

مقام معظم رهبری:

دستگاه درمان دولتی باید به گونه‌ای آماده به کار باشد که دولت و مسئولان کشور به آن مباحثات و افتخار کنند

عنوان	صفحه
شفقت محور حاکمیت بالایی	۲
مدیریت خطر یعنی شیوه‌هایی از عملکرد که احتمال آسیب دیدن بیمار با آن کاهش می‌یابد.	۸
آموزش و مهارت آموزی یعنی ایجاد فرصت رشد و توسعه عادلانه برای کلیه کارکنان در زمینه شفقتی و کاری خود. فراهم کردن برنامه‌های مختلف آموزشی داخلی یا خارج سازمانی، برگزاری برنامه‌های آموزشی مورد نیاز یا توجه به نیاز شفقتی های انجام شده	۱۰
مدیریت کارکنان یعنی مدیریت کارکنان شامل به کارگیری و انتخاب کارکنان، ارزیابی و نظارت بر آنان، توسعه مهارت‌های فردی و شفقتی و تامین رفاه آنهاست.	۱۴
استفاده از اطلاعات یعنی زیربنای هر سیستم دارای استاندارد و کیفیت سیستم HIS بیمارستان جهت استفاده مدیران و کارکنان از اطلاعات بیمارستان می‌باشد.	۱۵

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

- ✓ EBM چیست؟
- ✓ ۱۰ نکته شادابی در محیط کار
- ✓ ممیزی بالینی
- ✓ شاخص‌های بیمارستانهای سبزوار
- در دومین جشنواره حاکمیت بالینی

۲

۸

۱۰

۱۴

۱۵

EBM چیست؟

Evidence Based Medicine
با پزشکی مبتنی بر شواهد، به عقیده برخی مولفین اولین بار پس از انقلاب فرانسه در پاریس مورد توجه واقع شده است و عده‌ای ریشه‌های قدیمی‌تری از آن را در طب چینی پدمست آورده‌اند. اصطلاح امروزی EBM در سال ۱۹۹۲ توسط اپیدمیولوژیست کانادایی Gordon Guyatt و همکارانش از دانشگاه McMaster کاتادا مطرح گردید که پس از آن توسط Cochrane Collaboration مورد اقتباس قرار گرفت.



این علم تلفیقی بین بهترین دانش موجود (شاهد یا Evidence) با تجربه بالینی و ارزش‌های بیمار است.

• بهترین دانش موجود (شاهد)، همان تحقیقات بالینی رایج است که جهت تعیین درستی و دقت تست‌های تشخیصی، اندازه‌گیری میزان تاثیر و مفید بودن رژیم‌های درمانی، و مانند آن

صورت می‌پذیرد. شواهد جدید حاصل از تحقیقات بالینی، نه تنها تست‌های تشخیصی و درمان‌های قبلی را باطل می‌نمایند، بلکه آنها را با شواهد جدیدی که دقیق‌تر و مطمئن‌تر هستند، جایگزین می‌سازند.

• مهارت بالینی پزشک، تخصص و قدرت تشخیص سریع علائم بیماری، خطرات و فواید مداخلات ممکن، ارزش‌های فردی و انتظارات بیمار توسط پزشک و با تکیه بر تجربیات بالینی خود می‌باشد.

• ارزش‌های بیمار، همان ترجیحات، نگرانی‌ها و توقعات خاص هر بیمار است که از نظر بالینی اهمیت داشته و بایستی در هنگام اخذ تصمیمات بالینی به آنها توجه نمود.

زمانی که این سه جزء به یکدیگر پیوندند، پزشک و بیمار تشکلی را ایجاد می‌نمایند که نتایج بالینی و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد.

چرا به EBM نیازمندیم؟

پاسخ به این پرسش خود نیاز به صفحات بسیار دارد. در یک بیان خیلی کلی مهم‌ترین دلایل نیاز به پزشکی مبتنی بر شواهد عبارتند از:

- نیاز روزمره به اطلاعات قابل اطمینان
- ناکافی بودن منابع رایج و سستی که اکثر آنها تاریخ گذشته و اشتباه می‌باشند
- به روز کردن اطلاعات پزشکان
- محدود بودن وقت پزشک جهت تشخیص بیماری و تطابق آن با شواهد موجود مختلف

EBM یا تجربه؟

سؤالی که در همان ابتدای آشنایی با پزشکی مبتنی بر شواهد در ذهن افسراد و به خصوص پزشکان متخصص مطرح می‌شود آن است که آیا استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد به معنی پس‌ارزش شدن و ناصحیح تلقی کردن تبحر و تخصص پزشکانتی است که سال‌ها تجربه کار بالینی دارند؟



پزشکان کنونی به خصوص در کشوری مانند ایران، معمولاً از اطلاعاتی که به شدت تجربه‌محور هستند (از قبیل مشاوره مستقیم و دوره‌های بازآموزی پزشکی) بهره می‌جویند. بدون شک این دست منابع اطلاعاتی با ارزش هستند زیرا به دست آوردن آنها معمولاً سریع



و ارزان است و به راحتی قابل استفاده است. به علاوه متخصصین همراه پیشنهادات مبتنی بر تجربه خود، «پشتیبانی روحی و روانی» به عمل می‌آورند، چیزی که منابع کامپیوتری از آن عاجزند.



در ارتباط با اطلاعاتی که به این شکل به دست می‌آیند، چند سؤال را باید در ذهن پاسخ گفت:

۱. آیا اطلاعاتی که پزشک متخصص ارائه می‌کند واقعا مهم هستند؟ در ارتباط با یک بیمار مبتلا به کانسر ریه، مهم‌ترین مساله انتخاب درمانی است که طول عمر و کیفیت زندگی بیمار را افزایش دهد. اما تنها یک مطالعه تصادفی که تاثیر روش‌های درمانی در دست‌رس را بر روی طول عمر و کیفیت زندگی بیماران مورد مقایسه قرار دهد، می‌تواند به چنین اطلاعاتی دست یابد. اما آنچه پزشکان در عمل در جست‌وجوی آن هستند، یافته‌های بیمار-محور (Patient-oriented) است. گرچه منابع الکترونیکی به طور مستقیم با غیر مستقیم پایه و اساس تجربیات بالینی متخصصین را تشکیل می‌دهند، گاه درک این که آیا یک مقاله اطلاعات بیمار-محور

در اختیار می‌گذارد یا خیر بسیار دشوار می‌شود. اطلاعاتی که از متخصصین به دست می‌آید معمولا بیمار-محور است.

۲. آیا اطلاعاتی که پزشک متخصص ارائه می‌کند دقیق و معتبر است؟ مزیت شواهدی که از طریق جست‌وجوی الکترونیکی به دست می‌آیند آن است که با روش‌های مشخص و با کمک شاخص‌های مناسب می‌توان آن‌ها را مورد ارزیابی منتقدانه قرار داد. حال آن‌که شاخص‌های این چنینی برای ارزیابی شواهد حاصل از تجربه بالینی متخصصین در دسترس نمی‌باشد، و در مواردی هم که قادر به ارزیابی منابع مبتنی بر تجربه هستیم، غالبا این منابع را فاقد اعتبار کافی می‌یابیم.

در یک بیان نسبتا جامع، می‌توان مزایای تجربه را چنین دسته‌بندی کرد:

۱. بدون داشتن تجربه، طرح یک سوال قابل پاسخگویی (که همان مرحله اول EBM است) دشوار و گاهی غیر ممکن است.
۲. آنچه از مطالعات آماری به دست می‌آید «متوسط» اثر یک دارو، یا «متوسط» فایده یک روش تشخیصی است. آنچه در عمل به آن محتاجیم، تعمیم این داده به

«یک بیمار خاص» است، و این تنها با واسطه تجربه میسر است.

۳. در تشخیص بیماری‌ها نقش تجربه انکار نشدنی است. بسیاری از روش‌های تشخیصی (نظیر سونوگرافی) مشخصا تحت تاثیر مهارت اجرا کننده هستند.

۴. تجربه به ما کمک می‌کند برخی نیازهای بیماران را بشناسیم؛ نیازهایی که گاه منحصر به فرد بوده و در شهر یا کشور ما یا شهر یا کشور دیگر متفاوتند.

۵. تجربه در مواردی که شواهد بیمار-محور کافی از طریق مقالات در دسترس نباشد کمک کننده است.

۶. در شرایط اورژانس و برای یک مورد نادر، گاهی تجربه سهل‌الوصول‌تر از منابع اینترنتی و ... است.

نقطه ضعف مهم شواهد تجربه-محور (که غالبا به قدری حائز اهمیت است که تمام مزایای آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد) آن است که در بیمار موارد، اطلاعاتی که فرد مجرب و متخصص در اختیار شما می‌گذارد، آمیزه‌ای از نظرات شخصی وی و توجه‌های فیزیوپاتولوژیکی است که برای



ارزیابی منتقدانه

(Critical Appraisal)

«آن چه از جست و جوی شواهد حاصل می‌شود تنها دسته‌ای از مقالات مرتبط به سوال بالینی مورد نظر ما هستند. از دید جست‌وجو کننده، این منابع همگی ارزش یکسانی دارند، حال آن که در واقع این طور نیست. ارزیابی منتقدانه روشی ساختارمند برای بررسی مقالات حاصل از جست‌وجو است، که در آن خصوصیات اساسی هر مقاله پژوهشی به شکلی عادلانه و عینی مورد بررسی قرار می‌گیرند. آن چه در این خلال ارزیابی می‌گردد درستی (Validity) و ارتباط (Relevance) مقاله است، که حتماً باید قبل از به کارگیری آن در تصمیم‌گیری بالینی مدنظر قرار گیرد. به بیانی دیگر، ارزیابی منتقدانه اولین مرحله در انتقال یافته‌های پژوهشی به دستورالعمل‌های بالینی است.

«از زمره دلایلی که مقالات مروری سیستماتیک (Systematic Review) به عنوان عالی‌ترین سطح تولید دانش شناخته می‌شوند آن است که این مقالات تمامی شواهد مربوط به یک موضوع را جمع‌آوری کرده و سپس اطلاعات

Blinding در معرض تورش

اطلاعات خواهند بود.

۲. روش دیگری که برای جلوگیری از تورش در کارآزمایی‌های بالینی به کار می‌رود تصادفی‌سازی (Randomisation) است. تجارب بالینی به دلیل فقدان امکان تصادفی‌سازی، در معرض تورش انتخاب خواهند بود.

۳. حجم اطلاعات جمع‌آوری شده در کارآزمایی‌های بالینی بسیار بیش از آن چیزی است که یک پزشک در طول تجارب خود از بیماران جمع‌آوری و ثبت می‌کند، لذا امکان نتیجه‌گیری‌های دقیق‌تری در کارآزمایی‌های بالینی فراهم می‌شود.

در یک جمع‌بندی کلی، استفاده از تجربیات پزشکان متخصص، برای بیماری‌های نادر، حالات اورژانس، و وضعیت‌هایی که فرد قادر به تعمیم شواهد آماری به یک بیمار خاص نیست توصیه می‌شود. به علاوه، در استفاده از عباراتی که بر اساس نظر شخصی فرد متخصص هستند، باید جداً احتیاط گردد.

آن‌ها «جور کرده است» و نه اطلاعاتی که حاصل تعمیم یافته‌های آماری اثبات شده به جامعه هدف باشد. این اشکال از آن‌جا ناشی می‌شود که ما معمولاً تجربه را با سال می‌سنجیم. این که پزشکی در بیست سال گذشته بیست بیمار مبتلا به وضعیتی نادر را به غلط درمان کرده ولی همگی کم و بیش جان سالم به در برده‌اند، در تصور عامه به صورت «بیست سال تجربه موفق» این پزشک در درمان آن وضعیت نادر قلمداد می‌شود. تجربه پزشکی مفهومی است که با «ارزیابی» پیوند خورده است، حال آن که در کشور ما، تقریباً سابقه هیچ یک از پزشکان «با تجربه» ما ارزیابی نمی‌شود. این مساله در تمامی فرهنگ‌هایی که انتقادپذیری را کم‌ارزش می‌شمارند وجود دارد.

تجربه بالینی یک پزشک متخصص در مقایسه با یک مطالعه RCT از چند نقطه ضعف رنج می‌برد:

۱. یکی از روش‌های کاهش خطا در کارآزمایی‌های بالینی Blinding است. بدیهی است تجربه‌های یک پزشک به دلیل نبود



جمع آوری شده را مورد ارزیابی
متفدانه قرار می دهند.

«شاخص‌هایی که در
ارزیابی متفدانه سنجیده می‌شوند،
و روش سنجیدن آن‌ها خود
موضوع بحث‌های بسیار
متدلوژیست‌های مطرح جهان
می‌باشند. لذا روش‌های موجود
هرگز به صورت یک آیه منزل و
حقیقت قطعی مطرح نیستند. آن چه
در این میان پذیرفتنی است آن
است که گرچه روش‌های ارزیابی
متفدانه قادر به طبقه‌بندی شواهد به
صورت خوب و بد نیستند، اما
قادرند به ما باری برسانند که آیا
این شواهد «به اندازه کافی» خوب
هستند که در تصمیم‌گیری بالینی به
کار گرفته شوند، یا خیر.
به کارگیری شواهد

همان‌گونه که قبلاً نیز بحث شد،
آن چه مقالات به ما ارائه می‌کنند،
اطلاعاتی مستند و قابل اعتماد
در باره روش‌های پیش‌گیری،
درمان، تشخیص و ... هستند.
مقالات این اطلاعات را به شکلی
که مستقیماً قابل تعمیم به هر بیمار
باشند ارائه نمی‌کنند. گرچه فاصله
بین شواهد موجود در مقالات
مـــرورری ســـیستماتیک
(Systematic Review) و
کارآزمایی‌های تصادفی‌شده بالینی
(RCT) به عنوان عالی‌ترین سطح
شواهد پزشکی از یک سو، و

تصمیم‌گیری در مورد یک بیمار
خاص از سوی دیگر، با فراگیری
مهارت‌های لازم به آسانی قابل‌پرس
کردن است، برای تسهیل
تصمیم‌گیری‌های بالینی، این
اطلاعات به صورت راه‌کارهای
(Guidelines) تصمیم‌گیری
بالینی منتشر می‌شوند. در واقع،
Guideline‌های پزشکی که ما در
کتاب مرجع (نظیر Harrison's
Internal Medicine) می‌یابیم،
در بهترین شکل خود، نحوه‌ی ساده
و جمع‌بندی‌شده‌ی ارائه شواهدی
هستند که از مسیر EBM به دست
آمده‌اند.

بدیهی‌است، این Guideline‌ها
به عنوان راهنمای تصمیم‌گیری
برای اکثریت بیماران مفید خواهند
بود، اما وجود خواهند داشت
بیمارانی که به علت پیچیدگی زیاد
و حساسیت بالینی‌شان، در
Guideline‌های موجود راهنمایی
مستقیمی درباره نحوه تصمیم‌گیری
در ارتباط با وضعیت آن‌ها وجود
نداشته باشد. بدون شک تجربه در
این مرحله نقش اساسی ایفا می‌کند.
هنر پزشکی در تعمیم دادن دانش
موجود به چنین بیمارانی است، و
همین هنر است که پزشکان حاذق
را از سایرین متمایز می‌سازد.

نکته دیگری که شایان توجه
است آن است که، Guideline‌ها
به عنوان نقطه پیش‌فرض و یک
راهنمای اولیه به کار گرفته شوند.
آن چه در Guideline آمده،
جمع‌بندی نتایج شواهد موجود
است که حاصل از مطالعات آماری
هستند. در عمل یک پزشک در
زمان تصمیم‌گیری باید به ترجیح
بیمار نیز در کنار این شواهد علمی
ارزش بدهد.

یکی از معزلاتی که کشور ما با
آن مواجه است، نبود
Guideline‌های تصمیم‌گیری
کشوری است. تفاوت شیوع
بیماری‌ها در کشور ما با کشورهای
توسعه‌یافته (که ناشر اکثر
Guideline‌های معروف هستند)
در کنار بسیاری عوامل دیگر، دلیلی
قانع‌کننده‌ای است که یبذیریم
اجرای Guideline‌های خارجی
در ایران، هر قدر هم که مفید باشد،
بهترین نتایج ممکن را به دنبال
نخواهند داشت. مسئولین امور
بهداشت کشور باید امر تهیه
Guideline‌های تشخیصی و
درمانی ملی را به خصوص برای
بیماری‌های فراگیری مانند دیابت،
سل و ... جدی‌تر دنبال نمایند، و



هم‌زمان، جهت پتانسیل‌های تحقیقاتی کشور در این باره را به سمت هر چه بیشتر «مبتنی بر شواهد» بودن تغییر دهند.

توجیح بیمار (Patient Utility)

از مهم‌ترین نقاط تفاوت رویکرد مبتنی بر شواهد (Evidence Based Approach) به بیماران، با رویکرد به اصطلاح کنایی، ارزش دادن به توجیح بیمار است. ارزش‌گذاری مبتنی تقریباً تمام تصمیمات بالینی است. گاهی اوقات تصمیم‌گیری صرفاً بر پایه "احتمال" انجام می‌گیرد. اما در اکثر موارد تصمیم‌گیری از میان استراتژی‌های متفاوت، تنها نمی‌تواند بر پایه احتمال وقوع حادثه باشد؛ بلکه نیازمند ارزش‌گذاری و وزن‌دهی به مزایا و معایبی است که احتمالاً بعد از هر تصمیمی وجود خواهد داشت. برای تصمیم‌گیری در مورد روش درمان یک بیمار راه‌های متفاوتی وجود دارد. عبارات زیر نمونه‌ای از جملاتی است که پزشکان هنگام تصمیم‌گیری به کار می‌برند:

- این بهترین کاری است که می‌توان انجام داد.

- در موارد قبلی ما این کار را انجام می‌دادیم.
- همه پزشکان در موارد مشابه این کار را انجام می‌دهند.
- ممکن است این عمل مفید باشد.
- کاری کن که بعداً کمتر پشیمان شوی.
- گاهی هم از همکاران با تجربه تر سؤال می‌شود: "شما در این موارد چه می‌کنید؟"
- گاهی کل بار مسؤلیت به دوش بیمار می‌افتد: "می‌خواهید چه کاری برایتان انجام دهم؟"
- در هر صورت کسی که تصمیم گیرنده است (Decision Maker)، باید در مورد احتمال وضعیت‌های مختلف اطلاع داشته باشد اما به طور یقین نمی‌داند چه اتفاقی خواهد افتاد. با وجود اینکه در تمام موارد پزشک باید از نظرات و اولویت‌های بیمار آگاه باشد، گاهی لازم است این اولویت‌ها به طور دقیق و واضح مشخص شوند. مثلاً:
- وقتی تفاوت زیادی بین انواع پیامدهای ممکن وجود دارد (مرگ در مقابل معلولیت).
- وقتی درمان‌های مختلف از نظر نوع و میزان عوارض جانبی تفاوت زیادی دارند.

- وقتی که تصمیم‌گیری مستلزم وزن‌دهی و مقایسه بین پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت است.
- وقتی که برای یک بیمار یک پیامد خاص ارزش بالایی دارد.
- روش‌های ارزش‌گذاری پیامدها

Rating Scale (1)

ساده‌ترین راه برای اندازه‌گیری utility فرد در مورد حالتی از سلامتی است؛ چه فرد واجد آن حالت باشد چه نباشد. در این روش بیمار به هر یک از گزینه‌های پیش رو، نمره مثلاً از یک تا ده می‌دهد. این روش به آسانی برای همه افراد قابل انجام است، اما در واقع نمی‌تواند utility واقعی فرد را مشخص کند؛ زیرا "نسبت" بین مرگ و سلامت کامل را نشان نمی‌دهد.

Standard (Reference) Gamble (2)

این روش utility فرد را با این پرسش اندازه می‌گیرد که جهت ارتقای سلامت خود حداکثر تا چه میزان خطر مرگ را می‌پذیرد. از بیمار می‌خواهیم از میان "زندگی در یک وضعیت مشخص و مطمئن بالینی" و "قمار بین مرگ و سلامت کامل" یکی را انتخاب کند. منظور از قمار، حالت مبهمی



است که احتمال یکی از دو رخداد مرگ یا سلامت کامل وجود دارد. هنگامی که فرد به جایی می‌رسد که نمی‌تواند از بین این دو یکی را انتخاب کند و ارزش آنها برایش یکسان است، احتمال وقوع سلامت کامل و **utility** مشخص می‌گردد.

Time trade-off (3)

روش سوم برای اندازه‌گیری ارجحیت بیمار در مورد **utility** با این پرسش ارزیابی می‌شود که بیمار برای بهبود وضعیت خود حاضر به پرداخت چند سال از عمرش است. از بیمار می‌پرسیم: "از میان زندگی در 'یک وضعیت بالینی طی مدت زمان مشخص' و 'زندگی در سلامت کامل طی مدت زمان کوتاه‌تر' یکی را انتخاب کند. سپس هنگامی که فرد به جایی می‌رسد که ارزش این دو حالت برایش یکسان است نسبت این دو زمان (امید به زندگی) سنجیده می‌شود و **utility** وضعیت بالینی مشخص می‌شود. حداکثر **utility** یک است که در اینجا **utility** سلامت کامل در نظر گرفته می‌شود.



جست‌وجوی شواهد

پزشکی مبتنی بر شواهد، آنگونه که از نام آن پیداست، بر مبنای بررسی تمامی شواهد موجود، ارزیابی دقیق آنها و انتخاب مناسب‌ترین گزینه در هر وضعیت بالینی خاص بنا شده است. ناگفته نماند پیداست دسترسی کامل به تمامی اطلاعات موجود شرط اساسی حرکت قدم به قدم در این مسیر می‌باشد.

هر چند منابع مختلفی برای دسترسی به شواهد می‌تواند مثال زد، اما بی‌شک جامع‌ترین منبع دستیابی به اطلاعات در تمامی رشته‌های علوم در حال حاضر اینترنت است. کیفیت اطلاعات موجود در اینترنت بسیار متغیر است، در کنار اطلاعات با ارزش و به روز که در بسیاری از موارد به هیچ نوع دیگری نمی‌توان بداند دسترسی داشت، اطلاعات بی‌فایده، نتیجه‌گیری‌های شخصی و حتی مطالب به کلی نادرست در آن یافت می‌شود. از اصول EBM به یاد داریم که هر منبعی که از آن اطلاعات کسب می‌کنیم باید مورد بررسی و نقد قرار گیرد. صفحات وب نیز از این قانون مستثنی نیستند و اتفاقاً سادگی نشر مطالب در وب، هزینه بسیار اندک آن و فقدان



نظارت بر محتوای صفحات به معنای نیاز به وسواس بیشتر در نقد مطالب آن است.

بحث جست‌وجوی شواهد چندان گسترده است که در یک صفحه و حتی یک وب‌سایت نیز نمی‌توان آن را کاملاً مطرح کرد، لذا فقط به اندکی از مطالب مربوط می‌پردازیم. یکی از متداول‌ترین وب‌سایت‌هایی که برای جست‌وجوی مقالات به کار می‌رود وب‌سایت PubMed است. فهرستی از خدماتی که توسط این وب‌سایت ارائه می‌شود در سمت چپ صفحه وجود دارد. یکی از مهم‌ترین آنها قسمت **Clinical Queries** می‌باشد. در قسمت پاد شده دو روش جست‌وجو آماده استفاده می‌باشد. روش اول **Clinical Queries using Research Filter Methodology** نام دارد. با کمک این قسمت، می‌توان به طور **Sensitive** یا **Specific** به دنبال مقالات دلخواه (در موضوع تشخیص، درمان و...) جست‌وجو کرد. سیستم به طور خودکار بانک اطلاعاتی PubMed را برای کلمات کلیدی (**Keywords**) وارد شده جست‌وجو می‌کند و در این میان از فیلترهایی که توسط **R. Brian**

۶) از خودتان حمایت کنید

انسان وقتی زیر فشار روانی و انتقاد دیگران است، به ندرت می تواند شاد باشد، بیش تر افراد ترجیح می دهند که در چنین شرایطی، به جای مقابله به مثل، سکوت کرده یا اتاق را ترک کنند. اما شما چنین کاری را نکنید. محکم بایستید و از خودتان حمایت کنید این اقدام، موجب تقویت اعتماد به نفس می شود.

۷) شایعه سازی نکنید

شایعه، اعتماد به نفس، روابط و اتحاد را از بین می برد و در عوض، خصومت، کینه و بدبینی به وجود می آورد و می تواند بهره وری را کاهش دهد. اگر می خواهید دربارهی شما شایعه ای نسازند، اجازه ندهید که برای دیگران شایعه بسازند.

۸) صمیمی باشید

این یک واقعیت است که کار، وقتی جذاب تر می شود که همکاران خود را دوست داشته باشید. وقتی با دیگران رفتاری دوستانه و مسالمت آمیز داشته باشید، محیطی همراه با محبت و صمیمیت به وجود می آید.

۹) انتظار تغییر داشته باشید و

خود را برای آن آماده کنید

کارکنان، بیش تر از هر زمان دیگری در معرض تغییرات قرار دارند. این تغییرات شامل سازگاری با خط مشی ها و رویه ها، فن آوری های جدید و رشد سریع کوچک سازی است. وقتی تغییرات رخ می دهد، افراد به لحاظ مسوولیت پذیری و توسعه ی فن آوری جدید، احساس خطر می کنند.

۱۰) درخواست انتقال کنید

اگر به همهی توصیه ها عمل کردید و فایده ای نداشت، آن گاه تصمیم بگیرید که تقاضای مرخصی بلندمدت یا انتقال کنید. اگر شغل تان جذابیت و نشاط کافی نداشت، آن را رها کنید و به دنبال مشاغل جذاب تری باشید.

رضایتمندی و شادمانی در محیط کار، نیازمند برداشتن گام های اساسی است که روزانه باید انجام دهید. شادمانی را باید ایجاد و سپس آن را حفظ کرد. با استفاده از این استراتژی ها و تلاش آگاهانه، به سادگی می توانید شادی تان را در محیط کارتان به ارمغان آورید.



معیزی بالینی

امروزه دغدغه‌ی بسیاری از مردم کشورهای جهان اعم از توسعه یافته و در حال توسعه دسترسی به خدمات سلامت با بهترین کیفیت ممکن است. توجه به بعد کیفی خدمات سلامت زمانی پرتنگتر می‌شود که بدانیم در بعضی کشورها مثل نروژ (که از کشورهای توسعه یافته محسوب می‌شود) هر روز سه مرگ غیر ضروری به علت کیفیت پایین خدمات سلامت رخ می‌دهد. افراط و تفریط در ارائه و استفاده از خدمات نظام سلامت نتیجه‌ی پدایش شکافی عمیق، بیابان کیفیت خدمات ارائه شده و نتوان پناهنده‌ی نظام سلامت شده است و از سوی دیگر این خدمات نا به جا، هزینه‌های گزافی بر نظام سلامت تحمیل می‌نمایند. برای مثال ۲۵ درصد اقدامات رادیولوژیست صورت گرفته در آمریکا، و بیش از ۵۰ درصد داروهای تجویز شده در بسیاری از کشورهای جهان غیر ضروری است. بنابراین کیفیت بالاتر الزاما به معنای هزینه‌های بالاتر نبوده و حتی ارتقای کیفیت،

باعث کاهش هزینه‌ها می‌شود.

کیفیت خدمات سلامت عبارتست از ارائه خدماتی که بیماران می‌خواهند (کیفیت از دید بیمار) و خدماتی که برایشان لازم است (کیفیت حرفه‌ای)، در زمان مناسب و توسط نرد مناسب با استفاده از کمترین منابع و بدون خطا. با توجه به پیشرفت‌های صورت گرفته در قرن بیست و یکم جهت ارتقای کیفیت خدمات - مطابق تعریف ذکر شده - نیاز داریم که آموزش دهندگان پزشکی و متخصصان سلامت از الگوی پزشکی قرن بیستم ماموله گرفته و به الگوی پزشکی قرن بیست و یکم نزدیکتر شوند. پزشکی اول پزشکی بود که به تنهایی طبابت می‌کرد، به خودمختاری به عنوان سنگ ارزش محوری می‌نگریست و در هنگام مواجهه با همکاران و بیماران، خود را مصون از خطا می‌دانست. در حالیکه پزشک دوم پزشکی است که کارگروهی و نظام‌های مراقبت را درک می‌کند و رهبری این نظام را به دست می‌گیرد. اگر چه هنوز هم به طور سنتی پزشکان فکر می‌کنند که آنها ابعاد مختلف کیفیت خدمات سلامت را می‌شناسند و بنابراین بهترین کیفیت

را ارائه می‌دهند، اما اغلب، اشتباه می‌کنند.

ما نیازمند شیوه‌ای هستیم که اطلاعات مورد نیاز دربارهی نحوه‌ی کاهش کیفیت نامطلوب را در اختیار ما قرار دهد، تا بتوانیم با به کارگیری روش‌ها و نظام‌های ارتقای کیفیت، خطاها و کاستی‌ها را کاهش دهیم و به حداقل رسانیم. به این طریق با به کارگیری همان منابع سابق می‌توان خدماتی با کیفیت بالاتر ارائه نمود، با تعداد بیشتری از بیماران را درمان کرد. نتیجه اینکه، ما در نظام سلامت به ابزارهایی نیازمندیم تا اطمینان حاصل کنیم خدمات سلامت بر اساس جدیدترین و معتبرترین دانش موجود، و با بهترین کیفیت منکبیل ارائه می‌گردد یکی از مؤثرترین ابزارها در این زمینه معیزی بالینی است. معیزی بالینی رویکردی نظام‌مند و مبتنی بر شواهد معتبر، در غالب استانداردها است و به ما اطمینان می‌بخشد که کیفیت خدمات سلامت به صورت پیوسته ارتقا می‌یابد.





در واقع ممیزی داخلی یک فعالیت داخلی است که از طریق نظارت بر فعالیتها و نظام‌های غیر بالینی به بررسی این موضوع می‌پردازد که: آیا کارها به همان روشی که باید انجام شوند (استاندارد)، انجام می‌شوند؟

ممیزی سازمانی

نوعی ممیزی خارجی، مستقل و معمولاً داوطلبانه از کل سازمان است که بر اساس چارچوبی از استانداردهای مشخص انجام می‌پذیرد. در حالیکه ممیزی بالینی به جزئیات فرایندها و نتایج حاصل از ارائه یک خدمت بالینی خاص توجه می‌کند. ممیزی سازمانی به چگونگی تأسیس یک سازمان و کلیه کارهای آن در یک روز می‌نگرد. همه انواع ممیزی‌ها در چند حیطه با هم دارای اشتراک هستند. برای مثال:

- همه آنها بررسی و ارزشیابی نموده و به ارائه گزارش در مورد فرایندها و نتایج می‌پردازند.

آیا هر ممیزی‌ای، ممیزی بالینی است؟

تنها ممیزی بالینی نیست که پیشوند ممیزی را به همراه دارد: واژه‌های دیگری چون ممیزی مالی، ممیزی داخلی، ممیزی سازمانی و یا انواع دیگری از ممیزی نیز وجود دارد، که نباید با ممیزی بالینی اشتباه شوند. در اینجا تعریف کوتاهی از هر یک از این انواع ارائه می‌دهیم:

ممیزی مالی

ممیزی مالی به بررسی حسابها و دفاتر می‌پردازد و اطمینان احاصل می‌نماید که وضعیت مالی سازمان درست، دقیق و متصفانه منعکس شده است.

ممیزی داخلی

این فرایند از طریق یک سرویس ارزشیابی مستقل در داخل هر سازمان انجام می‌شود، و فعالیت‌های تمامی سطوح مدیریتی آن سازمان را بررسی می‌نماید. این سرویسها به طور عینی به بررسی، ارزشیابی و در نهایت ارائه گزارش در زمینه اثربخشی و کارایی سیستمهای کنترلی داخلی، وضعیت مالی، استفاده موثر از منابع و ... می‌پردازند.

بالینی است که می‌توانیم از کیفیت خدماتی که در نظام سلامت ارائه می‌دهیم، مطمئن شویم و به گونه‌ای نظام‌مند و مستند چگونگی کیفیت خدماتمان را به اطلاع دیگران برسانیم.



اگر چه در متون مختلف روش‌های مختلفی برای ممیزی بالینی ذکر شده است، اما این دسته بندی‌ها تنها به ابهام بیشتر موضوع دامن می‌زند و از آن جا که تمام این روشها نهایتاً یک شیوه کلی را دنبال می‌کنند و آن هم طی کردن چرخه‌ی ممیزی بالینی تا به انتها ناپدید گرفت. اگر چه چارچوب کلی این چرخه ثابت است، اما گاه مراحل بنا به ضرورت افزوده و یا کاسته می‌شود.



- همه آنها در راستای اطمینان از اینکه کارها به بهترین نحو انجام می‌شوند، صورت می‌پذیرند.
- همه آنها نیازمند زمان، تلاش و برنامه‌ریزی دقیق هستند.
- همه آنها از طریق مقایسه وضعیت فعلی با وضعیت استاندارد عمل می‌کنند.

یک تفاوت مهم میان ممیزی بالینی و سایر انواع ممیزی این است که ارائه دهندگان خدمات سلامت ممیزی بالینی را از آن خود می‌دانند (در حالت ایده‌آل)، آنها خودشان فرایند ممیزی را انجام می‌دهند، خودشان در مورد یافته‌های آن بحث می‌کنند و به نتیجه می‌رسند، خودشان تغییرات را اعمال کرده و متوجه ارتقا کیفیت می‌شوند و ... در حالیکه در سایر انواع ممیزی، شخصی از بیرون می‌آید و سازمان را ممیزی می‌کند.

اجرای ممیزی بالینی

همان گونه که ذکر کردیم بعضی مراحل چرخه ممیزی ثابت و تغییر ناپذیرند، این اجزا عبارتند از:

- ۱) تعیین استانداردها
- ۲) بررسی وضعیت موجود
- ۳) مقایسه وضعیت موجود با

استانداردها
۴) اعمال تغییر در صورت لزوم
۵) انجام مجدد ۴ مرحله قبلی
جهت اطمینان از بهبود کیفیت
فرایند مورد نظر
به این فرایند ۵ مرحله‌ای



چرخه‌ی ممیزی می‌گویند.

مراحل انجام ممیزی بالینی:

- ۱) تشکیل تیم ممیزی بالینی
- ۲) انتخاب موضوع
- ۳) تعیین اهداف و استانداردهای ممیزی

۴) انتخاب نمونه

۵) در نظر گرفتن مسائل اخلاقی

۶) برنامه‌ریزی و جمع‌آوری

اطلاعات

۷) آنالیز داده‌ها

۸) ارائه نتایج

۹) گزارش

۱۰) اعمال تغییر لازم

۱۱) تکرار ممیزی

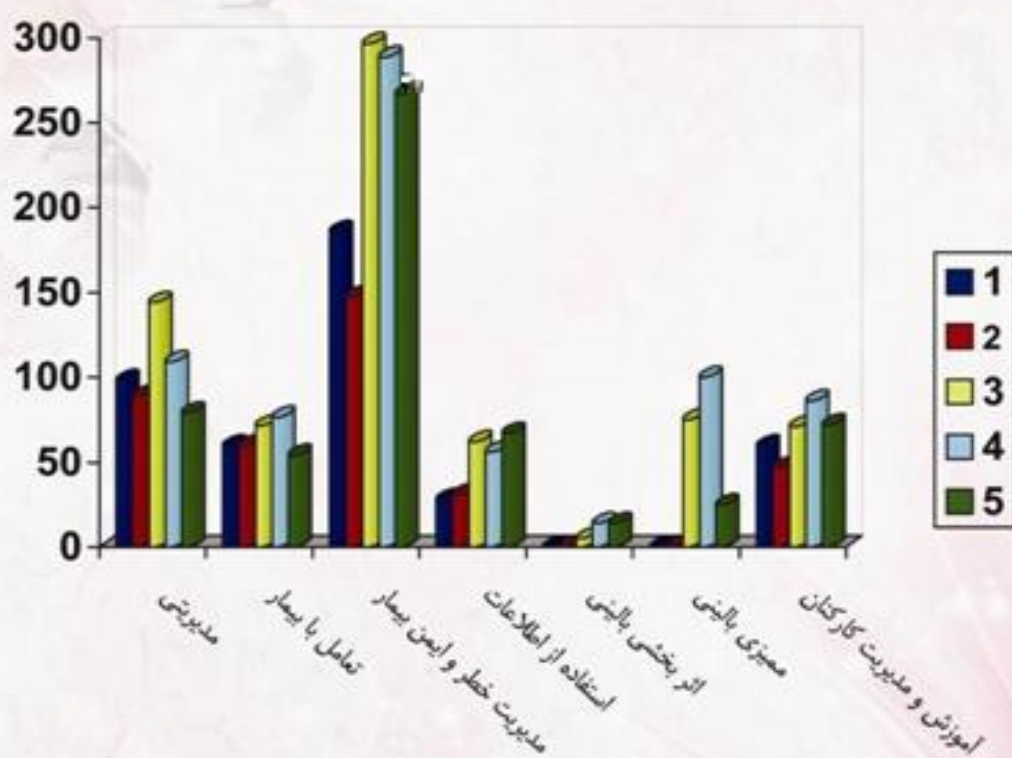
۱۲) انتشار

... ادامه بحث در فصلنامه

بعدی



ارزیابی نتایج بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
در دومین جشنواره کشوری حاکمیت بالینی



راهنما و دستورالعمل



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار



حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت در قبال بهبود کیفیت پاسخگو بوده با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می‌شود به حمایت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند.

فصلنامه حاکمیت بالینی

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار واحد بهبود کیفیت و حاکمیت بالینی

نهیبه کنندگان:

خانم دکتر عزت ادیبیان و خانم معصومه سادات علوی / با راهنمایی آقای دکتر کامران‌نیا و آقای دکتر فروزان

آدرس:

سبزوار - بلوار توحید شهر - سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار معاونت درمان - واحد حاکمیت بالینی

تلفن: ۰۲۳-۴۰۰۱۰۲۳ www.medsab.ac.ir