودهای علمی، سهم بزرگی را در این پایان نامه بر عهده داشتند .
- ۴- سرکار خانم پرستو محمدی، کارشناس ایمنی حاکمیت بالینی که در زمینه ویرایش و جمع آوری مطلب زحمات بسیاری را متحمل شدند
- ۵- اعضای خانواده که با صبوری و بزرگی، این کار سنگین علمی را تحمل نمودند و با من همکاری کردند. وجودشان مستدام و پایدار باد. انشا ...
- ۶- با تشکر از همکاری مسئولین و مدیران محترم بیمارستان فوق تخصصی مرکزی نفت تهران و بیمارستان خصوصی بهمن که شرایط اجرای سنجش این پژوهش را در محیط بیمارستانی فراهم نمودند. و سپاسگزاری از صاحب نظران در امر سلامت و حاکمیت بالینی که از نظراتشان یاری گرفته شد :
 - دکتر مجتبی صداقت، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران؛
 - دکتر رضا تویسرکان منش، مدیر عامل شرکت اعتبار بخشی رسالت رازی؛
 - مهندس محمد جواد امامی، رئیس بنیاد توانمند سازی نیروی انسانی؛
 - دکتر علی حیرانی، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس؛
 - دکتر سعید سعیدی مهر، رئیس آموزش و پژوهش و مسئول تیم ارزیابی اعتبار بخشی بیمارستان نفت اهواز؛
 - دکتر مناف عبدی، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و ارزیاب معاونت بهداشت و درمانی سپاه
 - دکتر علی عبادی، مدیر تعالی سازمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛
 - دکتر جواد قدوسی نژاد، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و عضو تیم ارزیاب دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛
 - دکتر رعنا غلامزاده، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و عضو تیم ارزیاب دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛
 - دکتر کمال قلی پور، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و عضو تیم ارزیاب دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛
 - آقای محمد سعادت، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و کارشناس بهبود کیفیت بیمارستان شهید محلاتی تبریز.

چکیده

مقدمه: با پیشرفت علم و تکنولوژی و توسعه جوامع انسانی، نیاز به کیفیت روندی رو به رشد و پویا به خود گرفته است و این نیاز در نظام سلامت نیز با توجه به اهمیت بعد سلامت در جوامع، بیشتر از سایر زمینه ها احساس می-شود. تا کنون ابزارهای متفاوتی در راستای بهبود کیفیت مورد استفاده قرار گرفته اند که در این میان، حاکمیت بالینی برای اولین بار در سال ۱۹۹۸ و در انگلستان، در نظام سلامت آن کشور مورد استفاده قرار گرفت. بطور کلی حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان های ارائه دهنده خدمات بالینی در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می شود به صیانت از استاندارد های عالی خدمات می پردازد. هدف از این پژوهش، مطالعه تطبیقی حاکمیت بالینی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی اجرایی برای بیمارستان های دولتی و خصوصی کشور بوده است.

روش تحقیق: در این پژوهش، روش مطالعه در سه مرحله بصورت کتابخانه ای، پیمایشی و مصاحبه عمیق بوده که با توجه به یافته ها و آنالیز نتایج در نهایت بصورت علمی اجرایی مورد بررسی قرار گرفته است. در روش تحلیل محتوا، تعدادی از مقالات معتبر علمی - پژوهشی در سایت های معتبر علمی مورد مطالعه و ترجمه قرار گرفت. سپس میزان آمادگی دو بیمارستان نفت تهران و بهمن با استفاده از پرسشنامه بررسی آمادگی استقرار حاکمیت بالینی^۱ اندازه گیری شده و وضعیت فرهنگی آمادگی جهت استقرار حاکمیت بالینی استخراج و سپس مصاحبه عمیق با ۱۰ صاحب-نظر در حیطه سلامت انجام شد تا به ارائه الگوی مناسب برای بیمارستان ها دست یابیم.

یافته های بالینی: در این پژوهش در بررسی تطبیقی که در کشورهای انگلیس، ولز، اسکاتلند، ویکتوریای استرالیا و منطقه غربی استرالیا و ایرلند شمالی انجام شد، بیمار محوری و ایمنی بیمار در لویت است. در پژوهش توصیفی مقطعی نیز بوسیله پرسشنامه در بیمارستان نفت تهران و بهمن تهران، پنج شاخص بهبود کیفیت برنامه ریزی شده و یکپارچه؛ مدیریت خطرات پیشگیرانه؛ فرهنگ تنبیه و سرزنش و کار تیمی؛ فرهنگ آموزش و توسعه و یادگیری سازمانی مورد بررسی قرار گرفته است که در دو شاخص بهبود کیفیت برنامه ریزی شده و یکپارچه؛ مدیریت خطرات پیشگیرانه تفاوت معنی دار وجود داشته است. در مصاحبه عمیق با صاحب نظران عرصه سلامت؛ تعهد و باور مدیران ارشد سازمان و وجود برنامه استراتژیک جهت مدل تعالی سازمانی با ضمانت اجرایی مورد تاکید بوده است و در خاتمه یک الگوی اجرایی جهت بیمارستان ها معرفی گردید.

نتیجه: حاصل این پژوهش که مدت یک سال و نیم زمان را از آن خود کرد، این است که در صورتی قادر به استقرار حاکمیت بالینی در مرکز درمانی خواهیم بود که زیر ساخت های فرهنگی آن آماده باشد و کلیه فرآیندها با زیر ساخت تضمین کیفیت در راستای بیمار محوری هدف گیری شده باشد و برنامه ریزی بلند مدت جهت ارتقا و تعالی سازمانی وجود داشته باشد که با تغییر مدیریت ها محو و یا وارونه نگردد. ما این باور را داریم که در آغوش حاکمیت بالینی، ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی، مسئول کیفیت ایمنی و مراقبت از بیماران خواهند بود.

واژگان کلیدی: حاکمیت بالینی، مطالعه تطبیقی، بیمار محوری، آمادگی، کشورهای منتخب

^۱ - CGCQ(Clinical Governance Climate Questionnaire)

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	مقدمه
	فصل اول
۴	۱- طرح تحقیق
۴	۱-۱ بیان مسئله
۵	۱-۲ اهمیت ضرورت تحقیق
۶	۱-۳ اهداف تحقیق
۶	۱-۴ سوالات تحقیق
۷	۱-۵ فرضیه های تحقیق
۷	۱-۶ کاربرد تحقیق
۷	۱-۷ روش اجرایی تحقیق
۸	۱-۸ قلمرو زمانی تحقیق
۸	۱-۹ قلمرو مکانی تحقیق
۸	۱-۱۰ قلمرو موضوعی تحقیق
۸	۱-۱۱ جنبه نوآوری تحقیق
۸	۱-۱۲ روش تحقیق
۹	۱-۱۳ تعریف واژه ها
۱۱	۱-۱۴ بیمارستان فوق تخصصی مرکزی نفت تهران
۱۱	۱-۱۴-۱ آشنایی با سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
۱۲	۱-۱۴-۲ تشکیلات سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
۱۳	۱-۱۵ بیمارستان خصوصی بهمن تهران
	فصل دوم
۱۴	ادبیات تحقیق
۱۴	۲-۱ مقدمه
۱۷	۲-۲ تعریف حاکمیت بالینی
۲۰	۲-۳ حاکمیت بالینی از دیدگاههای مختلف
۲۰	۲-۴ اجزای کلیدی حاکمیت بالینی
۲۱	۲-۵ هدف از استقرار حاکمیت بالینی
۲۴	۲-۶ چرا به حاکمیت بالینی نیازمندیم؟
۲۵	۲-۷ مزایای کلیدی حاکمیت خدمات بالینی اثر بخش
۲۶	۲-۸ نکات کلیدی حاکمیت خدمات بالینی

۲۷	۹-۲ نقش استانداردها چارچوب حاکمیت بالینی
۲۸	۱۰-۲ محورهای کلیدی حاکمیت خدمات بالینی
۲۸	بررسی محورهای هفت گانه حاکمیت بالینی
۲۸	۱-۱۰-۲ مشارکت بیمار و جامعه
۳۰	۱-۱-۱۰-۲ یافته های بالینی
۳۴	۲-۱-۱۰-۲ فواید و روش های مشارکت بیماران و جامعه
۳۵	۳-۱-۱۰-۲ روش های متفاوت ارائه اطلاعات به بیماران
۴۱	۲-۱۰-۲ ممیزی بالینی
۴۴	۱-۲-۱۰-۲ تاریخچه
۴۵	۲-۲-۱۰-۲ انواع ممیزی بالینی
۴۷	۳-۲-۱۰-۲ اهداف ممیزی بالینی
۴۸	۴-۲-۱۰-۲ روش های انجام ممیزی بالینی
۴۸	۵-۲-۱۰-۲ مراحل انجام ممیزی بالینی
۵۲	۶-۲-۱۰-۲ موانع ممیزی بالینی
۵۳	۷-۲-۱۰-۲ عوامل موثر در موفقیت ممیزی بالینی
۵۴	۳-۱۰-۲ آموزش و مهارت آموزی
۵۶	۱-۳-۱۰-۲ برنامه توسعه فردی
۵۶	۲-۳-۱۰-۲ اجزای برنامه توسعه فردی
۵۷	۳-۳-۱۰-۲ اهداف برنامه توسعه فردی
۵۹	۴-۳-۱۰-۲ فرایند برنامه توسعه فردی
۵۹	۴-۱۰-۲ مدیریت خطر و ایمنی بیمار
۵۹	تعریف
۶۰	۱-۴-۱۰-۲ انواع خطاها
۶۰	۱-۱-۴-۱۰-۲ خطاهای مرحله برنامه ریزی
۶۱	۲-۱-۴-۱۰-۲ خطاهای مرحله اجرا
۶۴	۳-۱-۴-۱۰-۲ خطای فعال و خطای مخفی
۶۶	۴-۱-۴-۱۰-۲ خطای عمدی خطای سهوی
۶۶	۵-۱-۴-۱۰-۲ مدل پنیر سوئیسی
۶۸	۲-۴-۱۰-۲ مدیریت خطر و مراحل آن
۷۰	۳-۴-۱۰-۲ شیوه هایی برای مقابله با خطر
۷۱	۴-۴-۱۰-۲ نیازهای اساسی برای یک مدیریت خطر بالینی موفق
۷۲	۵-۴-۱۰-۲ یادگیری از خطاها

۷۳	۲-۱۰-۴-۶ تحلیل ریشه ای واقعه
۷۵	۲-۱۰-۴-۷ ایمنی بیمار
۷۶	۲-۱۰-۴-۸ فرهنگ ایمنی بیمار
۷۷	۲-۱۰-۴-۹ خصوصیات یک فرهنگ ایمنی مطلوب
۷۸	۲-۱۰-۴-۱۰ اقدامات عملی در راستای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار
۷۸	۲-۱۰-۴-۱۱ شاخص های ایمنی بیمار
۸۰	۲-۱۰-۴-۱۲ موضوعات کلی و عملی و برنامه های اجرایی مرتبط با ایمنی بیمار
۸۱	۲-۱۰-۴-۱۳ برنامه بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار
۸۲	۲-۱۰-۵ استفاده از اطلاعات
۸۳	۲-۱۰-۵-۱ کار با اطلاعات بالینی
۸۵	۲-۱۰-۵-۲ مزایای استفاده از اطلاعات
۸۶	۲-۱۰-۵-۳ چرخه طراحی مدیریت اطلاعات
۹۳	۲-۱۰-۶ اثر بخشی بالینی
۹۴	۲-۱۰-۶-۱ پزشکی مبتنی بر شواهد
۹۵	۲-۱۰-۶-۲ مراحل پزشکی مبتنی بر شواهد
۹۸	۲-۱۰-۵-۳ راهنمای نگارش پروپوزال برای تدوین یک راهنمای بالینی
۱۰۲	۲-۱۰-۷ مدیریت کارکنان
۱۰۲	تعریف
۱۰۴	۲-۱۰-۷-۱ چگونه پرسنل خود را تشویق به انجام بهتر کار، نمایم؟
۱۰۶	۲-۱۰-۷-۲ کار تیمی و مدیریت آن
۱۰۶	۲-۱۰-۷-۳ نقش مدیر یا مسئول یا رهبر در سیستم سلامت
۱۰۹	۲-۱۱-۱ مقایسه تطبیقی حاکمیت بالینی در کشورهای مختلف
۱۰۹	۲-۱۱-۱-۱ تعریف حاکمیت بالینی در کشورهای مختلف
۱۱۴	۲-۱۱-۲ مولفه های حاکمیت بالینی در کشورهای مختلف
۱۲۲	۲-۱۱-۳ عوامل پیشرانده برای پیاده سازی حاکمیت خدمات بالینی
۱۲۴	۲-۱۱-۴ راهبردهای پیاده سازی حاکمیت بالینی در کشورهای مختلف
۱۲۴	۲-۱۱-۴-۱ انگلستان
۱۲۸	۲-۱۱-۴-۲ ولز
۱۲۸	۲-۱۱-۴-۳ اسکاتلند
۱۲۹	۲-۱۱-۴-۴ منطقه غربی استرالیا
۱۳۱	۲-۱۱-۴-۵ ویکتوریا استرالیا
۱۳۱	۲-۱۱-۴-۶ نیوزلند

۱۳۴	۱۱-۲-۵ تفاوت در راهبردهای پیاده سازی حاکمیت بالینی
۱۳۵	۱۱-۲-۶ تفاوت در رویکردهای پیاده سازی حاکمیت خدمات بالینی
۱۴۰	۱۲-۲ پیشینه تحقیق
۱۴۰	۱۲-۲-۱ تحقیقات انجام شده در داخل کشور
۱۶۴	۱۲-۲-۲ تحقیقات انجام شده در خارج از کشور
	فصل سوم
۱۶۶	۳-۱ مقدمه
۱۶۶	۳-۲ روش تحقیق
۱۶۶	۳-۳ قلمرو موضوعی تحقیق
۱۶۶	۳-۴ قلمرو مکانی تحقیق
۱۶۶	۳-۵ قلمرو زمانی تحقیق
۱۶۶	۳-۶ جامعه آماری تحقیق
۱۶۷	۳-۷ معرفی ابزارهای جمع آوری اطلاعات
۱۶۷	۳-۸ کاربردهای تحقیق
۱۶۷	۳-۹ روایی و پایایی
	فصل چهارم
۱۶۹	تجزیه و تحلیل اطلاعات
۱۶۹	مقدمه
۱۷۰	۴-۱ توصیف یافته های تحقیق
۱۹۴	۴-۲ تحلیل یافته ها
۲۰۷	۴-۳ مصاحبه عمیق با صاحب نظران
۲۰۷	۴-۳-۱ سوالات مصاحبه
	فصل پنجم
۲۲۱	۵-۱ نتیجه گیری
۲۲۳	۵-۲ تطابق های پژوهشی
۲۲۵	۵-۳ ارائه الگوی اجرایی بر اساس پژوهش
۲۲۵	۵-۳-۱ چکیده
۲۲۵	۵-۳-۲ یافته ها
۲۲۶	۵-۳-۴ اصالت / ارزش
۲۲۷	۵-۳-۵ نقش ها و مسئولیت ها برای حاکمیت بالینی
۲۲۸	۵-۳-۶ تجربیات اولیه حاکمیت بالینی در سازمان
۲۳۰	۵-۳-۷ پیاده سازی مدل

۲۳۲	۵-۳-۸ خلاصه
۲۳۳	۵-۴ پیشنهادات محقق
۲۳۳	۵-۴-۱ پیشنهاد محقق برای مسئولین
۲۴۶	۵-۴-۲ پیشنهاد محقق برای محققین آتی
۲۴۸	پرسشنامه بررسی آمادگی استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان شما
۲۵۴	فهرست منابع فارسی
۲۵۷	فهرست منابع انگلیسی
۲۶۴	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

صفحه	شماره جدول
۱۲	۱-۱
۶۳	۱-۲
۶۵	۲-۲
۱۱۰	۳-۲
۱۱۷	۴-۲
۱۱۹	۵-۲
۱۷۰	۱-۱-۴
۱۷۱	۲-۱-۴
۱۷۲	۳-۱-۴
۱۷۳	۴-۱-۴
۱۷۴	۵-۱-۴
۱۷۵	۶-۱-۴
۱۷۶	۷-۱-۴
۱۷۷	۸-۱-۴
۱۷۸	۹-۱-۴
۱۸۰	۱۰-۱-۴
۱۸۱	۱۱-۱-۴
۱۸۱	۱۲-۱-۴
۱۸۲	۱۳-۱-۴
۱۸۴	۱۴-۱-۴
۱۸۵	۱۵-۱-۴
۱۸۶	۱۶-۱-۴
۱۸۷	۱۷-۱-۴
۱۸۸	۱۸-۱-۴
۱۸۹	۱۹-۱-۴
۱۹۰	۲۰-۱-۴
۱۹۱	۲۱-۱-۴
۱۹۲	۲۲-۱-۴
۱۹۳	۲۳-۱-۴
۱۹۴	۱-۲-۴

195	2-2-4
195	3-2-4
196	4-2-4
196	5-2-4
197	6-2-4
197	7-2-4
198	8-2-4
198	9-2-4
199	10-2-4
199	11-2-4
200	12-2-4
200	13-2-4
201	14-2-4
201	15-2-4
202	16-2-4
202	17-2-4
203	18-2-4
203	19-2-4
204	20-2-4
204	21-2-4
204	22-2-4
205	23-2-4
205	24-2-4
206	25-2-4

فهرست شکل ها

صفحه	شماره شکل
۲۷	۱-۲
۳۱	۲-۲
۳۴	۳-۲
۳۶	۴-۲
۳۸	۵-۲
۶۷	۶-۲
۶۸	۷-۲
۷۴	۸-۲
۷۴	۹-۲
۷۵	۱۰-۲
۸۵	۱۱-۲
۸۶	۱۲-۲
۲۲۱	۱-۵
۲۲۲	۲-۵
۲۲۲	۳-۵
۲۳۲	۴-۵
۲۳۳	۵-۵
۲۳۷	۶-۵

فهرست نمودارها

شماره نمودار	صفحه
۱-۱-۴	۱۷۰
۲-۱-۴	۱۷۱
۳-۱-۴	۱۷۲
۴-۱-۴	۱۷۳
۵-۱-۴	۱۷۴
۶-۱-۴	۱۷۵
۷-۱-۴	۱۷۷
۸-۱-۴	۱۷۸
۹-۱-۴	۱۷۹
۱۰-۱-۴	۱۸۰
۱۱-۱-۴	۱۸۲
۱۲-۱-۴	۱۸۵
۱۳-۱-۴	۱۸۷
۱۴-۱-۴	۱۸۹
۱۵-۱-۴	۱۹۰
۱۶-۱-۴	۱۹۲

مقدمه

تعالی خدمات بالینی در مفهوم کلی به معنای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و افزایش پاسخگویی ارائه دهندگان و متولیان امر سلامت در مورد کیفیت خدمات ارائه شده به مردم است. (خلیقی نژاد و همکاران، ۱۳۸۷)

امروزه، سازمان های مراقبت سلامت با چالش های زیادی در زمینه ی کیفیت خدمت مواجه هستند و تفاوت زیادی بین انتظارات بیماران و ادراک آنها از کیفیت خدمت دریافت شده در این سازمانها وجود دارد. لذا، کیفیت خدمت بیمارستانی موضوع مهمی است. (رنجبر عزت آبادی و همکاران، ۱۳۹۰)

بیمارستان ها به عنوان یکی از اساسی ترین و در عین حال پر هزینه ترین سازمان های ارائه خدمات بهداشتی درمانی مطرح می باشند و بر اساس آمارهای موجود، بخش بستری در میان سایر بخشهای بیمارستان بیشترین هزینه را به خود اختصاص داده است. (حق گشایی و همکاران، ۱۳۹۰)

با پیشرفت علم و تکنولوژی و توسعه جوامع انسانی نیاز به کیفیت روندی رو به رشد و پویا به خود گرفته است و این نیاز درنظام سلامت نیز با توجه به اهمیت بعد سلامت در جوامع، بیشتر از سایر زمینه ها احساس می شود. تا کنون ابزارهای متفاوتی در راستای بهبود کیفیت مورد استفاده قرار گرفته اند که در این میان حاکمیت بالینی برای اولین بار در سال ۱۹۹۸ در سیستم ملی بهداشتی- درمانی^۱ انگلستان مورد استفاده قرار گرفت. بطور کلی حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان های ارائه دهنده خدمات بالینی در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می شود به صیانت از استاندارد های عالی خدمات می پردازند. (محبی فر و همکاران، ۱۳۹۰)

با اجرای حاکمیت بالینی در سیستم سلامت کشور ساختارمند شدن چنین فرآیندهایی در نظام سلامت، برای سه گروه مزیت ویژه خواهد داشت:

اولین و مهمترین گروهی که از نهادینه شدن این فرآیندها بهره می برند، بیماران و در واقع مشتریان اصلی نظام سلامت هستند، که خدماتی با کیفیت بهتر دریافت می کنند. نکته ای که همواره باید در نظر ارائه دهندگان خدمات سلامت باشد، این است که مردم حق دارند و باید خدماتی مطابق با بهترین استانداردها دریافت کنند. دومین گروه، خود ارائه دهندگان خدمات سلامت هستند که در صورت اصلاح سیستم در محیطی امن تر و ایمن تر به ارائه خدمات خواهند پرداخت و در نهایت

¹ -National Health System

مسلمان کل کشور از این برنامه بهره خواهد برد. چرا که سلامت محور توسعه است و توسعه یافتگی و تبدیل شدن به توسعه یافته ترین کشور منطقه جنوب غرب آسیا (تا سال ۱۴۰۴) مگر با داشتن شهروندانی سالم، امکان پذیر نخواهد بود. (خلیقی نژاد و همکاران، ۱۳۸۷)

از طرفی نحوه تامین ایمنی بیماران بستری در بیمارستان ها به یک نگرانی جهانی در حوزه بهداشت و سلامت تبدیل شده که همه ی مجموعه های بهداشتی درمانی را در کشورهای توسعه یافته و یا در حال توسعه تحت تأثیر قرار می دهد. مطالعات مختلف و گزارشات سازمان جهانی بهداشت نشان داده اند که در سطح دنیا بطور متوسط ۱۰٪ بیماران که در مراکز درمانی بستری می-شوند به شکلی دچار یک رویداد با درجات مختلف شده و آسیب می بینند، این در حالی است که ۵۰٪ موارد مذکور قابل پیشگیری می باشند. علاوه بر آسیب های کاملاً غیر قابل جبران انسانی، مراقبت غیر ایمن هزینه های اقتصادی سنگینی را نیز تحمیل می نماید. چنین تخمین زده می شود که بین ۵ تا ۱۰٪ هزینه ها در سیستم های بهداشتی در نتیجه ی فعالیتهای غیر ایمن و آسیب رساندن به بیمار بوجود می آید. در حال حاضر سازمان جهانی بهداشت^۱ اهمیت ایمنی بیمار، آن را بعنوان یک نگرانی عمومی اعلام کرده است؛ همچنین آمارها نیز نشان می دهند که خطای کارکنان شاغل در سیستم های بهداشتی درمانی، یک نفر از هر ۱۰ بیمار پذیرش شده در بیمارستان های جهان را تحت تأثیر قرار می دهند. بنابراین ایمنی بیمار یک نظام مراقبت بهداشتی جدید است که بر گزارش دهی، تجزیه و تحلیل و پیشگیری از خطاهای پزشکی که اغلب منجر به بروز خطاهای ناخواسته می شود، تأکید می ورزد. سازمان جهانی بهداشت معتقد است که میلیون ها بیمار در سرتاسر جهان سالانه از ناتوانی، آسیب یا مرگ ناشی از مراقبت غیر ایمن رنج می برند. عفونت های مرتبط با مراقبت بهداشتی، تشخیص های اشتباه، تأخیر در درمان، آسیب ناشی از استفاده نامناسب وسایل پزشکی و حوادث ناخواسته در نتیجه خطاهای دارویی از علل شایع آسیب های قابل پیشگیری به بیماران هستند، لذا می توان گفت که تامین ایمنی بیمار یک استراتژی مهم در حوزه ی سلامت است که با بکارگیری دانش و روش های علمی به روز برای دستیابی به سیستم ارائه مراقبت های درمانی قابل اعتماد و صحیح تلاش می کند. به عبارتی دیگر ایمنی بیمار همان اجتناب، پیشگیری و بهتر شدن نتایج نامطلوب یا آسیب ناشی از فرآیند مراقبت سلامت است و در این میان ایمنی، فرهنگ، کیفیت و مدیریت در کنار هم تأثیر گذار می باشند. انجمن پزشکی آمریکا شش هدف را برای افزایش کیفیت در سیستم های بهداشتی درمانی در نظر گرفته است که شامل ایمنی بیمار، محور قرار دادن بیمار، اثربخشی، سودمندی، به موقع بودن و عدالت در ارائه ی

¹ -WHO (World Health Organisation)

خدمات می باشد. در همین راستا نیز مراکز بهداشتی درمانی باید برای حاکم کردن ایمنی بیمار در سیستم های خود گام های موثرتری بردارند. (گنجی و همکاران، ۱۳۸۹)

لذا با این هدف تحقیق بر روی حاکمیت بالینی در کشورهای منتخب و روش استقرار آنان و درجه موفقیتشان شروع و ارائه الگوی کشوری نیز تدوین گردید .

فصل اول

۱- طرح تحقیق

۱-۱ بیان مسئله:

با توجه به اینکه دبیرکل سازمان جهانی بهداشت، سلامت را پایه توسعه هر کشوری اعلام نموده است؛ حاکمیت بالینی به عنوان راهکاری جهت ارائه خدمات بهینه و حل مشکلات نظام سلامت از طرف وزیر محترم بهداشت مطرح گردیده است.

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

تاریخچه گسترش این مفهوم و تاسیس مراکز تعالی خدمات بالینی به سالها پیش و به انگلستان باز می گردد. اولین جنبش ها برای ارتقا کیفیت خدمات سلامت در سال ۱۹۴۸ در این کشور آغاز شد و نهایتا در سال ۱۹۹۹ هنگامی که متولیان امر سلامت دریافتند که باید یک سیستم منسجم و با پشتوانه و حمایت حاکمیتی، مسئولیت ارتقا کیفیت خدمات سلامت را برعهده بگیرد موسسه ملی تعالی خدمات بالینی (حاکمیت بالینی) به عنوان اولین نهاد منسجم مسئول ارتقای کیفیت سلامت، تاسیس شد. متعاقب آن، آژانس تحقیقات و کیفیت سلامت در ایالات متحده تاسیس شد و به دنبال آنها و متعاقب احساس نیاز شدید به ورود کیفیت و ارتقا آن در ارائه خدمات سلامت، موسسات تعالی خدمات بالینی در کشورهای مختلف دنیا پدید آمدند.

در ایران نیز چند سالی است که در برخی از دانشگاه های مادر، حرکت هایی به این سمت آغاز شده است. این حرکت ها و فعالیت ها اگرچه هنوز در پله های نخستین بوده و نتوانسته است حمایت های کافی را برای خود جلب نماید، ولی نوید بخش بلوغ فکری نظام سلامت، و بروز تحولی عظیم در کیفیت خدمات سلامت در آینده ای نزدیک است. (خلیقی نژاد و همکاران، ۱۳۸۷)