



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۲۱: حرفه‌ای‌گری در پرستاری و استانداردسازی
مراقبت‌های پرستاری

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
اسفند سال ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۲۱: حرفه‌ای‌گری در پرستاری و استانداردسازی مراقبتهای پرستاری

مجری طرح:

دکتر مهدی یوسفی

عضو هیئت علمی گروه آموزشی علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

همکار اصلی:

مینو آرمند

فهرست مطالب

فصل اول: حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی.....	۱
۱-۱) کلیات و بیان مساله.....	۲
۱-۲) شناسایی و تحلیل ذینفعان.....	۳
۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان.....	۴
۱-۲-۲) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان.....	۴
۱-۲-۳) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی.....	۷
۱-۳) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی.....	۷
۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی.....	۸
۱-۳-۲) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی.....	۹
۱-۳-۳) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه.....	۱۱
فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح.....	۱۳
۲-۱) مبانی نظری.....	۱۴
۲-۱-۱) مفهوم مراقبت های پرستاری استاندارد.....	۱۴
۲-۲) مرور متون.....	۱۶
۲-۲-۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی.....	۱۶
۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی.....	۱۷
۲-۳) روش کار و چارچوب طرح.....	۱۹
۲-۳-۱) روش کار.....	۱۹
۲-۳-۲) چارچوب طرح.....	۲۴
فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان.....	۳۹
۳-۱) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان.....	۴۰
۳-۲) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا.....	۴۶
فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری.....	۴۷
۴-۱) روش اجرا.....	۴۸
۴-۱-۱) ابلاغ اقدام استاندارد شده.....	۴۸
۴-۱-۲) آموزش سرپرستاران.....	۴۹
۴-۱-۳) آموزش پرستاران.....	۵۰
۴-۱-۴) تمرکز بر بخش های حساس و برقراری ارتباط نزدیک با پزشکان.....	۵۰
۴-۱-۵) استقرار کامل.....	۵۰

۵۰	۶-۱-۴) نظارت بر اجرا.....
۵۰	۲-۴) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه.....
۵۲	۳-۴) یافته ها و روش های بازخورد به ذینفعان.....
۵۳	منابع.....

پیشگفتار

بیمارستان‌ها سهم قابل‌توجهی از هزینه‌های نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند و به دلیل پیچیدگی‌های ساختاری در حوزه منابع انسانی، تجهیزات و فرآیندهای ارائه خدمات، نیازمند سازوکارها و راهبردهای کارآمد برای بهبود بهره‌وری هستند. این ضرورت به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی که با محدودیت منابع مواجه‌اند، بیش از پیش احساس می‌شود. در ایران، با وجود انجام برخی مطالعات در زمینه بهره‌وری بیمارستان‌ها، همچنان چالش‌هایی نظیر نبود رویکردهای جامع و یکپارچه و عدم انطباق این مطالعات با شرایط واقعی بیمارستان‌های دولتی مشاهده می‌شود.

بهره‌وری در بیمارستان‌ها مفهومی چندبعدی است که نه تنها به کارایی در استفاده از منابع (نیروی انسانی، تجهیزات، فضا و زمان) مرتبط می‌شود، بلکه اثربخشی خدمات درمانی و بهداشتی را نیز در برمی‌گیرد. بهره‌وری بیمارستان صرفاً به کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد محدود نمی‌شود، بلکه باید بهبود کیفیت خدمات، ارتقای ایمنی بیماران و افزایش رضایت بیماران و کارکنان را نیز شامل شود. به عنوان نمونه، در بیمارستان‌های دولتی، بهینه‌سازی فرآیندها، کاهش زمان انتظار بیماران، پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی و کاهش خطاهای پزشکی از جمله راهکارهای کلیدی برای افزایش بهره‌وری محسوب می‌شوند.

با توجه به اهمیت این موضوع، در سال‌های گذشته بسیاری از بیمارستان‌های کشور از جمله مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد با رویکردی علمی و مبتنی بر مدیریت تغییر، اقدام به طراحی و اجرای مدل‌هایی برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها نموده‌اند. در این راستا، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت به‌عنوان یک نهاد پیشرو در تولید و ترویج شواهد علمی در حوزه سلامت، مطالعه حاضر را با هدف مستندسازی و انتشار تجربیات موفق بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در زمینه بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها به آقای دکتر مهدی یوسفی (مدیر وقت توسعه و پشتیبانی نیروی انسانی مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد) سفارش داد. این پژوهش با هدف تکمیل و مستندسازی یک مدل جامع برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها در قالب ۲۶ طرح مرتبط به هم انجام شده است که به علت حجم بالای مطالب، گزارش هر طرح به صورت جداگانه تدوین گردیده است و این مجلد، گزارش یکی از طرح‌های یادشده می‌باشد. امید است مستندسازی این تجربیات ارزشمند بتواند الگویی علمی و مبتنی بر شواهد در اختیار بیمارستان‌های دولتی کشور قرار دهد و به مدیران مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت کمک کند تا عملکرد مراکز درمانی را بهبود بخشند و گامی مؤثر در راستای ارتقای رضایت گیرندگان خدمات سلامت و بهبود سلامت جامعه بردارند.

دکتر علی اکبری ساری، رئیس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

فصل اول: حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی

فهرست مطالب فصل:

- کلیات و بیان مساله
- شناسایی و تحلیل ذینفعان
 - گام اول: شناسایی ذینفعان
 - گام دوم: اولویت بندی ذینفعان
 - گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی
- حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی
 - بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی
 - راهکارهای جلب حمایت ذینفعان کلیدی
 - نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

(۱-۱) کلیات و بیان مساله^۱

پرستاری، یکی از بزرگترین گروههای ارائه دهنده مراقبتهای بهداشتی- درمانی در بخش های دولتی و خصوصی می باشد و بیماران نیز تماس بیشتری با پرستاران در قیاس با سایر کارکنان ارائه دهنده مراقبت دارند. عملکرد و فعالیت پرستار ترکیبی منتج از تعامل میان مفاهیمی چون شخصیت، سلامتی، محیط و حرفه پرستاری است. پرستاری خدمتی مستقیم و بلاواسطه است که طیف وسیع و متنوعی از بیماران/ مددجویان، گروه ها و جوامع را در طول حیات تحت پوشش قرار می دهد. بستر ظهور و بروز عملکرد پرستاری، جایی است که ارتباط بین پرستار و مددجو، با هدف پاسخ به نیازها و خواسته های مددجویان برای دریافت خدمات پرستاری برقرار می شود.

از آنجا که مراقبت، تمامیت یکپارچه حرفه پرستاری را تشکیل می دهد، ایجاد و توسعه استانداردهای عملکرد پرستاری، برای این حرفه ضروری است. استانداردهای عملکرد پرستاری، نشان دهنده تعیین سطح قابل قبول برای عرضه خدمات پرستاری با کیفیت می باشند. به بیان دیگر، این استانداردها سطح مهارت و عملکرد حرفه ای پرستاری را توصیف می کنند که شامل فعالیت های مربوط به تأمین کیفیت مراقبت، ارزیابی عملکرد، آموزش، استفاده از دانش، کاربرد اخلاقیات، مشارکت و همکاری، پژوهش و استفاده از منابع است (۱).

در واقع استانداردها، پیش نیازها و الزاماتی برای ارتقاء عملکرد پرستاری ایمن، شایسته و اخلاقی می باشند. بنابراین از همه پرستاران انتظار می رود که فعالیت های حرفه ای خود را متناسب با سطح آموزش، محیط بالینی و مسئولیتی که به عهده آنان گذاشته شده است، بکار گیرند و بطور مداوم در جهت خود راهبری حرفه ای و کسب دانش و مهارت ضروری به منظور ارتقاء اهداف حرفه ای تلاش نمایند.

تمام استانداردهای کاری، راهنمایی برای دانش، مهارت، قضاوت و نگرش های لازم برای عملکرد ایمن به شمار می روند که هر پرستار را مسئول و پاسخگوی عمل خود می دانند. استانداردها معیارهای عملی را برای پرستاران نشان می - دهند و می توان با استفاده از آن ها حیطه عملی پرستاری را به جامعه و سایر متخصصین مراقبت های بهداشتی شرح داد .

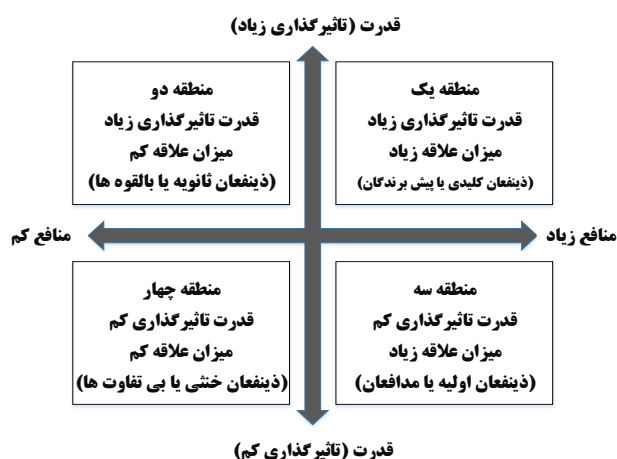
در این راستا مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) شهر مشهد به عنوان یکی از بزرگ ترین بیمارستان های آموزشی کشور با حدود ۲۰۰۰ نیروی کادر پرستاری، ضمن درک این نیاز، اقدام به بررسی چالش های فرایندهای

^۱ فرهنگ سازمانی زیرساخت اساسی برای طراحی و اجرای هرگونه برنامه به ویژه برنامه های تغییر محور می باشد. این موضوع به تفصیل قبلاً توضیح داده شد و در این قسمت به جهت پرهیز از تکرار موضوعات ارائه نشده است. لذا توصیه می شود در صورتیکه خواننده صرفاً این برنامه را می خواهد مطالعه یا اجرا کند حتماً قسمت مربوط به تغییر و بحث مرتبط با فرهنگ سازمانی و اهمیت آن را و نحوه تحلیل فرهنگ سازمانی را در فصل مربوطه مطالعه نماید.

موجود و انجام اقدامات اصلاحی مورد نیاز و استاندارد سازی مراقبت های پرستاری با هدف ارائه خدمات با کیفیت و ایمن به بیماران نموده است.

۱-۲) شناسایی و تحلیل ذینفعان^۱

با توجه به کثرت ذینفعان پروژه و با هدف صرفه جویی زمان و هزینه، تحلیل ذینفعان کلیدی انجام می گیرد. روش مورد استفاده برای بررسی و شناسایی ذینفعان کلیدی در پروژه حاضر ماتریس منافع - قدرت بوده است. در این ماتریس، ذینفعان را از دو بعد مختلف قدرت که شاخصه تاثیرگذاری و منافع که شاخصه تاثیرپذیری است مورد تحلیل قرار می دهد. شکل یک الگوی تحلیل با توجه به این مدل را نشان می دهد.



شکل ۱: ماتریس منافع - قدرت

همان طور که در شکل یک دیده می شود ذینفعانی که هم قدرت و هم منافع بالایی دارند پیش برندگان یا ذینفعان کلیدی نامگذاری شده اند (۲). این روش از نوع کمی بر مبنای آزمون میانگین بر پایه اندازه گیری رفتاری با مقیاس لیکرت و ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ساختار یافته است که به تعیین وضعیت قدرت و منافع ذینفعان از نگاه مطلعین کلیدی^۲ شامل کارشناسان و متخصصان آگاه به فرآیند ارزشیابی فراگیران هستند، می پردازد. این روش مشخص می کند که ذینفعان چگونه بر مبنای قدرت-منافع در خصوص یک پروژه تاثیرگذار و یا تاثیرپذیرند. جهت تحلیل ذینفعان سه گام اصلی شامل شناسایی، اولویت بندی و شناخت ذینفعان کلیدی دنبال می شود.

^۱ Stakeholders
^۲ key informants

۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان

اولین گام جهت روش شناسی استانداردسازی مراقبتهای پرستاری، شناسایی ذینفعان است. ذینفعان پروژه، افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی هستند که ممکن است اثر بگذارند، اثر بپذیرند، یا خود را در معرض اثرگذاری یک تصمیم، فعالیت یا نتیجه پروژه قرار دهند. ذینفعان ممکن است در سطوح مختلفی، درون سازمان بوده و ممکن است سطوح قدرت متفاوتی داشته یا اینکه احتمال دارد خارج از سازمان اجرایی پروژه باشند (۳). اسامی ذینفعان مرتبط با پروژه روش شناسی استانداردسازی مراقبتهای پرستاری در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد در جدول دو ارائه شده است.

۱-۲-۲) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان

اولویت بندی ذینفعان باید به گونه‌ای باشد که تصویری روشن از میزان قدرت و منافع هر ذینفع و همچنین انتظارات ایشان ارائه دهد. منشا قدرت ذینفعان در این موضوع منبعث از اختیار در خصوص تصویب، کیفیت، هزینه و زمان پروژه می‌باشد. سرچشمه منافع ذینفعان در روش شناسی استانداردسازی مراقبتهای پرستاری نشأت گرفته از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، حق قانونی، توسعه فرصت‌ها، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱: ریشه های قدرت و منافع در فرآیند تحلیل ذینفعان

حوزه اصلی	منشاء	توضیح مختصر
قدرت	تصویب	این مورد به اختیار ذینفع برای تصویب یا عدم تصویب پروژه مربوط می شود.
	زمان	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل زمان (تسریع یا تاخیر) پروژه اشاره دارد.
	هزینه	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل مقدار هزینه (مالی، منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات) پروژه اشاره دارد.
	کیفیت	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل سطح کیفیت نحوه اجرای فرآیند و خروجی /خروجی های پروژه اشاره دارد.
منافع	اهداف و رسالت	این مورد به مواردی مرتبط می گردد که مستقیماً با اهداف و رسالت یک گروه ذینفع مرتبط است. در این حالت ذینفع علی رغم اینکه ممکن است تمایل چندانی به درگیر شدن در پروژه را نداشته باشد اما به واسطه رسالتی که دارد باید در پروژه‌ها یک نقش مانند تامین زیرساخت را بر عهده بگیرد.
	توسعه فرصت‌ها	این مورد مربوط به حالتی است که در آن یک گروه ذینفع برای افزایش قدرت سیاسی و افزودن بر فرصت‌های موجود خود در پروژه بتواند سایرین را با خود متحد نماید.
	سلامت و ایمنی	این مساله به سلامت پرسنل و ایمنی ایشان مرتبط می شود. برای کارکنان محل ساخت یک پروژه یا شرایط کاری در وضعیت جدید امری حیاتی است.
	حفظ شرایط موجود	این مورد با منافع به منظور ماندگاری و بقای ذینفعان و حفظ شرایط موجود در ارتباط است.
	حق قانونی	در این مورد ذینفع حق قانونی در یک موضوع دارد. منظور از حق قانونی دارا بودن صلاحیت قانونی، امکان قانونی مداخله در پروژه بر اساس شخصیت حقوقی ذینفع است.
	منافع اقتصادی	این مورد به منافع ذینفع در حوزه میزان منافع اقتصادی پروژه در ارتباط با خود یا دیگران اشاره دارد.

به عنوان مثال حیطه قدرت رئیس بیمارستان در خصوص پروژه روش شناسی استانداردسازی مراقبتهای پرستاری ناشی از اختیار در تصویب پروژه می باشد و حیطه منافع وی می تواند مرتبط با مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان و حق قانونی باشد. حیطه منافع معاون آموزش و سلامت بیمارستان مرتبط با اهداف و رسالت معاونت می باشد. این منشاء منافع به موضوعاتی از قبیل تاکید بر سیاست «اهمیت بیمارستان های آموزشی به عنوان مهمترین عرصه آموزش های بالینی و نقش آن در تربیت و تأمین نیروی انسانی» در تصمیم گیری ها، برنامه ریزی و سیاستگذاری درخصوص اجرای محور آموزش و پژوهش در سنجش های اعتباربخشی بیمارستان ها، نظارت بر اجرای درست دستورالعمل های ابلاغ شده از سوی دانشکده ها و تعامل با مدیریت بیمارستان، برنامه ریزی جهت تدوین روش های کاربردی ارزشیابی اساتید و فراگیران و همکاری در بررسی مشکلات مربوط به امور آموزشی بیمارستان از نظر کادر آموزشی، اجرای برنامه ها، آئین نامه و مقررات آموزشی از جمله آیتم های تاثیرپذیری این معاونت اشاره دارد.

حیطه منافع مدیر پرستاری اهداف و رسالت و توسعه فرصت هاست. برنامه ریزی در زمینه های ارتقاء کیفی و بهبود مستمر فعالیت های ارائه خدمات ، انجام برنامه ریزی و همکاری با سایر واحد های ذیربط برای ارتقاء دانش و مهارت حرفه ای کارکنان پرستاری، ایجاد هماهنگی در برنامه های آموزشی بالینی، نظارت بر برگزاری دوره های آموزشی برای توانمندسازی کارکنان، تعامل سازنده با دانشکده پرستاری، بررسی چالش های موجود پرستاری و برنامه ریزی جهت استاندارد سازی مراقبت های پرستاری و نظارت و پایش اجرای استانداردها از جمله وظایف مدیر پرستاری در راستای توسعه فرصت ها می باشد.

قدم بعدی تحلیل تاثیر بالقوه ای می باشد که هر ذینفع می تواند ایجاد نماید. بدین منظور دسته بندی و اولویت بندی آن ها به منظور نحوه ارتباط با ذینفعان و مدیریت انتظارات آنها و هماهنگ نمودن و جهت دادن خواسته هایشان در جهت تامین هدف پروژه و پیشبرد آن و سپس نحوه واکنش و پاسخ احتمالی ذینفعان در وضعیت های گوناگون مورد سنجش قرار می گیرد (۴). در این قسمت هدف این است که به منظور افزایش پشتیبانی ذینفعان در پروژه و تعدیل اثرات منفی بالقوه آن ها، چگونگی نفوذ بر آن ها برنامه ریزی گردد (۵). بر این اساس ابتدا حیطه یا حیطه های قدرت و حیطه یا حیطه های منافع مرتبط با هر ذینفع شناسایی و سپس به تفکیک هر حیطه (قدرت و منافع) یک نمره از ۱ تا ۱۰ داده می شود. نمره ۱۰ بیانگر بیشترین میزان قدرت/منافع و نمره یک بیانگر کمترین میزان قدرت/منافع می باشد. نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه روش شناسی استانداردسازی مراقبتهای پرستاری در جدول دو ارائه شده است.

جدول ۲: نمرات قدرت و منافع هر یک از دینفعان پروژه روش شناسی استانداردهای مراقبت های پرستاری

دینفع	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع	نمره قدرت	نمره منافع
مدیر پرستاری بیمارستان	زمان، کیفیت و هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها	۹	۱۰
مدیر پرستاری دانشگاه	زمان، هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها	۴	۱۰
معاون آموزش و سلامت بیمارستان	زمان، هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت معاونت	۶	۹
رئیس دفتر بهبود کیفیت بیمارستان	زمان، کیفیت و هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی	۶	۸
دانشکده پرستاری	زمان، کیفیت	توسعه فرصت ها	۴	۸
رئیس بیمارستان	تصویب، زمان و هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حق قانونی	۹	۷
معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان	تصویب، زمان و هزینه	منافع اقتصادی، توسعه فرصت ها، حق قانونی	۹	۷
مدیر سایت	زمان، هزینه	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی	۴	۷
پرستاران	زمان، کیفیت	حفظ شرایط موجود	۳	۶
سرپرستاران	زمان، کیفیت	توسعه فرصت ها و حفظ شرایط موجود	۸	۴
بیماران	-	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی	۱	۴
سوپروایزرها	زمان، کیفیت	توسعه فرصت ها و حفظ شرایط موجود	۷	۴
رئیس بخش	زمان، کیفیت	توسعه فرصت ها و حفظ شرایط موجود	۷	۴
پزشکان	زمان، کیفیت	توسعه فرصت ها و حفظ شرایط موجود	۶	۴
مدیر گروه	زمان، کیفیت	توسعه فرصت ها و حفظ شرایط موجود	۷	۴

بعد از تعیین میزان قدرت و منافع هر یک از دینفعان شناسایی شده در قسمت بعدی دینفعان باید بر اساس اهمیتی که برای سازمان دارند، طبقه بندی شوند. به عبارت دیگر دینفعان اهمیت یکسانی ندارند، پس سازمان باید آن ها را به شکل متفاوتی دسته بندی کند. به منظور اولویت بندی و دسته بندی دینفعان، مدل ها و چارچوب های مختلفی ارائه شده است (6) که در اینجا از مدل ماتریس منافع/ قدرت استفاده شد (شکل ۲).



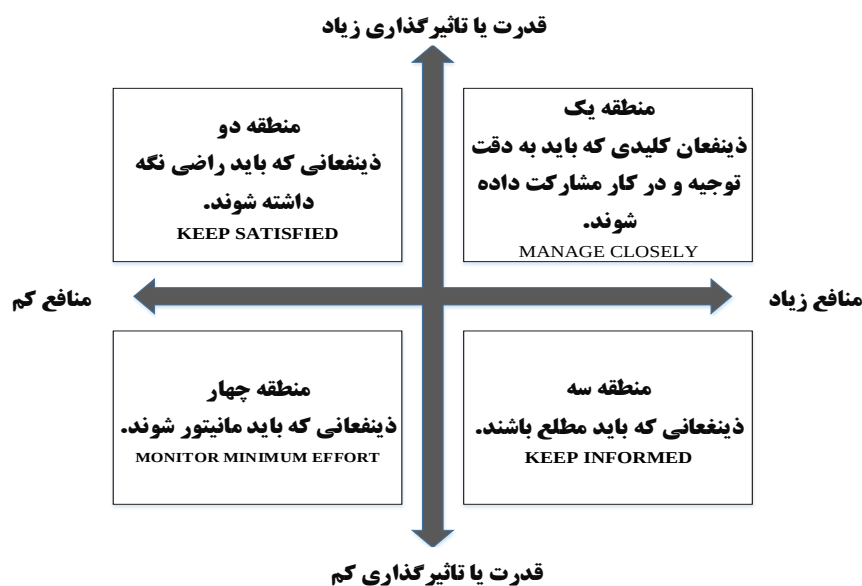
شکل ۲: ماتریس منافع-قدرت کلیه ذینفعان پروژه روش شناسی استانداردسازی مراقبت های پرستاری

۳-۲-۱) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی

ذینفعان کلیدی آن دسته از ذینفعان هستند که از یک سو دارای قدرت تاثیرگذاری بالا و از سوی دیگر دارای منافع و اثر پذیری بالا در تصمیم گیری ها، برنامه ریزی ها و کلیه اقدامات مرتبط با پروژه هستند. بر اساس ماتریس منافع - قدرت (شکل ۲) ذینفانی که در منطقه یک ماتریس مربوطه قرار می گیرند به عنوان ذینفعان کلیدی می بایست شناسایی گردند. بر این اساس معاون توسعه مدیریت و منابع، مدیر پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری، خبرگان پرستاری و رئیس اداره بهبود کیفیت به عنوان ذینفعان کلیدی روش شناسی استانداردسازی مراقبتهای پرستاری شناسایی شدند.

۳-۱) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی

به صورت کلی ذینفعان کلیدی که به عنوان جمعیت هدف در مرحله حمایت طلبی اولیه مد نظر هستند، کسانی هستند که می بایست به دقت به لحاظ علاقه مندی ها و نوع نگاهشان به پروژه پیشنهادی مورد بررسی و تحلیل قرار بگیرند. به عبارت دیگر همانگونه که در شکل سه دیده می شود این ذینفعان که در منطقه یک ماتریس منافع - قدرت قرار می گیرند باید به دقت مدیریت شوند. بنابراین باید از روش های مناسب برای جلب نظر ایشان استفاده کرد.



شکل ۳: جهت گیری در خصوص حمایت طلبی دینفعان بر اساس محل قرارگیری در ماتریس منافع-قدرت

۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش دینفعان کلیدی

قبل از تماس با دینفعان کلیدی که در منطقه یک ماتریس منافع قدرت قرار گرفتند طراح / مدیر تغییر می‌بایست اطلاعات کاملی را در خصوص روحیات، علاقه ها و ویژگی های دینفع مربوطه کسب کند و برنامه حمایت طلبی خود را متناسب با علائق ایشان اجرا نماید. جدول زیر نشان می دهد که دینفعان کلیدی پروژه روش شناسی استانداردسازی مراقبتهای پرستاری با توجه به سطوح پذیرش در کدام سطح قرار دارند:

جدول ۳: سطح پذیرش دینفعان کلیدی پروژه روش شناسی استانداردسازی مراقبتهای پرستاری

دینفع کلیدی	سطح پذیرش	نام سطح ^۱	ویژگی های اساسی سطح		
			پذیرش ذهنی یا سطحی	پذیرش قلبی (علاقه به موضوع)	پذیرش کامل و آگاهانه
معاون توسعه مدیریت و منابع	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
مدیر پرستاری بیمارستان	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
رئیس اداره بهبود کیفیت	دوم	اعتقاد یا باور	دارد	ندارد	ندارد
رئیس بیمارستان	دوم	اعتقاد یا باور	دارد	ندارد	ندارد
معاون آموزش و سلامت	دوم	اعتقاد یا باور	دارد	ندارد	ندارد

^۱ سطوح پذیرش در خصوص یک پروژه شامل سطح اول عدم اعتقاد/باور، سطح دوم اعتقاد یا باور، سطح سوم: اعتماد یا ایمان و سطح چهارم: اطمینان یا یقین می باشد.

۲-۳-۱) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی

در جدول ۴ روش های استفاده شده برای حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه روش شناسی استانداردسازی مراقبتهای پرستاری ارائه شده است.

جدول ۴: رویکردها و تکنیک‌های مورد استفاده برای حمایت طلبی اولیه پروژه

رویکرد	تکنیک	معاون توسعه مدیریت و منابع	مدیر پرستار بیمارستان	رئیس اداره بهبود کیفیت	رئیس بیمارستان	معاون آموزش و سلامت
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش ذینفع			✓		
	بولتن‌ها اطلاع رسانی و مکاتبات با ذینفع				✓	
	گزارش کارهای انجام شده	✓		✓	✓	✓
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی					
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها					
	سخنرانی					
	ارائه‌های کنفرانسی، نمایش‌ها، اعلامیه‌ها و ویدئوها					
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	✓	✓	✓	✓	✓
	تبلیغات رسانه‌ای					
مشاوره بنیادی	نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای					
	گروه‌های کانون					
	ارزیابی محیط کار					
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع					
	تربییون‌های دائمی					
	کمیته های مشورتی ذینفع					
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر					
	گردهمایی ذینفعان چندگانه					
دیالوگ، گفتگو عمیق	میزگردهای مشورتی	✓	✓	✓	✓	✓
	جلسات سیاست‌گذاری	✓	✓	✓	✓	✓
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترانت					
	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک					
شرکت ها و منافع	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع	✓	✓	✓	✓	✓
	انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع		✓			
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع					

از مهمترین ذینفعان این پروژه مدیرپرستاری، مدیران سایت، سوپروایزران، سرپرستاران و پرستاران بودند که به همین علت طی برگزاری جلسات متعدد با این افراد چالش های موجود و مشکلات مرتبط با مراقبت های پرستاری، چالش های و مشکلات مرتبط با عدم وجود استاندارد تعریف شده برای بعضی اقدامات و نیاز به وجود اقدام استاندارد مشخص شده برای مراقبت ها و امور پرستاری مرتبط و راهکارهای مرتبط در این جلسات مطرح شد. طی جلسات برگزار شده، مسائلی به شرح زیر مورد بحث و بررسی قرار گرفت:

مدیر پرستاری: طی گزارشات ارسالی و بررسی های انجام شده متأسفانه موارد زیادی گزارش از عدم صحیح اجرای یک اقدام مراقبتی و نارضایتی پزشک، پرستار، بیمار یا همراه وی داشته ایم که به نظر می رسد به علت عدم وجود استاندارد مشخص شده برای بعضی از اقدامات باشد.

مدیر سایت ۲: در بیشتر موارد که بین پزشک و پرستار چالش داریم نیز به خاطر نامشخص بودن فرایند مشخص در امور مشترک ایشان می باشد که در صورت تعریف استاندارد معین این مشکل برطرف خواهد شد.

پرستار ۱: مشکل فقط عدم وجود استاندارد نمی باشد بلکه الزام تبعیت همه از این استاندارد رافع این مشکل هست، در بیشتر موارد فقط گروه پرستاری ملزم به اجرای قوانین میباشند و در موارد مشترک پزشکان تابع دستورالعمل ها نبوده و این باعث چالش می گردد.

مدیر تغییر: در صورتی که اقدامات استاندارد شده توسط این تیم تعریف شود نیاز به نظر سنجی از گروه های هدف شامل پرستاران منتخب بخش های مختلف و در موارد مشترک پزشکان یا سایر افراد درگیر هست و بعد نظر سنجی و تصویب توسط تیم مدیریتی بیمارستان، همه ملزم به اجرای آن میباشند.

هیات علمی دانشکده پرستاری: این پروژه بسیار ارزشمند و کارآمد بوده و قطعاً گام موثری در جهت ارتقا پرستاری و حرفه ای شدن آن میباشد چرا که هویت بخشیدن به اقدامات پرستاری موثرترین روش برای حرفه ای شدن این شغل میباشد.

مدیر تغییر: قطعاً این پروژه در جهت گامی برای حرفه ای شدن پرستاری و رشد این گروه میباشد و با این کار قطعاً غیر از افزایش انگیزه پرستاران در انجام امور، افزایش کیفیت خدمات ارائه شده را هم شاهد خواهیم بود.

سوپروایزر: برای انجام اینکار نیاز به استخراج کلیه اقداماتی میباشد که برای آن استاندارد واحدی مشخص نشده است و این اقدام در بخش های مختلف به صورت سلیقه ای صورت می پذیرد.

پرستار ۲: بیشترین چالش در حال حاضر این است که به خاطر تعریف متفاوت اقدامات در بخش های مختلف، جابجایی پرستاران بین بخش ها باعث سردرگمی آنها جهت اجرای امور میشود که غیر از نارضایتی پرستاران منجر به ارائه خدمات نامناسب به بیماران میشود.

مدیر تغییر: در مرحله اول میبایست کلیه اقداماتی که استاندارد مشخصی ندارد و منجر به چالش میشود شناسایی گردد و در جلسات مورد بررسی قرار گیرد سپس استاندارد برای آن اقدام نوشته خواهد شد.

۳-۳-۱) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

به صورت کلی در ارتباط با این دسته از دینفعان کلیدی می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

- تا زمانی که طراح / مدیر تغییر خود به صورت کامل روی موضوع تغییر مسلط نشده است نباید فرایند حمایت طلبی اولیه را آغاز نماید. در صورت شروع فرآیند حمایت طلبی اولیه بدون تسلط کافی مدیر تغییر تاثیرگذاری و تاثیرپذیری مراودات بین ایشان با دینفعان کلیدی کاهش خواهد یافت.
- در هر جلسه و مراوداتی که در خصوص پروژه پیشنهادی با هر یک از این دینفعان کلیدی برگزار می شود، طراح یا مدیر تغییر می بایست با اعتماد به نفس و محکم البته با رعایت ادب موضوعات را ارائه دهد.
- مدیر تغییر یا طراح پروژه می بایست در ارتباط با دینفعان کلیدی جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد از ایجاد صمیمیت بیش از حد با ایشان پرهیز کند و در تمام صحبت ها جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد.
- عموماً دینفعان کلیدی افرادی پرمشغله هستند، لذا طراح / مدیر تغییر باید برای برگزاری جلسه حمایت طلبی اولیه برنامه داشته باشد. این برنامه باید در حداقل زمان ممکن اجرا شود.
- جلسه یا مراوده ای که بین طراح یا مدیر تغییر برای جلب حمایت طلبی اولیه دینفعان کلیدی در این مرحله انجام می شود می بایست معطوف به یک ارائه اولیه توسط طراح یا مدیر تغییر باشد و سعی شود ادامه بحث به پاسخ به سوالات دینفعان کلیدی مربوطه طی شود. هر چقدر دینفع کلیدی مربوطه سوالات بیشتری مطرح کند احتمال حمایت طلبی ایشان نیز برای شروع پروژه تغییر افزایش خواهد یافت.
- طراح یا مدیر تغییر همواره باید این نکته را مد نظر داشته باشد که آن کسی که باید پروژه پیشنهادی را تایید و اجازه شروع فاز مطالعه را صادر کند دینفع کلیدی می باشد. بنابراین نباید سعی شود با فشار برای جلب موافقت ایشان برای تغییر اقدام کرد. در صورت کسب موافقت بدون توجه کافی احتمالاً پروژه در مراحل بعدی برای غلبه بر مقاومت های احتمالی با مشکل عدم حمایت مواجه خواهد شد.

- با توجه به اینکه اجرای موفق این پروژه مستلزم پذیرش آن توسط سرپرستاران میباشد میبایست در برنامه ریزی و اجرای آن سرپرستاران به عنوان پیشبران تغییر حضور و فعالیت داشته باشند.
- با توجه به اهمیت پذیرش مدیر پرستاری در جهت تحقق اجرای این پروژه مدیر تغییر ترجیحا می بایست مدیر پرستاری بوده تا به صورت مستقیم پروژه را هدایت نموده و افراد زیر مجموعه پرستاری نیز در این مسیر در این صورت پذیرش و همکاری بیشتر خواهند داشت.

فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح

فهرست مطالب فصل:

- مبانی نظری
 - مفهوم استاندارد سازی توزیع نیرو
 - روش های محاسبه نیروی انسانی در بیمارستان
- مرور متون
 - مرور تجربیات و شواهد داخلی
 - مرور تجربیات و شواهد خارجی
- روش کار و چارچوب طرح
 - روش کار
 - گام اول: شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه
 - گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی
 - گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی
 - گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری سازی
 - چارچوب طرح

۲-۱) مبانی نظری

۲-۱-۱) مفهوم مراقبت های پرستاری استاندارد

پرستاران بزرگترین گروه کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت را به ویژه در بیمارستان ها تشکیل می دهند(۷). شرایط پویا و متغیر حاکم بر محیط کار پرستاران، همراه با وضعیت نامطمئن و متغیر مددجویان مستلزم آن است که آنها تصمیم گیران با کفایتی بوده و بتوانند با تلفیق مهارت های فنی و دانش حرفه ای خود، قضاوت های بالینی دقیق و مناسبی در مورد وضعیت سلامت بیماران انجام داده و ضمن عمل در قالب یک تیم چند رشته ای، مشکلات مددجویان را در حیطه پرستاری تشخیص داده و حل نمایند(۸).

هدف نهایی مراقبت های پرستاری ارائه مراقبت های با کیفیت در راستای بهبود نتیجه خدمات برای بیمار و جامعه است. توانایی تصمیم گیری بالینی پرستاران بیش از هر عاملی بر کیفیت مراقبت تاثیر دارد(۹). تصمیم گیری بالینی بخشی اساسی از اعمال حرفه ای پرستاری بوده و عبارت است از تجزیه و تحلیل اطلاعات، اتخاذ تصمیم و به اجرا گذاردن مناسب این تصمیمات در عرصه بالین. همین توانایی تعریف، تشخیص و حل مسائلی که اختصاصا پرستاری هستند باعث شناسایی هویت حرفه می شود(۹، ۱۰).

برای بررسی و ارزشیابی کیفیت خدمات پرستاری و همچنین برای بهبود عملکرد پرسنل و افزایش کیفیت خدمات پرستاری ناگزیر به استفاده از استانداردهای بین المللی و علمی هستیم(۱۱). دستورالعمل های مراقبت بالینی اطلاعات طبقه بندی شده و توسعه یافته در جهت کمک به تصمیم گیری گروه پزشکی و بیمار در مورد مراقبتهای بهداشتی مناسب در شرایط خاص بالینی است تا درمان و مراقبت بهتری داشته باشند(۱۲). به طور کلی ارتقاء کیفیت خدمات، کاهش هزینه ها، بالا بردن سطح سلامت جامعه و هم سطح نمودن استانداردهای ملی با استانداردهای بین المللی را میتوان از مزایای کاربرد دستورالعمل ها در مراکز درمانی دانست(۱۳). استفاده از دستورالعمل ها نوعی توافق نظر در تشخیص است که اقدامات معقول را افزایش داده و خطاها را کاهش میدهد و یک استاندارد مشخص برای مراقبت ارائه میدهد که در واقع هم محیطی برای یادگیری فراهم می آورد و هم اجرای مراقبتی یکسان را میسر می سازد(۱۴).

دستورالعمل های بالینی باید به صورت نظام مند و مبتنی بر بهترین و به روزترین شواهد باشند(۱۱). استانداردهای بالینی از نظر انجمن پرستاری آمریکا مداخلات استاندارد شده ای است که با تحقیق به دست آمده باشند(۱۵). پرستاران به علت نقش مهم و حیاتی که در اجرای این دستورالعمل ها و مراقبت از بیماران دارند بایستی خود را با آخرین تحولات در خصوص مراقبت های بالینی همگام ساخته و اطلاعات بالینی خود را به روز نگه دارند(۱۶، ۱۷). در همین راستا تصمیم گیری های بالینی بر پایه شواهد و تجارب علمی جدید برای مراقبت از بیمار را عملکرد مبتنی بر شواهد می نامند که

رویکردی نوین در بالین است. این رویکرد بر مشاهدات غیر منظم و پاتولوژیک تکیه نمی کند، بلکه با استفاده از پژوهش و شواهد به عنوان راهنمای تصمیم گیری تأکید دارد (۱۷). عملکرد مبتنی بر شواهد در حقیقت به نتایج بالینی اهمیت میدهد که حاصل تلفیق بهترین و جدیدترین نتایج به دست آمده از مطالعات نظام مند، تجربه بالینی و ارزشهای جامعه و بیمار است (۱۸، ۱۹).

دستورالعمل‌های عملکرد بالینی ابزارهای مهمی جهت استاندارد کردن فرایندهای مراقبت مرتبط با بیماران به کار می‌روند و جزء جدایی ناپذیر بهبود کیفیت هستند (۲۰). میزان استفاده از رویکرد مبتنی بر شواهد بر خلاف نتایج آن بسیار ناچیز است (۱۶).

سیستم آموزش پرستاری و مربیان پرستاری نقش موثری در ارتقای مهارت تصمیم گیری بالینی در پرستاران و آماده سازی آنها برای محیط بالین دارند. با این وجود در سال های اخیر پرستاران در ایران بخاطر کاهش کیفیت خدمات مورد انتقاد قرار گرفته اند. برخی تحقیقات که در داخل و خارج کشور انجام شده مشکل را به دانش و مهارت و تجربه کاری پرستاران (۲۱-۲۳) و برخی به احساس بی قدرتی و عدم دخالت آنها در فرایند های تصمیم گیری مرتبط دانسته اند (۲۴، ۲۵). با این حال به ندرت دیدگاه های خود پرستاران در زمینه عملکرد و عوامل تاثیرگذار بر تصمیم گیری بالینی موثر مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به نقش ایشان در ارائه مراقبت های بهداشتی و ارتقای سلامت جامعه سازمان بهداشت جهانی بر انتقال قدرت تصمیم گیری و مداخله آنها، به عنوان خطوط مقدم ارائه خدمات سلامت تاکید نموده است (۷). آموزش دستورالعمل‌های پرستاری مبتنی بر شواهد و به کارگیری آنها از طریق اجرای فرایند پرستاری، کیفیت مراقبت پرستاری را افزایش میدهد. مراقبت مبتنی بر شواهد به دلیل به روز بودن تدابیر و رویه های مراقبتی، روش فوق العاده خالق، ابتکاری و مدبرانه است که نقش مهمی در ارتقای کیفیت مراقبتهای پرستاری دارد (۲۶).

مدیریت مراقبت امروزه به عنوان یکی از مهمترین و اساسی ترین مبانی مدیریت در خدمات سلامت مدنظر است. رویکردهای نوین مدیریت در توسعه منابع انسانی جایگاه ویژه ای دارند (۲۷).

۲-۲) مرور متون

۲-۲-۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی

در مطالعه مادرشاهیان و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان "تأثیر آموزش بالینی به روش مبتنی بر شواهد بر کیفیت مراقبت از بیماران و رضایت آنان" بیان می شود که آموزش بالینی به روش مبتنی بر شواهد به دانشجویان پرستاری کیفیت مراقبت از بیماران و رضایت آنها را افزایش می دهد (۲۸).

نتایج مطالعه عصمت نوحی و همکاران (۲۰۱۳) با موضوع "تأثیر آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد بر تصمیم گیری بالینی پرستاران" نشان داد که آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد باعث افزایش توانایی تصمیم گیری بالینی پرستاران میشود، از آنجائی که تصمیم گیری بالینی یکی از عوامل مؤثر در کیفیت مراقبت است، در نتیجه آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد میتواند باعث بهبود شاخص کیفیت مراقبت شود (۲۹).

همچنین شایسته صالحی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود در بیمارستان های دولتی اهواز با عنوان "بررسی میزان اجرای مراقبتهای پرستاری مبتنی بر شواهد توسط پرستاران شاغل در بیمارستان های دولتی" دریافتند که آموزش و اجرای دستورالعملهای پرستاری مبتنی بر شواهد در بخش مراقبت ویژه نوزادان باعث افزایش رضایت والدین و کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری در تمامی مراحل فرایند پرستاری شد (۳۰).

همچنین در مطالعه دکتر حسین حبیب زاده و همکاران (۲۰۱۳) روی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با عنوان "بررسی تأثیر آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد بر اجرای فرایند پرستاری" این نتیجه حاصل شد که میانگین نمرات اجرای مراحل فرایند پرستاری بعد از آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد به دانشجویان افزایش یافته است (۳۱).

نتایج مقاله پژوهشی خدیجه زمانی و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان "اجرای دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد و تأثیر آن بر کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری در بیماران بستری بخش مراقبت ویژه قلب" نشان داد که اجرای دستورالعملهای پرستاری مبتنی بر شواهد در بیماران مبتلا به سندروم کرونری حاد موجب افزایش قابل توجهی در رضایت بیماران و کیفیت مراقبت پرستاری میشود (۳۲).

انسیه یوسف زاده و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود با موضوع "تأثیر اجرای دستورالعمل های مبتنی بر شواهد بر کیفیت مراقبت های پرستاری به بیماران مبتلا به آنژین صدری" دستورالعملهای پرستاری مبتنی بر شواهد را در بیماران مبتلا به آنژین صدری اجرا کرده و شاهد افزایش کیفیت مراقبت پرستاری در این بیماران شدند (۳۳).

۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی

لی^۱ (۲۰۰۷) در مقاله خود با عنوان "An evaluation of the quality of nursing care in orthopedic units" معتقد است اولین و مهمترین فاکتور در بهبود کیفیت خدمات مراقبت، اندازه گیری کیفیت است و ارزشمندترین اندازه گیری کیفیت، ارزشیابی فعالیتهای پرستاران در ارائه مراقبت پرستاری به بیماران ذکر شده است (۳۴).

مطالعه اولسون^۲ و همکاران (۲۰۰۸) در زمینه تأثیر کاربرد عملکرد مبتنی بر شواهد نشان داد که کیفیت مراقبتهای بالینی به دنبال استفاده از عملکرد مبتنی بر شواهد ۲۸ درصد بیشتر شده است (۳۵).

نانسی آلبرت^۳ (۲۰۰۸) در مقاله خود با عنوان "Improving Medication Adherence in Chronic Cardiovascular Disease" مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد را در بیماران نارسایی قلبی بررسی نمود. وی معتقد است دستورالعملهای مبتنی بر شواهد فاصله بین شواهد علمی و بالین را کاهش میدهد و ابزاری برای پرستار است تا بتواند مراقبت با کیفیت را افزایش دهد (۳۶).

دیگایودو^۴ (۲۰۰۹) در پژوهش خود با عنوان "Building evidence-based practice with staff nurses through mentoring" اجرای مراقبتهای مبتنی بر شواهد در بخش ویژه نوزادان را روشی مؤثر در حرفه پرستاری دانست و بیان نمود که ارتقاء بهبود نوزاد و عملکرد پرستاران را در پی دارد (۳۷).

سیلوا^۵ (۲۰۰۹) در مطالعه ای مشاهده ای با عنوان "Structure and process of nursing care for prevention of surgical site infection" بیان نمود که اجرای فرایند پرستاری و انجام استانداردها تأثیر مثبتی بر کاهش میزان عفونت بعد از عمل جراحی دارد (۳۸).

دورا برادلی^۶ و همکارانش (۲۰۰۹) در تحقیقات خود با عنوان "Staff Nurses Creating Safe Passage with Evidence-Based Practice" نشان دادند که اجرای مراقبتهای مبتنی بر شواهد موجب افزایش کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری میشود (۳۹).

Lee ۱
Olson ۲

3 Albert Nancy
4 DiGaudio
5 Silva
6 Dora Bradley

کانسیدین^۱ (۲۰۱۰) و همکارش در پژوهشی در اورژانس استرالیا با موضوع “An evidence-based practice approach to improving nursing care of acute stroke” نشان دادند به کارگیری دستورالعملهای مبتنی بر شواهد، کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به سکته مغزی حاد و پیش آگهی آنان را بهبود می بخشد (۴۰).

ماری دونیون^۲ (۲۰۱۰) در مقاله خود با عنوان “Care planning in the emergency department” نتیجه گیری کرده است که دیدگاه پرستاران در مورد اجرای برنامه مراقبت پرستاری، دیدگاه مثبتی بود و فواید آن را مراقبت همه جانبه، افزایش زمان تماس با بیمار و ارتباط بهتر با بیماران و همکاران ذکر نمود (۴۱).

ملنیک^۳ و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود در مورد تاثیرات آموزش مبتنی بر شواهد و درس آموخته ها روی پرستاران با عنوان “Translating the Evidence-Based NICU COPE Program for Parents of Premature Infants Into Clinical Practice” به این مهم دست یافتند که اجرای مراقبت های مبتنی بر شواهد در بخش مراقبت ویژه نوزادان، موجب افزایش کیفیت مراقبتها و صرفه جویی در هزینه های بیمارستانی می گردد (۴۲).

در رابطه با تأثیر اجرای دستورالعملها، جوهرن ایکس^۴ و همکاران (۲۰۱۰) دستورالعمل عملکرد بالینی پرستاری با عنوان “Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary interventions” برای بهبود مراقبت از بیمارانی که تحت مداخلات زیر جلدی شریانی هستند را ارائه دادند، فواید دستورالعملها شامل کاهش مرگ و میر، بهبود کیفیت زندگی و ظرفیت عملکرد و تأثیر روی هزینه بود (۴۳).

لوکاس^۵ و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود با عنوان “Implementing Practice Guidelines and Education to Improve Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome” به ارزشیابی دانش و مهارت پرستاران بعد از آموزش اجرای دستورالعملهای مبتنی بر شواهد پرداخت و نشان داد این دستورالعملها ابزاری مناسب و ضروری برای بخشهای ویژه است (۴۴).

1 Considine
2 Mary E. Dunnion
3 Melnyk
4 Johan X
5 Lucas

۲-۳) روش کار و چارچوب طرح

۱-۲-۳) روش کار

نوع مطالعه در پروژه حاضر اقدام پژوهی می باشد که با ترکیبی از روش های کمی و کیفی انجام شده است. محیط پژوهش مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد بود. مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) حدود ۱۰۰۰ تخت فعال دارد که ماهانه به بیش از ۶۰۰۰ بیمار بستری و حدود ۱۹ هزار بیمار مراجعه کننده به اورژانس مجتمع خدمت ارائه می دهد. در این مجتمع حدود ۲۲۰۰ نفر پرسنل کادر پرستاری فعالیت دارند. مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) متشکل از دو بیمارستان با تشکیلات مستقل می باشد که در قالب دو سایت فعالیت دارد. سایت یک شامل تعداد ۲۶ بخش بستری عادی و کلینیکی و تعداد شش بخش ویژه و تعداد دو اتاق عمل می باشد. سایت دو نیز شامل تعداد ۱۳ بخش بستری عادی و تعداد هفت بخش ویژه و تعداد سه اتاق عمل می باشد.

مراحل انجام پروژه شامل گام های زیر می باشد:

گام اول: شناسایی مشکل و حمایت طلبی اولیه

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری سازی

گام اول: شناسایی مساله، تحلیل ذینفعان و حمایت طلبی اولیه

در فرایند تصمیم گیری شناسایی مشکل مهمترین قسمت فرایند می باشد چنانکه گفته می شود نیمی از مشکلی که بخوبی شناخته شود حل شده است. همچنین در صورت خطا در این مرحله کلیه ی گام های آتی در فرایند تصمیم گیری نیز به خطا خواهد رفت (۴۵).

جرقه اول شناسایی مساله: به دنبال گزارش های متعدد از چالش های ایجاد شده در یکی از بخش های مجتمع مبنی بر ویزیت های طولانی و نامتعارف یکی از پزشکان که منجر به نارضایتی پرستاران و اختلال در امور مراقبتی بیماران شده بود جرقه اولیه پروژه استاندارد سازی اقدامات پرستاری نظیر مشارکت پرستار در هنگام ویزیت بیماران ایجاد شد تا چالش های مرتبط با این موارد به حداقل برسد.

شناسایی ابعاد مساله در قالب نشست متخصصان و بحث گروهی متمرکز: در ابتدا نیاز به استانداردسازی اقدامات مرتبط با امور پرستاری در جلسه ای با حضور رئیس مجتمع، معاون توسعه مدیریت و منابع مجتمع، معاون آموزش و سلامت مجتمع و مدیران سایت مطرح و در مورد چالش های مرتبط و عدم نتیجه گیری از مذاکرات در این زمینه بحث شد. همچنین در مورد تبعات عدم وجود استانداردهای مشخص برای اقدامات پرستاری و تاثیر آن بر ارائه خدمات مراقبتی و رضایت مندی پرسنل و بیماران صحبت و ابعاد مسئله به صورت زیر شناسایی شد:

ابعاد مساله:

- پرستاری در جایگاهی که باید باشد نیست
- اغلب پرستاران به افزایش دانش خود بها نمی دهند
- پرستاران انگیزه کافی برای مراقبت بیشتر از حد معمول از بیماران ندارند
- پرستاری فاقد فعالیت حرفه ای می باشد
- تعاملات پرستاری با حوزه های پزشکی به درستی تعریف نشده است
- خدمات تخصصی پرستاری شناسایی و استاندارد نشده است

شناسایی ذینفعان کلیدی و حمایت طلبی اولیه: بعد از طرح مسئله و شناسایی ابعاد آن در جلسه اولیه و نظر مساعد ایشان برای پیگیری موضوع و اعلام حمایت ایشان برای تدوین استانداردهای مورد نیاز، ابعاد مسئله در تیم مدیریتی مجتمع نیز مطرح و مقرر شد به عنوان یک پروژه در دستور کار قرار گیرد و مدیر پرستاری مجتمع مسئول پیگیری مسائل مربوطه گردید. با توجه به اهمیت موضوع سریعاً نشست متخصصین صورت گرفت و طی جلسه ای با بیان ابعاد مشکل، ذینفعان مختلف برنامه در همان جلسه از طریق بارش افکار شناسایی و لیست شد. در جلسه بعدی نشست متخصصان از هر یک از اعضا درخواست شد برای هر ذینفع منشا قدرت و منافع را یادداشت کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه روی منشا قدرت و منافع ذینفعان بحث شد و در مرحله بعدی از هر یک از اعضای جلسه درخواست گردید به هر ذینفع نمره ای بین ۱ تا ۱۰ تخصیص دهند. نمره ۱۰ نشانگر بیشترین میزان منافع یا قدرت و نمره ۱ به معنی کمترین میزان منافع یا قدرت می باشد.

بعد از تخصیص نمره توسط هر یک از اعضای نشست متخصصان، نمرات توسط مدیر تغییر جمع بندی و برای هر یک از ذینفعان میانگین نمره قدرت و منافع شناسایی شد. در مرحله آخر نیز آن دسته از ذینفعان که به لحاظ نمره منافع و قدرت امتیاز بالای ۵ کسب کرده بودند به عنوان ذینفعان کلیدی شناسایی شدند. بعد از شناسایی ذینفعان کلیدی بر اساس سطح پذیرش هر یک از ذینفعان در خصوص موضوع پروژه، روش های مناسب و متناسب با ایشان جهت حمایت طلبی اولیه

انتخاب شدند. (جزئیات اقدامات انجام شده برای شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه در فصل یک ارائه شده است)

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام دوم در قالب پنج مرحله ذیل انجام شد:

مرحله اول: هدف: شناسایی اقدامات مراقبتی منتخب /روش اصلی: بررسی مستندات و جلسه بحث گروهی

متمرکز

هدف اصلی در مرحله اول شناسایی اقدامات مراقبتی بود که برای آنها استاندارد مشخصی تعریف و ابلاغ نشده بود و به علت نبودن استاندارد چالش های متعددی در این موارد گزارش و منجر به بروز حوادث، نارضایتی و اختلال در امور مراقبتی شده است. در این مرحله طی جلسات متعدد موضوع مورد بحث با سوپروایزران و سرپرستاران مطرح و به ایشان گفته شد اقدامات مرتبط در بخش خود را با همفکری نیروهای زیر مجموعه شناسایی و با بررسی شواهد، گزارشات و مستندات موجود لیستی از این اقدامات تهیه نمایند. هر مدیر سایت مجموعه اقدامات لیست شده توسط سوپروایزر و سرپرستاران زیرمجموعه خود را جمع آوری و در شورای عالی پرستاری لیست تجمیع گردید.

مرحله دوم: هدف: نهایی سازی اقدامات شناسایی شده از مرحله قبل /روش: نشست متخصصان

در این مرحله کارگروهی با عنوان "توسعه حرفه ای گری در پرستاری و استاندارد سازی اقدامات مراقبتی" شامل مدیر پرستاری مجتمع، رئیس اداره بهبود کیفیت، یک نفر سوپروایزر، دو نفر پرستار خبره و یک نفر هیات علمی دانشکده پرستاری به عنوان گروه متخصصان در این زمینه با رهبری معاون توسعه مجتمع به عنوان جانشین رئیس مجتمع در این کارگروه تشکیل و اقدامات لیست شده توسط این کارگروه مورد بررسی قرار گرفت و اقداماتی که آیین نامه یا دستورالعمل وزارت خانه ای داشت حذف و سایر اقدامات پس از جمع بندی، دسته بندی شده و لیست نهایی جهت تهیه استاندارد آماده گردید.

مرحله سوم: هدف: تهیه چارچوب استاندارد سازی اقدامات /روش: نشست متخصصان

در این مرحله اقدام به تعیین چارچوب معین برای اقدامات مشخص شده گردید. برای تهیه این چارچوب از نشست متخصصان (اعضای کارگروه) استفاده شد و از اعضای نشست خواسته شد پیشنهادات خود را برای چارچوب اقدامات پرستاری نظیر عناوین قسمت های مختلف مانند عنوان اقدام، تعریف اقدام و ... یادداشت نمایند و موارد یادداشت شده توسط اعضا یک به یک قرائت و در فایل word تایپ و در معرض دید کل اعضا قرار گرفت تا هر نفر عناوین بیان نشده توسط قبل را اعلام نمایند. در پایان کل عناوین توسط همه اعضا مورد بررسی قرار گرفت و روی عناوینی که همه روی آن اجماع نظر داشتند به عنوان چارچوب اقدامات پرستاری در نظر گرفته شد.

مرحله چهارم: هدف: استاندارد سازی اقدامات پرستاری به تفکیک بر اساس چارچوب طراحی شده در مرحله

قبل /روش: ترکیبی از روش های بررسی محتوی، بحث گروهی متمرکز و نشست متخصصان

در این مرحله ابتدا از هر یک از اعضای کارگروه استاندارد سازی تقاضا شد یک اقدام را انتخاب و به عنوان مسئول اقدام مذکور، امور مرتبط را انجام دهد. فرد مسئول هر اقدام ابتدا سوابق و مستندات مربوط به اقدام را از مطالعات مشابه قبلی، مستندات ابلاغی و اسناد بالادستی بررسی و بعد یک پیش نویس اولیه برای اقدام مذکور در هر یک از عناوین تعیین شده در چارچوب اقدام تهیه نموده و این پیش نویس در جلسه بحث گروهی متمرکز با حضور تعدادی از پرستاران دارای سابقه اقدام مذکور بحث و بررسی میشود، سپس نتیجه این بحث گروهی متمرکز توسط دبیر کارگروه در گروه مجازی نقادی (متشکل از ده درصد پرسنل خبره هر بخش) قرار گرفته و نظرات، انتقادات و پیشنهادات ایشان اخذ و نتایج این گروه و فوکوس گروپ در جلسه نشست متخصصان مطرح و توسط اعضای نشست مورد بررسی قرار می گرفت.

مرحله پنجم: هدف: نهایی سازی اقدام طراحی شده /روش: اخذ نظرات گروه های مرتبط و نشست

متخصصان

در این مرحله اقدامات طراحی که در گروه متخصصان مطرح شده بود رفع اشکال و نهایی شده و به صورت استاندارد مشخص شده توسط دبیر کارگروه معین و مکتوب گردید. سپس اقدامات مذکور به صورت مکتوب و جداگانه برای پزشکان و سرپرستاران مجتمع جهت نظرسنجی ارسال شد و از ایشان خواسته شده تا نظرات خود را با همفکری رزیدنت های ارشد و پرستاران خبره ظرف مدت دو هفته بیان و مکتوب ارسال نمایند. سپس کلیه نظرات برای هر اقدام به صورت جداگانه شده توسط دبیر کارگروه بررسی و جمع آوری شد و مجدد در گروه متخصصان مطرح و موارد پیشنهادی مورد بحث

و بررسی قرار گرفت و در مستندات اقدام مربوطه لحاظ گردید. بعد از نهایی و تکمیل شدن استاندارد برای اقدامات در تیم مدیریتی مجتمع مطرح و پس از تصویب تیم جهت اجرا ابلاغ گردید.

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

در گام سوم پروژه و به جهت مشارکت طلبی برای اجرا و همچنین بررسی الزامات اجرایی پروژه نیاز بود که نظرات ذینفعان پروژه که در ناحیه ۲ (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری زیاد و میزان علاقه کم) و همچنین افرادی که در ناحیه ۳ (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری کم و میزان علاقه زیاد) اخذ گردد (شکل ۳).

در این گام اقدامات استاندارد سازی شده حاصل از بررسی های انجام شده و بحث گروهی متمرکز و نشست متخصصان، بعد از طرح در تیم مدیریت اجرایی به صورت مکتوب و رسمی برای ذینفعان مذکور (کلیه روسای بخش ها، پزشکان، سوپروایزران و سرپرستاران) ارسال گردید و ظرف مدت دو هفته نظرات جمع آوری و اطلاعات اخذ شده مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت و در اقدام مورد نظر در صورت عدم مغایرت با قوانین و چارچوب تعیین شده اعمال گردید.

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام چهارم پروژه شامل فرآیند اجرایی، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی بود. هر اقدام استاندارد سازی شده، توسط تیم مربوطه مورد بازنگری و ویرایش نهایی قرار گرفته و به رویت معاون آموزش و سلامت مجتمع رسیده و پس از تایید ایشان، جهت اظهار نظر ذینفعان (روسای بخش ها، پزشکان، سوپروایزران، سرپرستاران و...) به صورت رسمی ارسال می گردید. نظرات ایشان توسط دبیر کارگروه جمع آوری و با هماهنگی کارگروه و تیم مدیریت اجرایی موارد مورد قبول و مطابق با استاندارد ها، لحاظ می گردید. سپس اقدام مربوطه جهت اجرا برای گروه هدف ابلاغ می گردید. پس از ابلاغ مدیر پرستاری و مدیران سایت به آموزش سوپروایزران پرداخته و موارد نیازمند مداخله به ایشان آموزش داده میشد. این آموزش به صورت آشنایی ادامه یافته و سوپروایزران مسئول آموزش سرپرستاران و سرپرستاران مسئول آموزش به نیروهای زیرمجموعه هستند.

با توجه به اینکه برخی اقدامات با توجه به حساس بودن بخش ها نیاز به تمرکز بیشتری داشتند ارتباط با پزشکان این بخش ها و هماهنگی با روسای بخش ها توسط معاون آموزش سلامت بیمارستان انجام می گردد. همچنین تیم مدیریت پرستاری نظارت و ارزیابی مرتبط با انجام درست اقدام استاندارد شده را در دستور کار داشته و موانع و چالش های مرتبط در تیم مدیریت اجرایی مطرح و مداخلات مرتبط توسط ایشان صورت می پذیرد.

۲-۳-۲) چارچوب طرح

مطابق با مراحل بیان شده در گام دوم اقدامات پرستاری که بیشترین ایجاد چالش را داشته و از نظر مراقبتی، توسط گروه متخصصان در اولویت برای استاندارد سازی قرار داشتند شناسایی و طبق توضیحات ارائه شده در کارگروه بین افراد خبره برای انجام اقدامات مرتبط توزیع شدند. لیست این اقدامات به شرح زیر می باشد:

- ۱) ارتباط موثر بین پزشک و پرستار
- ۲) عدم آگاهی از سیاست های ابلاغ شده مرتبط با پرستاری
- ۳) عدم توانایی در تصمیم گیری
- ۴) تحویل گرفتن بیمار توسط پرستار
- ۵) تحویل دادن بیمار توسط پرستار
- ۶) گزارش نویسی پرستاری
- ۷) عدم استفاده صحیح از چک لیست جر احی ایمن
- ۸) مشارکت پرستار در ویزیت بیمار توسط پزشک
- ۹) تحویل دادن بیمار بین شیفت
- ۱۰) تحویل گرفتن بیمار بین شیفت
- ۱۱) مراقبت در بیماران ترخیص نرفته
- ۱۲) آموزش اثر بخش به بیمار
- ۱۳) نظارت سرپرستار بر بالین و کنترل عملکرد نیروهای تحت امر
- ۱۴) ارزیابی اولیه بیمار
- ۱۵) مدیریت اولیه بیمار بدحال غیر بستری در بخش
- ۱۶) کنترل عملکرد از تجهیزات پزشکی بدون استفاده
- ۱۷) کنترل عملکرد قبل از استفاده از تجهیزات = استفاده از تجهیزات پزشکی
- ۱۸) اصول گزارش نویسی
- ۱۹) تشخیص پرستاری
- ۲۰) ارتباط موثر بین سرپرستار/مسئول شیفت با واحدهای پشتیبانی
- ۲۱) پزشک قانونی
- ۲۲) آموزش به همکار

- (۲۳) انجام اقدامات دارای همپوشانی با وظایف پزشکان
- (۲۴) شرح وظایف رده های مختلف در بخش
- (۲۵) مشارکت پرستار در عملیات احیا قلبی ریوی
- (۲۶) رضایت آگاهانه
- (۲۷) پاسخگویی به شکایات
- (۲۸) برخورد با شیفت بندی
- (۲۹) رفتار با سرپرستار/ مسئول شیفت
- (۳۰) رفتار با انتظامات
- (۳۱) مراقبت پرستار از بیمار غیر همجنس
- (۳۲) مراقبت از بیماران تعیین تکلیف نشده
- (۳۳) مراقبت از بیماران با عدم رضایت به اقدامات درمانی
- (۳۴) پانسمان
- (۳۵) نمونه گیری
- (۳۶) اجرای دستورات پزشک
- (۳۷) برقراری راه وریدی (رگ گیری)
- (۳۸) برقراری ارتباط با بیمار

برای نمونه تعدادی از این اقدامات که برای آنها فرآیند تعریف شده برای استانداردسازی طی شده، در ادامه آورده

شده است:

- (۱) آموزش اثر بخش به بیمار
- (۲) مراقبت در بیماران ترخیص نرفته
- (۳) مدیریت اولیه بیمار بدحال غیر بستری در بخش
- (۴) مشارکت پرستار در ویزیت بیمار توسط پزشک
- (۵) مراقبت پرستار از بیمار غیر همجنس
- (۶) مشارکت پرستار در عملیات احیا قلبی ریوی

نمونه های استاندارد سازی شده این اقدامات بر اساس چارچوب تعیین و تایید شده در اشکال زیر قابل رویت می باشد:

شماره سند: R-NC-۰۰۷-۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ شماره بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 بیمارستان امام رضا (ع) مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: آموزش اثر بخش به بیمار ریاست مجمع اداره برنامه ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
---	---	--

بند ۱: عنوان

آموزش اثر بخش به بیمار

بند ۲: تعریف

ارائه آموزش نکات خودمراقبتی موثر به بیمار از بدو پذیرش تا زمان ترخیص، به نحوی که بیمار نکات خود مراقبتی ضروری و لازم برای کمک به درمان خود را بیاموزد و بکار گیرد.

بند ۳: اهداف

- ✓ افزایش رضایتمندی و کاهش اضطراب بیماران
- ✓ کاهش بروز عوارض درمانی
- ✓ کاهش موارد بستری و مراجعات مجدد
- ✓ بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
- ✓ کاهش مدت زمان بستری
- ✓ افزایش توانمند سازی بیمار در مراقبت از خود و خانواده

بند ۴: فعالیت ها

کلیه این اقدامات توسط پرستار مسئول بیمار صورت می پذیرد:

۱) قبل از حضور بر بالین بیمار

- ا. بررسی پرونده بیمار از نظر آموزش های ارائه شده در شیفت قبل و بررسی برنامه مدون مرتبط با مشکل بیمار جهت برنامه ریزی و تصمیم گیری در خصوص آموزش در این شیفت
- ب. کسب اطلاعات لازم در زمینه مورد انتخاب شده برای آموزش به بیمار از طریق محتوای آموزشی روی سرور (در صورت نیاز)
- ج. آماده کردن مدياي مناسب و در دسترس در خصوص موضوع انتخاب شده

۲) حضور بر بالین بیمار

- ا. بررسی آمادگی بیمار برای دریافت آموزش و ایجاد انگیزه برای یادگیری
- ب. بررسی میزان یادگیری بیمار از آموزش شیفت قبل
- ج. در صورت نیاز تکرار موارد آموزش داده شده قبلی
- د. ارائه آموزش بر اساس اصول استاندارد آموزش به بیمار
- ه. ارزیابی بیمار در خصوص درک یا عدم درک آموزش

۳) پس از اتمام آموزش

- ا. تحویل محتوای مناسب (بمقتل و یا فیلم آموزشی) به بیمار و نیز تحویل فرم ترخیص ایمن تکمیل شده به بیمار ترخیصی و ذکر ضرورت حفظ و مطالعه موارد و بیان پرسش های احتمالی
- ب. ثبت صحیح آموزش ارائه شده در پرونده، فرم آموزش به بیمار و فرم آموزش حین ترخیص



شماره سند: R-NC-۰۰۷-۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ شماره بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: آموزش اثر بخش به بیمار ریاست مجتمع اداره برنامه‌ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
---	--	---

- ج. اخذ تایید (امضا/ اثر انگشت) از بیمار/همراهی در خصوص آموزش های ارائه شده در فرم آموزش به بیمار و فرم آموزش حین ترخیص
- د. ذکر نکات لازم در خصوص وضعیت آموزش بیمار در هنگام تحویل و تحول شیفت و حین ISBAR

بند ۵: فرآیند

پرستار مسئول بیمار بر اساس دستورالعمل Case Method از شیفت قبل در سامانه NCM مشخص می گردد و در ابتدای شیفت پرستار مسئول بیمار موظف به شناسایی بیمار/ان خود، بررسی وضعیت بالینی و گزارشات قبلی و اقدامات نیازمند پیگیری می باشد. ارائه آموزش به بیمار در هر شیفت بر اساس برنامه مدون و با در نظر گرفتن نیازهای آموزشی و با درخواست بیمار انجام شده و ثبت می گردد.

بند ۶: نکات

- ا. در صورتیکه بیمار غیر هوشیار بوده و یا به دلیل اختلالات شناختی، بی قراری و یا سن کم (نوزادان و اطفال) آموزش پذیر نبود، آموزش به همراهی بیمار ارائه می شود. در صورت عدم حضور همراهی علت عدم آموزش در فرم آموزش و نیز گزارش پرستاری ذکر می گردد. در صورتیکه در شیفت های بعدی نیز همین وضعیت ادامه داشت نیاز به تکرار این موضوع در فرم آموزش به بیمار نیست ولی در گزارش پرستاری عدم آموزش و دلیل آن ثبت می گردد.
- ب. در صورتیکه بیمار مدت زمان طولانی بستری بوده و تمامی محتوای آموزشی مورد نیاز را بر اساس برنامه مدون دریافت کرده است پرستار مسئول بیمار و رابط آموزش به بیمار، میزان یادگیری بیمار را بررسی نموده و در صورت بازخورد مناسب بیمار، ختم آموزش در فرم آموزش به بیمار توسط هر دو نفر ثبت می گردد. بدیهی است در صورت انتقال بیمار به بخش دیگر و یا ایجاد نیاز آموزشی جدید فرآیند آموزش مجدداً آغاز می شود.



شماره سند: R-NC-005-01 تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ شماره بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: فرآیند مراقبت در بیماران ترخیص نرفته ریاست مجتمع اداره برنامه‌ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
---	--	--

بند ۱: عنوان

فرآیند مراقبت از بیماران ترخیص نرفته

بند ۲: تعریف

مراقبت از بیماری که طبق دستور پزشک معالج ترخیص می‌باشد و پرونده درمانی بیمار جهت تسویه حساب مالی به واحد حسابداری ارسال شده است اما به دلیل عدم توانایی تسویه حساب مالی بیمار یا عدم حضور همراهی بیمار جهت خروج بیمار و یا ... در بخش باقی مانده است.

بند ۳: اهداف

- ا. انجام مراقبت ایمن و مورد نیاز بیماران تا لحظه خروج از بیمارستان
- ب. پیشگیری از به مخاطره افتادن سلامت و حیات بیمار
- ج. افزایش رضایتمندی بیماران

بند ۴: فعالیت‌ها

۱) قبل از عدم خروج بیمار ترخیص شده از بخش

- ا. اطلاع به کارشناس HIM توسط پرستار در صورتی که پرستار بیماری را فاقد توانایی مالی می‌داند یا شرایط بیمار از نظر جسمی و وضعیت اجتماعی نیازمند اقدامات مددکاری می‌باشد.

۲) حین حضور بیمار/بیماران ترخیص شده اما خارج نشده از بخش

- ا. اطلاع به کارشناس HIM جهت انجام امور مرتبط با پرونده ترخیص و پیگیری تسویه حساب توسط پرستار
- ب. اطلاع به انتظامات جهت کنترل تردد بیمار توسط مسئول شیفت بخش
- ج. اطلاع به سرپرستار/مسئول شیفت جهت برگشت پرونده فیزیکی و الکترونیکی بیمار توسط پرستار بیمار
- د. اطلاع به پزشک معالج بیمار / رزیدنت کشیک جهت ویزیت روزانه و ادامه درمان توسط پرستار بیمار
- ه. مراقبت و پایش وضعیت بیمار و انجام اقدامات درمانی و مراقبتی مورد نیاز با تایید پزشک تا زمان خروج بیمار از بخش توسط پرستار
- و. ارائه مراقبت‌های دارویی متناسب با کار تکس تا زمان خروج بیمار از بخش توسط پرستار بیمار
- ز. ثبت گزارش پرستاری تا زمان خروج بیمار از بخش توسط پرستار بیمار
- ح. ارائه آموزش راهبردی جهت رفع موانع ترخیص به بیمار توسط پرستار بیمار

بند ۵: فرایند

پرستار مسئول بیمار طبق قانون **case method** از شیفت قبل در سامانه NCM مشخص می‌گردد و در ابتدای هر شیفت پرستار مسئول بیمار موظف به شناسایی بیماران خود، بررسی وضعیت بالینی و گزارشات قبلی و اقدامات نیازمند پیگیری می‌باشد. طبق انجام ویزیت روزانه توسط درمانگر مجاز، دستور ترخیص بیمار در پرونده ثبت شده و پس از چک دستورات توسط پرستار مربوطه، اقدامات لازم مطابق با استاندارد



شماره سند: R-NC-005-01 تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ شماره بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 وزارت امور بهداشت مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: فرآیند مراقبت در بیماران ترخیص نرفته رناست مجمع اداره برنامه ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
---	--	--

و شرح فعالیت های مذکور توسط ایشان انجام می گردد. در مواردی که دستور ترخیص بیمار مطابق با این فرایند صادر شده اما بیمار به دلایل مختلف، بخش را ترک نمی نماید پرستار تا ۶ ساعت اول پس از دستور و اطلاع ترخیص موظف به پیگیری خروج بیمار میباشد اما اگر بعد از شش ساعت هنوز بیمار بخش را ترک نکرده است پرستار مسئول بیمار موظف به درخواست برگشت پرونده و اطلاع به پزشک معالج برای ویزیت بیمار و ثبت دستورات لازم تا هنگام خروج بیمار از بخش میباشد. کلیه اقدامات درخواستی پزشک معالج می بایست به صورت مکتوب در پرونده درج و پرستار نیز موظف به انجام دستورات و پیگیری خروج بیمار میباشد.

بند ۶: نکات اجرایی

- ا. دستور ترخیص بیمار، توسط پزشک درمانگر مجاز ثبت شده باشد و پزشک مشاور مجاز به ترخیص بیمار نمی باشد.
- ب. پس از کنترل دستور ترخیص بیمار توسط پرستار مسئول بیمار، دستور ترخیص به اطلاع سرپرستار/مسئول شیفت و کارشناس HIM جهت پیگیری ترخیص بیمار رسانده شود.
- ج. اقدامات مراقبتی بیماران می بایست تا زمان حضور در بخش به صورت مستمر توسط تیم درمانی انجام گردد.

بند ۷: روش حل تعارض در موارد عدم انطباق یا پیش بینی نشده

در کلیه موارد تمامی اقدامات بر اساس توضیحات مربوطه به اقدام فوق صورت می پذیرد. در مواردی که بیمار بدون اطلاع بیمارستان را ترک نماید، گزارش Never Event بر اساس فرآیند آن ثبت و پس از اطلاع به سوپروایزر کشیک، به دفتر خدمات پرستاری ارسال گردد.



شماره سند: R-NC-000A-01 تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ شماره بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 پارسا نام رضا (ع) مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: مدیریت اولیه بیمار بدحال غیر بستری در بخش ریاست مجمع اداره برنامه‌ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
--	--	---

بند ۱: عنوان

مدیریت اولیه بیمار بدحال غیر بستری در بخش

بند ۲: تعاریف

انجام اقدامات ضروری به بیماران بدحال غیر بستری در بخش که نیازمند ارائه خدمات در حداقل زمان ممکن هستند و در صورت عدم مهارت و سرعت عمل کافی مستقیم ارائه دهنده خدمت، سلامت و حیات بیمار به مخاطره می افتد. بیمار با/بدون پیش آگهی و اطلاع قبلی در محل بخش مقصد بدحال است.

بند ۳: اهداف

- ✓ پیشگیری از به مخاطره افتادن سلامت و حیات بیمار
- ✓ ارائه خدمت متناسب با وضعیت بیمار بد حال غیر بستری در بخش در حداقل زمان ممکن
- ✓ تضمین استمرار ارائه خدمات مراقبتی به بیماران در بیمارستان

بند ۴: فعالیت ها

۱) قبل از رسیدن بیمار به بخش مقصد

- ا. اطلاع رسانی به بخش مقصد قبل از انتقال بیمار شامل وضعیت عمومی، اقدامات مورد نیاز (بخش مبدأ)
- ب. تهیه تمهیدات لازم برای انتقال بیمار متناسب با دستور پزشک (بخش مبدأ)
- ج. اطلاع به پزشک بخش در مورد پذیرش بیمار (بخش مقصد)
- د. پیش بینی امکانات مورد نیاز پذیرش بیمار (بخش مقصد)
- ه. همراهی کادر درمان متناسب با دستور پزشک (بخش مبدأ)
- و. انجام اقدامات متناسب با شرایط بیمار در صورت تغییر شرایط عمومی (بخش مبدأ)
- ز. کنترل و تامین تجهیزات مورد نیاز، جهت انتقال ایمن بیمار (بخش مبدأ)

۲) مدیریت اولیه بیمار بدحال غیر بستری در بخش:

- ا. حضور پرستار بر بالین بیمار و درخواست حضور پزشک (بخش مقصد)
- ب. کنترل وضعیت عمومی و شرایط بیمار و تحویل بیمار بر اساس ISBAR (بخش مقصد)
- ج. انجام اقدامات حیاتی مورد نیاز با حضور پرسنل بخش مبدأ و مقصد

۳) پذیرش بیمار در بخش مقصد:

- ا. ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار و انجام اقدامات فوری متناسب با دستور پزشک
- ب. انتقال بیمار به تخت و فضای ایمن و انجام مراقبت ها متناسب با دستور پزشک جهت پایداری شرایط بیمار
- ج. اطلاع به سوپروایزر درمورد وضعیت بیمار جهت انجام هماهنگی های لازم برای انتقال بیمار به ICU یا تهیه تجهیزات مورد نیاز



شماره سند: R-NC-000A-01 تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ شماره بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 پارلمان امام رضا (ع) مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: مدیریت اولیه بیمار بدحال غیر بستری در بخش ریاست مجمع اداره برنامه ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
--	---	---

بند ۵: فرآیند

به محض اطلاع مسئول شیفت از انتقال یک بیمار بدحال در بخش می بایست شخصا و سریعاً بر بالین بیمار حاضر و در همان محل و همان لحظه نسبت به ارزیابی اولیه بیمار و انجام اقدامات حیاتی اقدام نماید و پزشک را برای حضور بر بالین بیمار فراخوان نماید. در صورت دستور پزشک برای انتقال به ICU مسئول شیفت می بایست ضمن هماهنگی با سوپروایزر نسبت به انتقال بیمار به یک محل مناسب اقدام نماید. در صورت عدم نیاز بیمار به ICU، مسئول شیفت می بایست بیمار را در نزدیک ترین اتاق ممکن به ایستگاه پرستاری با تجهیزات مناسب منتقل و نسبت به تخصیص یک پرستار متناسب با شرایط بیمار اقدام نماید. کادر درمان همراه بیمار از بخش مبدا در این شرایط صرفاً با مجوز سوپروایزر (حضور یا تلفنی) می تواند به بخش خود برگردد.

بند ۶: نکات

- بیمار بدحال: بیمار با حال وخیم که توان انتظار ندارد یا طول کشیدن دخالت های پزشکی برای ایشان خطر مرگ به دنبال دارد.
- کلیه موارد مندرج در این اقدام استاندارد شده شامل تمامی حالت های ممکن در خصوص اطلاع مسئول شیفت از حضور یک بیمار بدحال غیر بستری (مانند بدحال شدن همراه بیمار، مواجهه با انتقال اشتباه بیمار بد حال از بخش مبدا، بد حال شدن بیمار STABLE در هنگام پذیرش بخش مقصد و یا بد حال شدن بیمار و تغییر شرایط آن نسبت به حال اولیه در حین مسیر) در محل بخش می باشد.
- بخش مقصد بدون دستور سوپروایزر و قبل از پایدار شدن وضعیت بیمار اجازه برگشت بیمار و عدم پذیرش را ندارد.
- بخش مبدا مجاز نخواهد بود بیمار دارای وضعیت ناپایدار را بدون دستور پزشک یا سوپروایزر به بخش مقصد منتقل نماید.
- اقدامات جهت بیماران بدحال تا حد امکان به صورت پرتابل صورت گیرد و جابجایی بیمار بدحال برای اقدامات پاراکلینیکی صرفاً می بایست با دستور کتبی پزشک یا سوپروایزر انجام شود.
- هرگونه اقدام درمانی و یا تاخیر صورت گرفته که مغایر با این اقدام استاندارد شده می باشد می بایست در گزارش پرستاری بطور کامل ثبت گردد و در صورت نداشتن پرونده، بعد از تشکیل پرونده ضمیمه پرونده شود و موارد فوق جهت انجام هماهنگی های لازم به اطلاع سوپروایزر وقت رسانده شود.

بند ۷: روش حل تعارضی در موارد عدم انطباق یا پیش بینی نشده

در کلیه موارد تمامی اقدامات بر اساس توضیحات مربوط به اقدام فوق صورت می پذیرد. در موردی که درمانگر مجاز درخواستی دارد که به صورت شفاف در شرح اقدام و فعالیتهای فراگرد ذکر نشده است پرستار می بایست بر اساس نظر درمانگر مجاز اقدام کرده و پس از پایان اقدام، موضوع را کتبا به سرپرستار گزارش نموده و سرپرستار حداکثر ظرف ۲۴ ساعت موضوع را به صورت مکتوب به سوپروایزر بالینی جهت ارجاع موضوع به شورای عالی پرستاری ارسال کند.



شماره سند: R-NC-۰۰۴-۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰ شماره بازنگری: ۰۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 پرستاران امام رضا (ع) مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: مشارکت پرستار در ویزیت بیمار توسط پزشک ریاست مجتمع اداره برنامه ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
---	--	--

بند ۱: عنوان

مشارکت پرستار در ویزیت بیمار توسط پزشک

بند ۲: تعریف

حضور پرستار بر بالین بیمار هنگام ویزیت هم زمان با پزشک و ارائه گزارش لازم به پزشک معالج و همکاری در انجام پروسیجرهای مورد نیاز با پزشک مربوطه.

بند ۳: اهداف

- ا. ارائه گزارش وضعیت ۲۴ ساعته قبل بیمار به پزشک معالج
- ب. همکاری در انجام پروسیجرهای مورد نیاز با پزشک معالج
- ج. اطلاع از آخرین بررسی های درمانی و تجویزهای پزشک
- د. رفع ابهام در خصوص تجویزهای درمانی ثبت شده
- ه. تلفیق یافته های مراقبتی با درمانی

بند ۴: فعالیت ها

۱- قبل از حضور بر بالین بیمار

- ا. بررسی تست های تشخیصی ۲۴ ساعت قبل (انجام/ نتیجه و)
- ب. کسب اطلاعات کامل ۲۴ ساعت قبل از پرستار شیفت قبل و گزارشات

۲- حضور بر بالین بیمار

- ا. ارائه گزارش وضعیت تست های تشخیصی پاراکلینیکی ۲۴ ساعت قبل بیمار
- ب. ارائه گزارش وضعیت بالینی ۲۴ ساعت قبل بیمار (تغذیه ای، اجابت مزاج، فعالیت، درد، V/S و ...)
- ج. قرائت داروهای موجود در کارتهکس
- د. همکاری در انجام پروسیجرهای مورد نیاز با پزشک
- ه. بررسی تجویزهای درمانی ثبت شده و رفع ابهامات موجود در تجویزها از نظر خوانا بودن و ...

۳- بعد از اتمام ویزیت بیمار

- ا. چک تجویزهای درمانی پزشک
- ب. انتقال تجویزهای پزشک به کارتهکس بر اساس دستور العمل ابلاغی کارتهکس
- ج. پیگیری انجام اقدامات مراقبتی در راستای تجویزهای درمانی ثبت شده

شماره سند: R-NC-۰۰۴-۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰ شماره بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 بیمارستان امام رضا (ع) مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: مشارکت پرستار در ویزیت بیمار توسط پزشک ریاست مجمع اداره برنامه ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
---	---	---

بند ۵: فرآیند

پرستار مسئول هر بیمار طبق Case Method از شیفت قبل در سامانه NCM مشخص می‌گردد و در ابتدای هر شیفت پرستار مسئول بیمار موظف به شناسایی بیمار، بررسی وضعیت بالینی و گزارشات قبلی و اقدامات نیازمند پیگیری می‌باشد. ویزیت روزانه در زمان مجاز شروع و به مدت زمان مجاز برای هر بیمار ادامه یافته و در زمان اتمام مجاز به پایان می‌رسد. روزانه پرستار می‌بایست در ویزیت‌های اورژانسی و ویزیت‌های پزشک مشاور نیز حضور داشته باشد.

بند ۶: نکات اجرایی

- ا. مدت زمان برای انجام هر ویزیت بین ۵ تا ۱۵ دقیقه می‌باشد و پرستار با توجه به اینکه مسئول مراقبت از چند بیمار می‌باشد می‌تواند بعد از ۱۵ دقیقه از زمان شروع ویزیت به پزشک معالج هشدار داده و با صلاح دید خود نسبت به تخصیص زمان بیشتر برای ویزیت تصمیم‌گیری نماید. لازم به ذکر است تخصیص زمان بیش از ۱۵ دقیقه برای یک بیمار نمی‌تواند نفی کننده مسئولیت پرستار در قبال انجام فعالیت‌های مراقبتی برای سایر بیماران باشد و تقاضای پزشک نیز نفی کننده این مسئولیت نیست.
- ب. حضور پرستار و همراهی وی با پزشک شامل ویزیت‌های پزشک/پزشکان معالج مجاز تعریف شده از طرف بیمارستان می‌باشد.
- ج. پرستار موظف است پایش سایر بیماران خود را حین ویزیت بیمار، به مسئول شیفت و سایر همکاران پرستار تحویل نماید.

بند ۷: روش حل تعارض در موارد عدم انطباق یا پیش‌بینی نشده

در کلیه موارد تمامی اقدامات بر اساس توضیحات مربوطه به اقدام فوق صورت می‌پذیرد. در موردی که درمانگر مجاز درخواستی دارد که به صورت شفاف در شرح اقدام و فعالیت‌های مرتبط با آن اقدام ذکر نشده است، پرستار می‌بایست بر اساس نظر درمانگر مجاز اقدام کرده و پس از پایان اقدام موضوع را کتبا به سرپرستار گزارش نموده و سرپرستار حداکثر ظرف ۲۴ موضوع را به صورت مکتوب به سوپروایزر بالینی جهت ارجاع موضوع به شورای عالی پرستاری ارسال کند.

شماره سند: R-NC-۰۰۶-۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ شماره بازنگری: ۰۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 پادشاه امام رضا (ع) مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: مراقبت پرستار از بیمار غیر همجنس رناست مجتمع اداره برنامه ریزی و ارزیابی و بهبود کیفیت
--	--	---

بند ۱: عنوان

مراقبت پرستار از بیمار غیر همجنس

بند ۲: تعریف

منظور از مراقبت پرستار از بیمار غیر همجنس ارائه خدمات مراقبتی برای بیمار توسط پرستار غیر همجنس می باشد. منظور از غیر همجنس ارائه خدمات مراقبتی توسط پرستار مرد برای بیمار زن یا برعکس می باشد. این اقدام صرفاً در صورتی که به هر علتی تامین نیرو توسط سوپروایزر صورت نگیرد با رعایت شرایط شرح اقدام مراقبت پرستار از بیمار غیر همجنس امکان پذیر خواهد بود.

بند ۳: اهداف

- ا. رعایت طرح انطباق
- ب. حفظ حریم خصوصی بیمار
- ج. ارائه خدمات درمانی و مراقبتی به بیمار با بالاترین کیفیت بدون وقفه
- د. افزایش رضایتمندی بیماران

بند ۴: فعالیت ها

الف) حین تنظیم برنامه ماهانه حضور پرستاران در بخش

- ا. سرپرستار برنامه را به گونه ای تنظیم نماید که در تمامی شیفت ها و تمامی رده ها نیروی خانم و آقا متناسب با توزیع جنسی بیماران بخش در برنامه حضور داشته باشند.
- ب. در هنگام جابجایی برنامه ها، نیروهای زیر مجموعه هر بخش می بایست جابجایی برنامه را به صورتی انجام دهند که با نیروی همجنس خود تامین جانشین نمایند.

ب) در طول شیفت کاری

- ا. در صورت عدم امکان ارائه خدمات مراقبتی توسط پرستار همجنس، سرپرستار/مسئول شیفت می بایست اطلاع رسانی به سوپروایزر مربوطه را انجام و سوپروایز با جابجایی پرسنل بین بخش ها، تامین نیرو نماید. در صورتی که به هر علتی تامین نیرو توسط سوپروایزر صورت نگیرد مسئول شیفت میبایست در صورت تخصیص نیروی درمانی غیر همجنس، در مواقع امور مراقبتی حساس از سایر نیروی های هم جنس بخش یا سایر بخش ها با هماهنگی سوپروایزر استفاده نماید.
- ب. در صورت استفاده از کادر درمانی غیر همجنس در مواقع عدم امکان تامین نیروی متناسب، در امور مراقبتی غیر حساس نیز میبایست در حضور یک نفر کادر درمانی هم جنس یا یک نفر همراهی هم جنس صورت گیرد.
- ج. در صورت استفاده از کادر درمانی غیر همجنس در مواقع عدم امکان تامین نیروی متناسب، در امور مراقبتی حساس علاوه بر حضور یک نفر همراهی با کادر درمان هم جنس رضایت بیمار در مواقع غیر اورژانسی میبایست اخذ گردد.



شماره سند: R-NC-۰۰۶-۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ شماره بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: مراقبت پرستار از بیمار غیر همجنس رناست مجمع اداره برنامه ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
---	--	--

د. فرآیند طی شده برای مراقبت از بیمار توسط پرستار غیر همجنس می بایست در پرونده پزشکی بیمار در قسمت گزارش پرستاری ثبت گردد.

بند ۵: فرآیند

در زمان برنامه ریزی شیفت ها سرپرستاران موظف به برنامه ریزی ماهانه به گونه ای که طرح انطباق در کلیه شیفت ها رعایت شود میباشند. در صورتی که به هر دلیلی امکان رعایت مراقبت پرستار از بیمار هم جنس فراهم نباشد مجوز شروع اقدامات مراقبتی در این شرایط صرفاً بعد از اطلاع و صدور اجازه از سمت سوپروایزر می باشد. لذا در این شرایط می بایست فرآیند به صورت کامل طی شود و اقدامات مربوط به هماهنگی صورت گرفته نیز در پرونده پزشکی و در قسمت گزارش پرستاری ثبت گردد. نظارت بر این مسئله در مرحله اول بر عهده سرپرستار / مسئول شیفت و در سطح دوم با سوپروایزر کشیک می باشد.

بند ۶: نکات اجرایی

- ا. مسئول هر شیفت موظف است طبق قانون CASE METHODE قبل از شروع شیفت بعد، تقسیم بندی و تخصیص پرسنل به بیماران را برای شیفت بعد با رعایت طرح انطباق انجام دهد.
- ب. در طول شیفت کاری در صورت پذیرش بیمار جدید، مسئول همان شیفت موظف به تعیین پرسنل مراقبتی با رعایت طرح انطباق می باشد.
- ج. در کلیه مراحل انجام مراقبت ها توسط کادر درمانی هم جنس یا غیر هم جنس می بایست اصل محرمانگی و رعایت حریم خصوصی بیمار مدنظر قرار گیرد.
- د. هر یک از افراد کادر درمانی که در تماس مستقیم با بیمار هستند در صورت ترک کوتاه مدت در طول شیفت کاری، می بایست فرد جایگزین برای انجام امور مراقبتی تماسی با بیمار را با رعایت طرح انطباق معرفی نمایند.
- ه. در صورت عدم حضور کادر درمانی از قبل تعیین شده در برنامه کاری یا عدم وجود نیروی هم جنس در برنامه متناسب با بیماران موجود، سرپرستار/مسئول شیفت موظف به جابجایی و تخصیص بیماران فرد مورد نظر تا حد امکان به کادر درمانی هم جنس می باشد.

بند ۷: روش های حل تعارض در موارد عدم انطباق پیش بینی نشده

در کلیه موارد اقدامات بر اساس توضیحات مربوطه به اقدام فوق صورت میپذیرد. در صورتیکه موردی ملاحظه شود که به صورت شفاف در شرح فعالیت های مرتبط با این اقدام ذکر نشده است یا درخواستی مغایر با فرایند فوق داده شود، پرستار می بایست بر اساس نظر سوپروایزر اقدام کرده و پس از پایان اقدام موضوع را کتبا به سرپرستار گزارش نموده و سرپرستار ظرف ۲۴ ساعت موضوع را به صورت مکتوب به سوپروایزر بالینی جهت ارجاع موضوع به شورای عالی پرستاری ارسال کند.



شماره سند: R-NC-۰۰۷-۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ شماره بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیمارستان امام رضا (ع) مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: مشارکت پرستار در عملیات احیا قلبی ریوی رناست مجتمع اداره برنامه ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
---	---	---

بند ۱: عنوان

مشارکت پرستار در عملیات احیا قلبی ریوی

بند ۲: تعاریف

منظور از مشارکت پرستار در عملیات احیا قلبی ریوی همان مشارکت پرستار آموزش دیده در عملیات احیای قلبی، ریوی و مغزی در بیماران نیازمند احیاء می باشد. احیای قلبی، ریوی و مغزی شامل اقداماتی است که برای بازگرداندن علائم حیاتی دو عضو مهم قلب و مغز در بیمار نیازمند احیاء قلبی ریوی انجام شده و تلاش می شود گردش خون و تنفس بطور مصنوعی تا زمان برگشت جریان خون و وصل شدن بیمار به دستگاه ونتیلاتور و یا وجود تنفس خودبخودی بیمار برقرار شود.

بند ۳: اهداف

- ا. کمک به حفظ خون و اکسیژن در بدن فردی است که تنفس و ضربان قلب وی متوقف شده است
- ب. کمک به کاهش عوارض پس از ایست قلبی و تنفسی

بند ۴: فعالیت ها

۱) قبل از شروع عملیات احیا

- ا. کنترل و آگاهی پرستار از نقش خود در عملیات احیا در ابتدای شیفت بر اساس برنامه ماهانه تهیه شده توسط سرپرستار (برنامه در کلیه بخش ها الزاما روی برد نصب می باشد).
- ب. کنترل ترالی اورژانس و تجهیزات حیاتی مورد نیاز در عملیات احیاء در ابتدای شیفت توسط پرستار تعیین شده در سامانه NCM
- ج. جابجایی بیماران بر اساس وضعیت بالین و انتقال بیماران بدحال به نزدیکترین اتاق به ایستگاه پرستاری
- د. کنترل و سرکشی مداوم و پایش بیماران با وضعیت عمومی ناپایدار و اطلاع هرگونه تغییر شرایط به پزشک معالج

۲) شروع و حین عملیات احیا

- ا. بررسی هوشیاری از طریق صدا زدن، تحریک با محرک دردناک و کنترل وضعیت همودینامیک و کنترل ریتم قلبی
- ب. بررسی نبض گازتید یا فمورال در بزرگسالان و کودکان و نبض براکیال در شیرخواران
- ج. فراخوان فوری اعضای تیم احیاء برای بیماران بدحال و نیازمند به احیای قلبی - ریوی
- د. شروع انجام اقدامات احیا اولیه (BLS) توسط فرد حاضر در محل
- ه. فراخوان پزشک کشیک توسط سایر پرستاران حاضر در بخش
- و. حضور اعضای تیم احیاء بر بالین بیمار و انتقال ترالی احیا و سایر ملزومات و تجهیزات مورد نیاز جهت احیا توسط سایر پرستاران حاضر در بخش
- ز. انجام ماساژ قلبی و دستورات پزشک در مورد استفاده از الکتروشوک و گرفتن نوار قلب حین عملیات احیا توسط پرستار با وظیفه مسئول ماساژ قلبی
- ح. کنترل و باز نگه داشتن راه هوایی توسط پرستار با وظیفه برقراری راه هوایی
- ط. انجام حمایت تنفسی با آمبوبگ توسط پرستار با وظیفه برقراری راه هوایی
- ی. همکاری با پزشک برای انجام اتنوباسیون بیمار توسط پرستار با وظیفه برقراری راه هوایی.



شماره سند: R-NC-۰۰۷-۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ شماره بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 پارتان نام رضا (ع) مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: مشارکت پرستار در عملیات احیا قلبی ریوی رناست مجتمع اداره برنامه ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
---	---	---

- ک. پیگیری تهیه دستگاه ونتیلاتور بعد از انتوباسیون توسط پرستار مسئول شیفت
- ل. انجام دستورات دارویی، آزمایشات اورژانسی و مانیتورینگ بیمار توسط پرستار با وظیفه مسئول تزریق دارو
- م. ادامه عملیات احیا تا زمان اعلام اتمام احیا توسط پزشک مسئول تیم احیا در صورت موفق یا ناموفق بودن

۳) پس از اتمام عملیات احیا

- ا. کنترل و پایش متناوب بیمار توسط پرستار مسئول بیمار از نظر وضعیت همدینامیک و سطح هوشیاری و اطلاع به پزشک کشیک در صورت بروز هرگونه تغییر (در صورت موفق بودن عملیات احیا)
- ب. کنترل و چک دستورات پزشک مربوط به عملیات احیا در برگ دستورات پزشک توسط پرستار مسئول بیمار
- ج. ثبت کلیه مشاهدات و اقدامات انجام شده حین عملیات احیا در برگ گزارش پرستاری با ذکر زمان
- د. همکاری با پزشک در تکمیل فرم مربوط به CPR و کنترل نهایی فرم
- ه. پیگیری انتقال بیمار به بخش ویژه توسط مسئول شیفت مطابق با دستور پزشک (در صورت موفق بودن عملیات احیا)
- و. نظارت بر انجام اقدامات مربوط به متوفی شامل جدا کردن اتصالات، انتقال به کاور جسد و هماهنگی جهت انتقال به سردخانه (در صورت ناموفق بودن عملیات احیا)
- ز. همکاری با پزشک در تکمیل فرم مربوط به گواهی فوت و کنترل نهایی فرم (در صورت ناموفق بودن عملیات احیا)

بند ۵: فرآیند

پرستار مسئول بیمار بر اساس دستورالعمل Case Method از شیفت قبل در سامانه NCM مشخص می گردد و در ابتدای شیفت پرستار مسئول بیمار موظف به شناسایی بیماران خود، بررسی وضعیت بالینی، گزارشات قلبی، اقدامات نیازمند پیگیری و آگاهی از نقش خود در عملیات احیا میباشد. در طول شیفت پایش بیماران با سطح مراقبتهای چهار و پنج در اولویت اقدامات کاری هر پرستار میباشد. در صورتی که پرستار در این پایش متوجه کاهش سطح هوشیاری بیمار و نیاز وی به انجام عملیات احیا شود میبایست ضمن شروع بلافاصله عملیات احیا مطابق با آخرین دستورالعمل های ارسالی، سایر اعضای تیم احیا را فرخواند نماید.

سایر اعضا تیم احیا نیز ضمن اطلاع به پزشک کشیک، موظف به حضور بی درنگ بر بالین بیمار و انجام عملیات احیا به رهبری پزشک کشیک تا زمان اعلام اتمام عملیات توسط رهبر تیم مطابق با شرح وظایف تعیین شده میباشد. پرستار مسئول شیفت میبایست بلافاصله شروع عملیات احیا را به سوپروایزر کشیک جهت حضور در بخش اطلاع رسانی نماید. همچنین در حین عملیات کلیه اقدامات، نتایج و اتفاقات مربوطه را با ذکر دقیق زمان ثبت نماید یا فردی را به عنوان ثبات مشخص کند. هماهنگی جهت تهیه تجهیزات مورد نیاز از سایر بخش ها، هماهنگی جهت تهیه دارو یا ارسال آزمایشات، هماهنگی مشاوره های اورژانسی و ... در حین عملیات احیا به عهده پرستار مسئول شیفت میباشد. پس از پایان احیا نیز هماهنگی جهت انتقال بیمار به بخش های ویژه یا سردخانه و هماهنگی نظارت بر ثبت مستندات مربوطه توسط اعضای تیم به عهده پرستار مسئول شیفت میباشد.



شماره سند: R-NC-۰۰۷-۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ شماره بازنگری: ۰۰ تاریخ بازنگری: ۰۰ شماره ویرایش: ۰۰ تاریخ ویرایش: ۰۰	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	عنوان سند: مشارکت پرستار در عملیات احیا قلبی ریوی ریاست مجتمع اداره برنامه‌ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت
---	--	---

بند ۶: نکات اجرایی

- ا. در صورت همزمانی اعلام کد احیاء با ساعت تحویل نوبت کاری، اولویت با حضور در تیم احیاء است و پرستار مسئول بیمار تا زمانی که بیمار در وضعیت پایدار قرار گیرد، موظف به حضور در بخش می‌باشد.
- ب. در صورت عدم حضور پزشک مسئول تیم احیاء، در زمان عملیات احیای بیمار، تیم احیا موظف به ادامه عملیات احیای پایه (BLS) بوده و پرستار مسئول شیفت موظف به پیگیری تماس با ایشان می‌باشد. در صورت عدم موفقیت در تماس، بلافاصله به اطلاع سوپروایزر کشیک رسانده شود.
- ج. در صورت عدم انتوباسیون موفق توسط پزشک رهبر تیم، تهویه با آمیوبگ میبایست توسط پرستار با وظیفه برقراری راه هوایی ادامه یافته و هماهنگی جهت حضور متخصص بیهوشی (مشاوره اورژانس) در صورت دستور پزشک جهت انتوباسیون توسط پرستار مسئول شیفت صورت پذیرد.
- د. هرگونه اقدام درمانی و یا تاخیر صورت گرفته که مغایر با این اقدام استاندارد شده می‌باشد می‌بایست در گزارش پرستاری بطور کامل ثبت گردد و موارد به اطلاع سوپروایزر وقت رسانده شود.
- ه. مسئولیت مدیریت فرآیند احیاء با پزشک مقیم بخش می‌باشد.
- و. نظارت بر اجرای صحیح این اقدام و رفع مشکلات مرتبط به عهده سوپروایزر می‌باشد.

بند ۷: روش حل تعارض در موارد عدم انطباق یا پیش بینی نشده

در کلیه موارد تمامی اقدامات بر اساس توضیحات مربوط به اقدام فوق صورت می‌پذیرد. در موردی که درمانگر مجاز درخواستی دارد که به صورت شفاف در شرح اقدام و فعالیتهای فراگرد ذکر نشده است پرستار می‌بایست بر اساس نظر درمانگر مجاز اقدام کرده و پس از پایان اقدام، موضوع را کتبا به سرپرستار گزارش نموده و سرپرستار حداکثر ظرف ۲۴ ساعت موضوع را به صورت مکتوب به سوپروایزر بالینی جهت ارجاع موضوع به شورای عالی پرستاری ارسال کند.

منابع:

دستورالعمل تحویل نوبت کاری در پرستاری - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت پرستاری
 گایدلاین احیای قلبی - ریوی ۲۰۲۰ انجمن قلب آمریکا



فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان

فهرست مطالب فصل:

- شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان
- نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

۱-۳) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان

فصل سوم مطالعه به شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و سپس جلب حمایت ایشان و تعامل با ذینفعان مربوطه برای اجرای موثر کار می پردازد. همان طور که در فصل ۱ بیان شد ذینفعان یک پروژه علاوه بر ذینفعان کلیدی که وجود یا عدم وجود پروژه نیاز به حمایت ایشان دارد، به دو گروه عمده‌ی دیگر از ذینفعان نیز وابسته است: گروه اول آن دسته از ذینفعانی هستند که علی رغم قدرت کم (کمتر از ۵)، دارای منافع بالا (بیشتر از ۵) می باشند. این گروه که همانطور که در شکل ۳ (فصل اول) نشان داده شده است ذینفعانی هستند که در منطقه ۳ قرار می گیرند و می بایست از مسیر اجرای پروژه مطلع باشند و اطلاع ایشان باعث مشارکت بیشتر در فرایند اجرا خواهد شد.

گروه دیگر ذینفعان افرادی هستند که در منطقه ۲ قرار گرفته اند. این ذینفعان دارای قدرت تاثیرگذاری زیاد هستند و در عین حال منافع کمی در پروژه دارند. حساسیت این دسته از ذینفعان نیز بسیار بالاست و مدیر تغییر می بایست برای اجرای موثر کار دائما ذینفعانی که در این منطقه قرار می گیرند را راضی نگه دارد. بر این اساس می بایست متناسب با نوع ذینفعان و قرارگیری ایشان در مناطق بیان شده روش های مناسب برای حمایت طلبی از ایشان به عمل آورد.

در این راستا در این پروژه علاوه بر برگزاری جلسات متعدد حضوری با ذینفعان در منطقه های مختلف و اطلاع رسانی به ایشان از روند کار و پیشرفت پروژه، با ارسال نامه های رسمی، تشکیل گروه نقادی در فضاهای مجازی برای ده درصد از پرسنل خبره منتخب هر بخش و ... نیز به افراد آموزش و اطلاع رسانی می گردید.

اقدامات استاندارد شده پس از تهیه و تدوین ابتدا در گروه مجازی نقادی قرار داده شده و نظرات ایشان جمع آوری و پس از بررسی اعمال می گردد و همچنین به صورت رسمی برای اظهار نظر برای ذینفعان ارسال می گردید که به عنوان مثال نمونه ای از نامه های ارسالی در ذیل آورده میشود:

ریاست محترم بخش

سلام علیکم

احتراماً، پیرو مصوبه تیم هیات اجرایی به جهت یکپارچه سازی اقدامات مرتبط با امور مراقبتی و درمان، اقدام استاندارد سازی شده "همراهی پرستار هنگام ویزیت" را جهت بررسی و اعلام نظر به حضور ارسال می نمایم. خواهشمند است ظرف مدت یک هفته از تاریخ نامه در صورت داشتن پیشنهاد یا انتقاد، نظرات خود را در پی نوشت همین

نامه مرقوم فرمائید. ۸۶۴۹۱۱۹

معاون آموزش و سلامت مجتمع
آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

ذینفعان در منطقه یک، به عنوان ذینفعان کلیدی در پروژه مطرح هستند که قبلاً نیز در حمایت طلبی اولیه مورد توجه قرار گرفتند و در این مرحله نیز برای اجرا می بایست متناسب با ویژگی های هر ذینفع توجه شوند.

بر این اساس ذینفعان هدف، جهت حمایت طلبی برای اجرا به تفکیک مناطق قرار گیری در ماتریس قدرت/ منافع به شرح ذیل می باشند:

- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۱
- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۲
- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۳

در ادامه به صورت کلی و سازماندهی شده در جدول نشان داده شده است که در مرحله حمایت طلبی برای اجرا از چه روش هایی بهره گرفته شده است.

جدول ۵: رویکردها و تکنیک‌های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۱ و ۲) پروژه
روش شناسی استانداردهای مراقبت‌های پرستاری

رویکرد	تکنیک	معاون آموزش و سلامت	رئیس بیمارستان	مدیر پرستاری بیمارستان	معاون توسعه مدیریت و منابع	سوپروایزران	کیفیت	رئیس اداره بهبود	روسای بخش ها	سرپرستاران	پزشکان	مدیران گروه
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش ذینفع					✓				✓	✓	
	مکاتبات با ذینفعان	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓		✓
	گزارش کارهای انجام شده	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓		✓
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی											
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها											
	سخنرانی											
	ارائه‌های کنفرانسی، نمایش‌ها، اعلامیه‌ها و ویدئوها											
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓		
	تبلیغات رسانه‌ای											
مشاوره بنیادی	نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای											
	گروه‌های کانون											
	ارزیابی محیط کار											
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع	✓	✓	✓	✓	✓	✓					
	تربیین‌های دائمی											
	کمیته های مشورتی ذینفع											
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓		
عمیق، دیالوگ، گفتگو	گردهمایی ذینفعان چندگانه											
	میزگردهای مشورتی											
	جلسات سیاستگذاری											
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت											
شراکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک											
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع			✓	✓	✓						
	انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع			✓	✓	✓						
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع											

جدول ۶: رویکردها و تکنیک‌های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۳) پروژه روش شناسی استانداردهای مراقبت های پرستاری

رویکرد	تکنیک	مدیر پرستاری دانشگاه	دانشکده پرستاری	مدیران سایت	پرستاران
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓
	آموزش کارکنان			✓	✓
	مکاتبات با ذینفعان	✓	✓	✓	✓
	گزارش کارهای انجام شده	✓	✓	✓	✓
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی				
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها				
	سخنرانی				
	ارائه‌های کنفرانسی، نمایش‌ها، اعلامیه‌ها و ویدئوها				
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	✓	✓	✓	✓
	تبلیغات رسانه‌ای				
مشاوره بنیادی	نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای				
	گروه‌های کانون				
	ارزیابی محیط کار	✓			
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع			✓	
	تربییون‌های دائمی				
	کمیته های مشورتی ذینفع			✓	
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر	✓	✓	✓	
دیالوگ، گفتگو عمیق	گردهمایی ذینفعان چندگانه				
	میزگردهای مشورتی				
	جلسات سیاستگذاری				
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت				
شراکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک				
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع				
	انجام پروژه به عنوان یک کار نواورانه و مبتکرانه برای ذینفع				
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع				

تعامل و حمایت طلبی با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه مدیریت توزیع منابع انسانی پرستاری در بخش

های بالینی بیمارستان در قالب جلسات چند نفره صورت گرفت که در ادامه نمونه ای از مباحث مورد گفتگو ارائه می گردد:

مدیر پرستاری: با توجه به اینکه پرستاران قبل از ورود به بیمارستان در دانشکده های پرستاری آموزش های لازم علمی و عملی در مورد استانداردها و اقدامات مراقبتی را می بینند حضور یک نفر هیات علمی دانشکده پرستاری میتواند در امر آموزش این استانداردها قبل از ورود به بیمارستان ها کمک کننده باشد.

هیات علمی دانشکده پرستاری: بله دقیقا و متقابلا با توجه به اینکه در بیمارستان ها با توجه به شرایط موجود و وضعیت بیمارستان و منابع در بعضی موارد اقدامات بنابر شرایط متفاوت با شرایط آموزش دانشکده ها صورت می گیرد همکاری و تعامل دو طرفه میتواند در جهت ارتقا آموزش ها متناسب با شرایط روز گام موثری باشد.

سوپروایزر: در صورتی که استانداردهای مشخص شده اجرایی شده و حمایت لازم از پرستاران صورت گیرد می توان به کیفیت مراقبت های ارائه شده هم اطمینان کرد.

پرستار: تضمین حمایت از پرستاران در مواردی که این استانداردها شرایط موجود را تغییر میدهد و گاهی بر خلاف شرایط قبل گاهی پزشک یا گروه مخاطب دیگری را محدود میکند چیست؟

مدیر تغییر: در صورتی که پرستاران برای توسعه حرفه ای گری و هویت بخشیدن به اقداماتی که توسط ایشان انجام می شود منسجم عمل کرده و با در نظر گرفتن قوانین و استانداردهای تعریف شده حرکت نمایند قطعا هیچ منبع خارجی برای اجرای این استانداردها نمی تواند در برابر آنها باشد و قطعا در این موارد حمایت قانونی و حمایت مسئولین را خواهند داشت.

مدیر پرستاری: استاندارد سازی اقدامات پرستاری گام بسیار مهمی در جهت توسعه حرفه ای گری در پرستاری میباشد و با مشخص شدن مسیر حرکت برای اقدامات و مستند سازی دقیق وقایع بر اساس اقدام استاندارد صورت گرفته، امور خارج از شرح وظایف و مازاد حذف و پرستار فرصت بیشتری برای ارائه خدمات با کیفیت خواهد داشت.

مدیر تغییر: پرستار حرفه ای معتقد است که استانداردهای مراقبتی، اساس حرفه ای و قانونی حرفه پرستاری می باشد و هنگام اجرای مداخلات پرستاری و تصمیم گیری های بالینی اختیارات و مسوولیت های اخلاقی، حقوقی و حرفه ای خود را مد نظر قرار داده و آگاهانه مسوولیت و پیامدهای حرفه ای خود را می شناسد و می پذیرد.

پرستار: متأسفانه در اکثر موارد از پرستاری درخواست میشود تا مطابق با استانداردها رفتار نماید و برای عدم رعایت استانداردها مورد مواخذه قرار میگیرد در صورتی که گروه پزشکان با این شرایط رفتار ننموده و حتی از پرستار هم میخواهند تابع دستور آنها باشند و همیشه پرستاری مورد اتهام قرار میگیرد.

مدیر پرستاری: یکی از اصول پرستار حرفه ای این است که مطالبات خود را نه از طریق تقابل با دیگر اعضای کادر درمان بلکه از طریق نشان دادن خود به عنوان یک عنصر موثر در فرآیند درمان و با رویکرد آشکار سازی اقدامات مراقبتی انجام می دهد. قطعاً برای شروع این فرایند در ابتدا مقاومت هایی وجود خواهد داشت اما در صورت ثبات رفتار و انجام اصولی امور و مطابق با استانداردها این رفتار تبدیل به یک اصل خواهد شد و بقیه افراد هم آن را خواهند پذیرفت.

۲-۳) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

- به صورت کلی در ارتباط با دینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:
- مدیر تغییر می بایست قبل از تعامل با دینفعان برای اجرا نحوه ارتباط ایشان با پروژه را بررسی و شناسایی نماید.
- مدیر تغییر می بایست تعیین کند برای هر دینفع قرار گرفته در ناحیه ۲ و ۳ چه کسی برای حمایت طلبی جهت اجرا بهتر است با ایشان تعامل داشته باشد. این فرد می تواند خود مدیر تغییر یا یکی از دینفعان کلیدی پروژه باشد.
- مدیر تغییر باید به درستی استراتژی های تعامل (اجرای تصمیم، پذیرش تصمیم، آموزش، مذاکره و اطلاع رسانی) با دینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه را شناسایی نماید.
- شفافیت اهداف و برنامه های انجام پروژه و توجه به تامین منافع دینفعان توسط مدیر تغییر می تواند منجر به مشروعیت بخشی پروژه در نزد دینفعان شود.
- مدیر تغییر بایستی شناخت کافی از دینفعان و انتظارات آن ها داشته باشد؛ زیرا کسب رضایت دینفعان پروژه بدون شناخت و در نتیجه پاسخ مناسب به انتظارات آن ها غیرممکن خواهد بود.
- در پروژه های مرتبط با پرستاری در بیمارستان ها مدیران پرستاری و سوپروایران نقش بسیار مهمی در موفقیت یا عدم موفقیت پروژه های مرتبط دارند. بر همین اساس در پروژه فعلی توجه کامل ایشان و سپس استفاده از ایشان برای حمایت طلبی برای اجرا در خصوص سرپرستاران و پرستاران بسیار موثر خواهد بود.
- ارائه بازخورد موثر و مثبت در ابتدا به سرپرستاران و پرستاران در جلب حمایت ایشان در مسیر اجرای پروژه بسیار موثر می باشد.

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

فهرست مطالب فصل:

- روش اجرا
 - ابلاغ اقدام استاندارد شده
 - آموزش سرپرستاران
 - آموزش پرستاران
 - تمرکز بر بخش های حساس و برقراری ارتباط نزدیک با پزشکان
 - استقرار کامل
 - نظارت بر اجرا
- چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه
- یافته ها و روش های بازخورد به ذینفعان

۴-۱) روش اجرا

در این قسمت به صورت کامل نشان داده شده است که پروژه روش شناسی استانداردهای مراقبت های پرستاری در مسیر اجرا چه روندی را طی کرده است. عناوین موضوعاتی که در این قسمت ارائه شده است به شرح ذیل می باشد:

- ابلاغ اقدام استاندارد شده
- آموزش سرپرستاران
- آموزش پرستاران
- تمرکز بر بخش های حساس و برقراری ارتباط نزدیک با پزشکان
- استقرار کامل
- نظارت بر اجرا

۴-۱-۱) ابلاغ اقدام استاندارد شده

در این مرحله پس از اینکه اقدام منتخب تمامی مراحل مرتبط با تهیه و تدوین را طی نموده و در گروه نقادی قرار گرفته و نظرات متخصصان و ذینفعان که از طریق مکاتبه و اطلاع رسانی حاصل شده است در آن لحاظ می گردد به تایید معاون آموزش و سلامت مجتمع رسیده و اقدام استاندارد نهایی شده، در تیم مدیریت اجرایی مجتمع مطرح و پس از تایید ایشان، توسط معاون آموزش و سلامت مجتمع برای گروه های هدف شامل روسای بخش ها، پزشکان، تیم مدیریتی، مدیران ارشد پرستاری (مدیران سایت و سوپروایزران) و سرپرستاران به صورت مکتوب و رسمی ابلاغ می گردد. به عنوان مثال، نمونه ای از اقدام استاندارد سازی شده که برای گروه هدف ابلاغ شده است قرار داده میشود:



رئیس محترم بخش
سرپرستار محترم بخش

سلام علیکم

احتراماً، بر اساس مصوبه تیم مدیریتی مجتمع مورخه ۰۷/۰۳/۱۴۰۰ به پیوست اقدام استانداردسازی شده " مشارکت پرستار در هنگام ویزیت بیمار " جهت اجرا و اقدام بر اساس آن ارسال میگردد. شایان ذکر است اقدام فوق از جمله خروجی های کارگروه توسعه حرفه ای گری در پرستاری و استانداردسازی اقدامات مراقبتی می باشد که طی یک فرآیند علمی و با بررسی مستندات و مطالعات مرتبط، مشارکت نیروهای محیطی و اعضای هیات علمی مرتبط و نظر سنجی از پزشکان محترم تهیه و تدوین شده است.

۸۷۰۹۹۳۵

رئیس مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

رونوشت :

- معاون محترم درمان دانشگاه جهت استحضار
- معاون محترم آموزش و سلامت جهت اطلاع
- معاون محترم توسعه مدیریت و منابع مجتمع و رئیس کارگروه توسعه حرفه ای گری در پرستاری و استانداردسازی اقدامات مراقبتی جهت اطلاع و تشکر از زحمات
- مدیر محترم خدمات پرستاری و دبیر کارگروه توسعه حرفه ای گری در پرستاری و استانداردسازی اقدامات مراقبتی جهت اطلاع و تشکر از زحمات

شکل ۱۸: ابلاغ اقدام استاندارد سازی شده برای گروه های هدف

۲-۱-۴) آموزش سرپرستاران

پس از ابلاغ اقدام استاندارد شده، آموزش گروه های اصلی هدف به صورت آشنایی جهت اجرای صحیح اقدام و گزارش چالش های هنگام اجرا، در دستور کار قرار می گیرد. مدیران سایت و سوپروایزران مسئول آموزش و پاسخگویی به سوالات و ابهامات سرپرستاران در مورد اقدام ابلاغ شده میباشند و میبایست تمامی مراحل اقدام را به سرپرستاران آموزش داده و اطلاع رسانی در مورد نحوه پاسخگویی و اقدام در موارد بروز مغایرت و مقاومت صورت پذیرد (این روش در مورد هر اقدام در انتهای موارد مطرح شده بیان شده است).

۳-۱-۴) آموزش پرستاران

پس از آموزش سرپرستاران و مسئولین واحدهای پرستاری، ایشان ملزم به آموزش به کلبه پرستاران و ذینفعان گروه پرستاری زیر مجموعه خود میباشند. مسئولین شیفت های نیز در این مرحله آموزش لازم در مورد گزارش موارد مغایرت و نحوه رفتار هنگام بروز موارد مغایر را می بینند.

۴-۱-۴) تمرکز بر بخش های حساس و برقراری ارتباط نزدیک با پزشکان

با توجه به پیش بینی اینکه برخی از افراد گروه هدف با توجه به حساسیت بخش های ایشان یا ایجاد تفاوت در اقدام ابلاغ شده با روش کاری قبلی، در برابر اجرای اقدام مقاومت نموده یادخواست تغییر در اقدام استاندارد شده را داشته باشند، بر اساس شناسایی انجام شده توسط گروه پرستاری و گزارشات قبلی ایشان، دستور تمرکز خاص نظارتی بر این بخش ها توسط سوپروایزران داده شد، همچنین برقراری ارتباط نزدیک تر و هماهنگی با رئیس این بخش ها و پزشکان مربوطه توسط معاون آموزش سلامت مجتمع و مدیر اجرایی ایشان در دستور کار توسط تیم مدیریت اجرایی قرار گرفته و اقدامات لازم صورت پذیرفت.

۵-۱-۴) استقرار کامل

بعد از انجام آموزش های لازم به گروه های مورد نظر و تعامل با افراد مرتبط با اجرای فرایند، اقدام استاندارد سازی شده به صورت کامل در بخش ها مستقر گردید. در این مرحله پذیرش اقدام استاندارد سازی شده توسط گروه های مختلف روی داده است.

۶-۱-۴) نظارت بر اجرا

از ابتدای ابلاغ هر اقدام نظارت بر روند اجرای اقدام توسط سوپروایزران در قسمت پرستاری و توسط معاونت آموزشی در قسمت پزشکی در برنامه کاری این پروژه قرار دارد. در این مسیر ناظرین مربوطه غیر از نظارت بر حسن اجرای اقدام، موظف به بررسی چالش های مرتبط و گزارش موانع مربوطه در مسیر اجرا میباشند.

۲-۴) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه

- چالش: عدم همراهی پزشکان برای استقرار کامل اقدامات مراقبتی طراحی شده

○ راهکار: قبل از ابلاغ اقدامات طراحی شده، پیش نویس اقدام برای پزشکان ارسال شد تا نظرات خود را

اعلام کنند.

○ راهکار: علاوه بر این در جلسه تیم مدیریتی نیز که پزشکان مختلفی حضور دارند، موضوعات مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

○ راهکار: در کنار این دو استراتژی از مشاوره برخی پزشکان دارای نظرات توسعه‌ای در این خصوص نیز استفاده شد.

● چالش: عدم علاقمندی درصدی از پرستاران برای اقدام بر اساس اقدامات ابلاغ شده

○ راهکار: برگزاری جلسات متعددی با سرپرستاران و پرستاران تاثیر گذار در بخش های مربوطه که در این جلسات اهمیت حرفه‌ای سازی پرستاری و همچنین جایگاه پرستاری در بین تیم درمان مورد بحث و بررسی قرار گرفت و جهت گیری جلسات عمدتاً به سمتی بود که یکی از مهمترین روش‌های افزایش حرفه‌ای سازی و تثبیت و ارتقاء جایگاه پرستاری می تواند استانداردسازی مراقبت‌های پرستاری باشد.

● چالش: عدم همراهی برخی مدیران در تیم مدیریتی بیمارستان برای طی فرایند تصویب و ابلاغ استانداردهای مراقبت های پرستاری

○ راهکار: ابتدا رئیس بیمارستان به صورت کامل نسبت به موضوع توجه شد. بعد از آن سعی شد در جلسات دو نفره با سایر اعضای موثر تیم مدیریتی بیمارستان بحث اهمیت استانداردهای مراقبت‌های پرستاری و اثر این اقدام روی افزایش کیفیت مراقبت‌ها و همچنین حل برخی چالش‌های پیش روی بیمارستان به گفتگو گذاشته شود و نظرات ایشان تا حد زیادی جلب گردید.

● چالش: وجود نقد علمی روی استانداردهای مراقبتی

○ راهکار: به منظور حل این چالش و همچنین ارتقای علمی استانداردهای مراقبتی طراحی شده، از اساتید دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد نیز استفاده شد. برای جلب حمایت اساتید با رئیس دانشکده پرستاری جلسات مشترک ای برگزار شد و بعد از جلب حمایت ایشان نمایندگان گروه های مختلف آموزشی مستقر در دانشکده پرستاری به صورت کامل در فرآیند تدوین استانداردهای مراقبتی پرستاری مشارکت کردند که تا حدود زیادی به ارتقاء سطح علمی استانداردهای تعریف شده و مبتنی بر شواهد بودن آنها کمک کرد.

۳-۴) یافته ها و روش های بازخورد به ذینفعان

به منظور بازخورد نتایج حاصل از پروژه به ذینفعان کلیدی از روش های زیر استفاده گردید:

- مکاتبه با ذینفعان اصلی در خصوص مزایای حاصل از اجرای مراقبت های استاندارد شده و تاثیر این استانداردسازی روی کیفیت مراقبت ها و افزایش رضایت بیماران و کمک به حل سریع چالش های ایجاد شده بین پرستاران و پزشکان به ویژه در حوزه مشارکت پرستاران در ویزیت ها و تاکید روی این موضوع چگونه فرایند استاندارد تعریف شده توانست عنوان یک مبنای داوری در بررسی و تحلیل چالش های ایجاد شده بین پزشکان و پرستاران در این زمینه کمک کند
- بازخورد فعالیت های کمیته استاندارد سازی مراقبت های پرستاری به صورت مکاتبه با حوزه های ستادی دانشگاه بلاخص حوزه معاونت درمان و مدیریت پرستاری دانشگاه و مدیریت نظارت و اعتباربخشی دانشگاه جهت توسعه فرایند شکل گرفته در بیمارستان امام رضا(ع) در سایر بیمارستان ها و در سطح دانشگاه، که این بازخوردها منجر به پیشنهاد تشکیل کمیته استاندارد سازی مراقبت های پرستاری در سطح دانشگاه با همکاری نهادهای علمی ستادی و اجرایی گردید. علاوه بر این موضوع تشکیل کمیته استاندارد سازی مراقبت های پرستاری به عنوان یک اولویت در دستور کار مرکز تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه قرار گرفت.

۱. Salsali M. General standards of care and professional nursing. 2020.
۲. Bahadorestani A. GM, Motahari Farimani N. Designing A Model Of Key Stakeholders' Expectations In The Subway Construction Projects: Studied In Mur Construction Project. AMIRKABIR JOURNAL OF CIVIL ENGINEERING (AMIRKABIR). 2018;50.(۱)
۳. Von Meding J, McAllister K, Oyedele L, Kelly K. A framework for stakeholder management and corporate culture. Built Environment Project and Asset Management. 2013.
۴. Preble JF. Toward a comprehensive model of stakeholder management. Business and society review. 2005;110(4):407-31.
۵. Arbabi H, Alishahi S, Sobhiyah M, Taheripour S. Analyzing stakeholders' interactions in an urban project with non-level intersection in Urmia using the power and interest matrix and social network analysis, Motaleate Shahri, 10 (37), 71–84. doi: 10.34785/J011. 2020.361. Jms. 2020.
۶. Saghafi F AK, Keshtgari E. Sustainable value creation framework on stakeholder management(case study: native operating system of Iran). Management tomorrow. 2014;13.(۳۹)
۷. Organization WH. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services2002. p. 28.-
۸. Adib Hajbagheri M SM, Ahmadi F. Clinical Decision-Making: a Way to Professional Empowerment in Nursing. Iranian Journal of Medical Education. 2003;3(2):3-13.
۹. White AH. Clinical decision making among fourth-year nursing students: An interpretive study. Slack Incorporated Thorofare, NJ; 2003.
۱۰. O'Reilly P. Barriers to effective clinical decision making in nursing. Nursing Monograph. 1993.
۱۱. Hewitt-Taylor J. Clinical guidelines and care protocols. Intensive and Critical Care Nursing. 2004;20(1):45-52.
۱۲. Vlayen J, Aertgeerts B, Hannes K, Sermeus W, Ramaekers D. A systematic review of appraisal tools for clinical practice guidelines: multiple similarities and one common deficit. International Journal for Quality in Health Care. 2005;17(3):235-42.
۱۳. Mazhari Z, Adel A. Patient safety status in hospitals of Tehran-patient safety friendly hospitals standards: 2013. Journal of Payavard Salamat. 2015;8(5):379-89.
۱۴. Nursing NCftPDo, Midwifery. Guidance on the adaptation of clinical practice guidelines: getting evidence into practice. 2009.
۱۵. Salsali M, Taleghanizade F. Research in nursing process, critical thinking, application. Tehran: Boshra. 2003.
۱۶. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
۱۷. Habibi S, Rezaei Hachesoo P, Tabaghi R. Enhancing information literacy as a base of developing evidence-based nursing. Health Information Management. 2010;7(3):371-8.
۱۸. Sunol R, Wagner C, Arah OA, Shaw CD, Kristensen S, Thompson CA, et al. Evidence-based organization and patient safety strategies in European hospitals. International journal for quality in health care. 2014;26(suppl_1):47-55.
۱۹. Nezamzadeh M, Khademolhosseini SM, Mokhtari Nori J, Ebadi A. Design of guidelines evidence-based nursing care in patients with angina pectoris. Iran J Crit Care Nurs. 2012;4(4):69-76.

۲۰. Ahmed AI, Soliman SM, Awad LA. Validation of evidence-based clinical practice guideline: Nursing intervention for newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients at community setting. *Alexandria Journal of Medicine*. 2012;48.(۲)
۲۱. Bird A, Wallis M. Nursing knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia via epidural infusion. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;40(5):522-31.
۲۲. Hamers J, Abu□Saad HH, Halfens R, Schumacher J. Factors influencing nurses' pain assessment and interventions in children. *Journal of advanced nursing*. 1994;20(5):853-60.
۲۳. Karimi R P-YZ, Mehran A, NikFarid L. Perspective of nurses on effective factors on their decisions to administer PRN analgesics to children after surgery. *hayat journal*. 2002;8(3):42-9.
۲۴. Nikbakht Nasrabadi A, Emami A, Parsa Yekta Z. Nursing experience in Iran. *International Journal of Nursing Practice*. 2003;9(2):78-85.
۲۵. Kohansal S HS, Dabaghi F ,Kamali P. Barriers to applying principles of management in wards of Tehran University on medical science hospitals: head nurses' viewpoints. *Iran Journal Of Nursing*. 1994;8(8):27-33.
۲۶. Hossein ali zadeh S, Mokhtari nuri J, Taghva A, Azizi M. The Effect of the Implementation of Evidence-Based Nursing Care Guidelines on Standard Quality Criteria in Psychiatric Department. *Military Caring Sciences*. 2016;3(2):123-32.
۲۷. Mesbahi M. TS, Abbas Zadeh A. Determining Approach To Human Recourse Development :(Nursing Management). *IRANIAN JOURNAL OF NURSING RESEARCH*. 2011;6(20):17-29.
۲۸. Madarshahian F, Hassanabadi M, Khazayi S. Effect of evidence-based method clinical education on patients care quality and their satisfaction. *Education Strategies in Medical Sciences*. 2012;4(4):189-93.
۲۹. Nouhi E, Abdollahyar A, Fasihi Harandi T. Effect of evidence-based Nursing education in nurses' clinical decision making. *Education & Ethic In Nursing*. 2013;2(4):43-9.
۳۰. Salehi S, Mohmedie Karbalaie A, Abedi H. A study of the implementation rate of evidence-based nursing cares by nurses in state hospitals in Ahwaz in 2011. *Evidence Based Care*. 2013;3(2):7-16.
۳۱. Habibzadeh H, Khajehali N, Khalkhali H, Mohammadpour Y. Effect of evidence-based nursing training on nursing students ability in executive skill of nursing process in Urmia University of Medical Sciences, 2013. *Nursing And Midwifery Journal*. 2013;11(4):0.-
۳۲. Zamani Babgohari K, Mokhtari Nouri J, Kadhemi Al-Hosseini S, Ebadi A. The Effect of Implementation of Evidence-Based Nursing Guidelines on the Quality of Standards of Nursing Care in Patients Admitted to the Coronary Care Unit. *Education & Ethic In Nursing*. 2014;3(1):35-42.
۳۳. YUSEFZADEH E, Akbarzadeh R, KHADEMOLHOSEINI SM, Akrami R. The effect of implementing evidence-based guidelines on the quality of nursing care provided to patients with angina pectoris. 2015.
۳۴. Lee L-L, Hsu N, Chang S-C. An evaluation of the quality of nursing care in orthopaedic units. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2007;11(3-4):16.۸-۰
۳۵. Ackley B, Ladwig G, Swan B, Tucker S. *Evidence Based Nursing Care Guidelines. Medical Surgical Interventions* Mosby Elsevier, syf. 2008;15.

- .٣٦ Albert NM. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. Critical care nurse. 2008.٢٤-٥٤:(٥)٢٨;
- .٣٧ Mariano KD, Caley LM, Eschberger L, Woloszyn A, Volker P, Leonard MS, et al. Building evidence-based practice with staff nurses through mentoring. Journal of Neonatal Nursing. 2009;15(3):81-7.
- .٣٨ da Silva LMG, Pawluk LC, Gebrim LH, Facina G, de Gutiérrez MGR. Structure and process of nursing care for prevention of surgical site infection: observational study. Online Brazilian Journal of Nursing. 2009;8.(١)
- .٣٩ Bradley D, Dixon JF. Staff nurses creating safe passage with evidence-based practice. Nursing Clinics of North America. 2009;44(1):71-81.
- .٤٠ Considine J, McGillivray B. An evidence- based practice approach to improving nursing care of acute stroke in an Australian Emergency Department. Journal of clinical nursing. 2010;19(1- 2):138.٢٢-
- .٤١ Dunnion ME, Griffin M. Care planning in the emergency department. International emergency nursing. 2010;18(2):67-75.
- .٤٢ Melnyk BM, Bullock T, McGrath J, Jacobson D, Kelly S, Baba L. Translating the evidence-based NICU COPE program for parents of premature infants into clinical practice: impact on nurses' evidence-based practice and lessons learned. The Journal of perinatal & neonatal nursing. 2010;24(1):74-80.
- .٤٣ Rolley JX, Salamonson Y, Wensley C, Dennison CR, Davidson PM. Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary interventions. Australian Critical Care. 2011;24(1):18-38.
- .٤٤ Lucas K, Knobel RB. Implementing practice guidelines and education to improve care of infants with neonatal abstinence syndrome. Advances in Neonatal Care. 2012;12(1):40-5.
- .٤٥ Eiselt HA, Sandblom C-L. Linear programming and its applications: Springer Science & Business Media; 2007.