

دانشگاه پیام نور
واحد تهران
دانشکده مدیریت

عنوان:

ارزیابی اجرای طرح حاکمیت بالینی
بر ارتقاء مستمر خدمات بالینی در
مرکز دیابت و بیماری های متابولیک
دانشگاه علوم پزشکی تهران

استاد راهنما:
دکتر محمد رضا حمید زاده

استاد مشاور:
دکتر علی اکبر جوکار

پژوهش و نگارش:
پروین زاده طهماسبی

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته مدیریت MBA

شهریور ۱۳۹۰



با تشکر بیکران از استاد محترم راهنما
جناب دکتر محمد رضا حمیدی زاده
که هدایت و راهبری این تحقیق را به
عهده داشتند و استاد محترم مشاور
جناب دکتر علی اکبر که با تجربیات و
نظرات خود، بنده را یاری نمودند.

تقدیم به پدر و مادر دلسوز و مهربانم که همواره در طول حیات

پریشان مشوق کسب تحصیلات من بوده اند و همواره از حمایت های بی دریغ

آنان بهره مند بوده ام

و تقدیم به همسرم که همیشه همراه و مشوق من بوده و فرزندان دلبندم که مرا

در انجام این تحقیق با صبر و

شکیبایی بی نظیر خود یاری نموده اند.

پیشگفتار

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.

تاریخچه گسترش این مفهوم و تاسیس مراکز تعالی خدمات بالینی به سالها پیش و به انگلستان باز می گردد؛ اولین جنبشها 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، مسوولیت ارتقا کیفیت خدمات سلامت را برعهده بگیرد موسسه ملی تعالی خدمات بالینی به عنوان اولین نهاد منسجم مسوول 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 دانشگاههای مادر، حرکتهایی به این سمت آغاز شده است. این حرکتها و فعالیتهای آنها اگرچه هنوز در پله های نخستین بوده و نتوانسته است حمایتهای 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.

موضوعاتی که اکثر مراکز تعالی خدمات بالینی بر آنها متمرکزند و این پژوهش نیز به آنها پرداخته است عبارتند از: ممیزی بالینی در معنای واقعی آن، که همانا ارتقای مستمر و مستقیم کیفیت خدمات سلامت از طریق انجام مداخلات کیفیتی است

این پژوهش قصد دارد با اشاعه این فرهنگ که "کمیت ملزومی ناکافی است و حرکت به سمت کیفیت لازم است"، به نهادینه شدن این مفاهیم کمک نماید. بدیهی است که ساختارمند شدن چنین فرایندهایی در نظام سلامت، برای سه گروه مزیت ویژه خواهد

داشت:

اولین و مهمترین گروهی که از نهادینه شدن این فرایندها 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 مسلما 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، امکانپذیر نخواهد بود.

البته برخی معتقدند که تفکر پیرامون این موضوع و تاسیس چنین مراکزی در کشورهایی همچون کشور ما، شتابزده بوده، و همانگونه که در انگلستان اندکی بیش از نیم قرن گذشت تا کیفیت، ساختار مناسب خود را پیدا کرد، به گذر سالها زمان نیاز است. اگرچه این صحبت تا حدودی درست است ولی باید به خاطر داشته باشیم که برای دست یافتن به یک اتومبیل داخلی نیاز به ساخت مجدد چرخ نداریم و می توانیم با استفاده از تجربیات سایرین ره چند ساله را چند روزه بپیماییم. هرچند که این چند روز نیز خود مستلزم همت ویژه و اهتمام فراوان بوده، و توجه شدید به بومی سازی صحیح هربخش و فرایند از جایگاه ویژه ای برخوردار است. حتی اگر پیشنهاد فوق را بپذیریم، برای طی ۵۰ سال آزمون و خطا و تمرین و ممارست به یک مبدا نیاز داریم و بنابراین باید زمانی از جایی شروع کنیم، و هیچ بعید نیست که از شروع فعالیت تا ممزوج شدن کیفیت با کلیه ارکان و اجزا نظام سلامت ما زمانی بیش از نیم قرن و حتی یک قرن نیز به طول انجامد. پس باید هرچه سریعتر قدم در راه بگذاریم.

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱) مقدمه

حیات و پویایی یک ملت بسته به سلامت افراد جامعه ی اوست. سلامتی حق هر انسان است و هر فرد حق مطالبه آن را دارد. هدف عمده از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، تامین سلامتی افراد جامعه است که از طریق ارائه خدمات مطلوب و مورد نیاز بهداشتی درمانی تامین می گردد. در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، دولت ها و نظام های سلامت درگیر ایجاد موسسات جدید، مکانیسم ها و فرایندهایی هستند که هدف آنها حفظ سلامتی و ارتقای مداوم کیفیت خدمات سلامتی است. زیرا که مسئله کیفیت امروزه از مرز صنعت گذشته و در امور سلامتی نیز دغدغه مدیران مراکز درمانی شده است. کیفیت، نخستین و مهمترین عاملی است که مشتری بر اساس آن تصمیم می گیرد و تنها ملاک توفیق نظام سلامت رضایتمندی گیرندگان خدمت که همان بیماران می باشند است. با استناد به فلسفه مدیریت جامع کیفیت، ارزیابی کیفیت از اندازه گیری استانداردها به سمت اندازه گیری میزان رضایت مشتری تغییر جهت داده است. از این رو یکی از مسائلی که نیازمند انجام تحقیقات است و در قالب یک سوال ذهن پژوهشگر را به خود معطوف نموده است، ایجاد یک الگوی ارتقاء مستمر کیفی خدمات بهداشتی و درمانی با بهره گیری از پژوهش ها و فعالیت هایی که سازمان جهانی بهداشت در دهه ی اخیر انجام داده است می باشد.

در این فصل قصد بر این است که با طرح مسئله و اشاره به اهمیت و ضرورت آن، سوالاتی را مطرح نموده و با ذکر اهداف، فرضیات تحقیق و روش های به کار گرفته شده، کلیاتی هر چند مختصر از کار ارائه گردد. تدوین دقیق و موشکافانه این فصل، در ایجاد تصویر و ذهنیت جامع و مانع از موضوع و مسأله تحقیق، بسیار مهم و ضروری است. این فصل، حاوی کلیات تحقیق است. کلیات تحقیق، شرحی روشن از موضوع تحت مطالعه ارائه می دهد و تمام انحرافات یا ابهامات و پیچیدگی هایی را که ممکن است نتایج ویافته های تحقیق را نامشخص و مبهم ساخته یا ضایع کند، تصحیح می نماید.

۱-۲) تعریف موضوع

در راستای ایجاد الگویی مناسب جهت تامین نیاز دائمی نظام های سلامت به خدمات باکیفیت، انگلستان (UK) در دهه های اخیر مدل های زیادی طراحی کرده. مدلی که در این میان قابلیت مناسب خود را نشان داده است و خصوصیات لازم را دارا می باشد، حاکمیت خدمات بالینی نام دارد. مهمترین ویژگی نظام حاکمیت

خدمات بالینی توجه به نتیجه خدمت (outcome) است و شرایط را طوری طراحی می کند که به نتیجه مطلوب یعنی درمان در کنار رضایت بیمار برسد.

"حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان های ارائه دهنده خدمات بالینی، در قبال بهبود دائمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می پردازد." حاکمیت بالینی به طور همزمان توجهش را روی مسئولیت پذیری جهت حفظ سطح مراقبت های کنونی و نیز ارتقاء وضعیت کیفی مراقبت های آتی مبذول می دارد. همچنین مفهومی است که می - کوشد روش ها و ابزارهای گذشته در سنجش و ارتقاء کیفیت مراقبت ها ادغام و یکپارچه شوند. در واقع استراتژی واحد و جامعی که بهبود مستمر کیفیت را در نظام NHS انگلیس به عنوان یک مدل سیستماتیک مطرح ساخته است، حاکمیت بالینی است (Marshall M ۲۰۰۲ August).

مطرح شدن مفهوم حاکمیت بالینی در سال ۱۹۹۸ سبب شد تا کیفیت در کانون اصلاحات NHS قرار گیرد. این مفهوم قصد دارد تا تمامی فعالیت هایی را که در مسیر مراقبت های بالینی انجام می شوند را ادغام نموده و آنها را در قالب یک استراتژی واحد درآورد. حاکمیت بالینی شامل مفاهیمی چون: بهبود کیفیت اطلاعات، ارتقاء مشارکت و همکاری بیماران، بهبود کار گروهی و اجرایی نمودن پزشکی مبتنی بر شواهد است و همانند چتری است که همه چیزهایی که به حفظ و ارتقای استاندارد های مراقبت از بیمار کمک می کند، را پوشش می دهد. این امر دربرگیرنده تمامی فعالیت های ارتقاء کیفی است که کادر بالینی آنها را روزانه در انجام مراقبت های درمانی لحاظ می دارند. همچنین حاکمیت بالینی چارچوبی فراهم می کند که در قالب آن، فعالیت های بهبود کیفیت بصورتی هماهنگ و یکپارچه جای می گیرند (Campbell SM ۲۰۰۲ Oct).

مدل حاکمیت خدمات بالینی برای غلبه بر مشکلات فوق و اعتمادسازی مجدد مردم، متولد شده است. در تعریف، حاکمیت خدمات بالینی دیدگاهی ادغام یافته از مراقبت های بالینی و نیز غیر بالینی مطرح است که کیفیتی جامع را در بر می گیرد. چنین ادغامی به یکپارچگی سازمانی، هماهنگی، همکاری و ارتباطات میان واحدها در سازمان می انجامد و با مراقبت های با کیفیت بالا مرتبط می شود. حاکمیت خدمات بالینی ادغام تمام فعالیت هایی است که مراقبت از بیمار را در یک استراتژی واحد تلفیق می کند. این استراتژی شامل ارتقاء کیفیت اطلاعات، بهبود همکاری، بهبود روحیه کار تیمی و مشارکت، کاهش دامنه تغییرات و بی ثباتی های عملکردی و پیاده سازی طبابت مبتنی بر شواهد است (Currie ۲۰۰۵).

حاکمیت خدمات بالینی می کوشد عملکرد تمامی سازمان های مراقبت سلامت را به سوی بهترین استانداردهای قابل قبول سوق دهد به این امید که ناهمگونی های موجود در کیفیت مراقبت های ارائه شده به بیماران را کاهش

دهد. هدف حاکمیت بالینی تعیین استانداردهای روشن و کاربردی، نظارت بر نحوه عملکرد سازمان‌های ارائه دهنده خدمات بالینی و انتشار نتایج حاصل از انجام ارزیابی‌های دوره‌ای است

حاکمیت بالینی در ارایه خدمات

- بیماران و مشتریان را در قلب فرآیندها قرار دهید
- بهبود استانداردهای کار
- یادگیری از طریق تجارب پیشین
- توانمند سازی کارکنان و تیمها
- استفاده موثر از اطلاعات

محورهای کلیدی خدمات حاکمیت بالینی:

مدل‌ها و الگوهای مختلفی جهت تعریف و توضیح حاکمیت بالینی در پیشینه تحقیق می‌توان یافت که یکی از الگوهایی که در سیستم طب ملی انگلستان به کار گرفته شده است مدل ۷ محوری یا ۷ ستونی است که با توجه به جامعیت آن از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ایران به عنوان مدل پیشنهادی معرفی شده است.

مدل ۱-۱ مدل حاکمیت بالینی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ایران



- (۱) مشارکت بیمار و جامعه (۲) آموزش و یادگیری (۳) مدیریت خطر
(۴) استفاده از اطلاعات (۵) اثربخشی بالینی (۶) ممیزی بالینی
(۷) مدیریت نیروی انسانی

۳-۱) بیان مسئله تحقیق

امروزه دغدغه ی بسیاری از مردم کشور های جهان اعم از توسعه یافته و در حال توسعه دسترسی به خدمات سلامت با بهترین کیفیت ممکن است. توجه به بعد کیفی خدمات سلامت زمانی پر رنگتر می شود که بدانیم در بعضی کشورها مثل نروژ که از کشورهای توسعه یافته محسوب می شود هر روز سه مرگ غیرضروری به علت کیفیت پایین خدمات سلامت رخ می دهد. افراط و تفریط در ارائه و استفاده از خدمات نظام سلامت منجر به پیدایش شکافی عمیق، میان کیفیت خدمات ارائه شده و توان بالقوه ی نظام سلامت شده است و از سوی دیگر این خدمات نابه جا، هزینه های گزافی بر نظام سلامت تحمیل می نمایند.

برای مثال ۲۵ درصد اقدامات رادیولوژیک صورت گرفته در امریکا، و بیش از ۵۰ درصد داروهای تجویز شده در بسیاری از کشور های جهان غیر ضروری است، بنابراین کیفیت بالاتر الزاما به معنای هزینه های بالاتر نبوده و حتی ارتقای کیفیت، باعث کاهش هزینه ها می شود. کیفیت خدمات سلامت عبارتست از ارائه خدماتی که بیماران می خواهند (کیفیت از دید بیمار) و خدماتی که برایشان لازم است (کیفیت حرفه ای) در زمان مناسب و توسط فرد مناسب با استفاده از کمترین منابع و بدون خطا). عطایی، ۱۳۸۷)

با توجه به پیشرفت های صورت گرفته در قرن بیست و یکم جهت ارتقای کیفیت خدمات - مطابق تعریف ذکر شده - نیاز داریم که آموزش دهندگان پزشکی و متخصصان سلامت از الگوی پزشک قرن بیستم فاصله گرفته و به الگوی پزشک قرن بیست و یکم نزدیکتر شوند. پزشک اول پزشکی بود که به تنهایی طبابت می کرد، به خودمختاری به عنوان یک ارزش محوری می نگریست، و در هنگام مواجهه با همکاران و بیماران، خود را مصون از خطا می دانست. درحالیکه پزشک دوم پزشکی است که کار گروهی و نظام های مراقبت را درک می کند و رهبری این نظام را به دست می گیرد. اگر چه هنوز هم به طور سنتی پزشکان فکر می کنند که آن ها ابعاد مختلف کیفیت خدمات سلامت را می شناسند و بنابراین بهترین کیفیت را ارائه می دهند، اما اغلب، اشتباه می کنند.

ما نیازمند شیوه ای هستیم که اطلاعات مورد نیاز درباره ی نحوه ی کاهش کیفیت نامطلوب را در اختیار ما قرار دهد، تا بتوانیم با به کارگیری روش ها و نظام های ارتقای کیفیت، خطاها و کاستی ها را کاهش دهیم و به

حداقل رسانیم. به این طریق با به کارگیری همان منابع سابق می توان خدماتی با کیفیت بالاتر ارائه نمود، یا تعداد بیشتری از بیماران را درمان کرد. نتیجه اینکه، ما در نظام سلامت به ابزارهایی نیازمندیم تا اطمینان حاصل کنیم خدمات سلامت بر اساس جدیدترین و معتبرترین دانش موجود، و با بهترین کیفیت ممکن ارائه می گردد. یکی از موثرترین ابزارها در این زمینه ممیزی بالینی است. ممیزی بالینی رویکردی نظام مند و مبتنی بر شواهد معتبر، در قالب استانداردها است و به ما اطمینان می بخشد که کیفیت خدمات سلامت به صورت پیوسته ارتقا می یابد. اگر بخواهیم اهمیت ممیزی بالینی را در یک جمله خلاصه کنیم باید به رسالت آن در ارتقای کیفیت خدماتی که به مشتریان نظام سلامت ارائه می شود و نتایج حاصل از آن برای این افراد اشاره نماییم. به بیان دیگر با کمک ممیزی بالینی است که می توانیم از کیفیت خدماتی که در نظام سلامت ارائه می دهیم، مطمئن شویم و به گونه ای نظام مند و مستند چگونگی کیفیت خدماتمان را به اطلاع دیگران برسانیم (عطایی، ۱۳۸۷).

در این تحقیق سعی شده است از خدمات ارائه شده در مرکز دیابت و بیماری های متابولیک ممیزی بالینی به عمل آمده و میزان رضایتمندی بیماران از خدمات مختلفی که در واحد های مختلف آن توسط پرسنل متخصص آن واحد ارائه می شود سنجیده شود.

بررسی رضایتمندی بیماران، به عنوان یک ابزار جهت سنجش بهره وری و اثر بخشی خدمات بیمارستانی مورد توجه خاص مدیران می باشد و می تواند برای تصمیم گیری در رابطه با مدیریت مصرف و کیفیت مراقبت از بیمار مورد استفاده قرار گیرد و همچنین عملکرد بیمارستان را در یک سطح ملی ارزیابی کند (Skurka ۱۹۹۸). مسئله اصلی در این تحقیق عبارت است از:

اجرای طرح حاکمیت بالینی در مرکز دیابت و بیماری های متابولیک یا به عبارتی آیا اجرای طرح حاکمیت بالینی می تواند باعث ارتقاء مستمر کیفیت خدمات بالینی در مرکز دیابت و بیماری های متابولیک شود؟

۱-۴) پرسش های تحقیق

مسئله تحقیق، ابهامی است که در قالب یک پرسش برای پژوهشگر مطرح می شود و او نتوانسته است با اطلاعات موجود آن را پاسخ گوید. در تحقیقات هیچ چیزی بیش از روشن سازی و تعریف مسئله و اهداف طرح تحقیق نیازمند قوه ابتکار و خلاقیت، بینش و فراست نیست. فقط زمانی که مسئله به خوبی تعریف شده باشد می توان روش تحقیق مناسبی را طراحی کرد. تنظیم و تعریف مسئله نیازمند ارتباط و هماهنگی مناسب بین تصمیم گیرنده و پژوهشگر است. بر اساس آنچه بیان شد این تحقیق دارای یک پرسش اصلی بوده که محقق جهت دستیابی به جواب، چهار پرسش فرعی را در نظر قرار داده و سپس یک مدل بومی و راهکار عملیاتی ارائه می دهد. به این ترتیب سوالات تحقیق عبارتند از:

پرسش اصلی تحقیق: آیا اجرای طرح حاکمیت بالینی می تواند باعث ارتقاء مستمر خدمات بالینی در مرکز دیابت شود؟

که جهت پاسخ گویی به این سوال اصلی چهار پرسش فرعی زیر مطرح می شود.
سوالات فرعی تحقیق:

۱- آیا اجرای طرح حاکمیت بالینی باعث رضایتمندی بیماران در مرکز دیابت می شود؟

۲- آیا اجرای طرح حاکمیت بالینی باعث مشارکت بیماران و مدیریت درمان آنان می شود؟

۳- آیا اجرای طرح حاکمیت بالینی باعث بهبود سیستم وقت دهی بیماران می شود؟

۴- آیا اجرای طرح حاکمیت بالینی باعث کاهش میزان شکایات بیماران می شود؟

همانگونه که در ذیل مطالعه می شود، سؤال های پژوهش به صورت جهت دار بیان نشده است، زیرا که سؤال، پیش بینی هیچ گونه رابطه ای بین متغیرها نیست. همان طور که در بحث مربوط به فرضیه های پژوهش خواهد آمد، پیش بینی جهت روابط میان متغیرها را در بیان فرضیه های پژوهش، منظور می کنیم. از آنجا که، پاسخ به سؤال های پژوهشی برای نگارنده دارای اهمیت خاصی بوده و سؤال های پژوهش به صورت چند وجهی است، برای نیل به این مهم، در راستای سؤال های پژوهشی، فرضیه های پژوهشی طراحی شده است و در تست و تحلیل فرضیه ها، پاسخ سؤال ها حاصل می گردد. سؤال های این تحقیق، از نوع توصیفی است. امید است با انجام این پژوهش قدمی نه چندان بزرگ در مسیر ارتقاء سطح سلامتی و خدمات با کیفیت و در خور مردم عزیز کشورمان برداشته شود و از آنجا که این تحقیق اولین تحقیقی است که در مورد حاکمیت بالینی در ایران انجام می شود، امید است بتواند هدایتگر دیگر پژوهشگران باشد.

۱-۵) ضرورت و اهمیت تحقیق

سیستم بهداشت جهانی (NHS) بیشتر عمر ۴۰ ساله ی خود را با تصور مجازی از کیفیت کار کرده است یعنی بر این فلسفه استوار بوده که با فراهم کردن پرسنل آموزش دیده، امکانات خوب و تجهیزات با استاندارد بالا می تواند به کیفیت کار دست یابد. اما شکست های متوالی در استاندارد های NHS در بریتانیا در طی سال های ۱۹۹۵-۲۰۰۰ باعث نگرانی های عمیق عمومی و حرفه ای شد و اعتماد به NHS را دچار تهدید کرد. بنابراین یک نیاز فوری به انجام دادن تغییرات موفقیت آمیز در سازمان بهداشت جهانی احساس شد (Halligan and Donaldson ۲۰۰۱).

در طی دهه ۱۹۸۰ نیز مدیران و سیاستگذاران در بسیاری از قسمت های بخش دولتی از جمله مراقبت سلامت تلاش کردند رویکرد های مدیریت جامع کیفیت و ارتقای مداوم کیفیت را به کار بندند. این رویکردها که در صنعت ژاپن به تکامل رسیده بود، به طور گسترده مورد پذیرش واقع نشدند. شاید به این دلیل که بیش از حد "مدیریت محور" تلقی می شدند و به طور روشن، نقش کارکنان را مشخص نمی کردند (عطایی، ۱۳۸۷). علاوه بر موارد فوق، رویکردهایی که به ارتقای کیفیت ارائه خدمات سلامت منجر می شدند، معطوف به مواردی چون ارزیابی فن آوری های جدید، نظیر داروها و تجهیزات پزشکی (HTA) جهت استفاده بهینه از سرمایه موجود، و ارائه راهکارهای مراقبتی و درمانی مناسب^۱ جهت مواجهه با بیماری ها بود که هر یک به صورت مستقل و مجزا انجام می شد.

همچنین ارتقای کیفیت خدمات بالینی در سطوح محلی توسط فرایند ممیزی بالینی^۲ محقق می شد، که آن هم ارتباط منسجمی با بخشهای پیشین نداشت. همانگونه که مشخص است هر یک از این موارد که به صورت مستقل انجام می شده اند، به نحوی در راستای دستیابی به ارتقای کیفیت خدمات سلامت بوده و از ارکان پاسخگویی در قبال آن هستند.

حاکمیت بالینی عنصر مرکزی چارچوبی است که از ارائه و ارتقا کیفیت حمایت می کند. این عنصر از طریق تاسیس سازمانهای تعالی خدمات بالینی ابزاری به دست می دهد تا بتوان به رویکردهای ارتقای کیفیت که پیش از این پراکنده بودند، انسجام بخشید.

همانگونه که پیش از این اشاره شد، سیاستهای برخورد نظام مند با عملکرد ضعیف پزشکان و اطلاع رسانی موثر در مورد وقایع ناخواسته و خطاها (با هدف ارتقای ایمنی محیط بالینی) نیز به تدریج به ساختارهای حاکمیت بالینی افزوده شد، و بدین گونه اجزای یک مرکز تعالی خدمات بالینی استاندارد تعریف گردید:

^۱ Guidelines
^۲ Clinical Audit

- ✓ واحد ممیزی بالینی
- ✓ واحد برخورد نظام مند با خطاهای پزشکی
- ✓ واحد ارزیابی فن آوری سلامت
- ✓ واحد تهیه و تایید راهکارهای طبابت بالینی
- ✓ واحد تحقیق و توسعه (R&D)

که همه فرایندهای فوق باید مبتنی بر شواهد و مدارک علمی و دقیق باشند (Evidence Base) مهمترین ویژگی نظام حاکمیت خدمات بالینی توجه به نتیجه خدمت (outcome) است و شرایط را طوری طراحی می کند که به نتیجه مطلوب یعنی درمان در کنار رضایت بیمار برسد. مدل حاکمیت خدمات بالینی به دلیل عوامل زیر وارد نظام سلامت شده است.

۱. خواستگاه مدل های ارتقا کیفیت به طور عمده در صنایع می باشد و تمرکز این مدل ها بر روی فرایندهاست. این مدل ها در رفع چالش های نظام سلامت ناتوان هستند لذا بحث حاکمیت خدمات بالینی (Clinical governance) برای جبران این نقص مطرح شده است.
۲. نظام سلامت به دلیل پیچیدگی های خاص خود مثل انواع و اقسام بخش ها و تنوع و پیچیدگی زیاد از نظر ارائه خدمت و گروه های مختلف ارائه کننده خدمت مثل پزشکان، پرستاران، ماماها و تفاوت در بیماران، به هیچ وجه قابل یکسان سازی نیست. همه این موارد مؤید پیچیدگی های نظام سلامت است که نیاز به استفاده از مدل ارتقاء کیفیت متناسب با شرایط این نظام را دارد.
۳. یکی دیگر از ویژگی های نظام حاکمیت خدمات بالینی استفاده از ابزارها و روش های مختلف است. نظام حاکمیت خدمات بالینی به عنوان چتری است که ابزارهای مختلف را در بر می گیرد و شامل حیطه هایی است که در هر یک از این حیطه ها می توان از ابزارها و روش های مختلفی استفاده کرد.
۴. مفهوم مدیریت خطر در نظام حاکمیت خدمات بالینی موضوع نوینی است که در آن به خطرات ناشی از نظام سلامت بر روی بیماران می پردازد. موضوعی که مدیریت خطر در بهداشت و درمان مطرح می کند این است که یکی از عوامل خطر، خود نظام سلامت است. به عبارت دیگر عوارض جانبی داروها، تشخیص نادرست، جراحی های نادرست، عفونت های بیمارستانی و به طور کلی حوادثی که در نظام سلامت اتفاق می افتند، همگی جزو خطرات ناشی از نظام سلامت است. در کشورهای پیشرفته از جمله امریکا در اثر پیشرفت علم و روش های درمانی میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های عفونی، تصادفات، سرطان، بیماری های قلبی کاهش یافته است. با این حال در مطالعه ای که در کشور امریکا انجام شده است، میزان مرگ و میر ناشی از نظام سلامت، سالانه حدود ۵۰ هزار مورد گزارش شده

است و مرگ ناشی از نظام سلامت رتبه چهارم تا هشتم قتل های بزرگ این جامعه را در بر می گیرد. بنابراین مدیریت خطر ناشی از نظام سلامت بحث بسیار مهمی است که چگونگی خطاها را شناسایی و زمینه بروز آنان را کاهش می دهد.

۵. اثربخشی حرفه ای و ارتقاء کارکنان یکی دیگر از حیطه های مورد بررسی در نظام حاکمیت خدمات بالینی می باشد. اگر افرادی که در نظام سلامت فعالیت می کنند، از سلامتی فیزیکی و روانی برخوردار باشند، در حقیقت بخش بزرگی از جامعه از سلامتی برخوردار است. ارایه کنندگان خدمات بخش مهمی از نظام سلامت هستند که به طور سنتی این موضوع فراموش می شود. با توجه به مطالعاتی که انجام شده است، طولانی بودن ساعات کاری ارایه کنندگان خدمات اثر بخشی خدمات را کاهش می دهد. در حقیقت حاکمیت خدمات بالینی بر ارایه خدمات مناسب و ایجاد شرایطی که افراد رضایت شغلی بیشتر، اضطراب شغلی کمتر و ارتقاء شغلی آسانی داشته باشند تاکید می کند.

۶. حیطه پزشکی مبتنی بر شواهد یکی دیگر از حیطه های نظام حاکمیت خدمات بالینی است. تاکید اصلی این حیطه آن است که هر خدمتی که ارایه می شود بر اساس شواهد علمی معتبر باشد و با امکانات و شرایط کشور و نیاز بیماران متناسب باشد (۱۳۸۸)

البته حاکمیت خدمات بالینی مانند یک داروی معجزه گر نیست که با یک تزریق همه امور یک شبه سر و سامان بگیرد. CG طیف و مجموعه ای از فرآیندهاست. بهترین کار برای شروع اینست که ببینیم در کجا قرار داریم، یعنی یک ارزیابی اولیه (Baseline Assessment). در این ارزیابی باید به بررسی نقاط قوت و ضعف و شناسایی نقاط قابل ارتقاء پرداخت. مسلماً وقت و منابع کافی برای اجرای کامل ۷ حوزه حاکمیت بالینی در یک زمان وجود ندارد، بنابراین باید بر اساس شناخت اولویت کارکرد. اولویت بندی در سه سطح می تواند صورت پذیرد الویت های ملی (کشور، منطقه، دانشگاه) و محلی (بیمارستان) و علاقه مندی شخصی. د راین تحقیق مرکز دیابت و بیماری های متابولیک پژوهشکده علوم غدد دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت اجرای قسمتی از طرح حاکمیت بالینی انتخاب شد و سعی می شود عملکرد واحد های مختلف آن از طریق سنجش رضایت مندی مشتریان اصلی آن که همان بیماران دیابتی می باشند و بررسی شکایات بیماران ممیزی شود. از طرفی دیگر حوزه مشارکت بیمار در درمان نیز مورد بررسی قرار می گیرد. و در نهایت، تلاش می شود مدلی بومی طراحی و راهکار های عملیاتی جهت توسعه طرح حاکمیت بالینی ارائه دهد.

۶-۱) اهداف تحقیق

با تعریف دقیق و روشن هدف ها و پایبندی به آن، پژوهشگر به سادگی از مسیر انتخاب شده منحرف نمی شود و مسایل فرعی را هدف اصلی تلقی نمی کند. اهداف هر اقدام پژوهشی، از شکاف اطلاعاتی که باید کاهش پیدا کند، تا مدیریت بتواند مسأله و یا مشکل مورد مطالعه را حل نماید، نشأت می گیرد هدف کلی این تحقیق نتیجه نهایی تحقیق را نشان می دهد و عبارت است از « شناسایی و بررسی ارتباط بنیان های بازاریابی رابطه مند بر وفاداری مشتریان خارجی هتل آپارتمانهای ملل تهران » است. هر تحقیقی برای دستیابی به اهداف و منظور خاصی صورت می گیرد. این اهداف خود را در قالب مسئله نمودار می سازد و از طریق بیان آن آشکار می شوند. اهداف تحقیق می توانند به دو صورت اصلی و فرعی مطرح شوند. هدف اصلی به صورت مستقیم از مسئله تحقیق مشتق می شود. در واقع هدف اصلی، خود مسئله تحقیق است که مشخص می کند پژوهشگر چه چیزی را دنبال می کند و قصد یافتن چه چیزی را دارد. در این تحقیق هدف اصلی پژوهش، "تعیین اثر اجرای طرح حاکمیت بالینی در مرکز دیابت و بیماری های متابولیک است"

ضمناً اهداف اختصاصی تحقیق اصولاً "از مسئله اصلی تحقیق و اهداف فرعی آن نشأت می گیرد. محقق با بیان این اهداف تصریح می کند که در این تحقیق چه انجام می شود. در واقع می توان چنین عنوان کرد که اهداف اختصاصی پژوهش، راهنمایی برای تهیه و تدوین ابزار گرد آوری اطلاعات هستند. بنابراین ضروری است اهداف اختصاصی به نحوی بیان شوند که بر ارزش نتایج پژوهش تاکید داشته باشند. با توجه به مطالب ذکر شده، اهداف اختصاصی این تحقیق عبارتند از:

- ۱- شناسایی عناصر و طبقه بندی آن ها بر رضایتمندی بیماران در اجرای طرح حاکمیت بالینی
- ۲- اندازه گیری و الویت بندی عناصر تاثیر پذیر از اجرای طرح حاکمیت بالینی
- ۳- تعیین اثرا اجرای طرح حاکمیت بالینی بر سیستم وقت دهی بیماران.
- ۴- تعیین اثرا اجرای طرح حاکمیت بالینی بر کاهش شکایات بیماران.
- ۵- تحلیل اجرای طرح حاکمیت بالینی و ارائه راهکارهای عملیاتی جهت ارتقاء مستمر خدمات بالینی.

۷-۱) چارچوب نظری و مدل مفهومی تحقیق

هر تحقیقی به یک چارچوب نظری نیاز دارد. تعاریف مختلفی در خصوص چارچوب نظری وجود دارد که مختصری از آنها مطابق ذیل بیان می گردد:

❖ الگویی است که فرد پژوهشگر بر اساس آن درباره روابط، میان عواملی که در ایجاد مسئله مهم تشخیص داده شده اند نظریه پردازی می کند. این نظریه می تواند ضرورتاً "سخن پژوهشگر نباشد و به طور منطقی از نتایج قبلی پیرامون، مسئله نشات گیرد.

❖ به طور کلی چارچوب نظری، پایه ای است که تمام طرح یا پروژه تحقیقاتی بر روی آن قرار داده می شود. یک شبکه منطقی، توسعه یافته، توصیف شده و کامل بین متغیرهایی است که از طریق فرایندهایی مثل مصاحبه، مشاهده و بررسی ادبیات تحقیق یا پیشینه تحقیق مشخص شده اند. این متغیرها با مسئله تحقیق در ارتباط هستند.

چارچوب نظری مورد استفاده در این تحقیق "مدل حاکمیت خدمات بالینی" می باشد.

ساختار حاکمیت بالینی از ۷ حیطه تشکیل شده است. در نمودار زیر نمای کلی حیطه های حاکمیت بالینی که توسط سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد شده است دیده می شود.

نمودار ۱-۱ حیطه های حاکمیت بالینی



البته دانشگاه علوم پزشکی تهران با توجه به نیاز های خود این طرح را بومی کرده است و طرح پیشنهادی زیر را مطرح کرده است.

نمودار ۱-۲ طرح بومی مدل حاکمیت بالینی در ایران



از آنجا که قلمرو مکانی پژوهش مورد نظر در کلینیک تخصصی دیابت می باشد و در این کلینیک بیمار بستری وجود ندارد، لذا ۳ حوزه مورد نیاز مرکز دیابت و ترکیبی از طرح های مذکور در این پژوهش مورد تحقیق قرار گرفت.

(۱) رضایتمندی بیمار: رضایتمندی بیمار به حالتی گفته می شود که علاوه بر اینکه بیمار در طول بستری درمان و مراقبت های ضروری را دریافت می کند بلکه از شرایط موجود و خدمات ارائه شده توسط پرسنل سلامتی و کل سیستم نیز راضی بوده و تمایل دارد که در صورت لزوم دوباره به آن مرکز مراجعه کند و فراتر آن که مراجعه به آن مرکز را به دیگران نیز توصیه کند (Grogan, Conner et al. ۱۹۹۵). صاحب نظران رضایتمندی را به صورت حاصل همبستگی بین انتظارات مشتری از خدمات و واقعیات موجود تعریف کردند (Tzeng and Ketefian ۲۰۰۲).

(۲) رسیدگی به شکایات بیماران: هدف از این امر اندازه گیری میزان ارتقای فرآیند های سازمانی در راستای تامین نیازها و انتظارات مشتری است. بسیاری از نواقص و مشکلات در مراقبت های بهداشتی و درمانی و فرآیند های ارائه خدمات می باشد که با اندکی تغییر می توان موجب ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی گردید.

(۳) مشارکت بیمار در درمان: از آنجا که اتخاذ هر گونه خط مشی و تصمیم گیری مرتبط به خدمات بهداشتی درمانی، در نهایت بر جان و زندگی بیماران مؤثر است، بنابر این مشارکت بیماران و جامعه در امور سلامت و تدوین خط مشی های کلان سلامت در کشورهای توسعه یافته از زمره حقوق شهروندی بوده و جنبه اخلاقی و وجدانی یافته و مظهر عدالت و پاسخگویی در بسیاری از نظام های بهداشت و درمان بشمار می آید. برنامه ریزی و ارائه مراقبت ها و خدمات درمانی بیمار- محور مبتنی بر نظرات، نیازها و ترجیحات بیماران، مراقبان آنان و جامعه، نکته کلیدی سیستم های سلامت در کشورهای توسعه یافته و عنصر الزامی در بهبود و ارتقاء نظام درمانی و جلب اعتماد عمومی است.