

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



کنگره کشوری

مدیریت و رهبری اثربخش در پرستاری

اعتبار بخشی و مدیریت پرستاری

برگزارکننده:

گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

با

مشارکت بیمارستان آتیه

۱۸ الی ۲۰ اردیبهشت ماه ۱۳۹۷

■ **رئیس کنگره:** دکتر خلیل علیزاده؛ رئیس بیمارستان آتیه، استاد ارتوپدی و جراحی دست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

■ **دبیر علمی کنگره:** دکتر زهر ونکی؛ دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

■ **دبیر اجرایی کنگره:** آقای محسن گنجی؛ معاون اجرایی و مسئول دفتر بهبود کیفیت بیمارستان آتیه

■ اعضای کمیته علمی:

دکتر حرمت السادات امام زاده قاسمی، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران
خانم شهلا اندامی، کارشناس پرستاری، معاون پرستاری بیمارستان آتیه
دکتر فروزان آتش زاده شوریده، دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
خانم زهرا توکل، مربی عضو هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
خانم عزت جعفر جلال، مربی عضو هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر غلامعلی جعفری، متخصص پزشکی قانونی، عضو هیات علمی رئیس اداره پیشگیری از خطاهای پزشکی قوه قضاییه
خانم فاطمه جلیلی، کارشناس ارشد پرستاری، منتور آموزشی بیمارستان آتیه
دکتر حمزه جمشیدی، دکتری مدیریت منابع انسانی، مشاور توسعه مدیران سازمان مدیریت صنعتی
دکتر فاطمه حاجی بابایی، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران
خانم لیلا خداجو، کارشناس پرستاری، مدیر آموزش و پژوهش بیمارستان آتیه
دکتر ستاره خسروانی، دکتری مدیریت، مشاور اعتبار بخشی
دکتر آسیه درویش، مربی عضو هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر فریبا دهنوی، رئیس اداره پرستاری، سازمان تامین اجتماعی
دکتر منصوره زاغری، دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر تهمینه صالحی، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر افسانه صدوقی اصل، استادیار، دانشگاه تربیت مدرس
دکتر مژگان ظریف رفتار، دکتری مدیریت، مدرس مدیریت و اعتبار بخشی
دکتر عباس عبادی، استاد، دانشگاه بقیه الله
مهندس نادر عسگری، مسئول اداره اعتبار بخشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دکتر لیلا عظیمی، رئیس اداره پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر خلیل علیزاده، متخصص ارتوپدی، رئیس بیمارستان آتیه
آقای بهروز قنبری، رئیس اداره پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران
آقای محسن گنجی، کارشناس ارشد پرستاری، معاون اجرایی و مسئول دفتر بهبود کیفیت بیمارستان آتیه
دکتر عیسی محمدی، استاد، دانشگاه تربیت مدرس
دکتر جمیله مختاری، دانشیار، دانشگاه بقیه الله
دکتر هومان منوچهری، دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر حسن ناوی پور، استادیار، دانشگاه تربیت مدرس

دکتر حمیدرضا نمازی، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر امین نیکو منظری، دکتری حقوق قضایی، قاضی دادگستری
دکتر خورشید وسکویی، رئیس اداره پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر زهره ونکی، دانشیار، دانشگاه تربیت مدرس

■ اعضای کمیته اجرایی:

خانم زهرا اقبالی	دکتر گیتی افروز پوراحمدی
خانم شهلا اندامی	آقای سلمان اقبالیان
خانم سمیه توفیقی	دکتر سمانه پارچه بافیه
آقای فرشاد توکلی	خانم فاطمه جلیلی
خانم فاطمه جلیلی	دکتر شیما صفازاده
خانم لیلا خداجو	دکتر طاهره طولابی
آقای حسام خرمی	آقای محمدرضا غیرتمند
خانم ناهید سلطانیان	آقای مهرداد کلاته جاری
محسن گنجی	دکتر علی اکبر واعظی
دکتر افسانه صدوقی اصل	
خانم جمیله محمدپور	
دکتر حسن ناوی پور	
دکتر زهره ونکی	

■ سخنران های اصلی:

دکتر حرمت السادات امامزاده قاسمی
دکتر غلامعلی جعفری
دکتر حمزه جمشیدی
دکتر آسیه درویش
دکتر مژگان ظریف رفتار
دکتر عباس عبادی
مهندس نادر عسگری
دکتر عیسی محمدی
دکتر امین نیکو منظری
دکتر حمیدرضا نمازی

فهرست مطالب

- پیام دکتر خلیل علی زاده؛ رئیس کنگره..... ۶
- پیام دکتر عیسی محمدی؛ رئیس دانشکده علوم پزشکی..... ۷
- پیام دکتر زهره ونکی؛ دبیر علمی کنگره..... ۸

سخنران های اصلی

- دکتر مژگان ظریف رفتار..... ۱۱
- دکتر حرمت السادات امامزاده قاسمی..... ۱۴
- دکتر آسیه درویش..... ۱۵

پوستر خلاصه مقالات

- پروین عزیزنژاد روشن..... ۱۷
- بهزاد ایمنی..... ۱۸
- گیتی افروز پورا احمدی..... ۱۹
- پیام عباسی..... ۲۰
- فاطمه حسن دوست..... ۲۱
- عالمه دهنبی..... ۲۲
- فاطمه رحیمی..... ۲۳
- زهره فرهادی..... ۲۴
- علی مستانی جهرودی..... ۲۵
- سحر ماله میر..... ۲۶
- پرویز فتوحی..... ۲۷
- نرگس رحمانی..... ۲۸
- خاطره الماسی..... ۲۹
- هدایت جعفری..... ۳۰
- مهران بخشی..... ۳۱
- فاطمه حشمتی نبوی..... ۳۲
- فرناز بیوک زاده..... ۳۳
- ویدا شفیع پور..... ۳۴

پوستر تجربه نگاری

- زهره صالحی..... ۳۷
- مریم محمدی..... ۳۹
- پریسا اسدالهی..... ۴۲
- مریم محمدی..... ۴۵



۴۹	افسانه محمدی
۵۳	حرمت سادات اما مزاده قاسمی
۵۷	گیتی افروز پورا احمدی
۶۱	سمانه پارچه بافیه
۷۰	شیما صفازاده
۷۶	طاهره طولابی
۷۸	فاطمه جلیلی
۸۲	مهرداد کلاته جاری
۸۴	ناهید برخوردار
۸۶	رویا رحمانی
۹۱	عالمه ده نبی
۸۴	بهمن طالاری
۹۶	سید محمد رضا غیرتمند



دکتر خلیل علی زاده
استاد ارتوپدی و جراحی دست
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
رئیس بیمارستان آتیه
(رئیس کنگره)

با سلام و احترام به همه جویندگان آگاهی و دانش و پویندگان پژوهش و پیمایش
دوستان و همکاران ارجمند

برای من مایه بسی افتخار است که نخستین کار مشترک اساتید دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس و بیمارستان
خصوصی، به ثمر نشست و دانش پژوهان به تبادل یافته‌های نظری و عملی خود در باب مدیریت و رهبری بالنده در بخش
پرستاری خواهند پرداخت.

جای شک نیست که مدیریت و راهبری، پایه اصلی و اساسی و تضمین کننده دستیابی به موفقیت و کامیابی است و
اگر در راه بالندگی و اثربخشی مدیریت، توش و توان صرف شود، با کمینه صرف زمان و هزینه به بیشینه تغییرات مثبت
فرآیندی دست خواهیم یافت.

زیبایی این کار مشترک در آن است که دانشگاه یعنی مرکز تولید علم و دانش، دست در دست بخش خصوصی درمان
یعنی کار را انجام داده اند.

اطمینان دارم شرکت کنندگان عزیز با حضور فعال خود و مشارکت در بحث‌ها بر غنای این نشست کم نظیر خواهند
افزود.



دکتر عیسی محمدی
استاد گروه پرستاری
رئیس دانشکده علوم پزشکی
دانشگاه تربیت مدرس

سازمان‌های بهداشتی و درمانی به دلیل افزایش و تنوع نیازهای سلامت و توسعه شتابان علم و تکنولوژی مراقبتی و درمانی پیچیدگی خاصی پیدا کرده است. در این سازمان‌ها علاوه بر تکنولوژی‌های پیچیده، افراد با تخصص‌ها و نقش‌های متنوع و مکمل نیز حضور داشته و ایفای نقش می‌کنند.

در این راستا افراد بالینی اساساً در صدد تولید و ارایه مراقبت با کیفیت بوده و مدیران علاوه بر دغدغه خدمت رسانی، ارزیابی هزینه‌ها و بهره‌وری را نیز بعهدہ دارند. بدلیل مطالبات و نیازهای جدید، عملکرد افراد بالینی و مدیران به تنهایی کفایت نمی‌کند و بیمارستان‌های توسعه یافته عنصر و نقش جدید را بعنوان "رهبران بالینی" تعریف و به خدمت گرفتند. رهبران بالینی علاوه بر نقش نظارت بر عملکردهای فوق، نوآوری و تنظیم روابط بین این نقش‌ها و نیز بلندگو یا تقویت کننده صدای بیماران را نیز بعهدہ دارند. همچنین رهبران بالینی ضمن حفظ موقعیت و عملکرد خود در سازمان، روابط سازمان را با عناصر تأثیرگذار و سازمان‌های فرا دست و ملی تنظیم می‌کنند.

تعامل با بیمار به معنای واقعی وارد کردن بیمار در روند مراقبت است. در گذشته، بیمارستان‌ها بیماران را در برنامه‌ریزی تشخیصی، مراقبتی و درمانی مشارکت نمی‌دادند. اما در حال حاضر رهبران بالینی مشارکت بیماران و حتی خانواده‌های آنان را در این فرآیند با شیوه‌های نوآورانه سرلوحه کار خود قرار می‌دهند.

تحول در مراقبت نیاز به ابتکار، بینش و تجربه دارد که رهبران بالینی باید این را به گفتمان روزمره تبدیل کنند. بطوریکه در عصر جدید، برای موفقیت بیشتر سازمان‌های بهداشتی، ایجاب می‌کند که رهبران بالینی خلاقانه‌تر، انعطاف پذیر و سریعتر از هر زمان دیگری باشند. به عبارت دیگر رهبران بالینی باید توجه به نگاه و رویکردی داشته باشند که "کار و نحوه کاری که امروز انجام می‌گیرد ممکن است فردا پذیرفتنی و قابل انجام نباشد".

امید است این سمینار که با مشارکت و همت بیمارستان آتیه بعنوان یک بیمارستان خصوصی پیشرو و گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس بعنوان دانشگاه جامع برگزار می‌گردد نقش سازنده و اثربخشی در تحقق رهبری و مدیریت بالینی در پرستاری را به ارمغان بیاورد.

دکتر زهره ونکی
دانشیار گروه پرستاری
دانشگاه تربیت مدرس
(دبیر علمی کنگره)

در ابتدا مراتب تشکر و قدردانی خودم را از ریاست محترم و دبیرخانه کنگره جهت برگزاری آن ابراز می‌دارم و امیدوارم تمامی زحماتی که در این کنگره که برای اولین بار در کشور با رویکرد مدیریت و رهبری اثربخش در پرستاری، برگزار می‌شود، عندلله ماجور باشند.

بدیهی است که تغییرات گسترده و مداوم در نیازهای سلامت در جامعه نیازمند نگاه "استراتژیک" است زیرا که به آن کمک می‌کند علاوه بر رفع زیربنایی این نیازی‌ها، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت از جمله پرستاران و مدیران پرستاری از رشد حرفه‌ای برخوردار شوند. به عبارت دیگر؛ امروزه مدیران پرستاری بایستی بین نیازهای سلامت جامعه و تخصص‌های مختلف پرستاری هماهنگی ایجاد نموده و در این راستا علاوه بر ارتقاء سطح سلامت جامعه، زمینه فرایند حرفه‌ای شدن را در پرستاری تسهیل و تقویت نمایند.

برای نیل به این هدف نیاز است که مدیریت و رهبری حرفه بطور اثربخش، در دست ما مدیران پرستاری برنامه‌ریزی شود که برای آن بایستی ساختارهای لازم اعم از شناختی و عملکردی فراهم آورده شود. روشن است زمانی که آگاهی و نگرش‌های ما تغییر کند می‌توان این انقلاب تکاملی را در عملکرد مدیران پرستاری در حوزه‌های تخصصی پرستاری اعم از مدیریت و... انتظار داشت.

در این همایش هم با شعار "ما باید فراتر برویم"، می‌دانیم که در یک جا نمی‌مانیم و بایستی این حرکت فراسو و به جلو را خود رهبری نماییم. در این فرایند رهبری حرفه‌ای نیازمند شناخت و کسب توانمندی هماهنگی بین نیروی انسانی پرستاری متخصص و سایر علوم کاربردی در حوزه مدیریت سازمان‌های سلامت هستیم که در این همایش با ارایه نگاه‌های مختلف از زوایای متفاوت سعی داریم که در ابتدا این هدف محقق شود.

بدیهی است که رهبری اثربخش پرستاری در ساختار نظام سلامت، به‌ویژه رویکردهای اخیر در تحول در آموزش و پژوهش در علوم پزشکی همه مستلزم کسب نگاه‌های مختلف به حوزه‌های تأثیرگذار در آن است، لذا بررسی و نقادی آنها می‌تواند به شناخت هر چه بیشتر کمک کند.

بنابراین، مقصد نهایی در این کنگره اینچنین طراحی گردید که در راستای تعالی پرستاری و نقش مدیریت در آن همواره ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری و حساسی آنها مهم است. به همین جهت کیفیت مراقبت‌های پرستاری

در اعتباربخشی، اخلاق حرفه‌ای و نقش مدیران پرستاری در اعتباربخشی، سیستم‌های قانونی و حمایتی از پرستاران بیمارستان‌های با کسب درجه اعتباربخشی و... بحث و نقادی می‌شوند. رایه سخنرانی‌ها توسط اساتید طراز اول دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر مراکز آموزشی در کشور رایه می‌شوند که استفاده از دیدگاه‌های آنها موجب مباهات کنگره است.

از طرفی همواره باید در نظر داشت که اقدامات انجام شده مدیران پرستاری در حوزه‌های عملیاتی خود نیازمند بینش به موقعیت و اتخاذ تصمیم‌های اثر بخش در بیمارستان‌هاست. همه ما شاهد این اقدامات و بازده‌های آنها در حوزه پرستاری بیمارستان‌ها، در دانشگاه‌ها و سایر مراکز رایه‌دهنده خدمات سلامت بوده‌ایم. لذا، در این همایش برآن شدیم که از این تجارب استفاده نماییم تا دیگر مدیران پرستاری و مدیرانی که تازه پا به عرصه عمل گذارده‌اند، بهره ببرند.

با این هدف و رویکرد نیمی از برنامه کنگره به رایه این تجارب اختصاص داده شده که مدیران و افراد دست‌اندرکار در حوزه مدیریت پرستاری توانستند تغییراتی که اجرا نموده‌اند به سمع و نظر سایرین برسانند. این خود فرصتی گرانبها برای سایرین هم ایجاد نموده که آنها بتوانند درس‌هایی آموزنده از این تجارب بدست آورند.

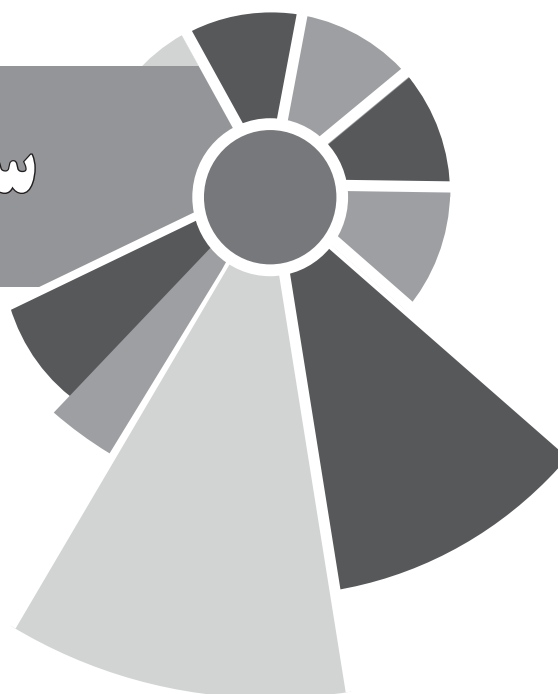
غالب این تجارب در راستای ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری در ساختار و معیارهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها، ارتقاء فرایندهای ارتقاء نقش حرفه‌ای پرستاران بالینی در ایفای نقش‌های آموزشی و رهبری سایر همکاران در بیمارستان‌های آموزشی، مربیان آموزشی و استفاده بهینه از تکنولوژی در بیمارستان‌ها و... می‌باشند. همچنین، برخی از این تجارب بطور ویژه در (۳) کارگاه‌های آموزشی رایه می‌گردد که در راستای مهارت‌های مورد نیاز مدیران پرستاری چون ممیزی بالینی، ارتباطات اثربخش با همکاران و سایر مدیران بیمارستان و... است.

از آنجا که پرستاری نقش کلیدی در رایه خدمات سلامت در جامعه دارد و در راستای تقویت این نقش برخی از تجارب انتخاب شده در ایفای این نقش "کارآفرینانه" در پرستاری برگزیده و رایه می‌شوند. باشد که بتواند نگاه‌های توسعه نقش در پرستاری را برای گروه هدف این همایش فراهم آورد.

بدین ترتیب باید بگویم که حدود (۱۴۰) خلاصه مقاله و تجربه نگاری‌ها (تجربه‌های اجرا شده) به دبیرخانه کنگره ارسال شد که نزدیک به (۲۵٪) آنها به تعداد (۳۵) با نظر کارشناسی کمیته علمی برای کنگره برگزیده شد که نویسندگان آنها را بطور سخنرانی و پوستر رایه خواهند نمود.

در انتها، بار دیگر ضمن تشکر از کلیه مدیران پرستاری و سایر دست‌اندرکاران برگزاری این کنگره و همه همکارانی که زحمت اجرا را متقبل شدند؛ امیدوارم که همه شرکت‌کنندگان از حضور در این کنگره و سخنرانی‌های آن بهره‌مند گردند.

سخنران‌های اصلی



دکتر مژگان ظریف رفتار دکتری مدیریت

چالش‌های پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی تهران

تحقیقات نشان می‌دهد که اجرای استانداردهای اعتباربخشی در سازمان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی در همه کشورها موفقیت‌آمیز نبوده و تقریباً در بیشتر موارد چالش‌ها و موانعی در راستای پیاده‌سازی آن‌ها وجود داشته است. این مطالعه در ابتدا با هدف شناسایی چالش‌های پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی در مراکز بهداشتی درمانی در سایر کشورها انجام گرفته است و در گام بعد از طریق یک مطالعه کمی به بررسی اهمیت هر یک از این چالش‌ها در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی تهران می‌پردازد.

این مطالعه براساس مرور ادبیات مشخص کرد که چالش‌های پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی در سازمان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی در دو گروه، چالش‌های برنامه (کلان) و چالش‌های سازمان (خرد) تقسیم می‌شوند.

چالش‌های برنامه (کلان)، شامل عوامل مرتبط با سیاست‌ها و برنامه‌های اجرای استانداردهای اعتباربخشی از طرف سازمان‌های ناظر یا سازمان‌های بالادستی از قبیل وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان‌های گواهی دهنده اعتباربخشی به سازمان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی است. عواملی از قبیل حمایت مستمر از برنامه‌های پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی؛ اجباری یا داوطلبانه بودن برنامه پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی در سازمان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی؛ تدوین و گسترده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی؛ برنامه ممیزی استانداردهای اعتباربخشی؛ وجود سازمان اعتباربخشی مستقل یا وابسته به دولت؛ وجود انگیزه‌های مالی اجرای استانداردهای اعتباربخشی در سازمان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی؛ و فرهنگ‌سازی و ایجاد درک صحیح از دلایل پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی، از جمله چالش‌های مرتبط با چالش‌های برنامه (کلان) است.

چالش‌های سازمان (خرد)، شامل عوامل مؤثر در پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی در داخل خود سازمان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی است. این چالش‌ها در ارتباط با منابع انسانی، مالی و زیرساخت‌های در داخل سازمان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، جهت پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی است. عواملی از قبیل دانش، مهارت و تعهد مدیریت سازمان؛ مهارت و دانش پرسنل جهت اجرای استانداردهای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار؛ منابع انسانی، مالی و زیرساخت‌های لازم برای اجرای استانداردها در سازمان؛ وجود روش‌های توانمندسازی کارکنان؛ و تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی مرتبط با استانداردها در خود بیمارستان‌ها، از جمله چالش‌های سازمان (خرد) محسوب می‌شود.

بدنبال بررسی چالش‌های برنامه (کلان) و سازمان (خرد) در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی تهران، از طریق یک مطالعه کمی، مشخص شد، که مهمترین چالش در اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های خصوصی و

دولتی تهران، وجود انگیزه‌های مالی جهت اجرای استانداردهای اعتباربخشی برای بیمارستان‌هاست که جزو چالش‌های برنامه (کلان) محسوب می شود. مطالعات WHO و بسیاری از کشورها نیز نشان می دهد که وجود انگیزه‌های مالی از طرف سازمان‌های بالادستی و بیمه‌ها در همکاری بیمارستان‌ها جهت اجرای استانداردهای اعتباربخشی نقش مهمی را ایفا می کند و لازم است سازمان‌های بالادستی با بررسی تجارب کشورهای دیگر در خصوص ایجاد انگیزه برای بیمارستان‌ها در جهت اجرای صحیح استانداردهای اعتباربخشی، برنامه‌ریزی‌های اثربخش‌تری داشته باشند.

چالش دوم در اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی تهران، وجود درک صحیح از دلایل پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌هاست که جزو چالش‌های برنامه (کلان) محسوب می شود. مطالعات نشان می دهد زمان شروع پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی، ارتباط نزدیکی با درک صحیح بیمارستان‌ها از اجرای استانداردها و نقش آن در بهبود کیفیت و ارتقای ایمنی بیمار دارد. چراکه این امر نشان می‌دهد که بیمارستان‌ها آماده پذیرش اجرای این استانداردها هستند. دانشگاه‌ها، نهادهای اعتباربخشی و سازمان‌های بالادستی می‌توانند نقش مهمی را در جهت ارتقای فرهنگ بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در راستای اجرای صحیح استانداردهای اعتباربخشی بازی کنند و عدم توجه به این موضوع سبب اجرای استانداردها، صرفاً صوری و بدون پیامد اثربخش خواهد شد.

سومین چالش پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی تهران، وجود منابع مالی و تسهیلاتی لازم برای اجرای این استانداردهاست که جزو چالش‌های سازمان (خرد) محسوب می شود. مطالعات نشان می دهد که کمبود منابع انسانی، مالی و تسهیلاتی سبب استرس پرسنل به دلیل فشار کار و عدم توانایی در اجرای صحیح استانداردها شده و در نهایت نه تنها بهبود کیفیت و ایمنی بیمار ارتقای نخواهد یافت، بلکه سبب کاهش آن و خروج نیروهای سازمان به سمت مشاغل غیر بیمارستانی خواهد شد. این چالش‌ها در بیمارستان‌های دولتی و بیمارستان‌های خصوصی کوچک در مقایسه با بیمارستان‌ها خصوصی بزرگ بیشتر مطرح است.

لذا لازم است تا دولت جهت بیمارستان‌های دولتی و بیمارستان‌های خصوصی کوچک، کمک‌های مالی را در نظر بگیرد و یا اجرای استانداردهای اعتباربخشی را در این دو بخش با فشار کمتری مورد نظر قرار بدهد و یا حتی در خصوص داوطلبانه کردن اعتباربخشی در آینده تصمیماتی را بگیرد.

سایر چالش‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی تهران به ترتیب اهمیت شامل موارد زیر است:

- دانش و مهارت‌های اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها (چالش سازمان/خرد)؛
- انش، مهارت و تعهد مدیران بیمارستان در اجرای استانداردها (چالش سازمان/خرد)؛
- حمایت مستمر از اجرای استانداردهای اعتباربخشی (چالش برنامه/کلان)؛
- تدوین استانداردها و برنامه ممیزی اعتباربخشی مطابق زیرساخت بیمارستان‌های کشور (چالش برنامه/کلان)؛
- وجود عوامل مؤثر بر توانمندسازی کارکنان (چالش سازمان/خرد)؛
- تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی مرتبط با استانداردها در بیمارستان‌ها (چالش سازمان/خرد)؛

در راستای چالش دانش و مهارت‌های اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها، بهتر است برنامه‌ریزی‌هایی در راستای آموزش‌های تئوری و عملی کار با ابزارهای بهبود کیفیت و اصول ایمنی بیمار را در زمان

تحصیل به کارکنان بیمارستان علی‌الخصوص پرستاران و پزشکان آموخت تا کارشناسان فارغ‌التحصیل از ۱۹ که قصد ورود به بیمارستان‌ها را دارند در این خصوص اطلاعات و توانایی لازم را داشته باشند و بیمارستان مجبور به آموزش‌های مکرر نیروهای خود نباشند.

علاوه بر این معاونت نظارت و ارزشیابی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی با جذب نیروهای با تجربه در حوزه بهبود کیفیت و ایجاد فضای آموزشی در بیمارستان‌ها در خصوص اصول اولیه اعتباربخشی و بهبود کیفیت می‌تواند نقش مؤثری را در تشکیل تیم‌های حرفه‌ای را داشته باشد.

در خصوص دانش، مهارت و تعهد مدیران بیمارستان را نیز می‌توان از طریق کانون‌های ارزیابی شایستگی مدیران مورد بررسی قرار داد و با اجرای برنامه‌های توسعه شایستگی‌های مدیریت، سبب ارتقای مدیران حرفه‌ای مورد نیاز دستگاه‌های اجرایی شد و در همین راستا دانش، مهارت و نگرش آنان برای آمادگی پذیرش پست‌های مدیریتی، ارتقاء آنان به سطوح بالاتر و پذیرش مسئولیت‌های سنگینی از قبیل اجرای استانداردهای حرفه‌ای را بالا برد.

این کار توسط کانون ارزیابی (مراکز تایید صلاحیت شده دولتی و غیر دولتی توسط معاونت) انجام می‌شود که طی فرآیند رسمی و بر مبنای شاخص‌ها و ابزارهای مورد تایید معاونت نسبت به ارزیابی شایستگی‌های مدیران و تعیین میزان توان بالقوه آنان برای احراز پست‌های مدیریتی اقدام می‌نماید.

در راستای توانمندسازی کارکنان لازم است تا منابع انسانی سازمان و وضعیت موجود سازمان از نظر سلامت و سطح بلوغ مورد سنجش قرار گیرد و سپس زیرساخت‌های اصلی منابع انسانی پایه‌ریزی شود که با بکارگیری فرآیندهایی همچون مدیریت عملکرد و توسعه شایستگی‌ها، در فاز توانمندسازی بلوغ نسبی مورد انتظار در فرآیندهای منابع انسانی حاصل شود و در نهایت با تحکیم، تثبیت و نهادینه شدن فرآیندهای پیشرفته منابع انسانی، تعالی و رشد سرمایه‌های انسانی سازمان حاصل خواهد شد.

در خصوص تدوین استانداردها و برنامه ممیزی اعتباربخشی مطابق زیرساخت بیمارستان‌های کشور نیز باید گفت با توجه به اینکه بسیاری از بیمارستان‌ها قدیمی هستند و از نظر ایمنی مورد تأیید نیستند و مدیران بیمارستان‌ها به خصوص در بخش دولتی، مدت‌ها برای اخذ بودجه جهت اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت، در انتظار میمانند، لازم است تا استانداردها مطابق زیرساخت‌های موجود در اکثر بیمارستان‌های کشور تدوین و ارزیابی شود. علاوه بر این گسترش و بروز رسانی استانداردها بهتر است به تدریج با توجه به درجه بلوغ سازمان‌ها صورت گیرد و به بیمارستان‌ها ابلاغ شده و با پشتیبانی آموزشی، اجرایی شوند.

در خصوص حمایت مستمر از اجرای استانداردهای اعتباربخشی نیز لازم است تا سازمان اعتباربخشی به نهاد شخص ثالث واگذار شود تا این نهاد با بودجه مستقل و درآمد حاصل از ارزیابی‌ها بتواند به طور مستمر از اجرای استانداردها و بازنگری دوره‌ای آن پشتیبانی لازم بنماید.

و در نهایت جهت تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی مرتبط با استانداردها در بیمارستان‌ها لازم است سیاست‌ها و برنامه‌های استراتژی بیمارستان در ابتدا جهت بخش‌هایی با حساسیت بالا از نظر ارائه خدمت و خدمات خاص تدوین شود و با اجرای حداقل استانداردها شروع و بتدریج گسترش یابد.

دکتر حرمت السادات
امامزاده قاسمی
استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مستندسازی مراقبت‌های پرستاری

حرفه پرستاری بر انجام مراقبت‌های مطلوب و ثبت مراقبت‌های انجام شده استوار است. بطوریکه می‌توان گفت؛ چنانچه پرستار اقدامی برای بیمار انجام دهد و آن را ثبت ننماید، چنین خواهد بود که گویی کاری انجام نشده است (If it wasn't documented, it wasn't done). با آگاهی از بایدها و نبایدها در ثبت و مستندسازی خدمات پرستاری قادر خواهیم بود، ضمن اطلاع از درستی‌ها و نادرستی‌های عملکردی در حرفه پرستاری، شناخت دقیق و هم‌جانبه‌ای از عملکردهای مراقبتی پرستاران داشته باشیم که این شناخت، دستاوردهای ذیل را بدنبال خواهد داشت؛

- شناخت نقاط قوت و ضعف عملکرد پرستاران و به تبع آن انجام برنامه‌ریزی‌های اثربخش در جهت رشد، هدایت و بهسازی پرسنل پرستاری،
- اجرای فرآیند ارزشیابی عملکرد اصولی و عادلانه از عملکرد پرستاران و به دنبال آن ایجاد رضایت حرفه‌ای و امنیت شغلی بیشتر برای پرستاران و شکل‌گیری جو مطلوب کاری در جهت بهبود و ارتقاء کیفیت عملکردهای مطلوب پرستاران،
- ایجاد هماهنگی در تیم درمانی و کاهش میزان بروز خطا،
- فراهم نمودن زمینه بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری و رضایت بیماران،
- به حداقل رساندن چالش‌های حرفه‌ای،
- و در نهایت؛ فراهم شدن زمینه رشد و تعالی حرفه، با شناخت کامل و مطلوب تری از حرفه برای تیم درمانی و در نهایت مردم جامعه.

بنابراین با اهمیت بخشیدن به موضوع ثبت اقدامات پرستاری، به عنوان ابزاری مؤثر در مدیریت و رهبری اثربخش پرستاری، ضمن فراهم شدن شرایط مطلوب برای پایش و ارزیابی عملکرد پرستاران و خدمات ارائه شده به بیماران، قادر خواهیم بود حرکتی مطلوب در جهت ارائه مراقبت‌های مطلوب و استاندارد شده پرستاری و در نهایت بهبود کیفیت مراقبت و خدمات پرستاری داشته باشیم. لذا ضروری است، مدیران و رهبران پرستاری، با انجام برنامه‌ریزی‌های راهبردی و عملیاتی، از طرفی زمینه آموزش اثربخش اصول و ویژگی‌های مستندسازی مطلوب و استاندارد را فراهم نمایند و از طرفی دیگر در جهت بهینه‌سازی شرایط ثبت و گزارشات خدمات پرستاری، مطابق با استانداردها اقدام نمایند. به این ترتیب قادر خواهیم بود، گامی اساسی در جهت رشد و تعالی حرفه پرستاری و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران برداریم.



دکتر آسیه درویش

استادیار دانشکده مدیریت و اقتصاد

دانشگاه آزاد اسلامی علوم تحقیقات تهران

کیفیت مراقبت های پرستاری و فناوری اطلاعات

سید جمال الدین طبیبی؛ استاد دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی علوم تحقیقات تهران
محمود البرزی؛ دانشیار دانشکده مدیریت و اقتصاد دانشگاه آزاد اسلامی علوم تحقیقات تهران
رضا رادفر؛ دانشیار دانشکده مدیریت و اقتصاد دانشگاه آزاد اسلامی علوم تحقیقات تهران

چکیده

مقدمه: امروزه در عصر فناوری اطلاعات، تکنولوژی های نوین در صنعت ارائه خدمات بهداشتی رو به رشد هستند و پرستاران دارای نقش کلیدی در این حیطه می باشند. در حرفه پرستاری، اجزای کلیدی، آنچه هستند که پرستاران در کار خود استفاده می کنند. نظر به اینکه تکنولوژی ها در نحوه ارائه کار پرستاری و پیامد خدمات مراقبتی نقش ایفا می کنند، به نظر ضروری می رسد تمهیداتی در خصوص تدوین راهبردهای مناسب در زمینه تسهیل بکارگیری ثمربخش آن ها در نظام سلامت صورت پذیرد.

هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر استفاده پرستاران از فناوری اطلاعات بر کیفیت مراقبت پرستاری صورت پذیرفت.

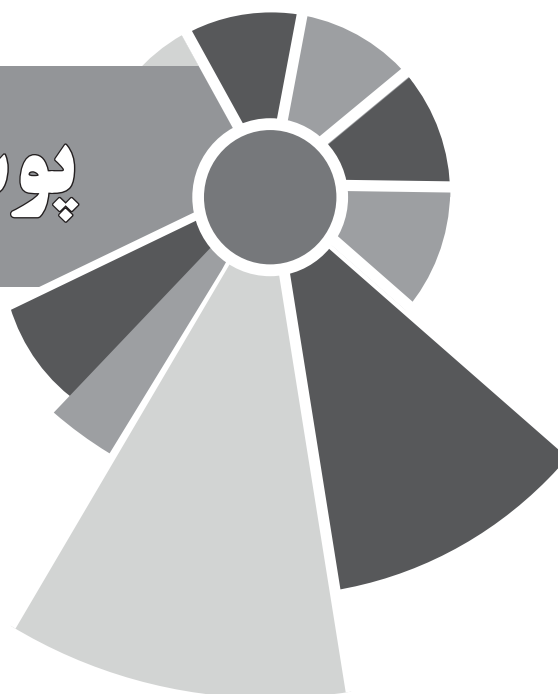
روش پژوهش: در این مطالعه مروری، پایگاه های اطلاعات Pubmed، Web of Science و SID در زمینه مطالعات انفورماتیک پرستاری در زمستان ۱۳۹۶ و بهار ۱۳۹۷ بررسی شدند. با مرور چکیده مقالات بازبایی شده، موارد مرتبط تر با موضوع انتخاب شده و از این میان مواردی که بصورت تمام متن در دسترس بودند و به زبان فارسی و انگلیسی و در بازه زمانی ۱۰ سال اخیر منتشر شده اند جهت استفاده در منابع این مطالعه گنجانده شد. سپس بر اساس مطالعات قبلی انجام شده و نتایج مطالعات سازمان های معتبر و فعال در حوزه فناوری اطلاعات سلامت، با تأکید بر اهمیت مجهز شدن پرستاران به تخصص انفورماتیک پرستاری در استفاده موثر از تکنولوژی های نوین، عوامل گرایش به این امر مورد بازبینی قرار گرفتند.

یافته ها: در نتایج مطالعه حاضر ابتدا با مروری بر انفورماتیک پرستاری به بررسی تعامل پرستار و تکنولوژی پرداخته و نقش بکارگیری فناوری اطلاعات در ارتقای کیفیت خدمات بررسی گردید. سپس با تأکید بر پتانسیل موجود در بهبود پیامد مراقبت، بحث و نتیجه گیری ارائه می گردد. نتایج نشان داد امروزه در حیطه بالین، پرستاران با سیستم های اطلاعات، سیستم های پشتیبان تصمیم، سیستم های تشخیص پزشکی و جمع آوری کننده اطلاعات بیمار در ارتباط هستند. و اگر سیستم ها بدرستی و مبتنی بر کار حرفه ای پرستاری طراحی شده باشند منجر به رضایتمندی بیمار و پرستار و ارتقای کیفیت مراقبت می شوند. نکته کلیدی برای حصول بهبود پیامد مراقبت پرستاری، مدیریت و رهبری موثر و تدوین و پایش برنامه ریزی استراتژیک مناسب می باشد.

نتیجه گیری: سیاست های مدیریتی و تصمیم گیری های سازماندهی شده، میزان کارایی کارکنان و کیفیت مراقبت پرستاری را تحت تاثیر قرار می دهد. توانمندسازی هر پرستار در زمینه کسب صلاحیت های انفورماتیک شامل ابعاد مهارت های پایه ای کامپیوتری، سواد اطلاعات و مهارت مدیریت اطلاعات می تواند تسهیل کننده آماده سازی پرستاران در رویارویی با دنیای تحولی تکنولوژی ها و بهره مندی مفید از آن ها در راستای ارتقای کیفیت مراقبت باشد.

کلمات کلیدی: پرستاری، ارتقای کیفیت مراقبت سلامت، انفورماتیک پرستاری، فناوری اطلاعات

پوستر خلاصه مقالات



حسابرسی گزارشات پرستاری نوزادان اینتوبه بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان آیت الله روحانی بابل

پروین عزیزنژاد روشن؛ دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران
محسن حق شناس مجاوری؛ دکتر، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر کودکان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران
فریبا سهرابی؛ عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
زهرا اکبریان راد؛ دکتر، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر کودکان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران
محمود حاجی احمدی؛ دکتر، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر کودکان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران

چکیده

مقدمه: ثبت دقیق و کامل گزارشات پرستاری، از پیش شرط‌های انجام مراقبت‌های مبتنی بر شواهد است و یکی از مهمترین وظایف حرفه‌ای پرستاران محسوب می‌گردد.

هدف: تحقیق حاضر با هدف حسابرسی گزارشات پرستاری نوزادان اینتوبه بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل انجام شد.

روش پژوهش: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی در مجموع ۱۰۰ گزارش پرستاری بصورت تصادفی، از بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک لیست محقق ساخته با ۲۹ گویه در دو حیطه محتوا (۲۱ گویه) و ساختار (۸ گویه) طراحی شد. معیارهای حسابرسی ۲۱ گویه مربوط به حیطه محتوا شامل ثبت: جذب و دفع مایعات، علایم حیاتی، مد تهویه، اشباع اکسیژن نوزاد، دستورات دارویی در ارتباط با فرآیند اینتوباسیون، سطح هوشیاری نوزاد قبل و بعد از اینتوبه، ساعت اینتوبه، نوع و سایز لوله تراشه و فرد اینتوبه‌کننده، ثبت محل قرارگیری لوله تراشه و روش تایید آن، تحمل نوزاد نسبت به پروسیجر لوله‌گذاری، فرایند ساکشن ترشحات، آزمایشات و گرافی‌ها، ثبت زمان دم- حداکثر فشار دمی- حداکثر فشار بازدمی- کسر اکسیژن دمی، تغییر پوزیشن نوزاد، ثبت انواع کاتترهای موجود در نوزاد، چگونگی تغذیه نوزاد، ثبت عوارض ناشی از ونتیلاسیون بود. هر گویه مربوط به محتوا حاوی ۳ گزینه که ثبت کامل (نمره ۲)، ثبت ناقص (نمره ۱)، عدم ثبت (نمره صفر) و همچنین معیارهای حسابرسی ۸ گویه در حیطه ساختار شامل نام پرستار، امضا، ساعت، تاریخ، نوع نوبت‌کاری، کشیدن خط در پایان گزارش، خوانایی و تمیزی گزارش طراحی شد. داده‌ها با استفاده از فهرست وارسی با توجه به اصول استاندارد و شاخصهای گزارش‌نویسی پرستاری موجود در منابع معتبر داخلی و خارجی توسط محقق تهیه و تدوین شده جهت تعیین شاخص پایایی تعداد ۱۰ گزارش پرستاری در اختیار سه مربی قرار گرفت تا با استفاده از چک لیست، گزارش‌های پرستاری ارائه شده را ارزیابی کنند. همبستگی درونی سؤالات چک لیست ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد. امتیاز کسب شده گزارش پرستاران در هر قسمت محاسبه و سپس نمره کل هر فهرست بصورت درصد محاسبه شده و در سه دسته غیر قابل قبول (نمره ۰-۴۹ درصد)، نسبتاً قابل قبول (۵۰-۷۴ درصد) و قابل قبول (۷۵-۱۰۰ درصد) قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS (ویرایش ۲۰) و روش‌های آماری من ویتنی و کروسکال والیس، در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: کیفیت ۹۳ درصد از گزارشات پرستاری در حد مطلوب، ۱ درصد در حد متوسط و ۶ درصد در حد ضعیف بود. در کل کیفیت گزارشات پرستاری در بعد محتوا و ساختار از کیفیت مطلوبی برخوردار بوده و اختلاف معنی‌داری در ثبت مستندات شیف‌کاری با اضافه‌کاری ($P = 0/92$)، سابقه‌کاری پرسنل ($P = 0/61$) و گروه سنی ($P = 0/94$) تفاوت وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به اعتبار بخشی مراکز مراقبت سلامتی و الزامات آن، کیفیت ثبت پرستاری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان آیت‌الله روحانی بابل بهبود یافته است. علاوه بر این افزایش آگاهی پرستاران از مسائل قانونی و حرفه‌ای نیز در بهبود کیفیت ثبت تأثیرگذار بوده است.

کلمات کلیدی: حسابرسی، گزارشات پرستاری، ثبت، مراقبت ویژه نوزادان

بررسی همبستگی صلاحیت بالینی پرستاران و هوش هیجانی در پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی همدان

بهزاد ایمنی؛ دکتری پرستاری، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران

چکیده

مقدمه: صلاحیت بالینی از ضروریات مهم حرفه پرستاری بوده، لذا یافتن مؤلفه‌ها و عوامل مؤثر بر صلاحیت بالینی و ارتقاء آن همیشه مورد توجه نظام‌های آموزشی، بهداشتی و درمانی بوده است. از طرفی با توجه به وسعت نقش پرستاران در مراکز درمانی و خدمات بالینی متنوع آنها در موقعیت‌های مختلف و مقابله با استرس‌های شغلی، استفاده از مؤلفه‌های هوش هیجانی با تأکید بر صلاحیت بالینی پرستاران که موجب ارتقای سطح خدمات پرستاران و افزایش رضایت مددجویان و ارتقای سطح سلامت آنان می‌گردد ضروری می‌باشد.

هدف: هدف از این مطالعه بررسی همبستگی صلاحیت بالینی پرستاران و هوش هیجانی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی همدان بود.

روش پژوهش: این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است که بر روی ۱۲۳ پرستار شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد. نمونه‌گیری بصورت سرشماری و از کلیه پرستاران با حداقل یکسال سابقه کار در بخش‌های ویژه انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه هوش هیجانی پرستاران و پرسشنامه ارزیابی صلاحیت بالینی لیو (Liu) و همکاران استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS_{۱۶} تجزیه و تحلیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آزمون تی و من ویتنی برای مقایسه میانگین‌های صلاحیت بالینی، هوش هیجانی و ابعاد آنها مورد استفاده قرار گرفت؛ جهت بررسی ارتباط هوش هیجانی و صلاحیت بالینی از آزمون همبستگی و رگرسیون خطی ساده استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که با توجه به سنجش خود ارزیابی ۵۳/۳ درصد از پرستاران دارای نمره هوش هیجانی بیشتر از میانگین بودند. میزان نمره صلاحیت بالینی اکثر پرستاران ۵۷/۵ درصد در محدوده خوب قرار داشت. همچنین آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین هوش هیجانی و صلاحیت بالینی آنها همبستگی معنادار و مثبت وجود دارد ($P \leq 0.01$). **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این مطالعه، صلاحیت بالینی و هوش هیجانی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، همبستگی مثبت و بسیار قوی و بالایی با هم دارند بطوریکه پرستارانی که دارای هوش هیجانی بالایی بودند از صلاحیت بالینی بالاتری برخوردار بودند. لذا مدیران پرستاری با استفاده از یافته‌های این مطالعه می‌توانند نسبت به بکارگیری پرستارانی که دارای هوش هیجانی بالاتری هستند، در بخش‌هایی مثل بخش‌های ویژه که باید صلاحیت حرفه‌ای و بالینی بیشتری برخوردار باشند استفاده کنند.

کلمات کلیدی: صلاحیت بالینی، هوش هیجانی، پرستار، بخش‌های مراقبت ویژه

نقش مدیریت پرستاری در استقرار مدیریت استراتژیک در مراکز درمانی

گیتی افروز پوراحمدی؛ دکتری مدیریت استراتژیک، مشاور علمی شرکت طراحان مدیریت افق نوین، تهران، ایران
مهدی نیکودل؛ متخصص اطفال، دکترای مدیریت، مشاور علمی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت، تهران، ایران
پرستو محمدی؛ دانشجوی دکتری مدیریت، کارشناس سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: مدیریت بیمارستان‌ها و محیط‌های درمانی یکی از پیچیده‌ترین و پرچالش‌ترین حوزه‌های کسب‌وکار است که نیازمند زیرساخت‌های مدیریتی و اجرایی می‌باشند. با توجه به افزایش هزینه‌های درمانی، تغییر نیازها و انتظارات جامعه، بیماران، همراهان و وجود بسترهای اطلاع‌رسانی که حتی هر بیمار و همراه او می‌تواند نقش تبلیغاتی مثبت یا منفی را برای آن مجموعه داشته باشد، رویکرد بهبود مستمر ضرورت دوجندان می‌یابد. از طرفی زیرساخت بهبود مستمر و تضمین‌کننده پایداری بلندمدت هر کسب‌وکار، مدیریت نوین و حرفه‌ای است که می‌تواند سبب ارتقای بهره‌وری پایدار، افزایش خلاقیت و نوآوری و اعتلای کیفیت زندگی کاری شاغلین شود. لذا لازم است مدیران ارشد مراکز درمانی شیوه‌های نوین مدیریتی، چگونه موفق شدن و همچنین چگونه موفق ماندن را در بازار کسب‌وکار امروزی بیاموزند تا بتوانند در راستای ایجاد مزیت رقابتی، برندسازی و درنهایت نجات جان بیماران گام‌های مؤثرتری بردارند. یکی از طیف‌های مدیریتی اثرگذار در مراکز درمان مدیریت پرستاری؛ سوپروایزران و سرپرستاران بخش‌های درمانی می‌باشند که ضروری است علم و مهارت مدیریت استراتژیک مشتمل بر تفکر استراتژیک؛ برنامه‌ریزی استراتژیک و مدیریت تغییرات استراتژیک را کسب بنمایند.

هدف: ضرورت کسب دانش و مهارت‌های استقرار مدیریت استراتژیک جهت کادر درمان بخصوص مدیریت پرستار؛ سوپروایزرها؛ سرپرستاران و سرشیفته‌ها.

روش پژوهش: این مقاله پژوهشی مروری می‌باشد که با استفاده از آخرین مطالب روز در حوزه مدیریت استراتژیک و مدیریت پرستاری از سایت‌های معتبر Pubmed, Elsevir, Wiley ... تهیه شده است.

یافته‌ها: کادر پرستاری و مامایی بیشترین زمان، بیشترین تعامل و بالاترین اثربخشی را با بیمار و خانواده بیمار دارند و مشارکت آنان در تمام سطوح در سازمان‌های بهداشتی برای توسعه برنامه‌های استراتژیک مربوط به ارایه مراقبت‌ها و ایجاد تعامل معنادار بین کاربران خدمات، پزشکان و مدیران حیاتی است. اگر چه مدیریت استراتژیک یک رویکرد نسبتاً "جوان" است اما رشد مدیریت استراتژیک در سازمان‌ها به طور مداوم و به طور فزاینده‌ای در سازمان‌های بهداشتی ارتقا یافته است و بنابراین پرستاران مسئولیت فعالیت در حوزه مدیریت استراتژیک را دارند.

نتیجه‌گیری: بیشترین بدنه مجموعه‌های درمانی را کادر پرستاری و مامایی تشکیل می‌دهد که بالاترین فشار و فرسودگی شغلی را دارند. علم و دانش مدیریت استراتژیک؛ بینش و تفکر استراتژیک، تعهد و حمایت مدیریت ارشد مراکز درمانی و توانمندسازی رهبران پرستاری می‌تواند اعتلا و حیات دوباره حرفه پرستاری و مامایی را تضمین نماید و تحول استراتژیک را در مجموعه‌های درمانی جاری‌سازی کند.

کلمات کلیدی: مدیریت استراتژیک، تفکر استراتژیک، برنامه‌ریزی استراتژیک، مدیریت تغییرات استراتژیک، مدیریت پرستاری، مدیریت ارشد، تحول استراتژیک

ارزشیابی آمادگی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران برای اجرای مراقبت خانواده محور در سال ۱۳۹۶

پیام عباسی؛ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
سمیه اخوان؛ دکترای فیزیولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشان، ایران

چکیده

مقدمه: در سیستم‌های مراقبت درمانی، ایجاد رضایت در بیماران یکی از مهم‌ترین چالش‌های شناخته شده می‌باشد. مراقبت خانواده محور یکی از روش‌های ارائه مراقبت است که نقش اساسی و حیاتی خانواده را تشخیص داده و به آن احترام می‌گذارد. اولین قدم برای اجرای مراقبت خانواده محور ارزشیابی می‌باشد.

هدف: ارزشیابی امکانات و ساختارها و همچنین تجهیزات مورد نیاز برای اجرای مراقبت خانواده محور در بیمارستان‌ها.
روش پژوهش: مطالعه انجام شده یک مطالعه توصیفی و مقطعی می‌باشد. تمامی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران از نظر آمادگی جهت اجرای مراقبت خانواده محور مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت بررسی آمادگی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌ها از نظر ساختار فیزیکی و تجهیزات به تمامی مراکز درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه شد و چک لیستی که از سایت مراقبت خانواده محور استخراج شده بود، برای آن‌ها تکمیل گردید. اطلاعات به‌دست آمده در نرم افزار SPSS نسخه شماره ۲۲ وارد و مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: در نتایج به‌دست آمده مشخص گردید که بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایران، دارای امکانات و تجهیزات متوسط تا ضعیف برای اجرای مراقبت خانواده محور بودند. بر همین اساس مشخص گردید بیمارستان‌های قلب شهید رجایی با نمره ۱۲/۳ و هاشمی نژاد با نمره ۱۱ دارای وضعیت مناسب تری برای اجرای مراقبت خانواده محور بودند. همچنین بیمارستان‌های شفاپنجایان با نمره ۵ و فیروزگر با نمره ۶/۴ ضعیف‌ترین وضعیت را برای اجرای مراقبت خانواده محور داشتند. از مواردی که اکثر بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران دچار کمبود بودند می‌توان عدم وجود پارکینگ، نداشتن اتاق استراحت برای همراهان و نداشتن اتاقی مجزا برای ملاقات با پزشکان را نام برد. همچنین تمامی بیمارستان‌ها کافه تریا، مکانی برای عبادت و تابلوی راهنما برای همراهان داشتند.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده از طرح مشخص نمود که برای اجرای طرح مراقبت خانواده محور نیاز به تغییرات ساختاری و تجهیزاتی گسترده در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد تا بتوانیم براساس استانداردها این طرح ضروری را اجرا نماییم. با این سطح امکانات نمی‌توان فلسفه وجودی مراقبت خانواده محور را جاری نمود. زیرا تا زمانی که به حداقل‌های استاندارد مراقبت خانواده محور دست نیابیم، نمی‌توانیم از بار فشارهای روحی روانی بیماران و خانواده آن‌ها کاسته و سبب ارتقاء کیفیت مراقبت از بیماران شویم.

کلمات کلیدی: مراقبت خانواده محور، آمادگی، ساختار و تجهیزات

بهره‌گیری از مدیریت دانش به عنوان رویکرد مدیریتی در بهبود عملکرد پرستاری

فاطمه حسن دوست؛ دانشجویان دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
فاطمه اشتراکی؛ دانشجویان دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: در قرن اطلاعاتی ۲۱، دانش عامل استراتژیک هدایت کننده جهت افزایش قدرت رقابتی بین المللی در سازمان‌ها به شمار می‌رود. در سازمان‌های بهداشتی کیفیت کاری پرستاران که بزرگترین بخش ارائه دهنده خدمات بهداشتی به شمار می‌روند تأثیر بسزایی بر بهره‌وری موسسات بهداشتی دارد. راهبرد مدیریت دانش مسیر حرکت در جهت اهداف سازمان را مشخص می‌نماید، به کارگیری راهکارهای مدیریت دانش با شایستگی پرستاران ارتباط دارد. مدیریت دانش به عنوان یک روش مدیریتی با بهبود مهارت‌های حل مسئله درون سازمان و کشف دانش نهفته در ذهن افراد و تبدیل آن به دارایی‌های سازمانی منجر به تسهیل اشتراک دانش در اعضا سازمان خواهد شد.

هدف: تعیین ارتباط بین مدیریت دانش و عملکرد پرستاری در بهبود کیفیت و بهره‌وری سازمان‌های آموزشی و بهداشتی
روش پژوهش: مرور جامع در پایگاه‌های اطلاعاتی و در بازه زمانی ۱۰ سال اخیر با استفاده از کلید واژه‌های فارسی و انگلیسی مدیریت دانش، عملکرد پرستاری، شایستگی، فرهنگ سازمانی در پایگاه‌های ایرانی Iran Medex، SID, Mag Iran و بین المللی PubMed, MEDLINE, CINAHL, scholar Google ISI انجام گرفت و با استفاده از رویکرد مدیریت دانش در طراحی برنامه استراتژیک سازمانی راهکارهای عملیاتی ارائه گردید.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان داد که هریک از فاکتورهای مدیریت دانش می‌تواند ارتباط معنی داری با عملکرد پرستاری داشته باشد اما از بین ۵ عامل مؤثر مدیریت دانش فرهنگ تسهیم دانش و یادگیری سازمانی به عنوان عوامل پیش گویی کننده مهم در عملکرد پرستاری به شمار می‌رود. لذا در طراحی برنامه استراتژیک یک سازمان با در نظر گرفتن فرصت‌های موجود: ترسیم ساختار سازمانی براساس مدیریت دانش، توسعه پژوهش‌های کاربردی در حوزه سلامت جامعه با رویکرد مدیریت دانش، بهبود زیر ساخت‌های فن آوری اطلاعات، تعیین اولویت‌های نیازهای سلامت جامعه، تصویب طرح‌های پژوهشی کاربردی در راستای نیازها، بهبود وضعیت تدریس مبتنی بر شواهد حاصل از تحقیقات، ایجاد مراکز خدماتی مبتنی بر اولویت نیازهای سلامتی، مشارکت دانشجویان در امر سلامت با ایجاد مدارس تابستانی از جمله راهکارهای عملیاتی در امر آموزش و در نهایت بهبود عملکرد پرستاری خواهند بود.

نتیجه‌گیری: امروز سازمان‌های یادگیرنده نقش مهمی در بقا و موفقیت خود خواهند داشت اجرای مناسب و موفق فاکتورهای مدیریت دانش، سازمان را در دستیابی به اهداف و نیل به چشم انداز یاری می‌نماید و دستاوردهای خوبی را در پی خواهد داشت آنچه مسلم است، انگیزه کافی برای به اشتراک گذاری تجربه و دانش در اغلب افراد وجود دارد و با اجرای مدیریت دانش می‌توان این امر را میسر ساخت.

کلمات کلیدی: مدیریت دانش، عملکرد پرستاری، شایستگی، فرهنگ سازمانی

تأسیس دفتر برنامه‌ریزی ترخیص: گامی به سوی اجرای استانداردهای مراقبت پرستاری در بالین

عالمه دهنبی؛ مربی پرستاری، دانشکده پرستاری جوین، دانشگاه علوم پزشکی خراسان رضوی، ایران

چکیده

مقدمه: تداوم در امر مراقبت در سیستم‌های بهداشتی درمانی فعلی، به عنوان یک ضرورت مطرح می‌شود. تنها شخصی که اغلب اوقات می‌تواند به انتقال آرام و مناسب بیمار از یک واحد مراقبتی به واحد دیگر کمک نماید، پرستار است.

هدف: پیش‌بینی نیازهای بیمار و خانواده، و برنامه‌ریزی جهت رفع این نیازها، پاسخ‌گویی به سطوح مختلف نیازهای بیماران، کاهش مدت بستری بیماران و حمایت از بیماران بزرگسال برای برگشت به سطح عملکرد قبل از بستری-شان می‌باشد.

روش پژوهش: دفتر برنامه‌ریزی ترخیص پس از هماهنگی با مدیریت بیمارستان تحت نظارت سوپروایزر آموزشی تأسیس گردید. و پژوهشگر به عنوان مسئول واحد برنامه‌ریزی ترخیص منصوب گردید. کلیه مطالب آموزشی به صورت فیلم، کتابچه، پمفلت تهیه گردید و در دفتر برنامه‌ریزی ترخیص قرار داده شد. برای بیماران نیز پرونده ترخیص تهیه شد. سپس برنامه‌ریزی ترخیص براساس اصول فرایند پرستاری در مورد ۷۰ بیمار دیابتی نوع ۲ با این شیوه اجرا گردید: مرحله بررسی و شناخت: در این مرحله براساس فرم نیازسنجی آموزشی، آمادگی دریافت آموزش بیمار و خانواده مشخص شد. تشخیص پرستاری: استخراج مشکلات بالقوه و بالفعل بیمار براساس فرم‌های تکمیل شده و اولویت‌بندی آن‌ها جهت ارائه برنامه‌های مناسب به بیمار و تدوین جلسات آموزشی به بیمار انجام گردید. برنامه‌ریزی: برنامه‌ریزی براساس متون علمی در مورد بیمار و مشکلات استخراج شده صورت گرفت. اجرا: مراحل آموزش تئوری و مهارتی به بیمار و خانواده وی انجام شد. ویزیت در منزل: که به منظور تداوم مراقبت از بیمارستان به منزل صورت گرفت. تا مجدداً به ارزیابی نیازهای بیمار در منزل پرداخته شود و در صورت لزوم برنامه اصلاح گردد. ارزشیابی: ارزشیابی روند کار به صورت فرایندی و برایندی انجام شد. به این صورت که قبل از ترخیص و اتمام انجام مراحل فرایند پرستاری ارزشیابی صورت گرفت تا میزان دستیابی به هدف قبل از ترخیص تعیین شود و ارزشیابی برایندی هم در انتهای برنامه با توجه به اهداف تعیین شده صورت گرفت.

یافته‌ها: در ۷۰ بیمار دیابتی نوع دو اجرای برنامه‌ریزی ترخیص براساس اصول فرایند پرستاری سبب بهبود خودکارآمدی بیماران گردید. ($P < 0/000$).

نتیجه‌گیری: تأسیس دفتر برنامه‌ریزی ترخیص و کاربرد فرایند پرستاری سبب اجرای بهتر و عملیاتی شدن مراقبت‌های پرستاری در بالین و بهبود خودکارآمدی بیماران گردید. لذا پیشنهاد می‌شود که مدیران پرستاری با تخصیص پرستار مخصوصی به عنوان مسؤول برنامه‌ریزی ترخیص بیماران و واحدی جهت پیگیری و مراجعه بیماران در بیمارستان به خصوص در زمینه بیماری‌های مزمن برنامه‌ریزی نموده تا شاهد اجرای هر چه بهتر استانداردهای مراقبت پرستاری در بالین باشیم.

کلمات کلیدی: برنامه‌ریزی ترخیص، پرستار، فرایند پرستاری، بیمار

بررسی استانداردهای بیمار محور کمیسیون مشترک بین المللی JCI "مراقبت‌های بیهوشی و جراحی" در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز

ظاهر ثابت دیلمی؛ کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
فاطمه رحیمی؛ کارشناسی ارشد مراقبت ویژه، کارشناس پژوهش، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
فاطمه سخایی؛ کارشناسی ارشد، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
حوروش فرجی دانا؛ دکترای تخصصی، معاونین آموزشی و پژوهشی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
مریم فدایی دشتی؛ دکترای تخصصی، معاونین آموزشی و پژوهشی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

چکیده

مقدمه: استفاده از بیهوشی، آرام بخش و مداخلات بیهوشی و جراحی یک مراقبت سلامتی محسوب می‌شود. مراقبت‌های بیهوشی و جراحی با جمع آوری اطلاعات و ارزیابی وضعیت بیمار از زمان تصمیم‌گیری برای جراحی شروع و در ادامه با برنامه‌ریزی مراقبتی توسط کادر پرستاری و پیگیری بیمار در بیمارستان و منزل خاتمه می‌یابد. استانداردهای پایش و ارزیابی بیهوشی و جراحی شامل مشاهده، اندازه‌گیری مداوم و مکرر عملکرد فیزیولوژیک و تجهیزات حمایت‌کننده ی حیات بیمار با هدف مدیریت و اداره اقدامات و مداخلات پرستاری و مؤثر بودن آن می‌باشد. اجرای این استاندارد مستلزم ارزیابی کامل و جامع بیمار، برنامه‌ریزی منسجم مراقبت و پایش مستمر بیمار توسط کادر پرستاری می‌باشد. اجرای استانداردهای بیهوشی و جراحی توسط کادر پرستاری باعث افزایش کیفیت ارائه مراقبت‌ها، پیشگیری از عوارض جراحی و بیهوشی می‌گردد. براساس شواهد در کشورهای توسعه یافته نزدیک به ۵۰ درصد کل عوارض و وقایع ناخواسته در بیمارستان‌ها در اتاق‌های عمل رخ می‌دهد که بیش از نیمی از آنها قابل پیشگیری است. با توجه به شرایط بیماران در اتاق عمل و به واسطه اقدامات درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی، مراقبت‌های جراحی و بیهوشی، از جمله مراقبت‌های پرمخاطره محسوب می‌شوند. بنابراین توجه ویژه به اصول ایمنی در مراحل ارائه این مراقبت‌های حساس، ضرورتی اجتناب ناپذیر است. از آنجا که مراقبت‌های جراحی و بیهوشی در قالب کار گروهی وبا استفاده از تجهیزات حساس و حیاتی انجام می‌شود، بر همین اساس کسب اطمینان از ایمنی بیماران هم نیازمند مشارکت همه اعضای تیم جراحی و بیهوشی است و لازمه آن انسجام اعضا و کار گروهی در رعایت اصول جراحی ایمن از لحظه ورود بیمار تا زمان ترخیص از ریکاوری و به عبارتی رعایت استانداردهای ASC می‌باشد.

هدف: تعیین استانداردهای بیمار محور کمیسیون مشترک بین المللی JCI "مراقبت‌های بیهوشی و جراحی"

روش پژوهش: پژوهش حاضر یک نوع پژوهش توصیفی - تحلیلی و مقطعی، از نوع مطالعات همبستگی است که توسط پژوهشگر و همکاران در ۵ بیمارستان منتخب کرج توسط پژوهشگر و همکاران با استفاده از چک لیستهای استانداردهای مراقبت بیهوشی و جراحی و پرسشنامه کیفیت خدمات درمانی (تحلیل اهمیت - عملکرد) به روش طبقه‌ای از هر بیمارستان انجام شده است. نمونه‌گیری بیماران بستری بیمارستان‌ها با در نظر گرفتن $P=0/05$ و $D=0/06$ در سطح اطمینان ۹۵٪ و بارعایت استانداردهای آمار حجم نمونه ۳۴۹ نفر به صورت از طریق مشاهده و مصاحبه با تیم بیهوشی اتاق عمل و مسئولین بخش‌های جراحی و بیماران پس از جراحی بررسی شده است.

یافته‌ها: طبق نتایج این مطالعه ۶۵٪ زن؛ بیشترین میزان گروه سنی (۵۲٪) در فاصله سنی ۲۱-۴۰ سال، بیشترین میزان تحصیلات ۶۰٪ (دیپلم)، ۲۰٪، ۵۳٪ بیمه تأمین اجتماعی، میانگین مدت بستری ۷ روز، در استانداردهای مراقبت‌های بیهوشی و جراحی بالاترین و پایین‌ترین میزان رعایت در این خصوص مربوط به بیمارستان E با ۸۴٪ و D ۵۶٪ بود. میانگین نمره استاندارد بیهوشی و جراحی در بیمارستان‌های منتخب ۷۰٪ بوده است. ایمنی دارو و روشهای بیهوشی از موارد مهم و مورد تأکید بوده است

نتیجه‌گیری: مراقبت‌های بیهوشی و جراحی با تکیه بر مدیریت و برنامه‌ریزی در اتاق عمل بر مبنای مدیریت بیماران و رعایت استاندارد مذکور می‌باشد. لذا عملکرد کادر پرستاری در مدیریت این استاندارد نقش مهمی در موفقیت بیمارستان و ارتقاء مراقبت‌های پرستاری، کاهش مورتالیتی و مورییدیتی، برنامه‌ریزی منسجم مراقبت و پایش مستمر، مدیریت پذیرش بیماران در اتاق عمل، کنترل عفونت و ارتقای ایمنی بیماران و استمرار مراقبت‌های عمومی و اعمال جراحی ایمن به عنوان یک دستاورد استاندارد جراحی و بیهوشی خواهد داشت.

کلمات کلیدی: JCI، بیمار محور، بیهوشی و جراحی، کیفیت خدمات

تأثیر عملکرد مدیران میانی بر بهره‌وری بیمارستان‌های خصوصی

زهرا فرهادی؛ بیمارستان آتیه، تهران، ایران

امیراشکان نصیری پور؛ دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: توجه به بهره‌وری در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و در این میان مدیران آن تلاش می‌نمایند تا آنجا که ممکن است با ارائه راهبردهای اجرایی، بهره‌وری سازمان تحت امر خود را در سطح مطلوب حفظ نمایند. این پژوهش باهدف بررسی تأثیر مدیران میانی بر بهره‌وری بیمارستان‌های خصوصی سطح شهر تهران انجام شده است.

هدف: کمک به ارتقای سطح بهره‌وری در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و بررسی تأثیر عملکرد مدیران رده میانی سازمان بر مولفه‌های بهره‌وری و ارتقای آن از اهداف عملی این پژوهش می‌باشد.

روش پژوهش: این پژوهش مطالعه‌ای است اکتشافی که به طریق توصیفی-پیمایشی صورت گرفته است. در مرحله نخست پس از مصاحبه با ۱۰ نفر از صاحب‌نظران مهمترین شاخص‌های مؤثر بر بهره‌وری استخراج و سپس در قالب پرسشنامه‌ای با ۴۹ سوال و روایی و پایایی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶) تایید شده و طراحی شده به شیوه لیکرت ۵ امتیازی؛ در میان ۱۲۷ نفر از کارکنان و مدیران ۴ از بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران که به روش خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده اند توزیع گردید. در نهایت داده‌ها به کمک نرم افزار آماری SPSS19 و به کمک آزمونهای آماری t استودنت و فریدمن تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل از آزمون t استودنت نشان میدهد که عملکرد مدیران میانی بر فاکتورهای فرهنگ سازمانی (با مقدار ۹/۴)، تکنولوژی بیمارستان (با مقدار ۲/۹۷)، تجهیزات (با عدد ۷/۹۶)، مدیریت بیمارستان (با مقدار ۶/۹۷)، ساختار سازمانی (با مقدار ۶/۷)، خصوصیات و ویژگی‌های فردی (با مقدار ۱۲/۸)، نیروی انسانی (با مقدار ۶/۳۸)، مشتری مداری (با مقدار ۷/۹۴) و نظام جبران خدمات (با مقدار ۱۴/۰۸) مؤثر است.

نتیجه‌گیری: با تایید فرضیه‌های فرعی مورد بررسی، فرضیه اصلی مبنی بر تأثیر عملکرد مدیران میانی بر بهره‌وری در بیمارستان‌های خصوصی تایید میگردد. همچنین میزان تأثیر عملکرد مدیران بر شاخص‌های بهره‌وری عبارت است از: نظام جبران خدمات، خصوصیات و ویژگی‌های فردی، فرهنگ سازمانی، تجهیزات، ساختار سازمانی، عوامل مدیریتی، مشتری مداری، عوامل مربوط به نیروی انسانی و تکنولوژی. بر این اساس تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب و مستمر برای مدیران میانی و کارکنان بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، با توجه به نظام پرداخت و جبران خدمات مناسب و دقت در انتخاب مدیران مناسب می‌تواند به بهبود بهره‌وری کمک نماید.

کلمات کلیدی: بهره‌وری، بیمارستان خصوصی، مدیران میانی، فرهنگ سازمانی

معیارهای شایستگی مدیران پرستاری از دیدگاه پرستاران

علی مستانی جهرودی؛ دانشجوی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران
نرگس اسکندری؛ استادیار و عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران
علیرضا سهل آبادی؛ دانشجوی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران
محمد اوراعی؛ دانشجوی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت خدمات ارائه شده توسط گروه پرستاری و از آنجا که مدیریت یکی از مهمترین فاکتورهای بهره وری در خدمات پرستاری محسوب می شود.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تبیین معیارهای شایستگی مدیران پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان طراحی گردید.
روش پژوهش: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا است. داده های کیفی با کمک مصاحبه های فردی با راهنمای پرسشنامه های نیمه ساختار یافته و با مشارکت پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم گردآوری گردید. داده ها به روش تحلیل محتوای قراردادی (عرفی) با رویکرد استقرایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و کدها و طبقات استخراج شد.
یافته ها: معیارهای صلاحیت مدیران پرستاری عبارتند از: توانمندی در برقراری ارتباط مؤثر (ارتباط با همکاران در سطوح مختلف، بیماران)، برخورداری از هوش اجتماعی (جدیت همراه با احترام، نفوذ کلام)، دارا بودن مهارت های مدیریتی (ایندنگری، حل مساله، مدیریت بحران، مدیریت منابع، برنامه ریزی، سازماندهی، نظارت، آگاهی به امور مالی)، برخورداری از تجربه کاری (شناخت جو شغلی، سابقه کاری کافی)، برخورداری از دانش تخصصی (علم کافی در ارتباط با رشته)، جامع نگر بودن (توجه به تفاوت های فردی کارکنان، توجه به مشکلات فردی همکاران)، برخورداری از شایستگی های فردی (خلاصیت، نکته سنجی و دقت، اقتدار، حقیقت جویی، منطق، انعطاف پذیری، اعتماد به نفس)، برخورداری از شایستگی های اخلاقی (انتقاد پذیری، بزرگ منشی، پرهیز از انحصار طلبی، عدالت، انصاف، رعایت اصول اخلاقی، تقوی و ایمان به خدا، رعایت و پیگیری حقوق افراد، تعادل در امور).

نتیجه گیری: براساس یافته های مطالعه حاضر، مدیران پرستاری لازم است از شایستگی های لازم در ابعاد فردی، اجتماعی، علمی، شغلی و اخلاقی برخوردار باشند تا بتوانند وظایف مدیریتی خود را به نحو شایسته انجام دهند. بنابراین در نظر گرفتن معیارهای ذکر شده در هنگام انتخاب مدیران پرستاری و انجام مداخلات آموزشی جهت ارتقا شایستگی های مدیران پرستاری در زمینه های ذکر شده ضروری به نظر می رسد.

کلمات کلیدی: معیار، مدیران، پرستاری، شایستگی، مدیریت، صلاحیت

تأثیر برنامه مدیریت مراقبتی مبتنی بر نقش خانواده بر وضعیت تغذیه‌ای و کیفیت زندگی بیماران دچار شکستگی مفصل ران

سحر مالمیر؛ دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
هومن شهسواری؛ استادیار، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
میر سعید یکانی‌نژاد؛ استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: یکی از انواع شایع شکستگی در سالمندان شکستگی مفصل ران است. این نوع شکستگی از علل اصلی عدم توانایی انجام مراقبت شخصی در بیماران سالمند است. فاز بهبودی بعد از شکستگی پیچیده بوده و نقش مراقبین غیر رسمی در مدیریت بیمار بسیار مهم است.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین بررسی تأثیر برنامه مدیریت مراقبتی مبتنی بر نقش خانواده بر وضعیت تغذیه‌ای و کیفیت زندگی بیماران دچار شکستگی مفصل ران انجام شده است.

روش پژوهش: این کارآزمایی تصادفی کنترل شده بر روی ۵۶ بیمار مبتلا به شکستگی مفصل ران مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر تهران با تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل (۲۸ نفر) و مداخله (۲۸ نفر) انجام شد. گروه مداخله علاوه بر برنامه ترخیص معمول، برنامه مدیریت مراقبتی مبتنی بر نقش خانواده را بصورت آموزش فردی چهره به چهره در دوره پس از عمل جراحی طی سه جلسه آموزشی، همراه با ارائه کتابچه آموزشی و پیگیری تلفنی دریافت داشتند. اثربخشی مداخله با بررسی وضعیت تغذیه‌ای و کیفیت زندگی بیماران قبل از مداخله و ۳ ماه بعد از ترخیص بواسطه ابزارهای استاندارد سنجیده شد. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج آنالیز کواریانس تک متغیره نشان داد که سه ماه بعد از مداخله، نمره وضعیت تغذیه‌ای در گروه مداخله به طور معنی داری افزایش یافت ($P<0/001$). همچنین، در مقایسه با گروه کنترل، نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله به طور معنی داری افزایش یافت ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: مدیریت مراقبتی پس از عمل این بیماران اگر مبتنی بر نقش خانواده باشد می‌تواند نتایج مراقبتی درمانی این بیماران را بطور معناداری تحت تأثیر قرار دهد. مدیران پرستاری و سوپروایزرهای آموزشی بیمارستان‌ها به عنوان متولیان اصلی ارتقا کیفیت مراقبت، لازم است با نگاه به نتایج این مطالعه سازوکار لازم را برای بکارگیری مداخله مذکور در بیمارستان فراهم آورند و آن را به برنامه‌های معمول مراقبت بیفزایند. از سویی لازم به توجه است که برنامه‌های ترخیص به علت ماهیت چند بعدی آن‌ها نیازمند عملکرد تیمی و بین حرفه‌ای است که مدیران پرستاری و مسئولین بیمارستان‌ها و بخش‌ها باید اهمیت این موضوع را در نظر بگیرند.

کلمات کلیدی: مدیریت مراقبتی، مراقبین غیر رسمی، شکستگی مفصل ران، وضعیت تغذیه‌ای، کیفیت زندگی

بررسی ابعاد صلاحیت بالینی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و همبستگی آن با عوامل زمینه‌ای

پرویز فتوحی؛ کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ایران
نازیلا علیایی؛ کارشناسی ارشد روان پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ایران
کمال صالحی؛ دکتری پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ایران

چکیده

مقدمه: صلاحیت بالینی بکارگیری مدبرانه، مهارت‌های تکنیکی و ارتباطی، دانش، استدلال بالینی، عواطف و ارزش‌ها در محیط‌های بالینی می باشد. توسعه صلاحیت حرفه‌ای پرستاران سرمایه گذاری برای تضمین ایمنی و کیفیت مراقبت از بیمار می باشد. از عوامل مؤثر در صلاحیت بالینی می‌توان تجربه، محیط، استفاده از فرصت‌ها، انگیزه، دانش نظری و خصوصیات فردی را نام برد.

هدف: باتوجه به اینکه صلاحیت پرستاران بخش‌های ویژه به علت حساسیت و پیچیدگی‌های آن در بهبود کیفیت علمی و عملی آنان و در نهایت بهبود مراقبت بیماران با شرایط بحرانی مؤثر است، هدف از مطالعه بررسی صلاحیت بالینی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و ارتباط آن با عوامل زمینه‌ای می باشد.

روش پژوهش: مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی همبستگی می باشد. جامعه آماری، پرستاران شاغل در ۱۱ بخش مراقبت ویژه، ۳ بیمارستان آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۹۶ است. روش نمونه گیری به صورت سرشماری بود. ۸۷/۲ درصد (۱۲۲ نفر) پرستاران پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. ابزار پژوهش پرسشنامه عوامل زمینه‌ای با پرسشنامه صلاحیت بالینی پرستاران بخش‌های ویژه عبادی و همکاران با پنج حیطه مدیریت مراقبت، صلاحیت عملی، مدیریت فردی، بیمار محوری و دانش پژوهی می باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS₂₄ و استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. **یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار نمره ی صلاحیت بالینی پرستاران $42/0 \pm 4/24$ از ۵ می باشد. بیشترین نمره ی ابعاد آن مربوط به حیطه‌های مدیریت فردی و صلاحیت عملی و کمترین نمرات مربوط به حیطه ی دانش پژوهی بوده است. بین نمره ی صلاحیت بالینی و جنس مونث ارتباط مستقیم یافت شد و در حیطه‌ها، بعد بیمار محوری و مدیریت مراقبت با جنسیت مونث ارتباط مستقیم دارد. بین مدیریت فردی و صلاحیت عملی با جنسیت ارتباطی وجود ندارد. بین سایر عوامل زمینه‌ای با صلاحیت بالینی و ابعاد آن ارتباطی یافت نشد.

نتیجه‌گیری: صلاحیت بالینی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در این مطالعه بالا می باشد. البته توجه بیشتر به مقوله دانش پژوهی و کاربرد آن در خدمات پرستاری باتوجه به نتایج مطالعه نیاز بوده و پیشنهاد می شود کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مرتبط برگزار گردد. از دلایل بالا بودن صلاحیت بالینی در زنان نسبت به مردان نوع نگرش آنان به حرفه ی پرستاری است که با بالا بودن نمرات حیطه‌های بیمار محوری و مدیریت مراقبت در زنان توجیه پذیر می باشد. در این مطالعه بین عوامل زمینه‌ای دیگر همچون سن، سابقه ی کار، سمت، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی و ساعت کاری با صلاحیت بالینی پرستاران و ابعاد آن ارتباطی یافت نشد. که می تواند آن را با شرایط کاری پر حجم، حساس و دشوار پرستاران در بخش‌های ویژه که منجر به توانمند سازی پرستاران در موقعیت‌های مختلف در این بخش گردد، مرتبط دانست. همچنین نیاز به ارزیابی صلاحیت بالینی پرستاران از دیدگاه مدیران پرستاری می باشد.

کلمات کلیدی: صلاحیت بالینی، پرستاران، مراقبت ویژه

بررسی میزان رعایت حقوق بیماران روانی توسط پرستاران در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران

نرگس رحمانی؛ کارشناس ارشد، مربی پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی بابل، ایران

چکیده

مقدمه: افراد مبتلا به اختلالات روانی تمایل به داشتن حقوق مساوی با دیگران و رعایت اصول اخلاقی در درمان دارند. ارتباط بیماران روانی و پرستاران اهمیت ویژه‌ای در امنیت خاطر بیماران در رابطه اطمینان از رعایت حقوقشان دارد.

هدف: تعیین میزان رعایت حقوق بیماران روانی توسط پرستاران در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران. **روش پژوهش:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که جامعه پژوهش آن ۸۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان‌های شهر تهران می باشد که حداقل یک سال سابقه کار بالینی در بخش‌های روانپزشکی را داشته اند. جهت گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای طراحی شده در دو بخش سوالات مربوط به مشخصات فردی پرستاران شرکت کننده در پژوهش که شامل ۱۴ سوال و ۳۴ سوال پیرامون رعایت حقوق بیمار در موضوعات درمانی-جسمی-روحي-روانی-محیط فیزیکی-اجتماعی-اقتصادی-فرهنگی و مذهبی تدوین گردیده است. داده‌ها پس از جمع آوری از طریق نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های دموگرافیک پرستاران نشان داد که ۴۷/۵٪ از پرستاران در دامنه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال، ۵۷/۵٪ آنان زنان، ۷۸/۸٪ پرستاران متأهل، ۸۷/۵٪ مدرک کارشناسی، ۴۸/۸٪ بیش از ۱۰ سال سابقه کاری در بخش روان داشتند. همچنین یافته‌ها نشان داد بیشترین میزان رعایت حقوق بیماران توسط پرستاران در زمینه حقوق درمانی بیمار روانی با میانگین ۲/۴ و کمترین آن در زمینه حقوق اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و مذهبی بیمار روانی با میانگین ۲/۲۸ بوده است. ۵۶/۳٪ پرستاران از نظر میزان رعایت حقوق بیمار روان در گروه متوسط و ۲۵٪ در گروه خب و ۱۸/۸٪ آنان در گروه ضعیف قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش میزان رعایت حقوق بیماران روانی توسط پرستاران بطور متوسط می باشد. نتایج مطالعه می تواند به مسئولین و مدیران پرستاری کمک کند تا با برگزاری دوره‌های آموزشی و بالا بردن سطح آگاهی پرستاران از حقوق بیماران روانی و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری گام‌های اساسی بردارند.

کلمات کلیدی: حقوق، بیمار روانی، پرستاران، بخش‌های روانپزشکی

ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار براساس استانداردهای اعتبار بخشی در بخش های مراقبت ویژه: فاصله ی واقعیت با آنچه که باید باشد

خاطره الماسی؛ کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، ایران
رحیم بقایی؛ دکتری پرستاری، دانشیار گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، ایران

چکیده

مقدمه: انجام مراقبت با کیفیت برای بیماران و تأمین نیازها و انتظارات شان از وظایف اصلی بیمارستان ها می باشد، از طرفی رعایت استانداردهای ملی در بخش های ویژه باعث کاهش هزینه ها و مرگ و میرهای قابل پیشگیری می گردد که در ایران مقوله ی استانداردها و اهمیت بکارگیری آن در بخش های ویژه خصوصا در رابطه با مراقبت مستمر از بیمار کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

هدف: تعیین ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار براساس استانداردهای ملی در بخش های مراقبت ویژه ی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بود.

روش پژوهش: این مطالعه به روش توصیفی در چهار مرکز آموزشی درمانی به صورت مقطعی انجام گرفت. داده ها با استفاده از چک لیست راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی ملی وزارت بهداشت، که از استانداردهای کمیسیون مشترک بین الملل (JCI) اقتباس شده است، جمع آوری گردید. تحلیل داده ها با استفاده از نمودارهای تطبیقی و روش های آمار توصیفی انجام شد.

یافته ها: از مجموع ۴۰ امتیاز، برای بخش های مراقبت ویژه (ICU)، بیشترین امتیاز در کل این بخش ها، ۳۵ و کمترین امتیاز ۱۶ به دست آمد. همچنین از مجموع ۳۴ امتیاز بخش مراقبت ویژه ی قلبی (CCU)، بیشترین امتیاز در بین این بخش ها، ۲۳ و کم ترین امتیاز ۱۹ بدست آمد. همچنین استانداردهای ملی در بعد ارزیابی و مراقبت از بیمار در بخش CCU نسبت به ICU بیشتر رعایت شده بود.

نتیجه گیری: با وجود کسب درجه ی یک همه ی بیمارستان ها در ارزشیابی سال ۱۳۹۴، میانگین مجموع امتیازات در بعد ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار در بخش مراقبت های ویژه هر چهار مرکز آموزشی درمانی این مطالعه ۶۷/۵۸ درصد به دست آمد، که با توجه به امتیاز کلی استانداردها، در سطح متوسط است و تفاوت بین نتیجه بدست آمده و استانداردهای بین المللی در بخش های ویژه را نشان می دهد، که بایستی اقداماتی جهت رفع آن انجام گیرد.

کلمات کلیدی: استانداردهای ملی، ارزیابی، بخش مراقبت های ویژه، کیفیت مراقبت

بررسی موانع اعتباربخشی از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش‌های آموزشی درمانی مرکز قلب مازندران در سال ۱۳۹۷

هدایت جعفری؛ دکتری پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری، ایران
مهسا کمالی؛ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری، ایران
آرش روز خوش؛ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری، ایران

چکیده

مقدمه: کیفیت مراقبت بهداشتی با اعتباربخشی قابل بررسی می باشد. اعتباربخشی در ایران با هدف ارتقا فعالیت‌ها و عمل براساس استانداردها به مرحله عمل در آمد.

هدف: بررسی موانع اعتباربخشی از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش‌های آموزشی درمانی مرکز قلب مازندران در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش پژوهش: در این مطالعه توصیفی ۱۵۰ پرستار و مدیر پرستاری شاغل در مرکز قلب فاطمه زهرا (س) شهر ساری در سال ۱۳۹۷ به روش سرشماری انتخاب و موانع اعتباربخشی از دیدگاه آنها با استفاده از پرسشنامه نیمه ساختار یافته بررسی شد.
یافته‌ها: ۱۴/۶٪ مدیران پرستاری و ۸۵/۴٪ پرستاران با میانگین سابقه کار $8/15 \pm 12/79$ سال در این پژوهش شرکت کردند. مهم ترین موانع مطرح شده توسط مشارکت کنندگان، مبهم بودن سنج‌های اعتباربخشی با توجه به شرح وظایف پرستار، کمبود امکانات، فقدان برنامه‌های آموزشی مداوم، عدم اجرای ارزیابی نامحسوس می باشد که تمامی عوامل منجر به دور شدن پرستار از بالین و بیمار خواهد شد.

نتیجه‌گیری: ارزیابی‌های دوره‌ای و نامحسوس توسط افراد با تجربه، تخصصی شدن سنج‌ها، استفاده از کارشناسان اطلاعات پزشکی و درگیر کردن پرستاران در امر مراقبت بالینی می تواند زمینه بهبود مراقبت با کیفیت و رضایت مندی پرستاران را به دنبال داشته باشد. همچنین از آنجایی که پرستاران بالین نقش مهمی در اجرای برنامه‌های اعتباربخشی دارند، نتایج این مطالعه می تواند به مدیران پرستاری جهت برنامه‌ریزی جهت رفع موانع موجود و رضایت بیشتر پرستاران بالین کمک کند.

کلمات کلیدی: اعتباربخشی، پرستاران، مراقبت، ارزیابی بیمارستانی

تیم واکنش سریع بیمارستان از تئوری تا اجراء

مهران بخشی؛ کارشناس ارشد پرستار، بیمارستان فوق تخصصی آتیه، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: امروزه بسیاری از بیمارستان‌ها با مفهوم تیم واکنش سریع RRT آشنایی دارند. این مفهوم ساده بر پایه این اصل استوار است که هر فرد ارائه دهنده بهداشتی درمانی می‌تواند در مواجهه با یک شرایط خاص بیمار که تحت عنوان معیارهای واکنش سریع تعریف می‌گردد آغاز گر فعال سازی عملکرد یک تیم تخصص برای نجات جان بیمار، پیشگیری از خطرات و عوارض درمانی، انتقال به موقع به بخش‌های مراقبت ویژه و یا حتی شروع زود هنگام احیاء پایه یا پیشرفته قلبی ریوی باشد. تیم واکنش سریع با حضور به موقع بر بالین بیمار به بررسی، پایدار کردن علائم حیاتی، درخواست کمک‌های تخصصی، برنامه ریزی برای انتقال به بخش مراقبت ویژه و در نهایت پیگیری وضعیت بیمار می‌پردازند.

هدف: ۱. شناسایی بیماران تحت خطر، ۲. کاهش موارد ایست قلبی و مرگ و میر بیمارستانی، ۳. ارائه سریع مراقبت‌های پرستاری ویژه

روش پژوهش: ۱. تعیین و اطلاع رسانی و آموزش معیارهای اعلام کد RRT

۲. تعیین و برنامه ریزی و اطلاع رسانی تیم RRT شامل یک پرستار بخش ویژه، پزشک متخصص داخلی، پزشک متخصص بیهوشی، سوپروایزر شیفت برای تمامی شیفتها در تمامی روزهای هفته

۳. تدوین فرم ثبت و پایش مراقبت‌های ارائه شده توسط تیم RRT

۴. اختصاص کد آگاه سازی سریع اعضای تیم توسط واحد مخابرات بیمارستان

۵. اختصاص ردیف مالی جهت حق الزحمه فعالیت در تیم RRT توسط واحد مالی بیمارستان

۶. پایش فعالیت تیم RRT توسط سوپروایزر شیفت

یافته‌ها: در مقایسه دو مقطع زمانی از ابتدای تا انتهای سال ۹۴ (قبل از استقرار برنامه RRT) و سال ۹۶ (پس از استقرار RRT) میانگین CPR موفق در بخش‌های غیر ویژه و فراوانی CPR و فراوانی RRT مورد بررسی قرار گرفت. میانگین ماهیانه انجام CPR در سال ۹۴، ۳۳ مورد بوده که درصد CPR موفق معادل ۵۵/۲٪ برآورد شد. در سال ۹۶ با استقرار سیستم RRT در بخش‌های غیر ویژه میانگین ماهیانه ۵/۷٪ ثبت شده که نشان دهنده استقرار این برنامه به طور معنی دار $P \leq 0.09$ باعث کاهش بروز CPR در بخش‌های عادی شده است.

نتیجه‌گیری: مشکلات و تجربیاتی در حین برنامه ریزی و اجراء برنامه تیم واکنش سریع اتفاق افتاد که در این تجربه نگاری به آن پرداخته می‌شود. همچنین یافته‌های این تجربه با نتایج مطالعات خارج از کشور مقایسه می‌گردد.

کلمات کلیدی: تیم واکنش سریع، تیم اورژانس پزشکی

مدیریت آموزش خود مراقبتی از ایجاد ساختار تا پایش منظم: تجربه کمیته آموزش خود مراقبتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

فاطمه حشمتی نبوی؛ استادیار گروه بهداشت روان و مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
تکتم میکائیکی؛ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
محمد حسن عزتی؛ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

چکیده

مقدمه: امروزه یک نیاز مهم و رو به رشد در مددجویان نظام سلامت در حال شکل گیری است. مددجویان نیاز دارند که دانش و مهارت لازم برای مراقبت از خود را فرا بگیرند. روندهایی مانند افزایش شیوع بیماری های مزمن، کاهش طول مدت بستری و ترخیص زودرس بیماران باعث شده که مددجویان و خانواده آنها مجبور به مراقبت از خود و بیمارانشان در منزل باشند. اگرچه توجه به فعالیت آموزش خودمراقبتی در شاخص های ارزشیابی بخش های بیمارستانی توانسته است موجب توجه نسبی به ارائه این خدمات در بیمارستان ها شود.

هدف: اما همچنان مشکل عمده بر سر راه اجرای فعالیتهای آموزش خودمراقبتی در بیمارستان های آموزشی مشخص نبودن متولی و مسئول سیاستگذاری و نظارت بر این برنامه ها است. این مقاله گزارشی از روند شکل گیری کمیته آموزش خود مراقبتی در دانشگاه علوم پزشکی مشهد، به عنوان یک مرجع سیاستگذاری و نظارتی بر عملکرد آموزشی بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه از مراحل ایجاد ساختار تا پایش منظم ارائه می دهد.

روش پژوهش: «کمیته آموزش خودمراقبتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد» با هدف نهادینه کردن آموزش به مددجویان و خانواده آنها به عنوان بخشی ضروری و لازم الاجرا در فرایند ارائه خدمات در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد فعالیت خود را آغاز نموده و ادامه داده است. این کمیته از مورخه ۹۱/۴/۱۳ شروع به فعالیت نموده است و با تشکیل بیش از ۵۳ جلسه، زیرساخت لازم جهت ارائه خدمات آموزشی پرستاران به بیماران بستری را فراهم نموده است. ایجاد زیر ساخت لازم جهت ارائه آموزش های خود مراقبتی به بیماران، تعریف خط و مشی های انجام این عملکرد توسط پرستاران و پزشکان، تعیین شاخص های ارزشیابی عملکرد آموزشی بیمارستان ها، برگزاری دوره های آموزشی و دانش افزایی برای پرستاران و پزشکان، و پایش منظم عملکرد آموزشی بیمارستان ها و بخش های بیمارستانی از رؤس مهم فعالیتهای این کمیته است که به طور مشروح به آن پرداخته خواهد شد.

یافته ها: نتایج پایش مستمر شاخص های «وجود مستندات آموزشی در بخش»، «میزان رضایتمندی بیماران از عملکرد آموزشی پزشکان و پرستاران»، و «میزان مهارت های آموزشی پرستاران در ارائه آموزش های خود مراقبتی» نشان داد که در ۱۲ بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد شاهد روند رو به رشد در این شاخص ها در یک مدت زمان دو ساله بوده ایم که یافته های آماری به تفصیل ارائه خواهد شد.

نتیجه گیری: برای نیل به اهداف و رسالت های پرستاری در بیمارستان ها، ایجاد ساختاری رسمی و بدنبال آن تدوین سیاست های هماهنگی و ارتباطی اجرای مراقبت های پرستاری ضروری است که، نظارت و کنترل مداوم بر عملکرد حرفه ای پرستاران را هم تضمین می کند.

بازتاب هوش هیجانی مدیران پرستاری بر تعهد سازمانی پرستاران

فرناز بیوک‌زاده؛ کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: مدیران پرستاری متناسب با توسعه سازمان‌ها باید بیشتر به مسئله تعهد کارکنان توجه داشته باشند تا بتوانند مشکلات نیروی انسانی شاغل را به‌روشنی مناسبتی جهت دستیابی به اهداف سازمان حل کنند. هوش هیجانی آنان نقش یک واسطه دارد که تنظیم آن منجر به توانایی مدیریت و بهبود عملکرد و وظایف می‌شود.

هدف: این مطالعه تعیین تأثیر برنامه‌ی طراحی شده بهسازی هوش هیجانی مدیران پرستاری بر تعهد سازمانی پرستاران بوده است.

روش پژوهش: این مطالعه نیمه تجربی بوده که در سال (۱۳۹۵) مداخله آن بر مبنای مدل هوش هیجانی بار-آن (۱۹۸۲) در (۸) جلسه آموزشی رسمی و به‌مدت (۲) ماه پیگیری و نظارت غیرمستقیم با بررسی و تحلیل موقعیت‌های رفتاری مدیران پرستاری (۱۵ نفر) در گروه آزمون اجرا شده است. تأثیر برنامه بهسازی در دو گروه آزمون و کنترل بر تعهد سازمانی پرستاران شاغل در دو بیمارستان قبل و بعد از مداخله بررسی شده و نمونه‌گیری به‌صورت تمام شماری (گروه آزمون ۹۴ و گروه کنترل ۱۰۸ نفر پرستار) (و با یکدیگر همسان شده بودند). انتخاب بیمارستان‌ها و تخصیص آنها به دو گروه تصادفی بوده است. پرسشنامه تعهد سازمانی آلن و مایر (۱۹۹۰) استفاده شده (با آلفای کرونباخ: ۰/۹۵) و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS_{۱۶} و آزمون‌های آماری کای دو، تی تست و آزمون علامت و یلکاکسون استفاده شد.

یافته‌ها: آزمون من ویتنی نشان داد قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل پرستاران از نظر میانگین نمره تعهدسازمانی (کل) تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P = 0/896$) و دو گروه از این نظر همسان بودند. اما بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر میانگین نمره تعهدسازمانی (کل) تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: به مدیران آموزشی بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌شود که از این برنامه برای بهسازی مدیران پرستاری استفاده نمایند تا اثرات آن منجر به بهبود رفتارهای سازمانی پرستاران شود.

کلمات کلیدی: تعهد سازمانی، بهسازی مدیران، هوش هیجانی، پرستاران، مدیران پرستاری

تأثیر برنامه توانمندسازی پرستاران مراقبت ویژه بر کیفیت مراقبت از بیماران بستری

ویدا شفیع پور؛ دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران
سکینه سلیمی؛ دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت ویژه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران
حمیده عظیمی لولتی؛ دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران
محمود موسی زاده؛ دکترای اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

چکیده

مقدمه: امروزه توانمندسازی بعنوان یکی از ابزارهای سودمند ارتقا کیفی کارکنان و افزایش اثربخشی سازمانی تلقی می گردد در این میان توانمندی پرستاران نقش مهمی در ارتقا کیفیت مراقبت از بیمار دارد.

هدف: بررسی تأثیر توانمندسازی پرستاران مراقبت ویژه قلب بر کیفیت مراقبت از بیماران قلبی انجام شده است.

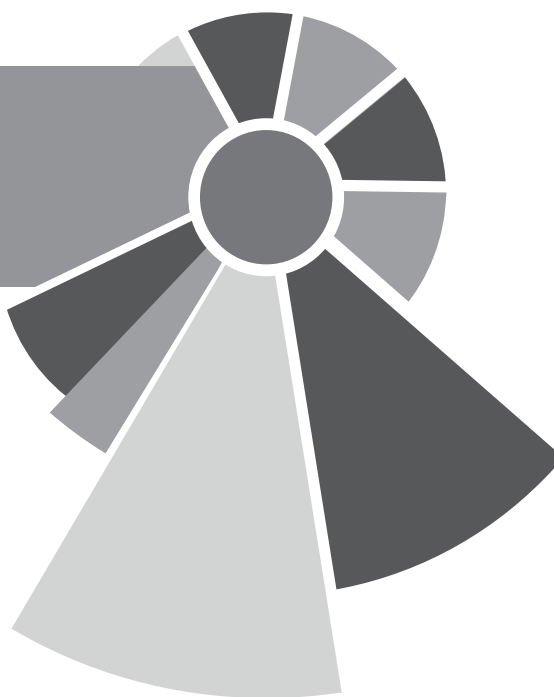
روش پژوهش: این یک مطالعه تجربی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۵۰ پرستار در دو گروه مداخله و کنترل در بخش های مراقبت ویژه قلب بیمارستان مرکز قلب مازندران انجام شد. ۲۰۰ بیمار (۴ بیمار به ازای هر پرستار) قبل و بعد از مداخله وارد مطالعه شدند. ۱۶ ساعت کارگاه توانمندسازی پرستاران در دو قسمت آموزش مهارت ارتباطی و اداره نمودن استرس شغلی برگزار شد. جمع آوری داده ها با پرسشنامه های جمعیت شناختی مهارت های ارتباطی پرستاران (HP-CSS)، پرسشنامه استرس شغلی پرستاران (NSS) و پرسشنامه کیفیت مراقبت از بیماران (QUALPAC) انجام گرفت. آنالیز داده ها توسط تی مستقل، ویلکاکسون و من ویتنی انجام شد.

یافته ها: میانگین نمره مهارت ارتباطی و استرس شغلی پرستاران در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری داشت ($P < 0/001$). بیشترین تغییرات پس آموزش در حیطه مهارت ارتباطی پرستاران مربوط به مهارت های رفتار اجتماعی و در استرس شغلی مربوط به عدم اطمینان به درمان بود. میانگین نمره کیفیت مراقبت بیماران در گروه مداخله در مرحله بعد از مداخله، نسبت به مرحله قبل تفاوت معنی داری یافت ($P < 0/001$). همچنین نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری داشت ($P < 0/001$). بیشترین حیطه تأثیرگذاری توانمندسازی بر کیفیت مراقبت از بیماران، پس از آموزش مربوط به حیطه ارتباطی بود.

نتیجه گیری: توانمندسازی پرستاران در حیطه های روانشناختی روش مؤثری در ارتقای مهارت های ارتباطی و کاهش استرس شغلی پرستاران و افزایش کیفیت مراقبت از بیماران می باشد.

کلمات کلیدی: توانمندسازی، کیفیت مراقبت، مهارت ارتباطی، مدیریت استرس، پرستار

پوستر تجربه نگاری



گزارش نویسی پرستاری

■ زهرا صالحی؛ رابط آموزش پرستاری، بیمارستان امام سجاد، تهران، ایران

- مشخصات محیط وقوع تجربه: بیمارستان امام سجاد (تخصصی)، دارای ۱۵۴ تخت و ۷۰۰ نفر نیروی انسانی
- شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار): نواقص زیاد در گزارش نویسی پرستاری
- هدف تغییر: بهبود و ارتقا ثبت صحیح گزارش نویسی

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

آیا پرسنل را آموزش دادید؟ بله

کدام گروه ها؟ پرستاران

چگونه؟ ابتدا از هر بخش بصورت تصادفی تعدادی پرونده از بایگانی تحویل گرفته شده و مطابق چک لیستی، گزارشات پرستاری چک و نمره دهی شد. نتایج بررسی های به عمل آمده نمرات بسیار پایینی بود که به دنبال آن شروع به برنامه ریزی جهت بهبود ثبت صحیح گزارشات پرستاری به عمل آمد. ارائه آموزش ها بصورت برگزاری کلاسهای آموزشی در قالب سخنرانی با ارائه پاورپوینت، آموزش چهره به چهره، تهیه پوستر آموزشی جهت نصب در بخش های بالینی بود. قبل از شروع کلاس پیش آزمونی انجام شده و سپس گزارشات پرستاری با تفکیک در سه بخش گزارش بدو ورود، گزارش طول بستری، گزارش ترخیص (پیوست شده) بصورت دوره ای آموزش داده شد.

- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ خیر

- آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان تغییر نمود؟ چگونه؟ خیر

- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان بوده است؟ خیر

- نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟

در هر واحد یک دفتر جهت ارتباط بین پرسنل واحد با رابط آموزش قرار داده شد. برای هر فرد صفحه ای در نظر گرفته شد. رابط آموزش بعد از انجام مراحل آموزش که حدود دو ماه طول کشید بصورت برنامه ریزی شده هر روز یک واحد را بررسی و چک نموده و گزارشات موجود در پرونده ها را خوانده و در صورت داشتن اشکال و یا نقصی در گزارش برای فرد در دفتر در قسمت مربوط به خود فرد یادداشت گذاشته می شد و در صورت حضور فرد در شیفت بصورت مستقیم و در حضور فرد گزارش نوشته شده اش را خوانده و موارد مورد نیاز را در دفتر مربوطه ثبت می شد. به کلیه پرسنل اطلاع داده شده که موظف به خواندن دفتر مربوطه در کلیه شیفت ها بوده و در صورتی که موردی برایشان یادداشت گذاشته شده بود را بعد از روئیت مهر و امضا نمایند. در صورت تکرار بیش از سه مرتبه نیاز به آموزش مجدد داشته و تحت آموزش مجدد قرار گرفته می شدند.

- نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید.

بعد از حدود سه ماه اجرای برنامه و نظارت مکرر مجدد تعدادی پرونده بصورت تصادفی از بایگانی تحویل گرفته شد و مطابق چک لیست چک و نمره گذاری شد. نتایج قبل و بعد از آموزش تفاوت بسیار زیادی را نشان داد.

- پرسنل با سابقه را بعد از توجیه و آموزش کافی، بصورت مسقیم در کار نظارت درگیر کرده و آنها را مسئول چک کردن گزارشات نموده.

● **نتایج برنامه تغییر:** بهبود چشمگیر گزارشات پرستاری، افزایش نمره اعتبار بخشی در سنجه مربوطه

- درس‌های آموخته شده:

- آموزش و تغییر نیاز به صبر زیاد و گذشت زمان دارد.

- لازمه تداوم و بهبود در هر کاری نظارت و کنترل همیشگی است.

فرم شماره ۲

بیمارستان امام سجاد (ع)

معاونت بھداد ناچا

چک لیست ثبت صحیح اقدامات پرستاری در گزارشات زمان ترخیص بیماران

ماه و سال مورد ارزیابی:

بخش مورد ارزیابی:

ردیف	موضوعات	ش پ: پرستار: نام بیمار: تاریخ گزارش:				ش پ: پرستار: نام بیمار: تاریخ گزارش:				ش پ: پرستار: نام بیمار: تاریخ گزارش:				ش پ: پرستار: نام بیمار: تاریخ گزارش:			
		۰	۱	۲	۳	۰	۱	۲	۳	۰	۱	۲	۳	۰	۱	۲	۳
۱	آموزش های ضمن ترخیص شامل رژیم غذایی – فعالیت دارویی مراقبت از زخم و پانسمان در فرم آموزش ثبت شده است (مصاحبه – مشاهده برگه آموزش)																
۲	بمقتل و بروشور آموزشی لازم به بیمار و همراه داده شده است(مصاحبه از بیمار)																
۳	ساعت پایان گزارش ثبت شده با ساعت ترخیص بیمار مطابقت دارد.																
۴	نحوه مراجعه جهت پیگیری درمان، زمان و مکان مراجعه بیمار به پزشک، به بیمار آموزش داده شده و در فرم آموزش ثبت شده است.																
۵	آموزش های ضمن ترخیص شامل(رژیم غذایی، نحوه مصرف دارو در منزل، وضعیت حرکتی در منزل، نحوه مراقبت از پانسمان زخم و محل جراحی) در گزارش پرستاری قید شده است																
۶	وضعیت عمومی بیمار در حین ترخیص ثبت شده است.																
۷	در صورت نیاز به ترخیص بیمار با اتصالات در گزارش پرستاری در صورت نیاز قید شده است.																
۸	آموزش مراقبت از اتصالات داده شده در صورت نیاز در فرم آموزش ثبت شده است.																
۹	آموزش مراقبت از اتصالات داده شده در صورت نیاز در گزارش پرستاری ثبت شده است.																

اعلام نتایج مقادیر بحرانی (Panic Values or Critical Values) آزمایشات از طریق Hot Line (خط تلفن یکطرفه از آزمایشگاه به بخش‌ها)

■ مریم محمدی؛ مدیر خدمات پرستاری، مرکز آموزشی درمانی الغدیر ابهر، ایران

● **مشخصات محیط وقوع تجربه:** بیمارستان امدادی ابهر (عمومی)، دارای ۱۳۵ تخت و ۴۱۶ نفر نیروی انسانی

– رده‌های نیروی انسانی: پرستاری، مامایی، بیهوشی و اتاق عمل

– مدت اجرای اعتبار بخشی: از سال ۹۱ تا ۹۵ (سه دوره)

● **شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل‌دار):** گزارش فوری مقادیر بحرانی تأثیر بسزایی در حیات بیمار یا تفسیر و ماهیت تشخیص و پیشگیری از بیماری دارد. در برخی موارد به دلیل عدم شناسایی مقادیر بحرانی و عدم گزارش فوری آنها به بخش، ایمنی بیمار به خطر افتاده که منجر به تشخیص دیرتر مشکل و گاهی ایجاد عوارض جدی در بیمار شده است. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع باید راهکاری برای گزارش فوری در نظر گرفته شود (به دلیل محدود بودن تعداد خط تلفن بخش‌ها و مشغول بودن و در دسترس نبودن) خط تلفن یکطرفه این امکان را فراهم می‌نماید.

● **هدف تغییر:** با توجه به اهمیت موضوع ایمنی بیمار و الزامی بودن سنجه ی «اعلام اضطراری مقادیر بحرانی» و تأثیر آن در نجات حیات بیماران (با توجه به سنجه ی ۲ استاندارد و ۱-۶ زیر محور مدیریت آزمایشگاه از محور خدمات پاراکلینیکی) شناسایی مقادیر بحرانی و اقدام سریع تیم درمانی جهت شروع درمان به موقع عوامل تهدید کننده ی ایمنی بیمار ضروری می‌باشد.

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

– آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. دامنه یا مقادیر بحرانی پس از تهیه و تصویب تیم مدیریت اجرایی توسط ریاست بیمارستان به همه بخش‌ها ابلاغ می‌گردد و همچنین به صورت پوستر در معرض دید کارکنان آزمایشگاه نصب می‌گردد. مقادیر بحرانی به تفکیک بخش‌های آزمایشگاه استخراج و در محل انجام آزمایشات نصب می‌گردد و همه پرسنل آزمایشگاه باید از مقادیر بحرانی مطلع باشند.

– آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. بلی – دستورالعمل داخلی «گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران توسط مسئول فنی» که در سنجه‌های مدیریت آزمایشگاه مطرح گردیده و توسط مسئول آزمایشگاه تهیه و به تایید مسئول فنی آزمایشگاه و ریاست بیمارستان می‌رسد. این دستورالعمل به پرسنل آزمایشگاه و همچنین بخش‌ها از طریق ریاست بیمارستان ابلاغ می‌گردد.

– آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان تغییر نمود؟ چگونه؟ ارتباط یکطرفه از طریق خط تلفن یکطرفه بین آزمایشگاه و بخش‌ها برقرار می‌گردد به طوری که در بخش‌ها امکان تماس و شماره گیری با آن خط مقدور نیست. گوشی در بخش‌ها فاقد شماره گیر می‌باشد و روی گوشی شماره گیر آزمایشگاه شماره تلفن‌های داخلی مجزا برای هر بخش تعریف شده است به طوری که این شماره‌ها فقط در اختیار آزمایشگاه بوده و سایرین نباید از آن مطلع باشند. البته امکان ایجاد ساختار سیستم دیجیتالی خط یکطرفه نیز یکی از روشهای برقراری ارتباط است که در این مرکز از روش مذکور (استفاده از گوشی بدون شماره گیر) استفاده شده بود.



- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید. جهت راه اندازی خطوط تلفن یکطرفه هماهنگی های لازم با واحد تاسیسات و IT انجام شد و پس از رای زنی مقرر شد که از گوشی تلفن های بدون شماره گیر با خط تلفن جداگانه در بخش ها استفاده شود.

- نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید. در طول

بازدید و راند از بخش ها از پرسنل درباره چرایی وجود هات لاین و مقادیر بحرانی سوال می شد و همچنین به صورت آزمایشی از آزمایشگاه خواسته می شد که با بخش جهت اطلاع مقدار بحرانی فرضی تماس بگیرند (آزمایشی). میزان آگاهی و اطلاع پرسنل از دستورالعمل داخلی مربوطه مورد سوال قرار می گرفت.

طبق دستورالعمل، در صورت وجود مقادیر بحرانی در بیمار بستری، پرسنل آزمایشگاه ابتدا باید با استفاده از خطوط تلفن یکطرفه به بخش اطلاع داده سپس از صحت نمونه و درستی جواب اطمینان حاصل نموده و در صورت امکان کنترل مجدد تست انجام شود و همچنین تماس با بخش جهت اخذ تاریخچه از بیمار و مقایسه با مقادیر قبلی آزمایش (اگر موجود باشد) و در صورت تایید بحرانی بودن جواب و تطابق با بالین یا تاریخچه ی بیمار، اطلاع به مسئول فنی آزمایشگاه یا سوپروایزر آزمایشگاه و ثبت در دفتر مخصوص نتایج بحرانی (شامل: نام و نام خانوادگی بیمار، شماره پرونده، بخش بستری، نوع آزمایش و جواب، تاریخ و ساعت اطلاع، نام فرد گزارش دهنده، نام فرد گزارش گیرنده در بخش (پرستار)) پرستار بعد از مطابقت جواب با علائم بالینی بیمار پس از اطلاع جواب به پزشک معالج اقدامات لازم را براساس Standing Order اجرا می نماید و در دفتر گزارش مقادیر بحرانی نیز ثبت می نماید.

(Standing Orderها باید توسط متخصصین مربوطه هر بخش تنظیم و پس از تایید نهایی به بخش ها ابلاغ می گردد)

- نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید.

- سوپروایزر آزمایشگاه آگاهی کارکنان از مقادیر بحرانی را به صورت ماهانه ارزیابی می نماید.
- سوپروایزر آزمایشگاه مقادیر بحرانی را در جلسات دوره ای آزمایشگاه برای پرسنل مرور می کند.
- سوپروایزر آزمایشگاه آگاهی کارکنان از مقادیر بحرانی را به صورت سالیانه در آزمونهای توانمندسازی دوره ای پرسنل آزمایشگاه لحاظ می کند.

- تهیه چک لیست پایش براساس گامهای اجرایی
- تکمیل چک لیست توسط سوپروایزر آزمایشگاه و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
- جمع آوری داده ها توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و تحلیل نتایج در تیم ایمنی بیمارستان و گزارش هر ۶ ماه به تیم مدیریت اجرایی
- ممیزی بالینی یا بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی
- کنترل مستمر دفتر ثبت مقادیر بحرانی در آزمایشگاه و بخش توسط سوپروایزرین بالینی

- برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید. نظارت و پایش مستمر بر اجرای دستورالعمل در طول بازدیدهای مدیریتی و میدانی ایمنی توسط تیم ایمنی بیمارستان و تیم مدیریتی و بررسی صحت کارکرد خطوط تلفن یکطرفه به صورت دوره ای توسط واحد تاسیسات.

- مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟ ابتدا در کمیته مدیریت اجرایی این سنجه به عنوان سنجه ی الزامی و لازم الاجرا مطرح گردید و به دلیل ضرورت کشیدن خطوط جداگانه و خرید گوشی های بدون شماره گیر بدنبال محدودیت های مالی و وقت گیر بودن اجرا، این امر با تاخیر صورت گرفت.

● نتایج برنامه تغییر:

- حفظ حیات بیمار و پیشگیری از بروز عوارض

- ارائه ی مراقبت، تشخیص و درمان بموقع مشکل
- پیشگیری از بروز خطا
- ارتقاء ایمنی بیمار

● مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر:

- مشکلات مربوط به عدم درک فلسفه وجودی مقادیر بحرانی توسط برخی پرسنل
- عدم اجرای کامل دستورالعمل مقادیر بحرانی توسط برخی از پرسنل
- چالش موجود در مرکز در رابطه با نحوه تهیه مقادیر بحرانی آزمایشات
- مشکلات مربوط به عدم ثبت و یا ثبت ناقص مقادیر بحرانی در دفتر مخصوص
- شفاف نبودن دستورالعمل Standing Order در بخش ها
- گاهی شنیده نشدن صدای زنگ تلفن یکطرفه توسط پرسنل به دلیل فاصله زیاد اتاق های بیماران از استیشن پرستاری و تلفن

● درس های آموخته شده:

- ایجاد حساسیت نسبت به مقادیر بحرانی و گزارش فوری آنها

ارتقای فرآیند مراقبت قبل از عمل در زنان تحت سزارین حین عمل و پس از عمل با روش FOCUSPDCA

پریسا اسدالهی؛ کارشناس هوشبری، بیمارستان تخصصی نرگس، دورود، لرستان، ایران

● مشخصات محیط وقوع تجربه: بیمارستان نرگس (تخصصی)، دارای ۳۳ تخت

● شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار):

اولین گام Find بر رسی و پیدا کردن مشکل

- ۱- انتقال زنان تحت سزارین به اتاق عمل باید توسط فرد حرفه‌ای (پرستار) انجام می‌شد که توسط خدمات صورت می‌گرفت. که اطلاعات دقیق داده نمی‌شد و احتمال خطر برای مدد جو وجود داشت.
- ۲- آموزش قبل از عمل در رابطه با آنچه در انتظار زنان تحت سزارین (بیمار) است داده نمی‌شد. که باعث ترس و اضطراب زنان و افزایش فشارخون می‌گردید.
- ۳- با قبل از عمل بیماران سرم دریافت نمی‌کردند و معمولاً دچار عدم ثبات همودینامیک می‌شدند که مشکلات ناشی از کاهش حجم مایعات و الکترو لیتها بود. جمع‌آوری این اطلاعات تقریباً ۸ روز طول کشید.

● هدف تغییر: ارتقای استراتژی فرآیند مراقبت قبل از عمل با استفاده از روش FOCUSPDCA

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

گام دوم براساس organiz

- تشکیل تیم ارتقاء: الف- پرستاران بخش زنان و زایمان که با فرایند آشنا بودند ۱۴ نفر در سه سیفت به عنوان تیم ارتقاء انتخاب شدند و وظایف آنها اجرای فرایندها ب- سرپرستار و سوپر وایزرها که ۶ نفر بودند به عنوان تیم نظارت و کنترل و وظایف آنها کنترل و نظارت بر سیله چک لیست‌های انجام فرایند کار توسط پرسنل بود در این مرحله آموزش‌های ضروری به پرسنل و سرپرستار و سوپروایزر داده شد
- آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ و چگونه؟ شرح دهید.
- بله. سوپروایزران سرپرستاران و پرستاران. ذو کلاس آموزشی برای سرپرستاران و سوپروایزران در رابطه مراقبت قبل از عمل سزارین طبق استاندارد مراقبتی برگزار و خط مشی اجرای کار شامل آموزش قبل از عمل سزارین توسط پرستار تأمین مایعات و الکترو لیتها ی از طریق سرم تراپی از روز قبل از عمل انتقال مدد جو به اتاق عمل توسط فرد حرفه‌ای همراه با کنترل مشخصات مدد جو
- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟

سومین گام براساس شفاف‌سازی Clarify

از نظر تفاوت آنچه است و آنچه باید باشد.....استانداردها (وضعیت مطلوب)



وضعیت موجود - عدم آموزش بیمار قبل از عمل سزارین.....آموزش بیمار قبل از عمل

سزارین

عدم تأمین مایعات و الکترولیت‌های قبل از عمل سزارین.....تأمین مایعات و الکترولیت‌ها

قبل از عمل سزارین..

انتقال مدد جوبه اتاق عمل توسط خدمات.....انتقال مدد جوبه اتاق عمل توسط فرد حرفه ای (

پرستار با بررسی مشخصات وی با دستبند

- آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان تغییر نمود؟ چگونه؟ خیر

- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان بوده است؟ بله. با واحد آموزش ضمن خدمت هماهنگ شد که
براساس نیاز پرسنل آموزش‌های درون بخشی انجام شود

- نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟

چهارمین گام براساس این تکنیک Understand

توجه به مشکلات ذیل

- کمبود پرسنل

- انگیزه ناکافی پرسنل

- عدم آموزش ضمن خدمت

- عدم وجود چک لیست نظارتی

- عدم آگاهی پرسنل از استانداردهای مراقبتی

- روتین‌گرایی

بعد از درک مشکلات پرسنلی - نظارتی و محیطی با حضور پرسنل و مترون و سرپرستار و سوپروایزر جلسه‌ای تشکیل
شد با بارش فکری راهکارهایی پیشنهاد شد.

پنجمین گام براساس تکنیک Select

راهکارها از نظر هزینه و زمان و قابلیت اجرایی بررسی شد و بیشترین امتیاز به تغییر شیوه نظارت سرپرستار و سوپروایزر
و اصلاح خط مشی در مورد آموزش ضمن خدمت داده شد

ششمین گام Plan

الف- تدوین و تصویب خط مشی

ب- الزام به استفاده سرپرستاران (اتاق عمل و بخش زایمان) و سوپروایزران بالینی از چک لیست نظارتی

ج- ایجاد هماهنگی بین پرستاران، سرپرستار و سوپروایزران بالینی با آموزش تیمی

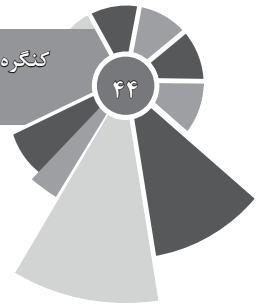
د- اجرای مراقبت قبل از عمل با خط مشی جدید مراقبتی

هفتمین گام اجرای برنامه DO

ابتدا به مدت ۱۵ روز با حضور پژوهشگر و سوپروایزر طبق چک لیست نظارت بر کار پرسنل انجام شد و بازخورد مناسب داده
شدو بعد از این در هفته اول عامل تغییر (پژوهشگر) هر دو روز یکبار به همراه سوپروایزر نظارت را انجام دادند و در هفته ی
دوم و سوم عامل تغییر (پژوهشگر) هر چهار روز یکبار با سوپروایزر نظارت را انجام داده و از بیماران هم در رابطه با مراقبت
قبل از عمل مصاحبه می شد. سپس پ عامل تغییر (پژوهشگر) به مدت یک ماه هر ۱۵ روز نظارت بر کار تیم را انجام می داد.

- نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید.

از طریق سنجش وضعیت همودینامیک و اضطراب زنان تحت سزارین



- برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید.

نتایج به اطلاع مترون رسید. خط مشی‌های فرایند مراقبت قبل از عمل سزارین تثبیت شد از طریق کنترل و نظارت به منظور آموزش قبل از عمل سزارین برای کاهش اضطراب مددجو

سرم تراپی برای ثبات در وضعیت همودینامیک مددجو

انتقال مددجو به اتاق عما با برسی مشخصات توسط پرستار سنا پرستاری نه خدمات بخش

- مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟

در روزهایی که تعداد مددجو بالا می رفت آموزش انجام نمی شد. هماهنگی با سوپروایزر آموزشی برای رفع این مشکل به این شیوه که و ثبت نام مددجویان آموزش ندیده و پرستار مربوطه در دفتر ثبت خطاها و تذکر به پرستاران مربوطه از طریق مترون

مشکل دیگر عدم توجه مددجو به آموزش که از همراه بیمار درخواست کردیم موارد را برای مددجو بکار ببرد یا تکرار نماید

● نتایج برنامه تغییر:

- ارتقای فرایند مراقبت قبل از عمل در زنان تحت سزارین حین عمل و پس از عمل

- کاهش اضطراب زنان تحت سزارین حین عمل و پس از عمل

- و ثبات وضعیت همودینامیک زنان تحت سزارین حین عمل و پس از عمل

● مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر:

- با افزایش تعداد مددجویان و کمبود وقت پرستاران و عدم اجرای صحیح فرایند مراقبت قبل از عمل سزارین گاهی

دچار خدشه می شود

● درس‌های آموخته شده:

- عدم رعایت استاندارد پرستاری در یک بخش از بیمارستان بر عملکرد کل بیمارستان و سلامت بیمار آسیب می رساند.

- استانداردهای مراقبتی براساس فرایند پرستاری اساس کار پرستار است

شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه ی خدمات تشخیصی درمانی و مراقبتی توسط کارکنان بالینی طبق دستورالعمل ابلاغی وزارتی

■ مریم محمدی؛ مدیر خدمات پرستاری، مرکز آموزشی درمانی الغدیر اهر، ایران

● **مشخصات محیط وقوع تجربه:** بیمارستان امدادی اهر (عمومی)، دارای ۱۳۵ تخت و ۴۱۶ نفر نیروی انسانی

- رده های نیروی انسانی: پرستاری، مامایی، بیهوشی و اتاق عمل

- مدت اجرای اعتباربخشی: از سال ۹۱ تا ۹۵ (سه دوره)

● **شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار):** با توجه به بروز برخی خطاهای دارویی، پروسیجرها و اعمال جراحی بر روی فرد نادرست و موضع نادرست، خطاهای مرتبط با انتقال خون، خطا در زمینه ی آزمایشات تشخیصی و احتمال تحویل نوزاد به خانواده اشتباه که منجر به بی اعتمادی بیمار به بیمارستان می گردد و همچنین گاه منجر به بروز برخی حوادث ناگوار و آسیب و صدمات دائمی و غیر قابل جبران و حتی مرگ می شود.

شناسایی بیماران در بیشتر مواقع طبق شماره اتاق و تخت بیمار صورت می گرفت و نام و نام خانوادگی بیمار روی تابلو مشخصات و بالا سر بیمار نوشته می شد و شناسایی قبل از اقدامات مختلف از این طریق انجام می شد که احتمال خطا بالا می رفت. برای مثال گاه دیده می شد به دلیل Turn over بالای بیماران یا Load کاری بالای بخش یا سهل انگاری پرسنل، بیماری ترخیص شده ولی تابلو بالا سر بیمار پاک نشده و همچنان نام بیمار قبلی وجود دارد در حالیکه بیمار جدید پذیرش شده است که در نسل سوم اعتباربخشی سال ۹۵ طبق سنجه های اعتباربخشی نوشتن نام و نام خانوادگی و تشخیص بیمار از تابلوی بالا سر بیمار حذف گردید (جهت حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار و کاهش بروز خطا). جابجایی بیماران درون بخشی یا بین بخشی یا گاه حتی خوابیدن همراه بیمار روی تخت بیمار احتمال خطا را بالا می برد. روشی برای شناسایی صحیح و سریع بیماران در معرض خطر زخم فشاری، سقوط و.. و همچنین آلرژی وجود نداشت. چک لیست جراحی ایمن برای هر بیمار قبل از جراحی در زمان تحویل بیمار در اتاق عمل تکمیل و ضمیمه پرونده می شد ولی اصول لازم مثل مارک کردن محل عمل (به جز اعمال جراحی چشم و ENT در این مرکز) انجام نمی شد که در نسل سوم تکمیل و ضمیمه نمودن آن در پرونده ها حذف و فقط بر اجرای آن تأکید شد.

● **هدف تغییر:** مطابق سنجه ی ۱ از استاندارد ب ۱ ۶ زیر محور مراقبت های عمومی بالینی در محور مراقبت و درمان «قبل از هر گونه اقدام تشخیصی- درمانی شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه مطابق با بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت صورت گیرد». این سنجه جزء سنجه های بسیار مهم و الزامی در این محور می باشد.

هدف اجرای صحیح «راهنمای شناسایی صحیح بیماران» در بخش های بیمارستان می باشد به این صورت که دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد (به روز، ماه و سال) می باشد که با رنگ مشکی یا آبی در زمینه سفید دستبند پرینت می شود و همچنین ID code (کد رایانه ای پذیرش) درج می گردد. در صورت تشابه نام و نام خانوادگی، نام پدر نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی درج می گردد و در جلد پرونده نیز عبارت «احتیاط: بیمار با اسامی مشابه» قید می گردد.

دستبند شناسایی از لحظه پذیرش بیمار در واحد پذیرش و قبل از ورود به بخش تحویل بیمار داده می شود (همه ی بیماران



بستری در بخش‌های عادی و ویژه و تحت نظر اورژانس) و در بخش لازم است که بیمار، دریافت دستبند شناسایی را در پرونده به صورت کتبی تایید و امضاء نماید همچنین در شناسایی بیماران نباید تنها به دستبند اکتفا نمود بلکه باید به صورت شفاهی از بیمار نیز نام او را پرسیم و در مورد کودکان و بیمارانی که توانایی صحبت کردن ندارند باید از والدین یا همراهان آنها سوال شود. هدف از اجرای این اقدامات، ارتقاء ایمنی بیمار و کاهش خطر خطاهای احتمالی است که به دنبال عدم شناسایی صحیح بیماران اتفاق می افتد.

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

- آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. بلی، آموزش «راهنمای شناسایی صحیح بیماران» و همچنین «چک لیست جراحی ایمن» به پرستاران همه بخش‌ها انجام شد. مباحث کلیدی و مهم مورد پرسش و پاسخ و بحث قرار گرفت و از پرسنل فیدبک گرفته شد. اهمیت تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری از زمان ادمیت بیمار و همچنین گرفتن تاریخچه کامل (از نظر آلرژی و...) و تکمیل ابزار برادن (پایش زخم فشاری) و مورس (پایش خطر سقوط) نیز آموزش داده شد تا طبق این ابزار به بیمار از زمان پذیرش و همچنین در طول هر شیفت امتیاز داده و براساس نمره کسب شده دستبند شناسایی رنگی برای بیمار درخواست نماید. دستبند قرمز رنگ برای بیماران مبتلا به آلرژی و دستبند زرد رنگ برای بیماران با احتمال سقوط، ابتلا به زخم فشاری یا ترومبوا میولیسیم وریدی)

آموزش‌های دوره‌ای مصوبات جلسات RCA (Root Cause Analysis) یا تحلیل ریشه‌ای علل و اقدامات اصلاحی مطرح شده در کمیته‌های تیم مدیریت اجرایی بیمارستان و همچنین FMEA (Failure Mode Effects Analysis) ها به عنوان راههای پیشگیری از بروز خطرات احتمالی و همچنین موارد گزارش خطا که انجام گرفته و مواردی که مربوط به عدم شناسایی صحیح بیماران بودند در قالب برنامه‌های آموزشی یا جلسات آموزشی برای پرسنل و همچنین ارائه نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی و میدانی ایمنی توسط تیم ایمنی بیمارستان و تیم مدیریت اجرایی و راهکارهای اصلاحی ارائه شده در این بازدیدها می باشد.

- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. بلی، «راهنمای شناسایی صحیح بیماران» که بخشنامه ی ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ی ۱۰۷۵۷/ د ۴۰۹ مورخ ۹۳/۶/۱۲ می باشد و همچنین چک لیست جراحی ایمن.

- آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان تغییر نمود؟ چگونه؟ بلی. با واحد مدیریت و امور مالی بیمارستان در طول جلسات و کمیته‌های مدیریت اجرایی جهت تایید و پیگیری برای خرید دستبندهای شناسایی (سفید، قرمز، زرد، مخصوص کودکان و نوزادان) به دلیل بحث مالی گاهی نیاز به برخورد جدی تر و پیگیرتر داشتیم.

- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید. به دلیل اینکه دستبندها از زمان پذیرش بیمار و در واحد پذیرش تحویل بیماران داده می شد و تعیین رنگ در صورت نیاز در بخش توسط پرستار مربوطه انجام می شد، نیاز به تعامل بیشتری با واحد پذیرش در این زمینه وجود داشت.

- نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید. به صورت مشاهده و یا از طریق چک لیست کنترلی. در دسترس قرار دادن چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل و پایش اجرای آن و همچنین ابزار برادن و مورس جهت تعیین میزان خطر زخم فشاری و سقوط برای بیمار در طول شیفت‌ها و استفاده از دستبند رنگی زرد در موارد مذکور و دستبند قرمز در صورت وجود آلرژی در بیمار. نظارت بر رعایت شناسایی صحیح



بیماران از لحظه ی پذیرش تا ورود به بخش توسط مسئول بخش، مسئول شیفت، پرستار بیمار و سوپروایزرین بالینی و واحد بهبود کیفیت و رابطین ایمنی در طول شیفت‌ها.

گزارش نتایج پایش‌ها و بازدیدهای ایمنی در کمیته‌های پایش و سنجش و ارائه ی راهکارهای اصلاحی در کمیته تیم مدیریت اجرایی بیمارستان و ارائه ی بازخورد مناسب به بخش‌ها طی آموزش‌های دوره‌ای یا موردی - نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید. طبق چک لیست تنظیم شده و میزان آگاهی پرسنل از بخشنامه ی مربوطه و همچنین بررسی در کمیته پایش و سنجش و مدیریت خطا

- برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید. پایش مستمر و دوره‌ای در این زمینه، ایجاد فرهنگ‌سازی برای گزارش خطا و خوداظهاری پرسنل در صورت بروز خطا در زمینه عدم شناسایی صحیح بیمار، در معرض دید قرار دادن پوسترهای 8Right (بیمار صحیح، داروی صحیح، دوز صحیح، زمان صحیح، محل صحیح، تجویز صحیح، پاسخ مناسب به دارو، ثبت صحیح) و ۹ راه حل ایمنی در مکان تهیه و آماده‌سازی دارو و سرم برای بیمار، لیبل گذاری داروهای مشابه (زرد) و پرخطر (قرمز) و یخچالی (آبی) از مبدا (داروخانه) و سپس تحویل به بخش‌ها، در دسترس قرار دادن لیست داروهای با هشدار بالا و مشابه در بخش‌ها، اجرای فرایند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون و مطابقت مشخصات بیمار طبق دستبند و پرسش از بیمار و اطلاعات پرونده، آموزش دستورالعمل گازهای طبی و رنگ بندی انواع گازهای طبی به پرسنل جهت کمک به ارتقاء ایمنی بیمار، بازدیدهای منظم و دوره‌ای مدیریتی ایمنی و میدانی ایمنی و مشارکت پرسنل در طول بازدید، ارائه ی خبرنامه ی آموزشی و آموزش دوره ای، دادن تشویقی به پرسنلی که گزارش خطا انجام می دهند (جهت ترویج فرهنگ‌سازی گزارش خطا بدون اشاره به نام فرد در محیطی عاری از سرزنش و تنبیه)، شناسایی گلوگاههای بروز خطا و ارائه ی راهکار اصلاحی در کمیته‌ها

- مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟

مشکلات مالی در خرید دستگاه چاپ دستبند و کارتریج‌های مخصوص دستبندهای رنگی و سائزهای بزرگسال، کودکان و نوزادان که با پیگیری‌های مستمر در کمیته مدیریت اجرایی و پایش و سنجش با تأکید بر اهمیت بسیار بالای موضوع ایمنی بیمار، واحد مدیریت، امور مالی و کارپردازی ملزم به تهیه دستبندها بدون ایجاد gap گردیدند (برای همه ی بیماران بستری در بخش‌های عادی، ویژه و تحت نظر اورژانس)

● نتایج برنامه تغییر:

- شناسایی صحیح بیماران طبق دستبند شناسایی و پرسش از بیمار قبل از هر گونه اقدامات تشخیصی و درمانی
- کاهش بروز خطا در شناسایی بیمار و اجرای پروسیجرهای بیمار
- و آگاهی پرسنل از بخشنامه ی مربوطه و اهمیت آن

● مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر:

- ایجاد gap در تهیه ی دستبند به دلایل مشکلات مالی که مدتی بیماران بدون دستبند پذیرش می شدند.
- نیاز به نیروی انسانی بیشتر در واحد پذیرش جهت پرینت دستبندها و کنترل آن و همچنین پرینت دستبند رنگی طبق نظر پرستار بخش و پرینت مجدد برای دستبندهای گم شده یا مخدوش با نظر پرستار بخش و..
- گاهی بیمار بدون اینکه دستبند را خارج نماید از بخش خارج می شد که بایستی هنگام ترخیص دستبند شناسایی تحویل بخش و امحاء گردد.
- در برخی موارد دستبندها کیفیت مناسب نداشتند (باید ضدآب، قابل انعطاف و با قابلیت تمیز کردن مجدد باشد) یا



- اندازه نامناسب خصوصا در کودکان و نوزادان که پرسنل مجبور به برش و چسب زدن آن می شدند.
- در نوزادان طبق بخشنامه باید دو پابند برای شناسایی استفاده شود که گاهی پرسنل دو مچ بند استفاده می کردند یا حین رگ گیری مجبور می شدند خارج کنند و یا توسط مادران جدا می شد.
- ثبت اطلاعات اشتباه در دستبند توسط پرسنل پذیرش

● درس‌های آموخته شده:

- عدم شناسایی صحیح بیماران یکی از علل ریشه‌ای بسیاری از خطاها است.
- قبل از اجرای هر پروسیجری نام بیمار را طبق دستبند و پرسش از خود بیمار کنترل نماییم.
- اهمیت شناسایی بیماران با احتمال آلرژی، خطر زخم فشاری و سقوط و...
- اهمیت شناسایی صحیح بیماران در کاهش بروز خطا و نارضایتی بیمار و موارد Legal.
- و سیستم رنگ بندی، تشخیص سریع دیداری را فراهم و برخی مشکلات را می کاهد.

ایجاد سیستم ارزشیابی اصولی عملکرد پرستاران

■ افسانه محمدی؛ پرستاری بیمارستان الغدير شهرستان ابهر، ایران

■ مریم محمدی؛ پرستار بالینی، کارشناس دفتر بهبود کیفیت بیمارستان الغدير شهرستان ابهر، ایران

● مشخصات محیط وقوع تجربه: بیمارستان امدادی ابهر (عمومی)، دارای ۱۳۵ تخت و ۴۱۶ نفر نیروی انسانی

– رده‌های نیروی انسانی: پرستاری، ماما، بیهوشی و اتاق عمل

– مدت اجرای اعتباربخشی: از سال ۹۱ تا ۹۵ (سه دوره)

● شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار): ارزشیابی‌های عملکرد پرسنل توسط سرپرستاران بصورت فرمالیته و غیراصولی انجام می شد؛ سرپرستار چک لیستهای ارزشیابی عملکرد پرسنل را به طور فرمالیته آخر هر ماه تکمیل می کرد بدون اینکه ارزشیابی مستمر انجام داده باشد. معیارهای ارزشیابی عملکرد سرپرستاران به طور سلیقه‌ای بوده و ارزشیابی‌ها بیشتر به صورت ذهنی انجام می گرفت. پاداش‌ها و پرداخت‌های پرسنل اعم از کارانه‌ها بدون معیار ارائه شده و مبتنی بر عملکرد آنها نبود، پرسنل در زمینه پاداش‌های دریافتی و ارزشیابی عملکرد خود، ادراک نابرابری داشتند. پرسنل از اینکه سیستم بین فردی که خوب کار کرده با فردی که خوب کار نمی‌کند هیچ فرقی قائل نمی‌شود ناراضی بودند، به همین خاطر انگیزه‌ای هم برای انجام عملکرد مطلوب نداشتند.

● هدف تغییر: اجرای اصولی ارزشیابی عملکرد پرستاران توسط مدیران پرستاری اعم از سرپرستار و سوپروایزران و بهبود عملکرد پرسنل پرستاری

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

– آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. بستر سازی / آماده سازی محیط جهت اجرای برنامه تغییر بدین ترتیب انجام شد:

– تشکیل کمیته مدیریت پاداش/ارزشیابی عملکرد اصولی

– بهسازی نظری مدیران پرستاری/اعضای کمیته در زمینه ارزشیابی عملکرد اصولی

– تهیه و تدوین چک لیستهای ارزشیابی عملکرد پرستاران به طور مقدماتی براساس ماهیت مراقبت‌های بخش‌های هدف (داخلی و جراحی) با مشارکت اعضای کمیته

– تهیه و تدوین فرم‌های ثبت برای پرستاران (فرم ثبت مراقبت‌ها و فرم ثبت آموزش به بیمار) با مشارکت اعضای کمیته. لازم به ذکر است، هدف از تدوین این فرمها این بود که ارزشیابی عملکرد پرسنل را تسهیل کند، همچنین به عنوان یک ابزار کنترلی برای مدیران محسوب می شد. بعلاوه این فرمها به پرسنل در تداوم انجام آموزش به بیمار و مراقبت اصولی از بیماران کمک می کرد.

– تهیه و تدوین مواد آموزشی (پمفلت‌ها و بوکلت‌های آموزش به بیمار، بوکلت‌های ارزشیابی عملکرد برای مدیران)

– بهسازی عملی مدیران پرستاری/اعضای کمیته در زمینه ارزشیابی عملکرد اصولی

– بهسازی نظری و عملی پرستاران بخش داخلی و جراحی عمومی

- برنامه‌ریزی کلی جهت مدیریت پاداش ها(نحوه پاداش‌دهی، نحوه ارزشیابی‌ها و...) با مشارکت اعضای کمیته
- تهیه و تدوین خط مشی‌ها در زمینه ارزشیابی اصولی عملکرد پرسنل و پاداش‌دهی آنها و اعلام به دفتر پرستاری

- تدوین شرح وظایف برای اعضای کمیته و پرستاران بخش‌های هدف (داخلی و جراحی) در راستای برنامه تغییر

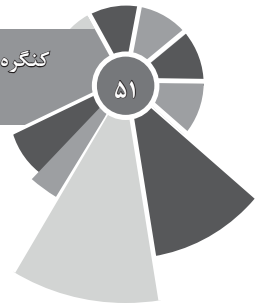
- **آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید.** توضیحات مربوط به نحوه بهسازی مدیران پرستاری و پرسنل در راستای برنامه تغییر به صورت بسیط در ذیل آمده است :

- دوره‌های بهسازی نظری برای ارزیابها اعم از مترون، سوپروایزران بالینی، سوپروایزر آموزشی، سرپرستاران بخش‌های داخلی و جراحی عمومی و سوپروایزر بهبود کیفیت با اهداف آشناسازی آنها با ارزشیابی عملکرد اصولی در طی ۳ جلسه به مدت ۴۵ دقیقه به شیوه سخنرانی و پرسش و پاسخ برگزار شد. شایان ذکر است؛ رؤس مطالب و طرح درس قبل از جلسات بهسازی نظری در اختیار ارزیابها گذاشته شد. همچنین زمان و مکان و روش تدریس با نظرخواهی از آنها تعیین شد.

- بهسازی عملی ارزیابها در راستای ارزشیابی عملکرد پرسنل به ترتیب زیر انجام شد: ابتدا توضیحاتی راجع به نحوه علامتگذاری چک لیستها و نحوه ارزشیابی عملکرد پرسنل توسط عامل تغییر/پژوهشگر به فرد ارزیاب داده شد و سپس ارزیاب کننده در بالین بیمار تحت نظارت پژوهشگر، عملکرد پرستاران را از طریق مشاهده فرم‌های ثبت و دریافت بازخورد از بیماران و همراهان بیمار ارزشیابی کرده و بازخوردهای لازم توسط پژوهشگر در جهت رفع نواقص عملکردی به وی ارائه شد. برخی از ارزیابها تمایل داشتند که ارزشیابی را ابتدا خود عامل تغییر(پژوهشگر)انجام دهد، در این موقعیتها ابتدا خود پژوهشگر، ارزشیابی را انجام داده و ارزیاب کننده نحوه عملکرد پژوهشگر در زمینه ارزشیابی عملکرد پرستاران را مشاهده می کرد. بهسازی عملی ارزیابها در طی ۳ جلسه، حدود ۳۰ دقیقه طول کشید.
- جلسات نظری با هدف آشناسازی پرستاران در زمینه انجام آموزش به بیمار اصولی و انجام اصولی مراقبت از بیماران طبق فرآیند پرستاری تشکیل شد. طبق نظر سنجی انجام شده از روش سخنرانی و پرسش و پاسخ جهت بهسازی آنان استفاده شد. پرسنل پرستاری دو بخش گروه هدف (داخلی و جراحی)، در طی دو جلسه ۱ ساعته تحت بهسازی قرار گرفتند. همچنین توضیحات لازم در زمینه نحوه بکارگیری فرم‌های ثبت (فرم ثبت آموزش به بیمار و فرم ثبت مراقبت‌ها) به پرسنل داده شد.

- بهسازی عملی پرستاران در زمینه انجام مراقبت‌های اصولی از بیماران در بخش‌های داخلی و جراحی به شکل ذیل انجام شد؛ ابتدا نیازسنجی آموزشی پرسنل در زمینه مراقبت‌های اصولی از بیماران ارتوپدی با پرسیدن سوالاتی از پرستار انجام شد. پژوهشگر نواقص اطلاعاتی آنها را برطرف کرده و پس از دادن توضیحات لازم، به همراه پرستار در بالین بیمار حضور یافته و پرستار مربوطه بررسی‌های لازم را انجام داده و پس از انجام بررسی سیستم‌ها، در خارج از بالین بیمار نواقص عملکردی پرستار توسط پژوهشگر گوشزد شده، و از پرستار خواسته می شد که مشکلاتی را که طی بررسی به آنها دست یافته را لیست نموده و دستورات مراقبتی را برای هر یک از مشکلات تدوین نماید. سپس از پرستار مربوطه خواسته می شد تا برخی از دستورات مراقبتی تدوین شده را در بالین بیماران اجرا کنند و بازخوردهای لازم (اصلاحی، تقویتی) از طرف عامل تغییر ارائه می‌شد.

- بهسازی عملی پرسنل بخش‌های داخلی و جراحی در زمینه آموزش به بیمار اصولی به صورت زیر بود: ابتدا سوالاتی در زمینه نحوه نیازسنجی آموزشی بیماران و اجرای آموزش و اصول آموزش به بیمار از پرستار پرسیده شد و در صورت لزوم توسط پژوهشگر اطلاعات و نکات لازم ارائه شد. سپس در بالین بیمار پرستار با همراهی و نظارت عامل



تغییر/ پژوهشگر، نیازسنجی آموزشی را انجام داده، بعد در خارج از بالین بیمار بازخورد لازم توسط پژوهشگر به پرستار مربوطه ارائه شد. همچنین در زمینه تکمیل فرم ثبت آموزش به بیمار و نحوه اجرای اصولی آموزش، توضیحات لازم ارائه گردید. پرستار مربوطه حداقل یک آیتم را در بالین بیمار با نظارت و همراهی پژوهشگر آموزش داد. نواقص عملکردی پرستاران توسط پژوهشگر اصلاح گردید. بهسازی عملی پرستاران بخش داخلی نیز به مدت ۱۵ روز (هر جلسه به مدت حداقل نیم ساعت) طول کشید. بهسازی عملی پرستاران بخش جراحی عمومی به مدت ۱۰ روز (هر جلسه به مدت حداقل ۴۵ دقیقه) و بهسازی عملی پرستاران بخش داخلی نیز به مدت ۱۵ روز (هر جلسه به مدت حداقل نیم ساعت) طول کشید.

- آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان تغییر نمود؟ چگونه؟ بلی. با واحد مدیریت و امور مالی بیمارستان در طول جلسات و کمیته‌های مدیریتی اجرایی جهت تایید و پیگیری برای خرید دستبندهای شناسایی (سفید، قرمز، زرد، مخصوص کودکان و نوزادان) به دلیل بحث مالی گاهی نیاز به برخورد جدی تر و پیگیرتر داشتیم.

- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید. به دلیل اینکه دستبندها از زمان پذیرش بیمار و در واحد پذیرش تحویل بیماران داده می شد و تعیین رنگ در صورت نیاز در بخش توسط پرستار مربوطه انجام می شد، نیاز به تعامل بیشتری با واحد پذیرش در این زمینه وجود داشت.

- نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید. به صورت مشاهده و یا از طریق چک لیست کنترلی. در دسترس قرار دادن چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل و پایش اجرای آن و همچنین ابزار برادن و مورس جهت تعیین میزان خطر زخم فشاری و سقوط برای بیمار در طول شیفت‌ها و استفاده از دستبند رنگی زرد در موارد مذکور و دستبند قرمز در صورت وجود آلرژی در بیمار. نظارت بر رعایت شناسایی صحیح بیماران از لحظه پذیرش تا ورود به بخش توسط مسئول بخش، مسئول شیفت، پرستار بیمار و سوپروایزرین بالینی و واحد بهبود کیفیت و رابطین ایمنی در طول شیفت‌ها.

گزارش نتایج پایش‌ها و بازدیدهای ایمنی در کمیته‌های پایش و سنجش و ارائه ی راهکارهای اصلاحی در کمیته تیم مدیریت اجرایی بیمارستان و ارائه ی بازخورد مناسب به بخش‌ها طی آموزش‌های دوره‌ای یا موردی

- نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید. طبق چک لیست تنظیم شده و میزان آگاهی پرسنل از بخشنامه ی مربوطه و همچنین بررسی در کمیته پایش و سنجش و مدیریت خطا

- برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید. پایش مستمر و دوره‌ای در این زمینه، ایجاد فرهنگ‌سازی برای گزارش خطا و خوداظهاری پرسنل در صورت بروز خطا در زمینه عدم شناسایی صحیح بیمار، در معرض دید قرار دادن پوسترهای 8Right (بیمار صحیح، داروی صحیح، دوز صحیح، زمان صحیح، محل صحیح، تجویز صحیح، پاسخ مناسب به دارو، ثبت صحیح) و ۹ راه حل ایمنی در مکان تهیه و آماده‌سازی دارو و سرم برای بیمار، لیبل گذاری داروهای مشابه (زرد) و پرخطر (قرمز) و یخچالی (آبی) از مبدا (داروخانه) و سپس تحویل به بخش‌ها، در دسترس قرار دادن لیست داروهای با هشدار بالا و مشابه در بخش‌ها، اجرای فرایند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون و مطابقت مشخصات بیمار طبق دستبند و پرسش از بیمار و اطلاعات پرونده، آموزش دستورالعمل گازهای طبی و رنگ بندی انواع گازهای طبی به پرسنل جهت کمک به ارتقاء ایمنی بیمار، بازدیدهای منظم و دوره‌ای مدیریتی ایمنی و میدانی ایمنی و مشارکت پرسنل در طول بازدید، ارائه ی خبرنامه ی آموزشی و آموزش دوره ای، دادن تشویقی به پرسنلی که گزارش خطا انجام می دهند (جهت ترویج فرهنگ‌سازی گزارش خطا بدون اشاره به نام فرد در محیطی عاری از سرزنش و تنبیه)، شناسایی گلوگاههای بروز خطا و ارائه ی راهکار اصلاحی در کمیته‌ها



– مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟

مشکلات مالی در خرید دستگاه چاپ دستبند و کارتریج‌های مخصوص دستبندهای رنگی و سایزهای بزرگسال، کودکان و نوزادان که با پیگیری‌های مستمر در کمیته مدیریت اجرایی و پایش و سنجش با تأکید بر اهمیت بسیار بالای موضوع ایمنی بیمار، واحد مدیریت، امور مالی و کارپردازی ملزم به تهیه دستبندها بدون ایجاد gap گردیدند) برای همه ی بیماران بستری در بخش‌های عادی، ویژه و تحت نظر اورژانس)

● نتایج برنامه تغییر:

- شناسایی صحیح بیماران طبق دستبند شناسایی و پرسش از بیمار قبل از هر گونه اقدامات تشخیصی و درمانی
- کاهش بروز خطا در شناسایی بیمار و اجرای پروسیجرهای بیمار
- و آگاهی پرسنل از بخشنامه ی مربوطه و اهمیت آن

● مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر:

- ایجاد gap در تهیه ی دستبند به دلایل مشکلات مالی که مدتی بیماران بدون دستبند پذیرش می شدند.
- نیاز به نیروی انسانی بیشتر در واحد پذیرش جهت پرینت دستبندها و کنترل آن و همچنین پرینت دستبند رنگی طبق نظر پرستار بخش و پرینت مجدد برای دستبندهای گم شده یا مخدوش با نظر پرستار بخش و..
- گاهی بیمار بدون اینکه دستبند را خارج نماید از بخش خارج می شد که بایستی هنگام ترخیص دستبند شناسایی تحویل بخش و امحاء گردد.
- در برخی موارد دستبندها کیفیت مناسب نداشتند (باید ضدآب، قابل انعطاف و با قابلیت تمیز کردن مجدد باشد) یا اندازه نامناسب خصوصا در کودکان و نوزادان که پرسنل مجبور به برش و چسب زدن آن می شدند.
- در نوزادان طبق بخشنامه باید دو پابند برای شناسایی استفاده شود که گاهی پرسنل دو مچ بند استفاده می کردند یا حین رگ گیری مجبور می شدند خارج کنند و یا توسط مادران جدا می شد.
- ثبت اطلاعات اشتباه در دستبند توسط پرسنل پذیرش

● درس‌های آموخته شده:

- عدم شناسایی صحیح بیماران یکی از علل ریشه‌ای بسیاری از خطاها است.
- قبل از اجرای هر پروسیجری نام بیمار را طبق دستبند و پرسش از خود بیمار کنترل نماییم.
- اهمیت شناسایی بیماران با احتمال آلرژی، خطر زخم فشاری و سقوط و...
- اهمیت شناسایی صحیح بیماران در کاهش بروز خطا و نارضایتی بیمار و موارد Legal.
- و سیستم رنگ بندی، تشخیص سریع دیداری را فراهم و برخی مشکلات را می کاهد.

اجرای اصول ارزشیابی عملکرد پرسنل پرستاری در یکی از بخش‌های جراحی عمومی بیمارستان

■ حرمت سادات امام‌زاده قاسمی؛ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

- **مشخصات محیط وقوع تجربه:** مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، دارای ۵۰۰ تخت و ۱۶۷۰ نفر نیروی انسانی - **رده‌های نیروی انسانی:** بهیار (بسیار محدود)، کمک بهیار (معمولاً تنها در شیفت‌های صبح)، پرستار لیسانس (در تمامی بخش‌ها و حداقل یک نفر در تمامی شیفت‌ها)، پرستار فوق لیسانس (حدوداً ۵۰ نفر که برخی از سوپروایزران و ندرتاً سرپرستاران بخش‌ها را تشکیل می‌دهند) - **مدت اجرای اعتبار بخشی:** از سال ۱۳۹۲ تاکنون

- **شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل‌دار):** مشاهده عدم اجرای اصول ارزشیابی عملکرد در ارزیابی عملکرد پرسنل پرستاری و در نهایت کیفیت نامطلوب مراقبت‌های پرستاری.

- **هدف تغییر:** دستیابی به نتایج حاصل از اجرای اصول ارزشیابی عملکرد پرستاران، که در این مطالعه، ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری بوده است.

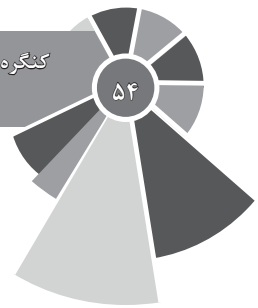
● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

- آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. آموزش مستقیم بطور نظری خیر. اما در طی جلسات متعدد که بصورت انفرادی با سرپرستار بخش مربوطه و سوپروایزر آموزشی بیمارستان و نیز جلسات گروهی که با پرسنل بخش برگزار می‌شد، برنامه‌ها، اهداف و روش‌های اجرای اصول ارزشیابی عملکرد پرستاران ضمن اطلاع رسانی به آنان، تعدیل، تصحیح و بازبینی شد. در طی این جلسات همواره تلاش شد تا طراحی و اجرای برنامه تغییر که در جهت اجرای اصول ارزشیابی عملکرد می‌بود، قابل اجرا در شرایط بیمارستانی ما و جو حاکم در بخش و بیمارستان طراحی و برنامه‌ریزی شود. بعبارت دیگر، همه آموزش‌ها بطور عملی و عینی اجرا شد.

بنابراین آموزش‌ها در مرحله اول بصورت جلسات گفتگو و آشناسازی با سرپرستار بخش و نیز سوپروایزر آموزشی بیمارستان بود، که پس از آشناسازی آنان با اهداف و برنامه‌های طرح و نیز متقابلاً آشناسازی عامل تغییر (پژوهشگر)، با انتظارات و محدودیت‌های موجود در بخش و بیمارستان، اقدام در جهت بازبینی طرح و اجرایی نمودن آن صورت گرفت.

مرحله دوم آموزش‌ها بصورت گروهی و با حضور تمامی پرسنل پرستاری بخش بود. در این مرحله ضمن نظرخواهی از پرسنل جهت اجرایی نمودن هر چه بیشتر برنامه‌ها و انجام هماهنگی بیشتر طرح با انتظارات و محدودیت‌های پرسنل در اجرای برنامه، آموزش‌های لازم جهت آشنا نمودن پرسنل با برنامه‌ها و اهداف تغییر برنامه‌ریزی شده انجام می‌گرفت. تمامی استانداردهای مراقبتی در این بخش به پرستاران و نحوه ثبت اقدامات / عملکرد پرستاری آموزش عملی داده شد.

- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. بطور مکتوب خیر. اما عمدتاً در فرآیند این تغییر نیاز به وجود دستورالعمل در جهت اجرای اصول ارزشیابی عملکرد پرستاران بود که در ابتدا براساس متون و استانداردها تدوین شد و سپس با برگزاری جلسات بحث و گفتگو با مسئولین پرستاری بیمارستان، بخش و نیز پرسنل



پرستاری بخش، تا حد امکان در جهت کاربردی نمودن آن اقدام گردید.

در این راستا نیاز بود تا مدیران پرستاری، مترون، سوپروایزر آموزشی بیمارستان به سرپرستار بخش، و سرپرستار به پرسنل پرستاری بخش، دستورالعمل‌های لازم رابرای حمایت از طرح و همکاری با پژوهشگر در جهت اجرای اصول ارزشیابی عملکرد داشته باشند. اما مطابق با عملکرد و رویه ایی که در بسیاری از بیمارستان‌های کشور شاهد آن هستیم، از آنجائیکه صدور این دستورالعمل به راحتی انجام نمی‌شد و یا حتی باور و یا اراده ایی مبنی بر صدور این دستورالعمل‌ها در سطوح مدیریتی پرستاری بیمارستان نبود، عامل تغییر (پژوهشگر) همواره با برگزاری جلسات گفتگو و آشناسازی مدیران و کارکنان، دستورالعمل‌های این تغییر را در طی جلسات به پرستاران و مدیران پرستاری مربوطه اطلاع رسانی (بطور شفاهی) می نمود.

- **آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان تغییر نمود؟ چگونه؟ ارتباط رسمی** بخش با واحد پرستاری و سایر واحدهای بیمارستان تغییری نکرد. زیرا این تغییر تنها برای تغییر عملکرد سرپرستار برای ارزشیابی عملکرد پرستاران و تغییر عملکرد پرستاران در راستای اصول عملکرد مراقبتی بود. به این ترتیب همواره تلاش عامل تغییر (پژوهشگر) در جهت اجرای فرآیند تغییر با توجه به حفظ شرایط و روابط معمول بود تا امکان بکارگیری هر چه بیشتر طرح و ادامه آن در آینده توسط پرستاران و مدیران پرستاری بیمارستان فراهم باشد. در واقع ارتباط غیر رسمی مبنای تغییر ارایه مراقبت توسط پرستاران و ارزشیابی عملکرد آنها توسط سرپرستار و سوپر وایزران بود.

- **آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید.** خیر، تنها نیاز به هماهنگی با دفتر پرستاری بیمارستان بود.

- **نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید.** نظارت و کنترل مستقیم و غیر مستقیم در فرایند تغییر طراحی شده توسط عامل تغییر (پژوهشگر) و همکار پژوهشگر، سوپروایزر آموزشی و سرپرستار بخش، مطابق با برنامه طراحی شده، انجام گرفت. به این ترتیب که بدنبال جلسات هم اندیشی با پرسنل و مدیران پرستاری، در جهت اجرای بهینه برنامه طراحی شده برگه‌هایی برای ثبت گزارشات پرستاری در بخش تهیه شد (فرم‌های گزارش‌نویسی پیوست). این برگه‌ها که تماماً از لحاظ محتوا و چگونگی آن مطابق با خواست پرسنل و فرآیند برنامه‌ریزی تغییر بود، نحوه ثبت گزارشات پرستاری را در موقعیت‌های مختلف مراقبت پرستاری در بخش جراحی، مورد کنترل و ارزیابی قرار می داد. این برگه‌ها ارزیابی عملکرد پرستاران بخش جراحی مورد نظر را در تمامی موقعیت‌های کاری آنان مورد ارزیابی قرار می داد که شامل؛ ارایه مراقبت در هنگام پذیرش بیمار در بخش، قبل از عمل جراحی، روز اول و دوم بعد از عمل و نیز هنگام ترخیص.

به این ترتیب با تهیه و تکثیر این برگه‌ها، به عنوان برگه‌های ثبت گزارشات پرستاری، عملکرد مراقبتی پرستاران و ثبت آن، در ابتدا توسط عامل تغییر (پژوهشگر) و سپس توسط سرپرستار، سوپروایزر آموزشی بیمارستان و نیز پژوهشگر تحت کنترل، نظارت و هدایت و آموزش پرسنل پرستاری قرار می گرفت.

- **نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید.** ارزشیابی نهایی برنامه تغییر طراحی و اجرا شده، از طریق سنجش کیفیت مراقبت‌های پرستاری بود. این سنجش با بررسی و مشاهده موارد ثبت شده پرستاران و مقایسه آن با وضعیت بالینی بیماران بود. بعبارت دیگر، در این پژوهش با ارزیابی از نحوه ارایه مراقبت‌های ارائه شده به بیماران، از طریق مشاهده مداوم نحوه ثبت مراقبت‌ها و مقایسه آن با وضعیت بالینی بیماران، برای مدت شش ماه، تغییر در ارایه مراقبت‌ها از طریق تغییر در نحوه ارزشیابی عملکرد پرستاران توسط سرپرستاران دیده شد.

- **برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟** شرح دهید. تلاش شد تا به منظور فراهم نمودن شرایط ایجاد تداوم و تثبیت تغییرات طراحی شده، نظرات و پیشنهادات مدیران رده‌های مختلف پرستاری بیمارستان و

بخش و نیز پرسنل بخش، تا حد امکان مورد توجه قرار گیرد و طراحی برنامه، بر مبنای محدودیت‌ها و امکانات موجود در بخش، دفتر پرستاری و بیمارستان انجام شود تا پرستاران بتوانند همیشه آنرا انجام دهند.

– مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟

عمدتاً مشکلات پیش آمده در حین اجرا، مربوط به عدم تمایل و یا ناتوانایی پرسنل پرستاری و یا مدیران آنان در جهت پیگیری و اجرای برنامه طراحی شده بود. لذا در طی فرایند تغییر متناسب با میزان پذیرش، توانایی و تمایل پرسنل و مدیران پرستاری برنامه طراحی شده بصورت مداوم مورد باز بینی و آموزش پرسنل انجام می گردید. به نحوی که تا حد امکان برنامه طراحی شده، با حفظ اصول و استانداردهای ارزشیابی عملکردهای مراقبتی پرسنل، قابل اجرا و کاربرد در شرایط بیمارستانی آن مقطع زمانی باشد.

در طی شش ماه اجرای طرح همواره تلاش شد تا مطابق با توانایی و تمایل پرسنل و مدیران پرستاری برنامه تغییر انعطاف پذیری لازم را داشته باشد. لذا همواره تلاش شد تا ضمن اجرای اصول و معیارهای اساسی در ارزشیابی عملکرد مراقبتی پرسنل، برنامه‌ها و انتظارات منطبق با سطح توانایی و تمایل کارکنان درگیر در طرح باشد. اما جابجایی سرپرستار بخش مداخله بدون اطلاع و هماهنگی با عامل تغییر (پژوهشگر) و توسط دفتر پرستاری بیمارستان انجام گرفت. با شکل گیری این جابجایی علی رغم آنکه همچنان پژوهشگر تلاش در جهت ایجاد هماهنگی با سرپرستار جدید و آشنا نمودن وی با برنامه‌ها و طرح در حال اجرا نمود، اما ایشان به سبب عدم حضور از ابتدای طرح و نیز شروع جدیدی که در این بخش داشتند، نتوانستند انطباق کامل و رضایت بخشی با طرح مذکور داشته باشند. لذا برنامه مطابق با قوت، شور و نشاط قبل از جابجایی سرپرستاری، پیش نرفت و نهایتاً پس از گذشت یکماه پایانی طرح، که مصادف با ارزیابی‌های نهایی و بررسی نتایج کار بود، به طور کامل پایان یافت. به نحوی که، علی رغم برنامه‌ریزی‌های انجام شده در فرآیند تغییر که همواره کاربردی و اجرایی شدن طرح مد نظر بود و لذا همواره پذیرش و علاقمندی پرسنل پرستاری بخش در هنگام شروع و اجرای طرح مشاهده می شد، اما به جهت آنکه ادامه طرح و نهادینه شدن آن در امور جاری بخش و ارزیابی پرسنل پرستاری، مورد توافق و پذیرش اولیه سرپرستار جدید بخش نبود، متأسفانه نتوانست ادامه یابد.

● نتایج برنامه تغییر:

– بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری نسبت به قبل از تغییر. زیرا ارزشیابی براساس استانداردهای مراقبتی که پرستاران باید انجام میدادند انجام شد و مدام بازخوردها یا صلاحی داده شد. لذا؛ کیفیت مراقبت با تغییر عملکرد سرپرستار ارتقا یافت.

– رضایت و تمایل پرسنل پرستاری از شیوه‌های کنترلی طراحی شده در ضمن اجرای طرح، از جمله نحوه گزارش نویسی پیشنهادی و نیز نحوه کنترل و ارزیابی مدیران پرستاری.

– توانمندی سرپرستار در ارزشیابی عملکرد پرستاران بطور اصولی، علمی و منصفانه.

● مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر:

– در این پژوهش تلاش شد اجرای یکی از اصول مدیریت، با بهبود روابط بین آموزش و بالین پرستاری فراهم شود. اما متأسفانه علی رغم تلاش‌های بسیار و انعطاف پذیری بالای طرح، اما در نهایت با پایان طرح، اجرای آن نیز در بخش متوقف شد و توسط مسئولین پرستاری وقت ادامه نیافت.

• درس‌های آموخته شده:

- در صورت خواست مسئولین پرستاری، امکان ایجاد هرگونه تغییر در ارایه عملکردهای پرستاری (مراقبت‌های پرستاری) با امکانات موجود فراهم است.
- عدم همکاری مدیران پرستاری با تغییرات در ابتدای هر طرح و تمایل برای ادامه و تغییر بنیادی در بخش‌ها منوط به استفاده آنان از قدرت سازمانی خویش است.
- هرگونه بهسازی و اقدامی در جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری و رضایت و توانمندی پرسنل پرستاری منوط بر اتحاد و یگانگی آموزش با بالین پرستاری خواهد بود. لذا تا زمانی که فاصله این دو از بین نرفته و هر یک بطور مستقل فعالیت می نمایند، عملکردهای مراقبتی، رضایت عملکردها و کیفیت خدمات تفاوت معناداری نخواهد داشت.

تجربه‌های موفق سایر سازمان‌ها (ارتقای کیفیت زندگی کاری زنان شاغل در صنعت نفت)

■ گیتی افروز پورا احمدی؛ دکتری مدیریت استراتژیک، مشاور علمی شرکت طراحان مدیریت افق نوین، امور زنان و خانواده وزارت نفت، تهران، ایران

● **مشخصات محیط وقوع تجربه:** وزارت نفت (دولتی)، بیش از ۱۲۰۰۰ نفر رسمی و غیر رسمی در شرکت‌های تابعه وزارت نفت در کل کشور

- رده‌های نیروی انسانی: از فوق دکترا دکترا مهندس کارشناس ارشد کارشناس

● **چالش‌های شناسایی شده در ارزیابی‌های اولیه:** زنان بیش از نیمی از جمعیت جهان و کشور را تشکیل می‌دهند و با توجه به نقش‌های متنوع و اثر گذار در حوزه خانواده و سازمان‌ها و جامعه؛ توان افزایش و حفظ و اعتلای سلامت آنان می‌تواند توسعه پایدار هر کشوری را رقم بزند. طی نیازسنجی و بررسی که انجام شد زنان شاغل در سازمان‌های صنعتی علیرغم تحصیلات بالای تخصصی؛ اما در حوزه سلامت خود؛ خانواده و همچنین ارتقای کیفیت زندگی کاری و شخصی نیازمند آموزش و تحول بودند. از سویی در راستای ارتقای بهره‌وری و توسعه پایدار در کشور ضروری است که کارکنان ابتدا بتوانند از خود و خانواده خود مراقبت نمایند تا بعد بتوانند وظایف خود را به نحو احسن در صنعت ایفا نمایند. آیینیه موفقیت و کارایی سازمان‌ها؛ سلامت و خود مراقبتی فردی؛ سازمانی و اجتماعی کارکنان است.

● **هدف تغییر:** ارتقای کیفیت زندگی کاری زنان شاغل در صنعت نفت.

● **برنامه‌ریزی گام به گام:**

- تدوین سند چشم‌انداز و برنامه راهبردی. امور زنان و خانواده وزارت نفت که با استفاده از خبرگان حوزه صنعت؛ مدیریت و روسای واحدها تدوین و طراحی گردید. در این سند چشم‌انداز، مأموریت، ارزش‌ها، اهداف استراتژیک و راهبردهای اجرایی طراحی گردید. اهداف استراتژیک این سند به شرح ذیل می‌باشد:

۱- توسعه مشارکت اقتصادی- اجتماعی زنان شاغل در صنعت نفت

۲- تحکیم بنیان خانواده در صنعت نفت

۳- ارتقای سطح سلامت زنان و خانواده صنعت نفت

۴- توسعه مسئولیت اجتماعی برای زنان و خانواده جوامع محلی

- **تدوین برنامه عملیاتی:** برنامه عملیاتی منتج از سند راهبردی تدوین گردید. در حوزه ارتقای سلامت زنان و خانواده صنعت نفت؛ راهبردها و استراتژی‌ها طراحی گردید که به شرح ذیل است:

- ارتقای سطح سلامت جسمی زنان (کارکنان؛ بازنشستگان زن و خانواده‌های آنان)

- ارتقای سطح سلامت روان زنان (کارکنان؛ بازنشستگان زن و خانواده‌های آنان)

- کنترل و بهبود ابعاد اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان (کارکنان؛ بازنشستگان زن و خانواده‌های آنان)

- افزایش سطح دسترسی به برنامه‌های مراقبتی و خدمات درمانی زنان

مسلماً اولین گام جهت اجرای استراتژی‌ها در راستای توان‌افزایی زنان و خانواده‌ها بستر آموزشی می‌باشد.

- **برنامه‌ریزی آموزشی:** طی نیاز سنجی و ارزیابی محیطی و نشست‌های تخصصی با مشاوران امور زنان و خانواده شرکت‌های اصلی و فرعی وزارت نفت با راهبری سرکار خانم تندگویان مشاور محترم وزیر نفت در امور زنان و خانواده وزارت نفت؛ دوره‌های آموزشی در راستای ارتقای سلامت در ابعاد مختلف برای زنان شاغل و خانواده‌ها طراحی گردید که به شرح ذیل می باشد:

ردیف	عناوین سمینارها
۱	سمینار یک روزه ارتقای سلامت زنان شاغل صنعت نفت
۲	سمینار یک روزه ارتقای سلامت شاغلین با رویکرد مدیریتی (ویژه مدیران سازمان)
۳	سمینار یک روزه ارتقای سلامت خانواده‌های شاغلین

ردیف	عناوین کارگاه‌ها
۱	کارگاه ارتقای کیفیت زندگی کاری زنان شاغل در صنعت نفت
۲	کارگاه ارتقای کیفیت زندگی کاری با رویکرد مدیریتی (ویژه مدیران)
۳	کارگاه توان افزایی فردی و اجتماعی زنان شاغل در صنعت نفت
۴	کارگاه آشنایی باهنر خود مراقبتی و حفظ سلامت با رویکرد طب فشاری
۵	کارگاه ارتقای سلامت زندگی مشترک
۶	کارگاه تحکیم خانواده با رویکرد ارتباطات اثر بخش
۷	کارگاه اصول مدیریت عمومی و آشنایی زنان شاغل با چشم انداز؛ ماموریت و ارزش‌ها سازمان متبوع با رویکرد مدیریت جنسیتی
۸	کارگاه اصول مدیریت پیشرفته و آشنایی با مدیریت استراتژیک با رویکرد مدیریت جنسیتی
۹	کارگاه ارتقای سلامت در دوران بازنشدگی
۱۰	کارگاه ارتقای سلامت زنان در دوره‌های اثر گذار زندگی
۱۱	کارگاه مدیریت استرس شغلی و راهکارهای آن
۱۲	کارگاه اثرات روزه داری بر سلامت جسم و روح و روان

لازم به ذکر است که سر فصل کلیه سمینارها و کارگاه‌ها با توجه به مباحث آکادمیک و به روز و همچنین نیازهای مختلف زنان شاغل و خانواده‌ها طراحی گردید و سمینارها و کارگاه‌ها توسط کارشناسان سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت و مشاور علمی امور زنان و خانواده به عنوان مدرسین در شرکت‌های اصلی و فرعی وزارت نفت از سال ۱۳۹۵ برگزار گردید.

- **نحوه پیاده‌سازی برنامه‌ها:** با راهبری سرکار خانم تندگویان مشاور محترم وزیر نفت در امور زنان و خانواده وزارت نفت؛ نامه رسمی به مدیران عامل شرکت‌های اصلی در خصوص ضرورت اجرای برنامه‌های آموزشی در راستای ارتقای سلامت در ابعاد مختلف برای زنان شاغل و خانواده‌ها ابلاغ گردید و با هماهنگی با کلیه مشاوران امور زنان و خانواده در کل کشور برنامه‌ریزی سالیانه جهت برگزاری صورت گرفت.

- **نحوه اجرای برنامه‌های آموزشی:** سمینارها و کارگاه‌های آموزشی با روشی کاملاً جدید و ترکیبی با استفاده از پاور پوینت‌های علمی به روز؛ فیلم‌های آموزشی جدید؛ بحث و گفتگوهای متقابل براساس یادگیری از تجارب یکدیگر؛ حرکت‌های ورزشی؛ تشویق افراد به راه رفتن در طول سمینار و کارگاه آموزشی و همچنین در کمال بی نظمی و نوآوری

برگزار گردید که برای فراگیر بسیار جالب و جدید بود و باعث شد که در بحث‌ها شرکت ونسبت به یکدیگر شناخت بیشتر پیدا نمایند و از تجارب یکدیگر استفاده بهینه کنند.

- **ارتباطات فراسازمانی:** معمولاً در هنگام برگزاری سمینار و کارگاه‌های ارتقای سلامت از مشاوران امور زنان و خانواده سایر ارگان‌ها و نهادهای کشوری نیز دعوت به عمل می آید که از تجارب یکدیگر استفاده نموده و ساز و کاری ایجاد شود تا کلیه زنان شاغل کشور بتوانند در این نوع دوره‌ها شرکت نمایند که منجر به ارتقای بهره وری و توسعه پایدار کشور خواهد شد.

- **نتایج نظر سنجی شرکت کنندگان:** طبق نظر شرکت کنندگان تا ۹۰ درصد دوره برایشان جذاب ؛اثر بخش و به روز بوده و باعث شده شیوه زندگی خود تغییر دهند.

- **مشکلات پیش آمده در طول برنامه ریزی:** مسلماً هماهنگی و برگزاری یک سمینار یا کارگاه آموزشی بخصوص اگر در مناطق عملیاتی صنعت باشد مشکلات خاص خود را دارد که البته با پیگیری و هماهنگی لازم در هر شرایط و با هر تعداد شرکت کننده برنامه به نحو احسن اجرا شده است.

- **گروه شرکت کنندگان:** کلیه زنان شاغل رسمی و غیر رسمی در صنعت و خانواده‌ها جمعیت هدف برنامه‌ها در سال ۱۳۹۶ بودند که پس از تعامل و نظر سنجی گروه هدف مدیران ارشد نیز جهت سمینار و کارگاه اضافه شدند. زیرا اگر مدیران ارشد که دارای قدرت و امکانات هستند به ضرورت ارتقای سلامت کارکنان و خانواده‌ها پی ببرند شرایط برای برگزاری سمینارها ؛فعالیت‌های ورزشی شاغلین ؛ارتقای سلامت روان شاغلین و خانواده‌ها بخصوص در مناطق عملیاتی رافراهم می نمایند. لازم به ذکر است که بعد از برگزاری موفق سمینارها و کارگاه‌ها ؛مردان شاغل بیشترین تقاضا را برای شرکت در دوره‌ها اعلام نموده اند که نشاندهنده نیاز آموزشی در حوزه سلامت برای شاغلین مرد نیز می باشد.

● **نتایج برنامه آموزشی:**

- فرهنگ سازی جهت ارتقای دانش و آگاهی در خصوص سند چشم انداز و برنامه راهبردی امور زنان و خانواده وزارت نفت

- ارتقای بهره وری کارکنان با درگیر نمودن آنان در برنامه استراتژیک و اثربخشی کار آنان در تحقق اهداف استراتژیک سازمان متبوع خود

- ارتقای دانش و مهارت کاربردی در حوزه سلامت برای شاغل و خانواده هایشان

- ارتقای تعامل و همدلی بین کارکنان و شناسایی افراد توانمند در طول برنامه‌ها

- درک و فهم ضرورت انجام کامل معاینات شغلی

- ارتقای روحیه نشاط و افزایش انگیزه

- ارتقای کیفیت زندگی کاری و زندگی شخصی

- لازم به ذکر است که در سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ بیش از ۲۵۰۰ نفر از زنان شاغل وزارت نفت در کل کشور (بیش از

۱۱۰۰۰ نفر ساعت آموزشی) در سمینارها و کارگاه‌ها شرکت نمودند.

● **مشکلات نیازمند زمان برای راه گشایی:**

- عدم وجود زیر ساخت و مقاومت فرهنگی (سقف شیشه ای)

- مقاومت مدیران میانی جهت شرکت شاغلین در دوره‌ها و الویت انجام کارروانه

- عدم وجود انگیزه در بعضی از زنان شاغل جهت ضرورت شرکت در این دوره ها

- عدم شرکت کارکنان در دوره‌ها بواسطه کمبود نیرو

• درس‌های آموخته شده:

- سرمایه‌های انسانی بزرگترین ثروت هر سازمانی هستند که ابتدا باید دارای سلامت در همه حوزه‌ها باشند
- ضرورت کسب علم و دانش مدیریت استراتژیک توسط مدیران ارشد و مسئولین واحدها
- لازمه استقرار برنامه استراتژیک و تحقق اهداف استراتژیک در گیر نمودن کلیه کارکنان در همه رده‌هاست که با آموزش‌های مداوم تحقق می‌پذیرد.
- برنامه‌ریزی جهت ارتقای سلامت کارکنان که ایینه بهره‌وری پایدار کشور هستند
- ارتقای آرامش و بهره‌وری کارکنان با سرمایه‌گذاری بر افزایش آگاهی و تعامل خانواده‌هایشان بخصوص در کارکنان اقماری
- بیش از ۶۵ درصد از عمر مفید انسان‌ها در محیط کاری سپری می‌شود؛ پس با برنامه‌ریزی و غنی‌سازی میتوان هر محیط کاری را یک دانشگاه و یک محیط عملیاتی کرد.
- مقاوم بودن و پایداری و صرف وقت فراوان جهت استقرار مدیریت استراتژیک

• پیشنهادها:

- بیش از نیمی از سرمایه‌های انسانی در مراکز درمانی را زنان شاغل تشکیل می‌دهند و بیش از نیمی از این زنان در حوزه مدیریت پرستاری قرار دارند. لذا ارتقای کیفیت زندگی کاری آنان میتواند ارتقای بهره‌وری را در مراکز درمانی بدنبال داشته باشد.
- بیش از نیمی از بیماران بیمارستان‌ها نیز زنان هستند که با طراحی بسته آموزشی ارتقای کیفیت زندگی میتوان آنان را توان افزا نمود و حضور آنان را در بیمارستان فرصتی برای آموزش‌های تخصصی در حوزه خود مراقبتی و مدیریت بیماری‌شان و همچنین ارتقای کیفیت زندگی‌شان دانست که مسلماً نیاز به سیاست‌گذاری و تعریف بسته آموزشی دارد با دو رویکرد عمومی و تخصصی.
- ضرورت برگزاری این گونه سمینارها و دوره‌ها برای دانشجویان رشته‌های مختلف بخصوص رشته‌های مهندسی برای حفظ و ارتقا سلامت
- بازنگری کلی سرفصل‌ها و به روز نمودن دوره‌های آموزشی با توجه به چالش‌های جدید محیطی و کاربردی نمودن مطالب در زندگی روزمره فراگیر
- بازنگری کلی اجرای برنامه‌های آموزشی و استفاده از روش‌های نو و متفاوت برای اثربخشی در فراگیر
- آموزش‌های آبخاری به کلیه افراد ذی‌صلاح به عنوان مدرس جهت کل کشور

و در خاتمه:

کارکنان امانت‌هایی هستند که در سازمان‌ها بکار گرفته می‌شوند و این وظیفه مدیران به روز؛ آگاه و توانمند است که با ایجاد محیطی غنی و پر بار خوراک فکری و توسعه شغلی را برایشان ایجاد نماید؛ وگرنه روز مرگی همه را خواهد بلعید.

بهبود محیط آموزش بالینی برای ارتقا یادگیری دانشجویان پرستاری عرصه

- **سمانه پارچه‌بافیه؛** دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پرستاری دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران
- **ربابه معماریان؛** استادیار پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران
- **زهره ونکی؛** دانشیار پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران
- **شادی زرگر؛** کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، ایران
- **سوسن ایرانخواه؛** کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، ایران
- **سعید عسگریان؛** کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، ایران
- **محسن غفاریان؛** سوپروایزر آموزشی بیمارستان شرکت نفت تهران، ایران

- **مشخصات محیط وقوع تجربه:** بیمارستان مرکزی شرکت نفت (فوق تخصصی)، دارای ۲۵۹ تخت و ۵۰۵ نفر نیروی انسانی
- **رده‌های نیروی انسانی:** کارشناسی ارشد پرستاری، کارشناس پرستاری، بهیار و کمک بهیار، ماما، امدادگر، کاردان
اتاق عمل و بیهوشی، کارشناس اتاق عمل و بیهوشی
- **مدت اجرای اعتبار بخشی:** ۳ سال

- **شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار):** یادگیری مهارت‌های بالینی یکی از عوامل مهم در آموزش دانشجویان پرستاری است (۱). در تئوری یادگیری تجربی، بیان شده است که محیط نقش مهمی در یادگیری دارد؛ زیرا تعامل فرد با محیط باعث ایجاد یادگیری در فرد میشود (۲). محیط بالینی در برگیرنده کلیه شرایط و محرک‌های مؤثر بر یادگیری است. محیط از عوامل شناختی، اجتماعی، فرهنگی، عاطفی، احساسی، انگیزشی و درسی تشکیل شده است. در این محیط متغیرهای بسیاری از جمله دانشجو، مربی بالینی و پرسنل بخش، نتایج یادگیری دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۳).

نتایج حاصل از مطالعات مختلف انجام شده در ایران، مشکلاتی جدی را در روند موجود مدیریت آموزشی عرصه در کشورمان مطرح نموده‌اند که عمدتاً به عدم مشارکت مؤثر و ارتباط اثربخش و هدفمند دانشکده و بیمارستان و عدم حمایت آموزشی از دانشجویان در بالین بر می‌گردد و منجر به ضعف جدی آموزش بالینی دانشجویان، عمیق تر شدن شکاف بین تئوری و بالین و کسب ناکافی مهارت‌ها و توانمندی‌های علمی و بالینی فارغ التحصیلان پرستاری شده است (۴). عدم توجه مناسب مسئولین بخش‌ها و سوپروایزرهای بالینی بیمارستان در خصوص وظایف دانشجویان عرصه، برخورد نامناسب از قبیل عدم پذیرش دانشجو به عنوان عضوی از تیم پرستاری بخش، عدم همکاری با وی و عدم رعایت احترام توسط برخی مسئولین و پرسنل پرستاری از جمله مشکلاتی بود که تمامی دانشجویان عرصه شرکت کننده در این مطالعه به آن اذعان داشتند (۵). بیشترین عوامل بازدارنده یادگیری مهارت‌های بالینی، مربوط به وجود استرس در بخش، عدم حمایت دانشجو توسط پرسنل و تندخویی و عصبانی مزاج بودن پرسنل بیان شده است (۶). ارتباط با پرسنل بیمارستان و پشتیبانی آنها برای دانشجویان مهم است. دانشجویان نیاز به حمایت و پذیرفته شدن توسط پرستاران بخش دارند. تا زمانی که دانشجویان خود را بخشی از محیط احساس نکنند، فرآیند یادگیری بالینی کاملاً اتفاق نمی‌افتد (۷).

از آنجا که محقق، جزئی از مربیان بیمارستان شرکت نفت بوده و از نزدیک شاهد بی‌علاقگی در دانشجویان برای یادگیری، نقص در یادگیری، ارتباطات ناصحیح بین پرسنل و دانشجویان، عدم وجود حس مسئولیت در پرستاران بخش‌ها و غیر آموزشی بودن



محیط بالین برای آموزش بالینی دانشجویان بوده است، ضرورت ایجاد تغییرات در محیط آموزش بالینی را احساس کرده است. بنابراین با توجه به اهمیت درگیر شدن پرسنل پرستاری و دفتر پرستاری بیمارستان در امر آموزش بالینی دانشجویان عرصه و بنابراین ایجاد تغییرات محیطی در جهت بهبود یادگیری دانشجویان، محققین بر آن شدند که پس از تایید مشکل توسط دانشجویان و مشاهدات از بالین، سعی بر رفع مشکلات موجود و یا دست کم کاهش این مشکلات نمایند. الگوی یادگیری که بتواند در زمینه فرهنگی ما، پاسخگوی مشکلات احساس شده توسط محققین باشد، "الگوی خودارتنقایی مدیریت مراقبت پرستاری" است که حاصل مطالعه پایه توسط براز و همکاران است (۸). این الگو ویژگی‌هایی دارد که می‌تواند برای مشکلات موجود در محیط آموزش بالینی که پیش از این ذکر شد مفید واقع شود. از جمله اینکه این الگو مبتنی بر فرهنگ و زمینه ایران بوده، بر پایه دانشجو-محوری بنا شده است و برخلاف اکثر مدل‌های یادگیری موجود در آموزش و یادگیری پرستاری، بیشتر مفاهیم این مدل سایکولوژیک هستند که کمتر در سایر مدل‌های یادگیری موجود به آنها اشاره شده است. بدین صورت که برای خودارتنقایی دانشجویان عرصه در مدیریت مراقبت پرستاری، علاوه بر نیاز به مفاهیم موجود در مدل‌های خودتنظیم مانند ایمنی و امنیت، تعلق‌پذیری، انگیزش و خودکارآمدی، لازم است ارزش‌نفس (خودارزش‌دهی)، مسئولیت‌پذیری و ارتباطات پویا نیز مورد توجه قرار گیرد تا دانشجویان بتوانند مسیر خودارتنقایی را به سلامت طی کنند. بنابراین سوال این است که چگونه بکارگیری یک الگوی آموزش بالینی می‌تواند موجب همکاری سرپرستاران و پرستاران بالین در راستای ایجاد محیط بالینی اثر بخش شود؟

● **هدف تغییر:** ایجاد محیط بالینی اثربخش (مشارکت هر چه بیشتر پرسنل بالینی) در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری عرصه

● **مراحل اجرای برنامه به تفکیک:**

- آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. به مربیان پرستاری، پرسنل پرستاری شامل ناظرین آموزشی بخش‌های درگیر (شامل ۴ بخش داخلی و جراحی مردان و زنان) ابتدا در مورد فرآیند پرستاری و نحوه بکارگیری آن آموزش داده شد. سپس در مورد الگوی خود ارتقایی که براساس ارتباطات پویا و نحوه تأمین ایمنی و امنیت در محیط آموزشی بود آموزش‌هایی به این افراد ارائه شد. فرآیند کار به شرح ذیل است:

پس از مصاحبه با مربیان و دانشجویان و تایید مشکل احساس شده که همانا نقص در یادگیری مدیریت مراقبت پرستاری بود، طی جلسات برگزار شده با مربیان و سوپروایزر بالینی بیمارستان و مصاحبه و مشاهده مکرر، ۲ سیکل تغییر شامل سیکل "توانمندسازی پرسنل بخش در تقسیم کار کیس متد" و سیکل "توانمندسازی پرستاران برای مشارکت در آموزش دانشجویان و ایجاد محیط آموزشی" به شرح جداول ذیل طراحی شده و مورد تایید مربیان، سوپروایزر آموزشی بیمارستان و سرپرستاران بخش‌های درگیر قرار گرفت.

همانطور که در بیان مشکل ذکر شد، اجرای مدیریت مراقبت پرستاری نیازمند بکارگیری فرآیند پرستاری است. برای اینکه دانشجویان بتوانند بخوبی فرآیند را اجرا کرده و مراقبت کل نگر را برای بیمار اجرا نمایند نیاز بود که در ابتدا اولین گام فرآیند پرستاری یعنی بررسی و شناخت به پرسنل پرستاری نیز آموزش داده شود تا دانشجویان بتوانند در مواقع مورد نیاز به پرستار مربوطه مراجعه نمایند. بنابراین اولین گام برای اجرای این سیکل، آموزش بررسی و شناخت بیمار و بیان اهمیت آن در ارائه یک مراقبت صحیح از بیمار بود که به شرح ذیل طراحی و اجرا شد.

طراحی برنامه ۱: طراحی برنامه عملکردی (Action Plan) "آشناسازی پرسنل پرستاری با نحوه بررسی و شناخت بیمار" در سیکل توانمندسازی پرسنل بخش در تقسیم کار کیس متد

مشارکت کنندگان	برنامه عملکردی
سرپرستاران، رابطین آموزشی، محققین، مربیان	- طراحی برنامه محتوای آموزشی درون بخشی در خصوص نحوه تقسیم کار موردی برای دانشجویان با در نظر گرفتن واحد درسی و توانمندی هر دانشجو - طراحی برنامه نظارت بر اجرای صحیح تقسیم کار موردی برای دانشجویان عرصه توسط مربیان بصورت مشاهده تقسیم کار توسط پرسنل - طراحی روشهای ارائه بازخورد بصورت ارائه توضیحات توسط مربی به سرپرستاران و رابطین آموزشی بخشها در خصوص دادن حداکثر ۳ بیمار مرتبط با واحد درسی بر حسب توانایی دانشجو

فعالیت شماره ۱: فعالیتها در برگزاری "کارگاه آشناسازی پرسنل با نحوه بررسی و شناخت بیمار/ آشنایی با مفهوم مراقبت پرستاری" در سیکل بهسازی بخش برای ارائه مراقبت کیس متد

فعالیتها	گروه درگیر
برگزاری کارگاه درخواست از مربیان و رابطین آموزشی برای مشاهده نحوه بررسی و شناخت پرستاران ارائه بازخورد و اصلاح درک پرستاران توسط مربیان و رابطین آموزشی از طریق گفتگو و بحث در خصوص نحوه بررسی و شناخت بیماران توسط جلسات غیر رسمی درون بخشی	محققین، مربیان، پرسنل پرستاری، رابطین آموزشی

در مدل خودارتنقایی مدیریت مراقبت پرستاری، بیان شده بود که دادن بیمار به دانشجو باید براساس توانمندی دانشجو و همچنین میزان مراقبت لازم برای هر بیمار باشد. یعنی ممکن است به دانشجویی ۱ بیمار و به دانشجویی دیگر ۳ بیمار داده شود. از آنجا که تخصیص بیمار به هر دانشجو توسط مسئول بخش انجام می‌شد و در مواردی مشاهده می‌شد که از دانشجویان فقط برای انجام مراقبت‌های معمول مانند کنترل علائم حیاتی و دارو دادن بدون شناخت بیمار استفاده می‌شد، طراحی برنامه دوم به منظور رفع این مشکل انجام شد. برنامه دوم شامل آموزش به پرسنل پرستاری بخشها در خصوص نحوه تخصیص کیس به دانشجویان براساس واحد درسی و توانمندی هر دانشجو بود که به شرح ذیل طراحی و اجرا شد.

طراحی برنامه ۲: طراحی برنامه عملکردی (Action Plan) "تقسیم کار موردی برای دانشجویان با توجه به واحد درسی و مهارت‌های آنان" در سیکل توانمندسازی پرسنل پرستاری برای ارائه مراقبت کیس متد

مشارکت کنندگان	برنامه عملکردی
سرپرستاران، رابطین آموزشی، محققین، مربیان	- طراحی برنامه محتوای آموزشی درون بخشی در خصوص نحوه تقسیم کار موردی برای دانشجویان با در نظر گرفتن واحد درسی و توانمندی هر دانشجو - طراحی برنامه نظارت بر اجرای صحیح تقسیم کار موردی برای دانشجویان عرصه توسط مربیان بصورت مشاهده تقسیم کار توسط پرسنل - طراحی روشهای ارائه بازخورد بصورت ارائه توضیحات توسط مربی به سرپرستاران و رابطین آموزشی بخش‌ها در خصوص دادن حداکثر ۳ بیمار مرتبط با واحد درسی بر حسب توانایی دانشجو

فعالیت ۲: فعالیت‌ها در "تقسیم کار موردی برای دانشجویان با توجه به واحد درسی و مهارت‌های آنان" در سیکل بهسازی بخش برای ارائه مراقبت کیس متد

فعالیت‌ها	گروه درگیر
- برگزاری جلسات درون بخشی برای آموزش به پرسنل پرستاری در خصوص نحوه تقسیم کار موردی دانشجویان در خصوص دادن ۱-۳ بیمار مبتلا به بیماری‌های داخلی- جراحی منطبق با واحد درسی دانشجویان - درخواست از مربیان برای مشاهده و گزارش نحوه تقسیم کار موردی دانشجویان - انجام مصاحبه با دانشجویان و پرسنل پرستاری در خصوص نحوه تقسیم کار موردی دانشجویان - درخواست از مربیان برای اصلاح نحوه تقسیم کار موردی دانشجویان و ارائه توضیحات به سرپرستاران و رابطین آموزشی بخش‌ها در خصوص دادن حداکثر ۳ بیمار مرتبط با واحد درسی بر حسب توانایی دانشجو	محقق، سرپرستار، رابطین آموزشی، مربیان، پرسنل پرستاری

سیکل دوم شامل "توانمندسازی پرستاران برای مشارکت در آموزش دانشجویان و ایجاد محیط آموزشی" بود. از آنجا که سرپرستار هر بخش، مدیریت فعالیتهای آموزشی بخش را عهده دار است، نیاز بود که در ابتدا برای اطلاع رسانی در خصوص تغییرات در روند کاری بخش‌ها در خصوص آموزش بالینی دانشجویان، یک جلسه آشنایی برای سرپرستاران و رابطین آموزشی ۴ بخش داخلی و جراحی زنان و مردان، با مفهوم مراقبت پرستاری، فرآیند پرستاری و مدل خودارتنمایی برگزار گردد. همچنین از آنجا که ارتباطات پویا یکی از ارکان مهم این مدل می‌باشد، باید نحوه تعاملات صحیح بین پرسنل و دانشجویان در طی جلسات درون گروهی توسط مربیان درگیر در فعالیت، آموزش داده می‌شد. برای آموزشی شدن بخش‌ها، نیاز بود که نحوه تعاملات مربیان با پرسنل پرستاری برای بکارگیری دانش و تجربیات پرستاران در امر آموزش بالینی به دانشجویان پرستاری عرصه به مربیان آموزش داده شود. بدین منظور با مشارکت مربیان، سوپروایزر آموزشی بیمارستان و محققین، برنامه‌های زیر طراحی و اجرا شد.



طراحی ۱: طراحی برنامه عملکردی (Action Plan) "طراحی کارگاه آشناسازی سرپرستاران و رابطین آموزشی بخش‌ها با مدل خودارتنقایی مدیریت مراقبت پرستاری" در سیکل توانمندسازی پرستاران برای مشارکت در آموزش دانشجویان و ایجاد محیط آموزشی

مشارکت کنندگان	برنامه عملکردی
محققین، سوپروایزر آموزشی بیمارستان	- طراحی برنامه جلسه و محتوای مورد نیاز در خصوص مفهوم مراقبت پرستاری، فرآیند پرستاری و مدل خودارتنقایی - طراحی برنامه هماهنگی با دفتر پرستاری بیمارستان برای برگزاری جلسه با پرسنل پرستاری - طراحی روش ارزشیابی کارگاه توسط مشاهده و مصاحبه با دانشجویان، مربیان و سرپرستاران

فعالیت ۱: فعالیت‌ها در "برگزاری کارگاه آشناسازی سرپرستاران و رابطین آموزشی بخش‌ها با مدل خودارتنقایی مدیریت مراقبت پرستاری" در سیکل توانمندسازی پرستاران درگیر در آموزش دانشجویان عرصه

فعالیت‌ها	گروه درگیر
- برگزاری کارگاه آشناسازی سرپرستاران و رابطین آموزشی بخش‌ها با مدل خودارتنقایی مدیریت مراقبت پرستاری - ارزشیابی کارگاه توسط مشاهده و مصاحبه با دانشجویان، مربیان و سرپرستاران	محقق، سوپروایزر آموزشی بیمارستان، پرسنل پرستاری، رابطین آموزشی

طراحی ۲: طراحی برنامه عملکردی (Action Plan) "آشناسازی درون‌بخشی پرسنل پرستاری بخش‌ها با نحوه برقراری ارتباط صحیح با دانشجویان" در سیکل توانمندسازی پرستاران برای مشارکت در آموزش دانشجویان و ایجاد محیط آموزشی

مشارکت کنندگان	برنامه عملکردی
محققین، مربیان، سوپروایزر آموزشی بیمارستان، سرپرستاران	- طراحی برنامه و محتوای مورد نیاز پرسنل پرستاری در خصوص نحوه برقراری ارتباط با دانشجویان عرصه بصورت بحث رو در رو و ارائه پمفلت آموزشی - طراحی برنامه هماهنگی با سرپرستار هر بخش برای برگزاری جلسه درون‌بخشی با رابطین آموزشی و سرپرستاران و ارائه پمفلت آموزشی به رابط هر بخش توسط مربیان و محقق - طراحی روش ارائه بازخورد به پرسنل پرستاری توسط مشاهده و مصاحبه با دانشجویان، مربیان و پرستارا

فعالیت ۲: فعالیت‌ها در "آشناسازی درون‌بخشی پرسنل پرستاری بخش‌ها با نحوه برقراری ارتباط صحیح با دانشجویان" در سیکل توانمندسازی پرستاران برای مشارکت در آموزش دانشجویان و ایجاد محیط آموزشی

گروه درگیر	فعالیت‌ها
محقق، مربیان، سرپرستاران بخش‌های درگیر، رابطین آموزشی بخش‌ها	- تدوین اولیه پمفلت آموزشی در خصوص نحوه ارتباطات پرستاران با دانشجویان - عرصه و ارسال آن به استاد راهنما جهت تایید و اصلاح موارد - ارسال پمفلت برای مربیان توسط تلگرام - ارائه نکات آموزشی به سرپرستاران و رابطین آموزشی بخش‌ها در خصوص ارتباطات صحیح با دانشجویان عرصه توسط محقق و با کمک مربیان / ارائه پمفلت آموزشی به بخش‌ها - درخواست از مربیان برای ارائه آموزش‌های فردی در خصوص نحوه ارتباط با دانشجویان عرصه، به پرسنل پرستاری در مواقع مناسب - مشاهده و مصاحبه با دانشجویان و پرستاران بخش‌های درگیر به منظور بررسی نحوه ارتباطات پرسنل با دانشجویان - ارائه بازخورد به رابطین آموزشی در خصوص نحوه ارتباطات پرسنل پرستاری با دانشجویان

طراحی ۳: طراحی برنامه عملکردی (Action Plan) "نحوه تعاملات بین مربیان و پرسنل پرستاری با هدف اجرای مدل خودارتنقایی مدیریت مراقبت پرستاری" در سیکل توانمندسازی پرستاران برای مشارکت در آموزش دانشجویان و ایجاد محیط آموزشی

مشارکت کنندگان	برنامه عملکردی
محققین، مربیان، سرپرستاران، رابطین آموزشی، سوپروایزر آموزشی	- طراحی برنامه نحوه تعاملات مؤثر مربیان با پرسنل پرستاری - طراحی برنامه جلسات غیررسمی اصلاح درک مربیان از مطالب ارائه شده بصورت بحث و گفتگو - طراحی روش ارائه بازخورد به مربیان توسط بحث و گفتگوی غیررسمی

فعالیت ۳: فعالیت‌ها در "نحوه تعاملات بین مربیان و پرسنل پرستاری با هدف اجرای مدل خودارتنقایی مدیریت مراقبت پرستاری" در سیکل توانمندسازی پرستاران برای مشارکت در آموزش دانشجویان و ایجاد محیط آموزشی

فعالیت‌ها	گروه درگیر
- مطالعه متون در خصوص راهکارهای ارتباطی مؤثر مربیان با پرسنل پرستاری برای افزایش همکاری پرستاران در اجرای مدل - به اشتراک گذاشتن راهکارهای ارتباطی مبتنی بر متون با مربیان و تصحیح برنامه ارتباطی مربیان با پرستاران - ارائه دستورالعمل ارتباطی بصورت مکتوب به مربیان مانند حضور بیشتر در بخش‌ها- همراهی دانشجو- در میان گذاشتن برنامه روزانه با پرستار مربوطه- تشویق کلامی/ تقدیر از پرستاران- برقراری ارتباط هدفمند، غیررسمی و دوستانه با پرستاران و.... - مشاهده و مصاحبه با پرستاران و مربیان و ارائه بازخورد به مربیان توسط بحث و گفتگوی فردی (نظارت و بازخورد)	محققین، مربیان، پرسنل پرستاری، رابطین آموزشی

- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. با توجه به اینکه پرستاران این بیمارستان موظف به گذراندن دوره‌های آموزشی تعیین شده توسط دفتر پرستاری بودند، مقرر شد که طی هماهنگی‌های صورت گرفته با مسئول آموزش بیمارستان و همچنین مدیر پرستاری، برای تشویق حضور پرستاران در این کارگاه‌ها، گواهی توسط آموزش بیمارستان صادر شود.

- آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان تغییر نمود؟ چگونه؟ خیر

- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید. خیر

- نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید. با حضور مداوم تیم تحقیق در بخش‌های بالینی درگیر و همچنین مصاحبه‌های انفرادی و گروهی مداوم با دانشجویان و یادداشت در عرصه، بر اجرای برنامه‌های تغییر، نظارت شده و در موارد نیاز، برنامه‌های تغییر، اصلاح و بازبینی می‌شد(انعکاس).

برای دریافت بازخورد اجرای این فرآیند در بخش‌های درگیر، از رابطین آموزشی بیمارستان و همچنین مربیان که قبلاً آموزش‌های لازم در این خصوص را دریافت کرده بودند استفاده شد. بدین صورت که مقرر گردید مواردی که پرستاران بررسی و شناخت را انجام ندهند و یا راهنمایی مناسبی را در این خصوص برای دانشجویان ارائه نکنند، مربیان و رابطین با ارتباطات غیر رسمی موارد مورد نیاز را آموزش داده و سعی بر اجرای صحیح آن داشته باشند. همچنین مربیان در حین برگزاری جلسات غیررسمی درون بخش برای آموزش دانشجویان، پرستاران را نیز مشارکت دهند تا هم ارتباطات بین دانشجویان و پرستاران بهبود یابد و هم آموزش غیر مستقیم برای پرستاران بخش‌ها فراهم شود.

برخی از انعکاسهای ارائه شده در حین اجرای سیکل "توانمندسازی پرسنل پرستاری برای ارائه مراقبت کیس متد" در جدول زیر بیان شده است:

انعکاس	اجرا
اختصاص بیمار به هر دانشجوی ارائه مراقبت کیس متد	تقسیم دانشجویان بین پرستاران برای مراقبت فانکشنال
دادن ۱ تا ۳ بیمار به دانشجو براساس توانمندی و واحد درسی	دادن ۳ بیمار به هر دانشجو
همکاری با تمامی پرسنل پرستاری در ارائه مراقبت به بیماران تیمی	عدم همکاری دانشجو در ارائه مراقبت به پرستاران بخش
مراجعه دانشجو به مربی و پرستار برای رفع ابهامات در بررسی و شناخت بیمار	مراجعه دانشجو برای رفع اشکالات بررسی و شناخت بیمار صرفاً به مربی

برخی از انعکاسهای ارائه شده در حین اجرای سیکل "توانمندسازی پرستاران برای مشارکت در آموزش دانشجویان و ایجاد محیط آموزشی" در جدول زیر بیان شده است:

انعکاس	اجرا
مشارکت سرپرستاران در دادن کیس به دانشجویان عرصه	نظارت سرپرستاران بر کیس‌های داده شده به دانشجویان عرصه
درمیان گذاشتن برنامه روزانه دانشجویان با پرستاران بخش‌ها و درگیر کردن آنها در آموزش	طراحی و اجرای برنامه روزانه دانشجویان توسط مربیان
تقدیر از پرستاران در حضور دانشجویان	بیان نکات مراقبتی مثبت پرستاران در حضور دانشجویان
ارتباطات غیر رسمی و دوستانه با پرستاران	ارتباط رسمی با پرسنل پرستاری

- نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید. ارزشیابی نهایی توسط مصاحبه فردی، فوکوس گروپ و یادداشت در عرصه و مقایسه آن با قبل از تغییر صورت گرفت. مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر بصورت چهره به چهره با ۱۰ دانشجوی پرستاری عرصه در ترم آخر، ۵ پرستار و ۳ مربی درگیر در پژوهش در اتاق استراحت کارکنان در بخش‌های بیمارستان مرکزی شرکت نفت تهران انجام شد. نتایج نشان داد که از نظر دانشجویان، انجام مراقبت در این محیط باعث ایجاد "حس پرستار شدن" در آنها شده است. یعنی با انجام مراقبت کل نگر از بیمار در چنین محیطی، خود را آماده پذیرش نقش یک پرستار حرفه‌ای در بخش می‌دانند. از نظر پرسنل پرستاری، در این شیوه افزایش مسئولیت پذیری دانشجویان و بهبود برقراری ارتباط در دانشجویان ایجاد شد. از نظر مربیان نیز مسئولیت پذیری دانشجو و علاقمندی آنان به مراقبت و در کل نسبت به حرف پرستاری افزایش یافته است.

- برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید. ارتباط مؤثر بین پرستاران و مربیان پرستاری و درگیر کردن پرستاران در آموزش دانشجویان باعث افزایش کیفیت مراقبت و انجام مراقبت استاندارد از طریق کاربرد فرآیند پرستاری شد که این امر باعث ایجاد اطمینان در پرستاران گردید. همچنین به دلیل ایجاد درک صحیح در مربیان در خصوص اهمیت درگیر کردن پرستاران در آموزش بالینی، کمک گرفتن از آنان برای آموزش به دانشجویان عرصه، و توجه بر ارائه مراقبت کیس متد براساس توانمندی هر دانشجو، تغییرات ایجاد شده در محیط تداوم دارد. در عین حال، بررسی مداوم عملکرد پرسنل پرستاری و در صورت نیاز، برگزاری مجدد برخی از کارگاه‌ها در فواصل زمانی متغیر برای افراد



درگیر، در استمرار اجرای این مدل مؤثر است. البته اجرای این مدل همچنان ادامه دارد.

– مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟

– مقاومت پرستاران در خصوص مراقبت کیس متد توسط دانشجویان و درخواست از آنان برای همکاری در انجام پروسیجرها

راهکار: درخواست از دانشجویان برای مشارکت در مراقبت همگام با پرستاران در کنار مراقبت کیس متد- آموزش فردی غیررسمی به پرستاران توسط مربیان در خصوص هدف از آموزش بالینی.

• نتایج برنامه تغییر:

ارزشیابی اجرا و انعکاس سیکل "توانمندسازی پرسنل پرستاری برای ارائه مراقبت کیس متد"

- پاسخدهی بیشتر پرسنل پرستاری به سوالات دانشجو در خصوص بیمار
 - بهبود ارتباطات بین پرستاران و دانشجویان
 - هدفمند شدن و یکسان نبودن کارورزی‌ها از نظر دانشجویان (گرفتن بیمار منطبق با واحد درسی)
 - همکاری بیشتر پرسنل پرستاری برای عدم استفاده از دانشجو برای انجام اعمال غیرمراقبتی بخش
- ##### ارزشیابی اجرا و انعکاس سیکل "توانمندسازی پرستاران برای مشارکت در آموزش دانشجویان و ایجاد محیط آموزشی"

- انعطاف پذیری پرسنل پرستاران و خصوصاً سرپرستاران در مورد نحوه فعالیت مراقبتی ارائه شده توسط دانشجویان
- افزایش اعتماد پرسنل پرستاری به دانشجویان و بالعکس
- درگیر شدن بیشتر پرسنل پرستاری در امر آموزش به دانشجویان و توجه بیشتر به نکات مراقبتی در امر مراقبت از بیمار و خانواده
- ایجاد محیط آموزشی در بخش بطوریکه پرسنل براساس استاندارد مراقبتی (فرایند پرستاری)، مراقبت را بعهده داشتند
- برقراری ارتباط مؤثر بین مربیان پرستاری و پرسنل پرستاری در زمینه مراقبت از بیمار و آموزش به دانشجویان پرستاری

• درس‌های آموخته شده:

- مشارکت پرستاران، محیط بالینی را تبدیل به یک محیط آموزشی مناسب برای یادگیری بالینی مراقبت کل نگر برای دانشجویان پرستاری می کند.
- آموزش بالینی مبتنی بر الگو توسط مربیان، نقش پرستاران و سرپرستاران را بجای ناظر بر یادگیری بالینی دانشجویان، به افراد فعال در یادگیری بالینی دانشجویان تبدیل می کند.
- پی بردن به اهمیت ارتباطات پویا در ایجاد یادگیری بهتر در دانشجویان پرستاری عرصه
- انجام مراقبت کیس متد، راهی برای یادگیری مدیریت مراقبت پرستاری
- اجرای مدل خودارتنقایی مدیریت مراقبت پرستاری راهی برای برقراری ارتباط اثربخش با پرسنل پرستاری همکاری مربی پرستاری با پرسنل بخش در زمینه‌های مختلف مراقبتی و آموزشی و مدد رسانی می تواند باعث ارتقای یادگیری مدیریت مراقبت در دانشجویان عرصه شود.

ارتقای توانمندی پرستاران بخش اورژانس در بکارگیری دستگاه مانیتور به کمک انجام یک مطالعه ی اقدام پژوهی کوچک

■ شیما صفازاده؛ دانشجوی دوره ی دکترای پرستاری و سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

- **مشخصات محیط وقوع تجربه:** مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س) (فوق تخصصی)، دارای ۷۵۰ تخت و ۲۵۰۰ نفر نیروی انسانی
- رده های نیروی انسانی: نیروهای انسانی در بخش های پشتیبانی و درمانی مشغول به فعالیت هستند. در بخش های درمانی کادر پرستاری شامل پرستاران کارشناس ارشد، کارشناس، بهیاران و کمک بهیاران می باشد
- مدت اجرای اعتبار بخشی: شروع از سال ۱۳۹۱

- **شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار):** بخش اورژانس شامل هشت قسمت (وارد (تریاژ، اورژانس یک، دو و سه، اورژانس اطفال، ICU اورژانس، CPU و وارد داخلی جراحی می باشد. آموزش پرستاران در این بخش همانند سایر بخش ها تحت نظر سوپروایزر آموزشی مرکز می باشد. این آموزش ها از طریق آموزش های مداوم، ضمن خدمت و آموزش های درون بخشی بود. از مهرماه سال ۹۶ و براساس تصمیم گیری مدیر خدمات پرستاری جهت اورژانس یک سوپروایزر آموزشی جداگانه در نظر گرفته شد تا پاسخگوی نیازهای آموزشی پرستاران این بخش باشد. تعداد پرستاران و بهیاران شاغل در اورژانس به صورت زیر می باشد.

بخش	تعداد پرستار و بهیار
ICU اورژانس	۱۵
اورژانس اطفال	۶
وارد داخلی و جراحی	۳۴
تعداد کل	۱۴۱

بخش	تعداد پرستار و بهیار
تریاز	۶
اورژانس یک	۱۲
اورژانس دو	۲۵
اورژانس سه	۳۲
CPU	۱۱

تعداد افراد شاغل ذکر شده در جدول فوق به صورت ثابت نبوده و در هر وارد بین حداقل یک نفر و حداکثر ۳ نفر در ماه های مختلف متغیر می باشد. به عنوان مثال در مهر ماه، اورژانس سه دارای ۳۴ پرستار و در ماه آبان دارای ۳۳ پرستار بوده است. ارتباط آموزشی پرستاران این بخش با سه سوپروایزر آموزشی مرکز از طریق رابطین آموزشی بود. هر مسئول وارد رابط آموزشی بخش خود نیز بود که نتایج جلسات رابطین آموزشی را به اطلاع سایر همکاران رسانده و آموزش های درون بخشی را هماهنگ می نمود. معمولاً آموزش های درون بخشی به صورت ماهیانه و در محیط اورژانس یا اتاق ناهارخوری اورژانس برگزار می گردید. به عنوان مثال در شش ماه ی اول سال ۹۶ موضوعاتی مانند نحوه ی گرفتن کشت خون استاندارد، نحوه ی کار با دستگاه ونتیلاتور ۷۶۰ و نحوه ی تزریق خون ایمن از عناوین آموزش های درون بخشی بودند. اثربخشی این آموزش از طریق برگزاری پیش آزمون و پس آزمون بررسی نمی شدند و مستندات موجود فقط صورت جلسه ی حضور در کلاس بود. ۱۴ نفر از پرستاران بخش اورژانس نیز به عنوان افراد خبره از طرف سرپرستار بخش اورژانس معرفی شده بودند که در واردهای مختلف مشغول به فعالیت بوده و در صورت وجود مشکل آموزشی، پرستاران بخش از آنها کمک می گرفتند.

نیازسنجی سالیانه بخش اورژانس در سال ۹۶ با مشارکت ۱۲۵ پرستار به شرح زیر اولویت بندی شده است:

ردیف	عنوان	تعداد	درصد
۱	دی سی شوک، مانیتور و انفوزیون پمپ	۱۱۸	۹۴/۴
۲	نحوه ی محاسبات دارویی	۱۱۵	۹۲
۳	مراقبت از اکسس و پرموکت	۱۱۴	۹۱/۲
۴	مراقبت از تراکشن	۴۶	۳۶/۸
۵	آموزش تزریق انسولین قلمی و کلگزان	۹	۷/۲

همچنین نتایج بازدید مدیریتی انجام شده در شهریور ماه ۹۶ از بخش اورژانس موید آن بود که لازم است براساس اولویت بندی های موجود و نیازسنجی های انجام شده آموزش پرستاران به صورت جدی و اثربخش ادامه یابد. یکی از اولویت های آموزشی این بخش براساس نیازسنجی و یادداشت برداری های در عرصه و مصاحبه های انجام شده با پرستاران، آموزش کار با تجهیزات پزشکی بود. به همین منظور در تنظیم برنامه ی آموزشی بخش اورژانس، آموزش نحوه ی کار با تجهیزات پزشکی در اولویت قرار گرفت. از آنجا که آموزش کار با دستگاه دی سی شوک در نیمه ی اول سال ۹۶ آغاز شده بود و در مرحله ی برگزاری آزمون بود، لذا آموزش کار با دستگاه مانیتور آغاز گردید. پیش از شروع به آموزش نیاز بود تا افراد صاحب فرآیند و فرآیندهای آموزشی به صورت واضح مشخص شوند.

● **هدف تغییر:** هدف کلی: ارتقای توانمندی پرستاران بخش اورژانس از طریق تغییر فرآیندهای آموزشی با مشارکت صاحبان فرآیند

هدف جزئی: ارتقای توانمندی پرستاران بخش اورژانس در بکارگیری دستگاه مانیتور در زمان ارایه ی مراقبت به بیمار.

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

- آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. آموزش ۱۴۰ پرستار از ۱۵۶ پرستار شاغل در بخش اورژانس در خصوص نحوه ی استفاده از دستگاه مانیتور انجام شد. آموزش ها به صورت فردی و گروهی در بخش اورژانس ارایه گردید.

- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید.

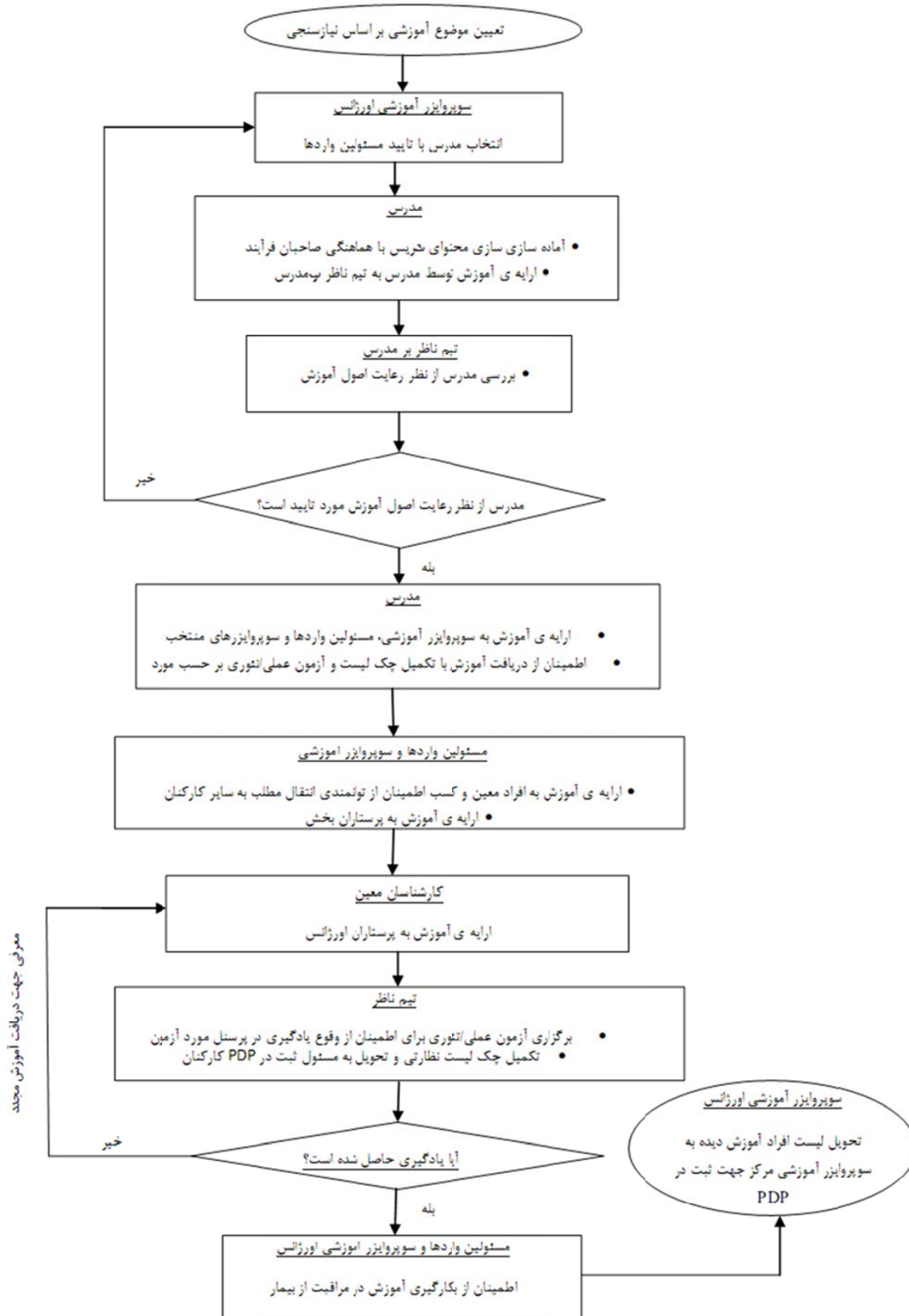
استفاده از اقدام پژوهی مشارکتی برای ایجاد تغییر شامل مراحل برنامه ریزی، سازماندهی، اجرا و ارزیابی در بخش اورژانس مراحل اجرای تغییر به صورت زیر بود:

۱. حضور در بخش و انجام مشاهده و مصاحبه با پرستاران
۲. بررسی مستندات موجود مانند نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و نیازسنجی های بخش
۳. جلسه با مسئولین واردها برای ترسیم فرآیند فعلی آموزش در بخش اورژانس و یافتن راهکارهایی برای تغییر
۴. تدوین فرآیند آموزش در بخش
۵. شناسایی پرستاران با انگیزه و علاقمند جهت انتخاب به عنوان پرستاران معین آموزش
۶. انتخاب موضوع آموزش (آموزش کار با دستگاه مانیتور)
۷. تنظیم طرح درس، راهنمای عملی کار با دستگاه مانیتور



مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)

فرآیند آموزش کارکنان در بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)



۸. اجرای آموزش به صورت ارایه ی آموزش های فردی و گروهی (تعداد افراد هر گروه حداکثر شش نفر) در بخش اورژانس

جدول تعداد و درصد کارکنان آموزش دیده برای کار با دستگاه مانیتور به تفکیک بخش های مختلف اورژانس

بخش	تعداد پرستار و بهیار	تعداد کارکنان آموزش دیده	درصد کارکنان آموزش دیده
سوپروایزرهای اورژانس	۱۲	۸	۶۶/۶
تریاز	۸	۵	۶۲/۵
اورژانس یک (بدون تیم احیا)	۱۲	۱۱	۹۱/۶۶
اورژانس دو	۲۷	۲۵	۹۲/۵
اورژانس سه	۳۳	۳۳	۱۰۰
CPU	۱۱	۱۰	۹۰/۹
ICU اورژانس	۱۵	۱۵	۱۰۰
اورژانس اطفال	۶	۶	۱۰۰
وارد داخلی و جراحی	۳۲	۲۷	۸۴/۳
جمع کل	۱۵۶	۱۴۰	۸۹/۷

- آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان تغییر نمود؟ چگونه؟ فرآیندهای پیشین ساختارمند و براساس فرآیند تدوین شده ی جدید تلاش شد تا آموزش ها مؤثرتر باشد..

- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید.

۱. همکاری با سوپروایزرهای آموزشی مرکز برای تدوین فرآیندهای آموزشی اورژانس و قرار دادن چک لیست مهارتی

در آزمون های مهارتی مرکز جهت محاسبه در آموزش های سالیانه پرستاران

۲. همکاری با کارشناس اعتباربخشی اورژانس و کارشناس هماهنگ کننده ی ایمنی بیمار جهت شناخت های

نیازهای آموزشی و اثرات آنها بر استانداردهای اعتباربخشی و ایمنی بیمار

۳. هماهنگی با کارشناس بهبود کیفیت مرکز جهت تنظیم برنامه ی عملیانی

۴. هماهنگی با کارشناس تجهیزات پزشکی جهت آشنایی با انواع مدل های دستگاه مانیتور موجود در بخش اورژانس

و دریافت فایل های مرتبط با آموزش دستگاه های مانیتور

- نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید. نظارت بر حسن

اجرای برنامه از طریق سوپروایزر آموزشی و سوپروایزرهای اجرایی انجام شد. همچنین کارشناس ایمنی بیمار نیز بر روند اجرای کار نظارت داشتند.

- نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید. ارزشیابی برنامه از طریق انجام مصاحبه، یادداشت برداری در عرصه، تکمیل چک لیست مهارتی و چک لیست بازدید میدانی ایمنی بیمار بود. چک لیست مهارتی به صورت زیر تدوین گردید:

نام و نام خانوادگی:..... بخش :..... تاریخ ارزشیابی :.....

عنوان	می تواند	نمی تواند
(۱) می تواند دستگاه را روشن کند.		
(۲) می تواند کابل های NIBP و ECG و SPO2 را در جای صحیح و به درستی وصل کند.		
(۳) می تواند موارد کاربرد ۵ عدد از دکمه های روی دستگاه جهت دسترسی سریع را بیان کند. (برای کسب نمره باید به سه مورد اشاره کند)		
(۴) می تواند بهترین لید را برای کنترل وضعیت قلبی بیمار انتخاب کند.		
(۵) در یک بیمار چاق می تواند ارتفاع امواج ECG را با توجه به وضعیت مریض تنظیم کند.		
(۶) اگر کابل های ECG قطع و دارای اشکال باشد، از طریق دیگری می تواند HR بیمار را نشان دهد.		
(۷) در بیمار مبتلا به سکتة ی قلبی/ بیمار بی قرار، حساسیت دستگاه را برای یافتن امواج ECG افزایش یا کاهش می دهد.		
(۸) می تواند حد بالای سیستول را بر روی عدد ۱۴۵ تنظیم کند.		
(۹) می تواند سریعاً یک فشار خون از بیمار کنترل نماید.		
(۱۰) می تواند دستگاه را به نوعی تنظیم کند تا فشار خون بیمار هر ۱۵ دقیقه یکبار کنترل شود.		
(۱۱) می تواند SPO2 بیمار ترومایی که اندام های انتهایی وی سرد است را روی دستگاه نشان دهد.		
(۱۲) می تواند محدوده ی SPO2 را در مقدار درخواست شده (مثلاً ۸۶-۹۸٪) تنظیم کند.		
(۱۳) می تواند بهترین لید را برای کنترل تنفس بیمار انتخاب کند.		
(۱۴) می تواند ارتفاع موج تنفس را متناسب با بیمار تنظیم کند.		
(۱۵) می تواند حد Apnea را روی عدد مناسب تنظیم کند (۱۰ ثانیه مناسب ترین حد است).		
(۱۶) می تواند فشارهای پیشین بیمار را به شما نشان دهد.		
(۱۷) می تواند تعداد ضربان قلب، SPO2 و تعداد تنفس های قبلی بیمار را به شما نشان دهد.		
(۱۸) اگر بیمار دارای آریتمی باشد، می تواند کمپلکس های QRS را برای نشان دادن به همکار دیگر متوقف کند.		
(۱۹) می تواند تمام آلارم های دستگاه را در یک زمان غیر فعال کند.		
(۲۰) می تواند چیدمان پنجره های دستگاه را به دلخواه خود تغییر دهد.		
(۲۱) می تواند مانیتور را به گونه ای تنظیم کند تا نوار ECG بیمار را با سه لید یا ۵ لید کنترل کند.		
(۲۲) با فعال کردن صدای آلارم می تواند علت را بیان و مشکل را برطرف نماید.		
(۲۳) می تواند نحوه ی خروج سریع از صفحه های دستگاه را نشان دهد.		
(۲۴) می تواند تفاوت بین چراغ قرمز رنگ و زرد رنگ را در زمان آلارم زدن توضیح دهد.		
(۲۵) می تواند بگوید که برای مراقبت بهتر از دستگاه چه کاری می توان انجام داد.		
نمره نهایی:		
ملاحظات:		

ارزیابی کننده:.....

ارزیابی پرستاران در مدت دو ماه نشان داد که میانگین نمره ی کار با دستگاه مانیتور براساس چک لیست مهارتی از ۱۲/۵ به ۲۰ افزایش یافته و براساس آزمون آماری تی وابسته اختلاف معنی دار بود ($P = ۰/۰۰۲$). مضامین حاصل از ۱۸ مصاحبه با پرستاران شامل خروج از منطقه ی آرامش، حرکت برای تغییر و استقرار ناپایدار بود.

– برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید.

۱. ایجاد انگیزه در پرستاران بدین صورت که هر پرستار می تواند یک آموزش دهنده باشد.
۲. کمک گرفتن از پرستاران کارشناس ارشد پرستاری
۳. همکاری سوپروایزرهای اجرایی در ارزیابی مداوم پرستاران در زمان ارایه ی خدمت به بیماران و کنترل عملکرد آنها در کار با دستگاه مانیتور

– مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟

تغییر دو نفر از مسئولین واردها: یکی از مسئول واردها به عنوان سوپروایزر اجرایی به همکاری با مرکز ادامه داد و دیگری از مرکز به بیمارستانی دیگر انتقال یافت. از آنجا که مسئولین واردهای جدید از خود بخش اورژانس بودند با فرآیندهای آموزشی جاری بخش آشنا بودند و فقط نیاز بود در جایگاه مسئول وارد با فعالیت های آموزشی خود آشنا شوند. تنوع در دستگاه های مانیتور واردهای مختلف: در این بخش چهار نوع مانیتور متفاوت وجود دارد. این مانیتورها از مدل های قدیمی تا جدید اگرچه دارای تفاوت های ظاهری می باشند اما از نظر عملکرد در نهایت به یک شکل عمل می کنند. این تنوع در وارد داخلی و جراحی بیشتر می باشد. لذا تلاش شد تا در آموزش پرستاران این بخش تمرکز بیشتری نموده و به عنوان تکلیف کار با مانیتورهای دیگر تعیین شد. تفاوت بین واردهای مختلف از نظر آموزش: بهترین مکان برای ارایه ی آموزش کار با دستگاه مانیتور وارد اورژانس یک بود. زیرا دارای محیط آرام تر در زمان کم بودن تعداد بیماران بود. وارد داخلی جراحی به عنوان شلوغ ترین بخش اورژانس بود که روند آموزش کارکنان را کند و از نظر آموزش هم مکان مناسبی نبود. همچنین مکان نصب مانیتورها فقط در اورژانس یک متناسب با قد پرستاران بود. در اورژانس سه و دو خصوصاً مکان نصب مانیتورها بالاتر بود و پرستاران پس از گذشت مدت زمانی از آموزش دچار گردن درد می شدند. لذا سعی می شد تا تمامی آموزش ها در محیط آرام بخش اورژانس یک انجام شود.

● نتایج برنامه تغییر:

- مشارکت و کار گروهی مسئولین واردها و پرستاران در برنامه های آموزشی بخش
- ایجاد انگیزه در پرستاران
- احساس توانمندی در کار با دستگاه مانیتور
- افزایش اعتماد به نفس پرستاران
- احساس بکارگیری عملی آموزش های تئوری در ارایه ی مراقبت به بیمار

● مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر:

- برخی از پرستاران همچنان علاقه ای برای شرکت در برنامه های آموزشی ندارند. در برنامه ی آموزشی کار با دستگاه مانیتور ۹/۶٪ از پرستاران شاغل حاضر به شرکت در این برنامه نشدند.

استفاده از سیستم HIS برای ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری در بخش ویژه قلبی

■ طاهره طولابی؛ دانشیار پرستاری، دانشکده پرستاری ومامایی خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ایران
■ ربابه معماریان؛ استادیار پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران
■ زهره ونکی؛ دانشیار پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

● **مشخصات محیط وقوع تجربه:** بیمارستان شهید آیت الله مدنی خرم آباد (فوق تخصصی)، دارای ۱۲ تخت و ۲۴ نفر نیروی انسانی

- رده های نیروی انسانی: ۱۵ پرستار کارشناس، ۴ پزشک متخصص و فوق تخصص، چهار نفر خدمه و یک منشی
- مدت اجرای اعتبار بخشی: ۲۷ ماه

● **شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار):** بطور کلی مشکلات شناسایی شده در بخش ویژه قلبی که نیاز به تغییر را الزامی نمودند در جدول زیر آمده است:

نمونه مشکلات در حیطه های مختلف

مشکلات	حیطه ها
ثبت گزارش پرستاری در سیستم اطلاعات بیمارستانی براساس چک لیست ۳۸٪ ۴۷۱۰	ثبت گزارش پرستاری در HIS
نداشتن تقسیم کار موردی (کیس متد) نداشتن نیروهای تخصصی CCU ضعیف بودن مراقبت پرستاری بر بالین بیمار (چک لیست ۴۴٪)	نیروی انسانی
کمبود کامپیوتر، نداشتن اکوی پرتابل، سرنگ پمپ، تخت سه شکن و تشک استاندارد، پایین بودن کیفیت تجهیزات مانند دی سی شوک، ونتیلاتور، مانیتور مرکزی و.... نداشتن فضای فیزیکی استاندارد و Post CCU	تجهیزات و فضای فیزیکی
پایین بودن سطح آگاهی بیمار و همراه، عدم اجرای برنامه آموزش به بیمار رضایتمندی بیمار (پرسشنامه ۴۴٪)	بیمار

● **هدف تغییر:** استفاده از سیستم HIS برای ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری در بخش ویژه قلبی

● **مراحل اجرای برنامه به تفکیک:**

با توجه به وجود سیستم HIS در بیمارستان و همکاری دفتر فناوری اطلاعات فرم های بررسی و شناخت فرم نیازهای آموزشی و فرم خلاصه ترخیص پرستاری، در این سیستم جایگزین شد و به مدت ۲۷ ماه به شرح زیر اجرا شد که برای سهولت کاربرد آنها توسط پرستاران موارد زیر طراحی و اجرا شد.

- تهیه و تدوین استانداردهای مراقبتی با تایید اساتید محترم دانشگاه‌های لرستان، تربیت مدرس، تهران و متخصصین بالینی قلب

- تهیه گزارش‌های آماده در رابطه با تشخیص‌ها و مراقبت‌های پرستاری، آموزش به بیمار و فرم نیاز سنجی آموزشی

- قرار دادن گزارش‌های آماده در سیستم توسط واحد IT بیمارستان و اجرای گزارش‌نویسی از طریق HIS به روش SOAPIE برای اولین بار در ایران؛ با مشارکت پرستاران و سوپر وایزرهای آموزشی و بالینی، آموزش چهره به چهره در شیفت‌های مختلف، ارزشیابی برنامه، گرفتن بازخورد از استفاده کنندگان، بازنگری در محتوا و انجام اصلاحات لازم و کنترل و نظارت مستمر

- اجرای آموزش به بیمار و تهیه و تکثیر خلاصه آموزش‌ها و تحویل به بیمار یا همراه و با نظارت و کنترل مدیران پرستاری - همکاری با سوپر وایزر آموزشی در برنامه‌ریزی و اجرای دوره‌های آموزش مداوم (جمعاً دارای ۶۴ امتیاز باز آموزی) براساس نیاز سنجی شامل گزارش پرستاری کاربردی به روش SOAPIE، تفسیر EKG و اداره تاکي آريتمی‌های خطرناک، MI, CHF، فارماکولوژی، آشنایی با تجهیزات بخش و CPR پیشرفته با همکاری متخصصین بالینی - تهیه فرم خلاصه ترخیص پرستاری و قرار دادن آن در HIS شامل داروهای گرفته شده در طی بستری، لیست داروها در منزل، آموزش‌های حین ترخیص در مورد رژیم غذایی و دارویی، فعالیت، زمان مراجعه، علائم حیاتی و وضعیت عمومی حین ترخیص و ...

- آموزش استفاده از گزارش‌های آماده در بخش قلب به منظور افزایش آگاهی پرستاران، اجرای مراقبت‌های استاندارد، آموزش به بیمار و ثبت صحیح و دقیق انجام شده.

- اجرای طرح کیس متد با همکاری وجدیت سرپرستار بخش که منجر به ارتباط بهتر پرستار با بیمار شده است و ثبت دقیق مراقبت‌های پرستاری، پیگیری، آموزش به بیمار و خلاصه ترخیص.

- تدوین قوانین و دستورالعمل‌های داخلی و تصویب آنها در جلسات گروه هدایت کننده با حضور رئیس و مدیران واحدهای مختلف بیمارستان

- آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. بله، با هماهنگی بیمارستان و با مشارکت سوپروایزر محترم آموزشی برای دوره‌هایی که از پرستاران نیاز سنجی شده بود، از طریق واحد آموزش مداوم دانشگاه و با همکاری متخصصین قلب، بیهوشی و مهندس تجهیزات پزشکی، برای دوره‌های گزارش پرستاری کاربردی به روش SOAPIE، تفسیر EKG و اداره تاکي آريتمی‌های خطرناک، MI, CHF، فارماکولوژی، آشنایی با تجهیزات بخش و CPR پیشرفته، ۶۴ امتیاز باز آموزی در راستای برنامه آموزشی در بیمارستان گرفته شد.

- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. بطور مکتوب خیر. اما عمدتاً در فرآیند بله همه پرستاران ویژه قلبی میبایست طبق چک لیست استانداردهای مراقبتی عملکرد پرستاران را نظارت نمایند و به آنها و موارد آنها را بکار ببرند.

سرپرستار و سوپروایزرها میبایست طبق چک لیست استانداردهای مراقبتی عملکرد پرستاران را نظارت نمایند و به آنها و سرپرستار بازخورد دهند.

- آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان تغییر نمود؟ چگونه؟ بله با تعامل بیشتر و بگونه‌ای که در بیمارستان واحد IT متناسب با استانداردهای پرستاری سیستم را تغییر داد.

- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید. بله موافقت کتبی معاون آموزشی دانشگاه و اعلام آمادگی کارکنان، مدیران بیمارستان جهت ایجاد تغییرات لازم و بهبود وضع موجود انجام شد.

همچنین با حوزه ریاست، IT، دفتر پرستاری، سوپروایزرهای آموزشی و بالینی، تجهیزات پزشکی، اداری مالی هماهنگی بعمل آمد.

- نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید.

براساس برنامه‌های عملیاتی (Action Plan) برنامه‌های تغییر توسط پژوهشگر، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار، رابط آموزشی براساس چک لیست پرستاران در بخش ویژه قلبی نظارت و کنترل می شدند.

- نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید. رضایت پرستاران از نحوه بکار گیری سیستم HIS در آموزش به بیمار، ارایه مراقبت‌های استاندارد براساس فرایند پرستاری و آموزش‌های نحوه ترخیص بیماران

- برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید. جلب مشارکت همه ذینفعان در تبیین مشکل، اولویت بندی، تعیین نیازهای تغییر، طراحی، اجرا و ارزشیابی؛ تغییر در سیستم پرستاری تداوم یافت و تثبیت شد. در حال حاضر در بعضی از بخش‌های دو بیمارستان شهر خرم آباد اجرا می شود بویژه قسمت آموزش به بیمار براساس فرآیند پرستاری همچنین از سال ۱۳۹۴ نیز در بیمارستان امام خمینی (ره) کوهدشت با اعمال تغییراتی در نحوه تدوین گزارشهای آماده اجرا شد و همچنان ادامه دارد.

- مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟ مهمترین مشکل مقاومت در مقابل تغییر بود که با مشارکت تمام کسانی که درگیر با فرآیندها بودند کاهش یافت. نیاز به هزینه برای تأمین تجهیزات مورد نیاز برای مراقبت استاندارد، تهیه کامپیوتر برای ثبت گزارش پرستاری که با همکاری بیمارستان و معاونت تحقیقات دانشگاه تأمین شد.

● نتایج برنامه تغییر:

- تهیه و تدوین استانداردهای مراقبتی و ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری
- حضور بیشتر پرستار بر بالین بیمار
- ارتقاء کیفیت ثبت مراقبت پرستاری در HIS
- توانمندسازی پرستاران و بیماران
- اجرای طرح کیس متد
- ایجاد روحیه کار گروهی و مشارکت بیشتر در فرآیندهای جاری

● درس‌های آموخته شده:

- با درگیر کردن و مشارکت تمام کسانی که در فرآیندهای کاری نقش دارند می توان تغییرات پایداری در سیستم پرستاری ایجاد کرد.
- برای ارتقاء کیفیت مراقبت و ثبت آن، بررسی همه جانبه و تغییر در ابعاد مختلف (تأثیر گذار) ضروری است.
- برای ارایه مراقبت استاندارد استفاده از HIS و هر نوع تکنولوژی باید مورد دقت و توجه باشد.

اجرای طرح منتورینگ (نقش منتور در آموزش حداقل مهارت‌های عمومی بالینی پرستاران جدیدالورود و توانمندسازی آنها)

■ فاطمه جلیلی؛ منتور بیمارستان آتیه، تهران، ایران

● مشخصات محیط وقوع تجربه: بیمارستان آتیه (فوق تخصصی)، دارای ۳۰۷ تخت و ۱۲۷۴ نفر نیروی انسانی

- رده‌های نیروی انسانی: ۳۳۰ کارشناس پرستاری - ۴۸ ماما - ۴۲ بیهوشی - ۵۰ اتاق عمل

- مدت اجرای اعتباربخشی: از آبان ۹۴ لغایت اسفند ۹۶، فعالیت منتور گزارش می‌گردد

● شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل‌دار):

نظر به اینکه توانمندی پرستاران و ماماها فارغ التحصیل از دانشگاه با سطح توانمندیهای مورد نیاز بیمارستان فاصله دارد و نظر به اینکه رویه‌ها و فرآیندهای بالینی در بخش‌های مختلف بیمارستان برای پرستاران جدیدالورود قابل لمس نبوده لذا بکارگیری شیوه‌های جدید آموزش جهت دستیابی به حداکثر دانش و کارآیی در رشته‌های علوم پزشکی بویژه پرستاری امری ضروری به نظر می‌رسید، لذا منتور به عنوان شغلی جدید در طرح طبقه‌بندی مشاغل بیمارستان آتیه لحاظ گردید.

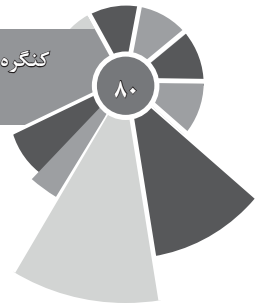
● هدف تغییر:

۱. پیشرفت فرآیند اجتماعی شدن پرستاران جدید و به تبع آن کاهش خروج از خدمت این افراد
۲. در فرآیند پرستاری تحت منتورینگ، کاهش فاصله و شکاف بین آموزش و دنیای واقعی کار مد نظر می‌باشد.

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

- آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. پرستاران و ماماها جدیدالورود در طی ۱۰ روز اول شروع به کار در بیمارستان تحت آموزش منتورینگ قرار بگیرند. این آموزش‌ها براساس حداقل مهارت‌های عمومی بالینی و حداقل‌های مهارت‌های ارتباطی می‌باشد که در شش کوریکولوم آموزش مدون گردیده است. منتور بیمارستان در طی این مدت به صورت انفرادی و چهره به چهره با هریک از پرستاران و ماماها جدیدالورود همراه خواهد بود و وظیفه آموزش و آشنا سازی این افراد را بر عهده دارد. در ابتدای شروع به کار پرستاران و ماماها ی جدیدالورود یک آزمون پره تست ازمحتوی آموزشی شش کوریکولوم (حداقل مهارت‌های عمومی بالینی و مهارت‌های ارتباطی) اخذ میگردد سپس تمامی آموزش‌ها براساس سر فصل‌های تعیین شده در کوریکولوم‌ها توسط منتور انجام می‌شود. بعد از هر ارایه آموزش‌ها، آزمونهای مرتبط برگزار می‌گردد. چنانچه کارکنان جدیدالورود آزمون‌ها را با موفقیت به پایان رسانند کارنامه الکترونیکی با قید نمرات اخذ شده در دوره برایشان صادر می‌گردد.

در فرآیند منتورینگ، هدف کاهش شکاف بین آموزش و دنیای واقعی کار در بیمارستان آتیه، از طریق آگاه سازی و متعاقب آن کم کردن خطاها و انجام صحیح فرآیندهای تعیین شده سازمان می‌باشد. برنامه آموزشی منتور شیپ یک فرآیند فعال در موقعیت‌های آموزشی بالینی است که می‌تواند پیامدهای آتی را برای کارکنان جدیدالورود بدنبال داشته باشد: کاهش استرس نسبت به محیط کاری جدید، افزایش اعتماد به نفس، ایجاد رضایت شغلی در محیط کاری جدید، کمک به کاهش ریزش نیروی جدیدالورود، کاهش استرس شغلی در محیط کاری جدید و...



- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. بله

براساس استاندارد ج. مدیریت خدمات پرستاری و با توجه به سنجه ج-۱-۲ کتاب راهنمای استانداردهای اعتبار بخشی نسل سوم حداقل مهارت‌های عمومی بالینی و چک لیست‌های ارزیابی صلاحیت مهارت‌های عمومی بالینی تعیین و طراحی شد و سپس مهارت‌های عمومی بالینی کارکنان پرستاری جدیدالورود توسط منتور، تحت نظارت سوپروایزر آموزشی انجام گردید.

- آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان تغییر نمود؟ چگونه؟ بله، با توجه به اثر بخش بودن آموزش‌های منتورینگ، هماهنگی و ارتباط سرپرستاران و پرستاران در خصوص نیاز به آموزش‌های میدانی با واحد آموزش بیشتر شده است و متقاضی آموزش‌های بیشتر می‌باشند.

- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید. بله واحد دفتر پرستاری و منابع انسانی و تجهیزات پزشکی.

به منظور دستیابی به دستاوردهای استاندارد مورد نظر، هماهنگی و مشارکت معاونت پرستاری، سوپروایزر آموزشی، سوپروایزران بالینی، سرپرستاران، کارشناسان خبره بخش‌ها، سوپروایزر منابع انسانی دفتر پرستاری، معاونت منابع انسانی، مدیر واحد تجهیزات پزشکی مورد نیاز بود.

- نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید.

۱- معرفی نیروی جدیدالورود به واحد آموزش توسط سوپروایزر منابع انسانی دفتر پرستاری (بعد از پذیرش در آزمون‌های بدو استخدام سازمان)

۲- اخذ آزمون پره تست براساس شش کوریکولوم آموزشی (حداقل‌های مهارت‌های عمومی بالینی و مهارت‌های ارتباطی) و سطح بندی پرستاران جدیدالورود

۳- آموزش انفرادی و چهره به چهره کارکنان جدیدالورود براساس کوریکولوم‌های شش گانه واحد آموزش

۴- صدور کارنامه آموزش الکترونیکی و تکمیل چک لیست‌های ارزیابی عمومی بالینی توسط منتور

۵- تحویل نتایج آزمون‌های کارکنان جدیدالورود (چک لیست توجیهی بدوورود و کارنامه الکترونیک) به سرپرستاران مرتبط

۶- هماهنگی با کارشناس خبره بخش در خصوص ارزیابی‌های میدانی کارکنان جدیدالورود، تحت نظارت سرپرستار - نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید. براساس نمرات اخذ شده در آزمون‌های منتورینگ - گرفتن باز خورد عملکرد صبیح کارکنان جدیدالورود از کارشناسان خبره بخش‌ها و رابطین آموزشی و سرپرستاران

- برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید. نیروهای جدیدالورود بعد از طی دوره ۱۰ روزه منتورینگ رها نمی شوند و زیر نظر کارشناسان خبره بخش‌ها در هر شیفت فعالیت می‌نمایند. در صورت رویت هر گونه اشکال در عملکردنیروی جدیدالورود، موضوع به اطلاع سرپرستاران رسانیده شده و هماهنگی با سوپر وایزر آموزشی برای برنامه ریزی آموزشی کارکنان انجام می‌گردد.

- مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟

۱- تمایل کارکنان جدیدالورود به حفظ روتین‌های آموخته شده قبلی

۲- کوتاه تر بودن مدت منتورینگ با توجه به نیاز بخش‌ها به نیروی جدید برای عهده دار شدن مسولیت و داشتن شرایط احراز پست در شیفت‌ها

۳- اختلاف سلیقه و نظر بین نیروهای جدید و قدیمی در اجرای فرآیندها

۴- غیبت نیروهای جدیدالورود در روزهای آموزش‌های منتورینگ با توجه به فعالیت نیرو در سایر بیمارستان‌ها

راهکار:

- ۱- Update بودن تمامی پرستاران قدیمی و جدید براساس استانداردها
- ۲- برنامه ریزی سرپرستاران با نیروهای جدید الورود جهت شرکت منظم و کامل در آموزش‌های منتورینگ

• نتایج برنامه تغییر:

- ۱- با توجه به فرآیند فعال منتورینگ در بیمارستان آتیه، میانگین معدل کارکنان جدیدالورود در کوریکولوم‌های آموزشی از ۳۲/۷٪ به ۸۴/۴٪ ارتقاء یافت
- ۲- افزایش رضایتمندی سرپرستاران از عملکرد کارکنان جدیدالورود

• مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر

- در کارکنان جدیدالورود خصوصاً کسانی که در بیمارستان‌های دیگر نیز فعالیت مینمایند، تفاوت سطح آموزشی مشاهده می‌گردد که در پاره‌ای از موارد عدم انطباق مشاهده می‌گردد.

• درس‌های آموخته شده:

- مؤثر بودن برنامه آموزشی منتور شیب در آموزش‌های میدانی کارکنان جدیدالورود
- استفاده از روش آموزش بالینی منتورینگ به عنوان یک روش مکمل، نه بعنوان یک روش مستقل
- کمک به کاهش شکاف بین آموزش و دنیای واقعی کار

کار آفرینی در حوزه سلامت: تجربه‌ی مرکز توانبخشی قائم (عج) شاهرود

■ مهرداد کلاته جاری؛ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و روان پرستار، شاهرود، ایران

● مشخصات محیط وقوع تجربه: بیمارستان قائم (تخصصی)، دارای ۶۰ تخت و ۲۷ نفر نیروی انسانی

- رده‌های نیروی انسانی: کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری

- مدت اجرای اعتباربخشی: تا زمان تأمین اعتبار مورد نیاز

● شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار):

- طرد شدن بیماران روانی مزمن از خانواده و اجتماع و نداشتن اعتماد به نفس جهت برقراری ارتباط مؤثر

- عدم پذیرش بیماران اعصاب و روان از طرف جامعه به منظور اختصاص شغل مناسب

● هدف تغییر:

- ارتقا مرکز توانبخشی و بازتوانی بیماران روانی مزمن (پر کردن شکاف ایجاد شده بین بیمار و جامعه، آماده‌سازی بیماران

و عودت به زندگی مستقل اجتماعی)، افزایش پذیرش در اجتماع و ایجاد نگرش مثبت در کارفرمایان به منظور اشتغال به کار مددجویان اعصاب و روان.

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

- ایجاد کلاس‌های آموزشی برای بیماران و اعضای خانواده‌ی آنها

- ورزش درمانی و برگزاری کلاس‌های مفرح و حرفه‌آموزی و حضور در مجامع عمومی

- آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. تمامی پرسنل در این مجموعه‌ی درمانی در دوره‌های آموزشی ارتباط درمانی جهت بیماران روانی مزمن، نشانه‌شناسی در اختلالات روانی، شناخت نحوه‌ی عملکرد داروها و عوارض آنها، استرس و روش‌های مقابله با آنها، مهارت‌های زندگی، مهارت‌های متقابل، کمک‌های اولیه و ایمن‌سازی محیط شرکت داشته‌اند.

- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. بلی

با توجه به نیاز پرسنل در شیفت‌های کاری براساس صلاحدید سرپرستار قوانین مرتبط تنظیم گشته است.

- آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای مرکز توانبخشی تغییر نمود؟ چگونه؟ تغییری نداشته است ولی به واسطه‌ی افزایش بار علمی پرسنل کادر درمانی شامل پرستاران، بهیاران، مراقبین بیمار، مددکاران اجتماعی، روانشناسان بالینی و نیروهای خدماتی در فرآیند ارتباط تسهیل صورت گرفته است.

- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای مرکز توانبخشی بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید. بلی با تمامی کادر توانبخشی حاضر در مرکز توانبخشی هماهنگی لازم به عمل آمده است.

نظیر بخش کادر درمانی، بخش قلب و عروق و سایر واحدهای مورد نیاز بیماران.

درخصوص درمان زخم بستر در بیماران ضایعه نخاعی توانستیم با آموزش به پرستاران و خانواده‌های آنان در بهره‌گیری از تجربیات زخم بستر عمیق، تعدادی از توانخواهان را بهبود بخشیم به طوری که در درمان از ژل کامفیل و ازون‌تراپی جهت بهبود نسبی استفاده شده است.

– نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید.

چگونگی تحویل و تحول شیفت‌های پرسنل پرستاری ارتقا پیدا کرده و سطح مراقبت از بیماران و مراقبت‌ها با دید تخصصی بیشتر ارایه شده است.

– نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید. افزایش رضایت‌مندی بیماران و خانواده آنان، کاهش عوارض بیماری و تسهیل در روابط بین مددجویان و درمانگران

– برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید. بخشی از میزان پرداختی – رفاهی و کمک‌های موردی هئیت براساس میزان رضایت‌مندی پرداخت شده است.

● نتایج برنامه تغییر:

- ۱- افزایش سطح مراقبتی مددجویان
- ۲- فعال شدن بیماران در برنامه‌های خودمراقبتی
- ۳- فعال شدن بیماران در برنامه‌های کاردرمانی
- ۴- فعال شدن بیماران در برنامه‌های گروه درمان و درمان‌های جنبی شامل کلاس‌های آموزشی، حرفه‌آموزی، موسیقی درمانی، تفریح درمانی و باشگاه ورزشی

● مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر

– در حال حاضر مشکل خاصی وجود ندارد.

● درس‌های آموخته شده:

– اهمیت برنامه‌های بازآموزی و نوع آموزی در ارتقا علمی کادر مراکز توانبخشی

اجرای برنامه طراحی شده مدیریت مراقبت پرستاری در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب باز

- ناهید بر خور داری؛ کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، مسئول شیفت بخش های ویژه بیمارستان مسیح دانشوری، تهران، ایران
- ربابه معماریان؛ استادیار پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران
- حسن ناوی پور؛ استادیار پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

- **مشخصات محیط وقوع تجربه:** بیمارستان مسیح دانشوری (فوق تخصصی)، دارای ۲۹۳ تخت و ۳۰۰۰ نفر نیروی انسانی
- رده های نیروی انسانی: پزشکان در رده های مختلف، پرستاران در رده های مختلف، نیروهای ستادی، نیروهای پاراکلینیک و خدمات.
- مدت اجرای اعتبار بخشی: این تغییر در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد به مدت ۶ ماه اجرا شد

- **شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار):** به علت ماهیت آموزشی بیمارستان، پرستاران جدیدالورود نیز در این بخش به کار گرفته می شوند تدوین یک برنامه مراقبتی مدون براساس فرآیند پرستاری و سیستم ثیتی مشکل مدار براساس فرم SOAPIE ضروری به نظر رسید.

- **هدف تغییر:** کارمراقبت بیماران براساس فرآیند پرستاری و ثبت مشکل مدار

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

- آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. بله، پس از جلسه توجیهی با مدیران پرستاری، پرستاران بالینی تحت آموزش قرار گرفتند.
- بدین ترتیب که از هر شیفت، یک نفر به عنوان ناظر بالینی در نظر گرفته شد که دارای تجربه کافی بود و آموزش داده شد در دوجلسه آموزشی سپس کلیه پرستاران مورد آموزش کار تکنیکی و کار براساس مدیریت مراقبت، case management & care management قرار گرفتند.
- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. بله بلی، دستورالعمل وزارت بهداشت مبنی بر مراقبت براساس سیستم SOAPIE ثبت مشکل مدار.
- آیا نحوه ارتباط رسمی شما / واحد پرستاری با سایر واحدهای مرکز توانبخشی تغییر نمود؟ چگونه؟ تغییر بلی، ارتباط رسمی تر شد و دقت کار بالا رفت به طوریکه پزشکان و پاراکلینیک و خدمات و سایر واحدهای مربوط با دقت و اعتماد بیشتری کار کردند.
- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای مرکز توانبخشی بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید. بله با تمامی کادر هماهنگی با دفتر پرستاری، حضور غیاب، آزمایشگاه، تصویر برداری، واحد آمار، خدمات
- نحوه نظارت و کنترل شما / واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید.
- نظارت و کنترل توسط چک لیست در تمام شیفت های کاری به مدت دو هفته همراه با کار عملی توسط بنده و پرستاران ناظر بالینی انجام شد.

- نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید. ارزشیابی به صورت فرآیندی در تمام مدت ۲ ماه اجرای برنامه برای پیشرفت برنامه و پی بردن به مشکلات اجرای برنامه انجام شد و در پایان برنامه به صورت برآیندی انجام شد و چون بایستی در قالب پایان نامه ارائه می شد نتایج چک لیست همودینامیک و رضایتمندی بیماران به تعداد نمونه با نرم افزار SPSS اندازه گیری و تحلیل شد.

- برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید. شیوه کار براساس برنامه متداول شد و پرستاران ثبت مشکل مدار را فراگرفته و انجام دادند، با هماهنگی سوپر وایزر آموزشی و ارائه نتیجه کار به دفتر پرستاری و مدیران ارشد، شیوه ثبت مشکل مدار اجرا شد.

- مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟ اجرای برنامه مدیریت مراقبت پرستاری برای پرستاران کم تجربه سخت بود که نیازمند آموزش و توجیه و کنترل نظارت زیادی بودند. با توجه به ماهیت بخش و حجم کار بالا و ریسک بالای بیماران، ایجاد ساعت آموزشی با مشکلاتی همراه بود که پرستاران هر شیفت دو گروه شدند یک گروه در بخش و مراقب بیماران و یک گروه در اتاق آموزش، همچنین تغییر در برنامه های روتین و پذیرش آن برای مدیران پرستاری و پزشکان زمانبر بود که با صرف حوصله و زمان لازم توجیه شدند.

● نتایج برنامه تغییر:

- ۱- پرستاران براساس اصول برنامه طراحی شده مدیریت مراقبت کار کردند.
- ۲- سیستم ثبت مشکل مدار متداول شد و ثبت پرستاری اعتبار علمی پیدا کرد.
- ۳- اعتماد پزشکان و سایر اعضای تیم درمان به کار علمی پرستاران بیشتر شد.
- ۴- وضعیت همودینامیک بیماران نسبت به قبل از اجرای برنامه دارای ثبات بیشتری شد و بهتر شد.
- ۵- رضایتمندی بیمار نسبت به قبل از اجرای برنامه به علت دقت و تبحر پرستاران بیشتر شد.
- ۶- بیمارستان مسیح دانشوری دارای رتبه یک اعتبار بخشی وزارت بهداشت است.

● مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر

- به علت ورود نیروهای جدید به این بخش وجود کسی که پیگیر تداوم اجرای برنامه باشد ضروری است که تا به حال میسر نشده و اجرای مداوم آن نیازمند حمایت دفتر پرستاری و مدیران است.

● درس های آموخته شده:

- ایجاد تغییر در پی کشف مشکل در یک محیط نیازمند فکر نوآورانه و پشتکار فرد نوآور در اثبات توانایی ایجاد تغییر و مقابله با موانع موجود و غلبه بر مقاومت سیستم های مربوط است که با رفع موانع و جلب حمایت سیستم های پشتیبانی میسر است و نتایج رضایت بخشی به همراه دارد که کارآیی سیستم را به طرز شگفت انگیزی بالا می برد.

ارتقا کیفیت خدمات پرستاری

■ **رویا رحمانی؛** دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مدیر سابق پرستاری بیمارستان تأمین اجتماعی تاکستان، قزوین، ایران

● **مشخصات محیط وقوع تجربه:** بیمارستان تأمین اجتماعی (عمومی)، دارای ۹۶ تخت و ۱۴۰ نفر نیروی انسانی

– رده‌های نیروی انسانی: مترون، سوپروایزر، بهیار، کمک بهیار

– مدت اجرای اعتباربخشی: از مرداد ۱۳۸۹ لغایت خرداد ۱۳۹۴

● **شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل‌دار):** ابتدا وضعیت موجود خدمات پرستاری بیمارستان با نظر خواهی از سرپرستاران و سوپروایزران و مسولین بخش‌های در تعامل با دفتر پرستاری ارزیابی و سپس مشکلات دسته بندی شدند.

۱- کسب رتبه ۶۸ از ۷۰ در عملکرد دفاتر پرستاری سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۸

۲- وجود ۴ پرونده حقوقی در مراجع قضایی برای پرستاران مرکز برای مشکلات موجود در ثبت گزارشات پرستاری

۳- عدم رعایت اصول اعزام بیمار به سایر مراکز و مکاتبات مراکز مقصد با بیمارستان در این زمینه

۴- عدم رعایت اصول تحویل و تحول بین شیفت‌ها و بین بخش‌ها

۵- عدم وجود روش صحیح تقسیم کار به صورت مدون در بخش‌ها

۶- آموزش به بیمار ضعیف در بخش‌ها

۷- درصد بالای نواقص پرونده‌ای در حوزه پرستاری (۲۸٪)

۸- درصد بالای کسورات پرونده‌ای ناشی از ثبت پرستاران (۸-۵٪) و کسر موارد از حقوق پرستاران

۹- بیماریابی عفونت‌های بیمارستان ضعیف (۳-۰٪)

۱۰- درصد بالای کارکنان پرستاری قرارداد موقت ۳۳٪ و نگرانی آنها به دلیل عدم امنیت شغلی

۱۱- درصد رضایتمندی پایین کارکنان پرستاری به دلیل اضافه کار اجباری حدود ۱۰۰ ساعت در ماه

۱۲- عدم رعایت اصول برنامه نویسی استاندارد

طی جلسات متعدد با سوپروایزران تحلیل وضعیت دفتر پرستاری (SWOT) انجام گردید و براساس تحلیل‌ها اهداف دفتر پرستاری تدوین گردید.

● **هدف تغییر:** هدف نهایی دفتر پرستاری ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری در نظر گرفته شد. (goal) برای دسترسی به این هدف شاخص‌های کلیدی عملکردی در حوزه پرستاری با نظر سوپروایزران و سرپرستاران انتخاب شدند و یکی از شاخص‌های مهم عملکرد رتبه عملکرد دفتر پرستاری در بین بیمارستان‌های سازمان بود.

اهداف ذیل تدوین گردید:

۱- ارتقاء وضعیت گزارش نویسی به میزان ۵٪ در سال اول و در سال‌های بعد به میزان ۷٪ نسبت به سال قبل

۲- ارتقاء وضعیت آموزش به بیمار به میزان ۱۰٪ در سال اول و در سال‌های بعد به میزان ۷٪ نسبت به سال قبل

۳- ارتقاء وضعیت اعزام بیماران به میزان ۱۵٪ در سال اول و به میزان ۷٪ در سال‌های بعد نسبت به سال قبل



- ۴- کاهش میزان نواقص پرونده‌ای به میزان ۲٪ در هر سال
- ۵- کاهش وزن پسماندهای عفونی به میزان ۵٪ (از سال سوم هدف گذاری شد).
- ۶- کاهش کسورات پرونده‌ای به میزان ۲٪ در سال (از سال چهارم هدف گذاری شد).
- ۷- ارتقا وضعیت برنامه‌نویسی پرستاری به میزان ۱۰٪ در هر سال از سال دوم برنامه
- ۸- اصلاح وضعیت تقسیم کار بخش‌ها از سال دوم برنامه
- ۹- افزایش بیماریابی عفونت‌های بیمارستانی به میزان ۵/۰٪ در هر سال
- ۱۰- ارتقا وضعیت تحویل و تحول بین بخش‌ها و بین شیفت‌ها به میزان ۵٪ در هر سال، از سال دوم برنامه

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

- آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. بله براساس اهداف تعیین شده برای گروه‌های مختلف کلاس برگزار شد. برای سوپروایزران و سرپرستاران بودند و برای سرپرستاران کلاس مدیریت تغییر و مدیریت برمبنای هدف و گزارش‌نویسی و آموزش به بیمار و ارزیابی عملکرد و تفکیک پسماندها و عفونت بیمارستانی برگزار گردید. برای سایر کارکنان پرستاری نیز براساس اهداف گروه‌های مخاطب تفکیک شدند و کلاسهای آموزشی به صورت کارگاهی و سخنرانی برگزار گردید.

- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. بله، برای اعزام بیمار و عفونت بیمارستانی و گزارش‌نویسی و آموزش به بیمار و مراقبت پرستاری دستورالعمل مرتبط از وزارت بهداشت به صورت دستورالعمل ارزشیابی کیفی بیمارستان‌ها موجود بود و دستورالعمل برنامه‌نویسی نیز توسط اداره کل درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ابلاغ شده بود ولیکن به درستی اجرا نمی‌شدند و در مومورد تفکیک پسماندها نیز از سال سوم برنامه دستورالعمل ابلاغ گردید و در مورد نواقص پرونده‌ای و کسورات پرونده‌ای نیاز به دستورالعمل نبود و به دلیل گزارشات مکرر واحدهای در تعامل با دفتر پرستاری (مدارک پزشکی و امور مالی) در این زمینه هدف گذاری برای ارتقا وضعیت انجام شد.

- آیا نحوه ارتباط رسمی شما - واحد پرستاری با سایر واحدهای مرکز توانبخشی تغییر نمود؟ چگونه؟ نحوه ارتباط رسمی واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان در تعدادی از حوزه‌ها تغییر نمود، از این جهت که به لحاظ شرکت مدیر پرستاری در جلسات تدوین بودجه، مدیر پرستاری می‌توانست مستقیماً اطلاعات کارکرد پرستاری از نظر ساعت و هزینه و ضریب اشغال تخت را در هر زمان از واحدهای مربوطه اخذ نماید و در قبال ساعت اضافه کاری پرستاری و کسورات پرونده‌ای و نواقص پرونده‌ای می‌بایست در حوزه پرستاری نظارت‌های لازم را انجام و گزارشات اصلاحات را ارائه دهد.

- آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای مرکز توانبخشی بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید. با توجه به هدف کاهش نواقص پرونده‌ای نیاز به هماهنگی با واحد مدارک پزشکی و با توجه به هدف کاهش کسورات پرونده‌ای نیاز به هماهنگی با واحد حسابداری و ترخیص و با توجه به هدف کاهش وزن پسماندهای عفونی نیاز به هماهنگی با واحد بهداشت محیط بود.

- نحوه نظارت و کنترل شما - واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید.

براساس شاخص‌های کلیدی عملکردی (وضعیت گزارش‌نویسی پرستاری، آموزش به بیمار، مراقبت پرستاری طبق راند، در صد نواقص پرونده‌ای، وزن پسماندهای عفونی، وضعیت تحویل شیفت، وضعیت ایمنی بیمار) توسط سرپرستاران و سوپروایزران چک لیست نظارتی تهیه گردید و پس از بازنگری و اصلاح این چک لیست‌ها، برنامه نظارتی برای کنترل شاخص‌های کلیدی عملکردی تدوین گردید قابل توضیح است در جلسه بارش افکار در شورای پرستاری از سال دوم برنامه به شاخص‌های کلیدی براساس اهمیت وزن از ۱ تا ۳ اختصاص داده شد و شاخص با اهمیت کم وزن: ۱، اهمیت متوسط



وزن: ۲، اهمیت زیاد وزن: ۳، داده شد، شاخص‌های کلیدی عملکرد به بخش‌ها اعلام گردید و براساس نتایج راند بخش‌ها براساس شاخص‌های عملکردی، در پایان هر ماه رتبه بندی گردیدند، و نتایج رتبه بندی به صورت نمودار به بخش‌ها اعلام گردید.

در سال سوم برنامه در جهت افزایش همکاری و ایجاد تعهد در تک تک کارکنان پرستاری ارزیابی عملکرد با استفاده از کارت امتیاز ارزیابی متوازن فردی انجام شد. و شاخص‌های عملکردی به شاخص‌های ارزیابی عملکرد در فرم‌های پرداخت کارانه به کارکنان ترجمه شد که برای این کار جلسات هماهنگی با ریاست و مدیریت و امور اداری انجام گردید و از نظر سرپرستاران و سوپروایزران در طراحی فرم‌های ارزیابی عملکرد براساس شاخص‌های کلیدی عملکرد استفاده شد. سال چهارم: نتایج رتبه بندی ماهانه بخش‌ها براساس شاخص‌های عملکردی در چهار منطقه قرمز (امتیاز کمتر از ۶۰) منطقه زرد (امتیاز کمتر از ۷۰) منطقه نارنجی (امتیاز کمتر از ۸۰) و منطقه سبز (امتیاز بین ۸۰ تا ۱۰۰) گنجانده شده و سپس به بخش‌ها اعلام گردید و سرپرستار بخش برتر در ارزیابی سه ماهه در منطقه سبز از طریق پرداخت پاداش مالی مورد تشویق قرار گرفت.

سال پنجم برنامه: رتبه بندی براساس شاخص‌های کلیدی عملکردی انجام شد و سرپرستار و کارکنان پرستاری که در ارزیابی سه ماهه از منطقه قرمز به منطقه سبز صعود داشتند از طریق پرداخت پاداش مالی مورد تشویق قرار گرفتند.

- نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید. نحوه ارزشیابی نهایی برنامه، علاوه بر کنترل ماهانه و فصلی و تحلیل شاخص‌های کلیدی عملکردی انجام شد به این صورت که پس از راند بخش برای نکات مثبت در ارائه مراقبت پرستاری توسط سوپروایزر ۱۳ امتیاز تشویقی داده می شد و برای نکات منفی ماژور (آسیب زننده جدی به بیمار) ۱۳ امتیاز منفی و برای نکات منفی مینور (غیر آسیب زننده جدی به بیمار) ۱ امتیاز منفی از نمره کل کسر می شد و پس از جمع بندی نتایج همه راندها، براساس نتایج راند و وزن شاخص‌ها به هر بخش نمره داده می شد و نمرات همه بخش‌ها به صورت مقایسه‌ای روی نمودار برده می شد، رتبه دفتر پرستاری بود که بصورت ارزیابی خارج از مرکز و توسط ارزیابان پرستاری اداره کل درمان مستقیم انجام می گردید که شامل دو قسمت بود ۱- نوشتن گزارش عملکرد سالیانه براساس اهداف تعیین شده و میزان دسترسی به اهداف و تحلیل دلایل عدم دسترسی به هدف در پایان هر سال بود که به اداره پرستاری سازمان تأمین اجتماعی ارسال می شد و توسط کارشناسان ارشد پرستاری مورد ارزیابی قرار می گرفت ۲- سپس کارشناسان ارشد پرستاری اداره کل درمان مستقیم از بیمارستان و وضعیت ارائه مراقبت‌های پرستاری بازدید نموده و با گزارش ارسال شده مقایسه نموده و راهکارهای اصلاحی را برای بهبود کیفیت مراقبت‌ها ارائه می نمودند و

در نهایت نمرات گزارش ارسالی و گزارش بازدید جمع بندی می گردید و به عنوان نمره دفتر پرستاری در سال اعلام می شد و رتبه دفتر پرستاری براساس نمره کسب شده بین دفاتر پرستاری سازمان تأمین اجتماعی تعیین و اعلام می گردید.

- برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید. برای تداوم و تثبیت برنامه از سال سوم برنامه شاخص‌های کلیدی عملکرد به صورت شاخص‌های ارزیابی عملکرد به صورت کارت ارزیابی متوازن در چهار حوزه مالی، فرایندهای داخلی، آموزش و یادگیری و رضایتمندی بیماران در فرم‌های ارزیابی کارکنان پرستاری تبدیل در نظر گرفته شدند و ملاک پرداخت پرسیس به کارکنان در بخش‌ها براساس عملکرد در جهت دسترسی به اهداف برنامه بود.

- مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هر یک از آنها برخورد نمودید؟

۱- با توجه به تعداد زیاد کارکنان قراردادی در سال‌های اول و دوم برنامه به دلایل خروج این کارکنان و استخدام در آزمون استخدامی وزارت بهداشت بود که برای جایگزینی این تعداد نیرو، هماهنگی و پیگیری از طریق مسئولین انجام گردید و البته با تأخیر یک ساله نیروها به تدریج جایگزین گردیدند

۲- شروع برنامه اعتبار بخشی وزارت بهداشت از سال سوم برنامه بود، علیرغم مزایای بلند مدت آن، به دلیل اینکه با

برنامه تغییر دفتر پرستاری همزمان گردیده بود به لحاظ عدم برنامه‌ریزی مدون در سال اول موجب نارضایتی سرپرستاران و شکایت آنان برای مستندسازی و دور شدن از بالین بیماران بود که برای رفع این مشکل با بهره‌گیری از تجربه سال اول اعتباربخشی برای دور دوم اعتباربخشی از شیوه مدیریت پروژه استفاده گردید و علاوه بر آموزش مدون کارکنان، پیاده‌سازی براساس شیوه مدیریت پروژه بسیار تسهیل‌کننده بود و از دوباره کاری و فشار کاری سرپرستاران کاسته شد.

۳- مقاومت در برابر تغییر در کارکنان که در سال اول برنامه بیشتر بود، برای شناسایی دلایل مقاومت در برابر تغییر نتایج نظر سنجی کارکنان بسیار مهم بود و در جلسات سوپروایزری تحلیل شدند برای تعدیل این مقاومت اقدامات ذیل انجام شد:

- تشکیل جلسه با کارکنان پرستاری برای شنیدن انتظارات، پیشنهادات و انتقادات و شناسایی شیوه تفکر کارکنان به صورت انفرادی و چند نفره، انجام شد.

- سوپروایزان دارای هوش هیجانی بالا برای برقراری ارتباط مؤثر با کارکنان انتخاب گردیدند.

- شیوه ارتباط با کارکنان با استفاده از نظرات کارکنان و اصول ارتباط مؤثر توسط مدیر پرستاری

- از نظرات کارکنان برای بازنگری فرایندهای کاری استفاده شد.

۴- نارضایتی کارکنان از فشار کاری که برای تعدیل این مشکل چیدمان بخش‌ها بازنگری و اصلاح شد و تقسیم کار بخش‌ها نیز براساس نظر کارکنان پرستاری در جلسات داخل بخشی، بازنگری و اصلاح شد

● نتایج برنامه تغییر:

ارتقاء رتبه عملکرد دفتر پرستاری از ۶۸ به ۳۵ در سال ۱۳۸۹، از ۳۵ به ۷ در سال ۱۳۹۰، از ۷ به ۳ در سال ۱۳۹۱ و رتبه ۶ در سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

ارتقاء رتبه عملکرد دفتر پرستاری از ۶۸ به ۳۵ در سال ۱۳۸۹، از ۳۵ به ۷ در سال ۱۳۹۰، از ۷ به ۳ در سال ۱۳۹۱ و رتبه ۶ در سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

۱- کاهش درصد نواقص پرونده‌های بخش‌ها از ۲۸٪ در سال ۸۹ به کمتر از ۳٪ در سال ۹۳

۲- کاهش درصد کسورات پرونده‌های بخش‌ها از ۸-۵٪ در سال ۸۹ به کمتر از ۵-۱٪ در سال ۹۲

۳- کاهش وزن پسماندهای عفونی از ۲۰۰ کیلوگرم در روز در سال ۸۹ به کمتر از ۱۰۵ کیلوگرم در روز در سال ۹۳

۴- افزایش گزارش‌دهی عفونت‌های بیمارستانی از ۳-۰٪ در سال ۸۹ به ۵۸-۱٪ در سال ۹۳

۵- بهبود وضعیت گزارش‌نویسی پرستاری به طوریکه هیچ پرستاری در مراجع قضایی پرونده در این خصوص نداشت.

۶- بهبود وضعیت تحویل و تحول شیفت‌ها از ۵۰٪ به ۸۵٪

۷- ارتقاء وضعیت برنامه‌نویسی پرستاری از ۶۰٪ در سال ۸۹ به ۹۵٪ در سال ۹۳

۸- تدوین برنامه آنکال اعزام و تشکیل تیم همراهان بالینی اعزام و ارتقاء وضعیت اعزام بیمار از ۵۰٪ به ۸۰٪

۹- بازنگری کامل تقسیم کار همه بخش‌ها بابت کارگیری اصول تقسیم کار در پرستاری و تلفیق با نظر کارکنان بخش‌ها و استفاده از روش تیم متد در اورژانس و بخش‌های عمومی و کیس متد در بخش‌های زایمان و ویژه

۱۰- ارتقاء وضعیت آموزش به بیمار از ۷۰٪ به ۹۰٪ و ارائه آموزش تلفنی پس از ترخیص به بیماران عفونت بیمارستانی و دیابتی و هیپرتانسیون و ساماندهی و بازنگری و چاپ پمفلت‌های آموزشی به صورت رنگی

● مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر

- کاهش درصد رضایتمندی کارکنان پرستاری

• درس‌های آموخته شده:

- ۱- برای اجرای برنامه تغییر، یک مدیر می‌بایست چندین جلسه با سوپروایزران و سرپرستاران و کارکنان برگزار و دیدگاه آنان نسبت به تغییر را ارزیابی نمود، تا بتواند قبل از بروز مشکلات، راهکارهای لازم را پیش بینی نماید.
- ۲- تقویت مهارت‌های ارتباطی و هوش هیجانی برای مدیری که قصد تغییر دارد یک الزام مهم است.
- ۳/ بهتر بود در سال اول برنامه با توجیه مسئولین مافوق، برنامه تغییر در یک یا دو بخش به صورت پایلوت اجرا و نتایج مثبت آن به سایر بخش‌ها بازخورد داده می‌شد تا کارکنان برای تغییر انگیزه بیشتری داشته و اثرات مثبت آن را بدانند
- ۴- برای اجرای برنامه تغییر، مشکلات تغییر نیز به عنوان یک شاخص مهم عملکردی باید مد نظر مدیر بوده و همزمان با کنترل و ارزیابی مستمر برنامه تغییر در جهت دسترسی به هدف، مشکلات نیز ارزیابی گردیده و به عنوان یک آلام و زنگ خطر برای مدیر باشند و به موقع تحلیل و راهکار اصلاحی با شیوه مدیریت مشارکتی برای آن تدوین گردد، هر چند بهترین راه مقابله با مشکلات حتی المقدور پیش بینی آنها قبل از بروز و انجام اقدامات پیشگیرانه است.

فرهنگ سازی مسائل ایمنی بیمار و اعتبار بخشی در میان کارکنان بالین

■ **عالمه ده نبی؛** عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری جوبین، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ایران

● **مشخصات محیط وقوع تجربه:** بیمارستان واسعی (عمومی)، دارای ۲۴۵ تخت و ۵۴۰ نفر نیروی انسانی

- **رده های نیروی انسانی:** ارشد پرستاری، کارشناس پرستاری، بهیاری، نیروی خدمات

- **مدت اجرای اعتبار بخشی:** یکسال

● **شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار):** نظر به اینکه مواجهه با اعتبار بخشی و فرایندهای آن همیشه برای کادر درمان یک مسئله جدی و نسبتاً ناخوشایندی است که اکثراً از آن امتناع می ورزند، لذا وجود راه حلی جهت درگیر نمودن کارکنان و کاهش استرس آنها در بیمارستان ها لازم است.

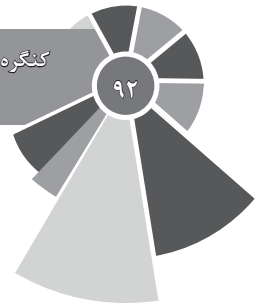
● **هدف تغییر:** درگیر نمودن کارکنان با فرایندهای اعتبار بخشی به صورت عملیاتی جهت آشنایی و اجرایی شدن استانداردهای مراقبتی اعتبار بخشی در بخش های بالینی

● **مراحل اجرای برنامه به تفکیک:**

- آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. بله- در پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی سال ۹۵ تقریباً تمامی گروه های درگیر در فرایند از جمله پرستاران و پرسنل خدمات در فرایند و برنامه آموزشی درگیر بودند. برنامه آموزشی بیمارستان به شیوه زیر اجرا گردید که توانست مواجهه پرسنل با فرایندهای اعتبار بخشی را به میزان قابل توجهی افزایش و باعث رضایتمندی آنان گردد:

در ابتدای امر با توجه به تأکید بر ایمنی بیمار در فرایندهای اعتبار بخشی جدید، با توجه به اینکه ایمنی بیمار قسمتهای مختلف را درگیر می نمود من جمله داروخانه، تجهیزات پزشکی، آزمایشگاه و... تیم بازدید کننده ایمنی با ۱۰ نفر عضو فعال تشکیل شد که به صورت هفتگی بازدیدهای از واحدهای کلینیک و پاراکلینیک در راستای ایمنی و اعتبار بخشی انجام می دادند. و به پرسنل آموزش های لازم در مورد دستورالعملهای ایمنی و اعتبار بخشی میدادند. در ادامه امر با توجه به آشنایی پرسنل با دستورالعملها که توسط اعضای تیم ارائه شده بود، آزمون آسکی از کلیه پرسنل بخش ها به عمل آمد. به این صورت که کلیه پرسنل واحدهای بالینی به چند گروه تقسیم بندی شدند. و تاریخ مقرر جهت ارائه آزمون به آنها داده شد. آزمون نیز در قالب چند ایستگاه و به صورت آسکی برگزار شد. ایستگاهها شامل مدیریت خطر، احیای قلبی ریوی، کنترل عفونت، ایمنی بیمار، اخلاق پزشکی بود. فرصت هر ایستگاه ۱۰ دقیقه بود که افراد به سوالات و کیس های ارائه شده پاسخ می دادند. و سپس ایستگاه را ترک و وارد قسمت بعدی می شدند. به این شیوه از کلیه پرسنل بخش ها آزمون به عمل می آمد و نمره هر فرد مشخص می شد. قابل ذکر است که ریاست و مدیریت بیمارستان در تمامی آزمون ها به نوبت حضور داشتند. و نمره ها و کارکرد پرسنل جهت تشویق و تنبیه به مدیریت ارجاع می شد. و به بخشی که بیشترین امتیاز را کسب کرده بود تشویقی اهدا می شد.

- آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. خیر



- آیا نحوه ارتباط رسمی شما - واحد پرستاری با سایر واحدهای مرکز توانبخشی تغییر نمود؟

چگونه؟ بله با توجه به اینکه بنده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بودم فرایند اعتباربخشی و به خصوص گزارش خطا سبب شده بود تا ارتباط بنده با واحدهای پاراکلینیک مثل آزمایشگاه و فیزیوتراپی افزایش یافته و سبب تقویت دقت کاری آنها گردد. به طوری که تمامی برچسبهای شناسایی لوله‌های آزمایش تغییر یافت. همچنین خطوط تلفن یک طرفه برای آزمایشگاه گذاشته شد که موارد آزمایشات بحرانی هم برای بیماران بستری و هم سرپایی پیگیری و اطلاع رسانی شود. واحد فیزیوتراپی نیز با توجه به نقایصی که در ارائه خدمت برای کلیه بیماران داشت، ملزم به انجام فیزیوتراپی در ساعت مشخص برای تمام بیماران شد.

- **آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای مرکز توانبخشی بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید.** بله در ابتدای هر سه ماهه تاریخ برگزاری بازدیدها از واحدهای مختلف مشخص نموده و روز قبل از بازدید با اعضای گروه و بخش مورد نظر هماهنگی صورت می گرفت و در طی روز اعضای مختلف تیم ایمنی جهت بازدید و آموزش پرسنل حضور می یافتند. لازم به ذکر است که از با هماهنگی با سرپرستار در روزهای بازدید بیشتر از ۵۰٪ پرسنل بخش حضور داشتند.

- **نحوه نظارت و کنترل شما - واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید.** به صورت عملیاتی و بازدیدهای هفتگی مؤثر از بخش‌ها که به صورت هر سه ماه یکبار حداقل از تمام بخش‌های بیمارستان بازدید به عمل می آمد و سپس برگزاری آزمون آسکی از کلیه پرسنل

- **نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید.** با برگزاری آزمون آسکی در دو مرحله و مقایسه نتایج مرحله اول آزمون در مقایسه با مرحله دوم که به صورت چشمگیری افزایش یافته بود.

- **برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید.** تداوم و استمرار در بازدیدهای ایمنی و گرفتن آزمون

- **مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟** مقاومت پرسنل در ابتدای امر با توجه به بازدیدهای دوره‌ای و برگزاری آزمون وجود داشت. اما با دخالت مدیریت بیمارستان و بازخورد نتایج به پرسنل و تشویق و تنبیه به آنان سبب از بین رفتن مقاومت شدیم. همچنین تجهیزات ناکافی پراتیک در بیمارستان نیز جزء یکی از مشکلاتی بود که در حین اجرای آزمون به وجود آمد که با رایزنی با دانشکده مرتفع گردید.

● **نتایج برنامه تغییر:**

- آگاه‌سازی اکثریت پرسنل بیمارستان از استانداردهای اعتباربخشی
- ارائه راهکارهای عملیاتی نمودن استانداردهای مراقبتی
- کاهش اضطراب پرسنل در برخورد با تیم ارزیابی کننده وزارتخانه
- افزایش رضایتمندی پرسنل در زمینه پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی
- تداوم و استمرار در پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی
- عملیاتی نمودن اجرای استانداردهای مراقبتی در بیمارستان

● **مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر**

- وجود برخی ساختارهای نامناسب بیمارستان نسبت به استانداردهای بیمارستانی
- کمبود تجهیزات پزشکی و امکانات مناسب بیمارستانی
- حجم بالای مراجعین نسبت به پرسنل و عدم اجرای کامل و دقیق استانداردهای مراقبتی

● درس‌های آموخته شده:

- اعتبار بخشی یعنی اجرای استانداردهای مراقبت پرستاری که میتوان با آموزش صحیح و مداوم و ارائه راهکارهای عملیاتی سبب پیاده‌سازی آن در بالین گردید.

طراحی برنامه بهبود کیفیت بخش

■ بهمن طالباری؛ سرپرستار، سازمان تأمین اجتماعی، بیمارستان دکتر فیاض بخش، تهران، ایران

● مشخصات محیط وقوع تجربه: بیمارستان شهید دکتر فیاض بخش (تخصصی)، دارای ۱۳ تخت و ۱۶ نفر نیروی انسانی

– رده‌های نیروی انسانی: سرپرستار، پرستار، بهیار مشترک، منشی مشترک

– مدت اجرای اعتبار بخشی: ۴ سال

● شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار): تاخیر زمانی تجویز داروی ترومبولیتیک در بیمارانی که اندیکاسیون تجویز دارند.

● هدف تغییر: کاهش زمان تجویز داروی ترومبولیتیک به زیر ۳۰ دقیقه

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

– آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. مقاومت مترون و سوپر وایزر آموزشی و سرپرستار اورژانس در برابر آموزش پرسنل بخش اورژانس در مورد شناخت بیماران نیازمند داروی ترومبولیتیک و بالا بردن حساسیت این افراد در مورد تجویز هرچه سریعتر داروی ترومبولیتیک و در مورد بالا بردن حساسیت این افراد در مورد انجام مشاوره یا ویزیت هرچه سریعتر متخصص قلب و بالا بردن حساسیت این افراد در مورد انتقال هرچه سریعتر این دسته بیماران به بخش CCU

– آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. با توجه به الزام گزارش تعداد موارد بستری MI و گزارش موارد مرگ و میر ناشی از MI به وزارت بهداشت بصورت ماهیانه، مدیریت پرستاری طبق بخشنامه داخلی، حضور یک نفر پرسنل بخش CCU را جهت تجویز ترومبولیتیک در بخش اورژانس الزامی نمودند.

– آیا نحوه ارتباط رسمی شما – واحد پرستاری با سایر واحدهای مرکز توانبخشی تغییر نمود؟ چگونه؟ بله گارد گرفتن پرسنل بخش CCU در مقابل خواسته سوپروایزر در مورد حضور ایشان در بخش اورژانس جهت تجویز ترومبولیتیک – بروز شرایط نابسامان و پر استرس برای سایر پرسنل هم شیفته در بخش CCU بویژه از ساعت ۱۱ شب تا ۶ صبح روز بعد – اعتراض سرپرستار بصورت ارسال عکس بخشنامه داخلی مترون به دفتر پرستاری مدیریت درمان

– آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای مرکز توانبخشی بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید. بله قبل از صدور بخشنامه بایستی از سرپرستار بخش CCU در این خصوص نظرخواهی می شد.

– نحوه نظارت و کنترل شما – واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید. تبیین مدت زمان صرف شده جهت تجویز ترومبولیتیک از زمان ورود بیمار به بیمارستان تا تجویز ترومبولیتیک بعنوان شاخص عملکردی بخش CCU و پایش و گزارش ماهیانه آن به دفتر پرستاری و دفتر بهبود کیفیت

– نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید. گزارش درصد تحقق برنامه بهبود کیفیت به دفتر بهبود کیفیت و انجام بازنگری در گامهای تحقق برنامه بهبود کیفیت در جلسات بر گزار شده



- برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید. ثبات قدم در آموزش پرسنل بخش اورژانس توسط سرپرستار CCU در صورت موافقت و رضایت مترون و سوپر وایزر آموزشی و سرپرستار اورژانس

- مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟ عدم همکاری مترون و سوپر وایزر آموزشی و سرپرستار اورژانس و صبرپیشگی اینجانب و گزارش ماهیانه پایش شاخص بخش به مترون و دفتر بهبود کیفیت

● نتایج برنامه تغییر:

- عدم پیشرفت برنامه بهبود کیفیت
- سرخوردگی و تکرار روزمره گی در بخش CCU
- و عدم توجه به سایر مشکلات، طرح مساله و بارش افکار جهت حل مساله

● مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر

- تغییری حاصل نشده است

● درس‌های آموخته شده:

- دلزدگی پرسنل از مباحث اعتباربخشی
- جهت اتخاذ هر گونه تصمیمی، ذی نفعان اینگونه تصمیمات حتما به جلسه دعوت و مشارکت داده شوند.
- و برای تیم درمانی این ضرب المثل عینیت پیدا نموده است که "سنگ بزرگ نشانه نزدن است"

محاسبه کارانه مبتنی بر عملکرد

■ سیدمحمد رضا غیرتمند؛ سوپروایزر بالینی، بیمارستان امام حسین (ع) مشهد، ایران

● مشخصات محیط وقوع تجربه: بیمارستان امام حسین (ع) (فوق تخصصی)، دارای ۱۲۷ تخت و ۵۵۰ نفر نیروی انسانی

– رده‌های نیروی انسانی: پرستار، کمک بهیار و ...

– مدت اجرای اعتباربخشی: از ابتدای اجرای اعتباربخشی

● شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل دار): عدم پرداخت کارانه براساس عملکرد پرسنل

● هدف تغییر: توزیع عادلانه کارانه جهت ایجاد انگیزه خدمتی در رده‌های مختلف شغلی

● مراحل اجرای برنامه به تفکیک:

اجرای پایلوت طرح به مدت ۶ ماه و سپس اجرای کامل

– آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ و چگونه؟ شرح دهید. بله، کلیه پرسنل به‌ویژه سرپرستاران و منشی بخش‌های درمانی.

– آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟ اگر بلی، شرح دهید. بله، نیاز به مصوبه رئیس بیمارستان که دریافت شد.

– آیا نحوه ارتباط رسمی شما – واحد پرستاری با سایر واحدهای مرکز توانبخشی تغییر نمود؟ چگونه؟ خیر

– آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای مرکز توانبخشی بوده است؟ اگر بلی، شرح دهید. بله، تعامل با قسمت مالی، نیروی انسانی و ریاست.

– نحوه نظارت و کنترل شما – واحد پرستاری در خصوص برنامه تغییر چگونه بود؟ شرح دهید. به صورت ماهیانه طبق فایل‌های اکسل طراحی شده.

– نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید. بعد از اجرای پایلوت توسط قسمت بازرسی و ریاست.

– برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟ شرح دهید. طبق مصوبه ریاست بیمارستان تثبیت گردید.

– مشکلات پیش آمده در حین اجرا چه بودند؟ چگونه با هریک از آنها برخورد نمودید؟ نهادینه شدن بین پرسنل در ابتدای اجرای طرح با مشکل مواجه بود

● نتایج برنامه تغییر:

– توزیع عادلانه کارانه مبتنی بر عملکرد و کاهش اعتراضات پرسنل بعد از اجرای طرح

– ایجاد انگیزه در کلیه پرسنل در رده‌های مختلف جهت افزایش درآمد بخش مربوطه و افزایش کارانه

- ایجاد انگیزه جهت قبول مسئولیت در پرسنل با توجه به آیتم‌های مصوب طرح

● مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر

- عدم قابلیت گزارشگیری بیش از یک ماه
- سرعت پایین سیستم با توجه به اجرای طرح در محیط اکسل
- عدم اجرای طرح در بیمارستان‌های بزرگ به علت اجرای طرح در محیط اکسل - نیاز به نرم افزار قوی‌تری خواهد بود