



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۲۳: استانداردسازی تابلوهای مورد نیاز در
سطح بخش‌های بالینی بیمارستان
بر اساس قواعد 5S

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
اسفند سال ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۲۳: استاندارد سازی تابلوهای مورد نیاز در سطح بخش‌های بالینی بیمارستان بر اساس قواعد 5S

مجری طرح:

دکتر مهدی یوسفی

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

همکار اصلی:

آتوسا آریافر

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.....	۳
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.....	۱۲
۲-۱) مبانی نظری.....	۱۳
۲-۱-۱) مفهوم و تعریف 5S.....	۱۳
۲-۱-۲) اهمیت تابلوهای اطلاع رسانی در مراکز درمانی.....	۱۴
۲-۱-۳) اهمیت نظام آراستگی محیط کار(5S) در مراکز درمانی.....	۱۴
۲-۲) مرور متون.....	۱۵
۲-۲-۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی.....	۱۵
۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی.....	۱۶
۲-۳) روش کار و چارچوب طرح.....	۱۷
۲-۳-۱) روش کار.....	۱۷
۲-۳-۲) چارچوب طرح.....	۲۱
فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان.....	۴۰
۳-۱) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان.....	۴۱
۳-۲) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا.....	۴۵
فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی.....	۴۶
۴-۱) روش اجرا.....	۴۷
۴-۲) تعیین روش نظارت بر اجرای صحیح فرآیند.....	۵۱
منابع.....	۵۳

پیشگفتار

بیمارستان‌ها سهم قابل توجهی 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 مسأله^۱

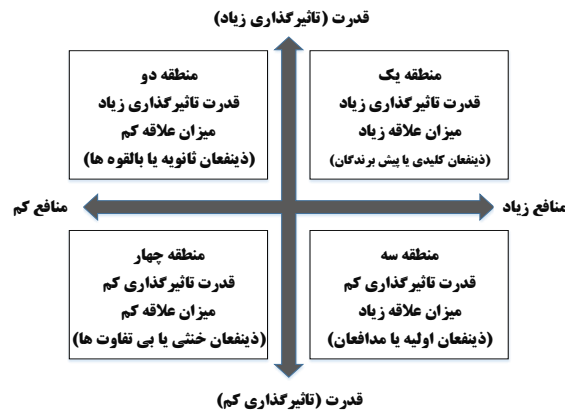
محیط کار در مراکز درمانی یکی از متغیرهای تعیین کننده تحقق وظایف حرفه ای کادر درمان می باشد که در صورت مطلوب بودن می تواند به عملکرد مناسب و پیامد مطلوب منجر شود. سازماندهی محیط کار می تواند باعث افزایش کیفیت مراقبت ارائه شده به بیمار و رضایت کاری درمان گردد(۱). نظام آراستگی که در قالب 5S تعریف می گردد در واقع روشی است که اتلافات را در محیط کار کاهش می دهد و از این طریق، موجب ایجاد محل کار بهتر، ارتباط بهتر و آراستگی عمومی در سازمان می شود(۲). بکارگیری مدل 5S در کلیه مراکز بهداشت به عنوان یکی از روش های افزایش بهره وری پیشنهاد می گردد. اصطلاح 5S برگرفته شده از حروف ابتدایی پنج کلمه ژاپنی شامل Seiri به معنای سازماندهی، یعنی مشخص کردن و جداسازی اقلام ضروری از غیرضروری و تعیین اقلام غیرضروری به نحو مناسب و حذف آنها در مراحل بعد، Seiton به معنای نظم و ترتیب، یعنی چیدمان صحیح و مناسب اقلام ضروری بر اساس درجه اهمیت آنها به نحویکه به سریعترین شکل ممکن قابل دسترس باش. Seiso به معنای پاکیزگی، یعنی پاکیزه نمودن محیط کاری به منظور برطرف نمودن آلودگیها و منابع آلوده کنند. Seiketsu به معنای حفظ و نگهداری، یعنی تدوین استانداردهایی جهت حفظ وضعیت حاصل از اجرای موارد قبلی و Shitsuke به معنای خود انضباطی، یعنی آموزش کارکنان برای ایجاد شرایط و فرهنگ رعایت قوانین و مقررات توسط آنها برای نیل به عادت کاری مناسب و نیز انجام بازرسیهای دوره ای می باشد. نظام آراستگی سازمانی، این پنج اصل را در سازمان جاری میکند که باوجود ساده بودن مفهوم، نقش عمده ای در ارتقای کیفیت و بهبود بهره وری ایفا می نماید. برخی از مهمترین هدفهای اجرای 5S در مراکز درمانی شامل بهبود وضعیت ایمنی و بهداشت، ارتقاء بهره وری، صرفه جویی در هزینه ها، بهبود کیفیت و پیشگیری از خرابیها می باشد(۳). تابلوهای بیمارستان یکی از تجهیزاتی است که به منظور بهبود مسیریابی در بخشهای مختلف بیمارستان، اطلاع رسانی و آموزش استفاده می شود. این تابلوها، مانند فردی سخنگو عمل می کنند و با راهنمایی سریع افراد، علاوه بر کاهش استرس و اضطراب، نیاز آنها به پرسش از افراد مختلف را نیز کاهش می دهد.

در این راستا مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) شهر مشهد به عنوان یکی از بزرگ ترین بیمارستان های آموزشی کشور ضمن درک این نیاز، اقدام به استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان براساس قواعد 5S نموده است.

^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.

۲-۱) شناسایی و تحلیل ذینفعان

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 ۱ الگوی تحلیل با توجه به این مدل را نشان می دهد.



شکل ۱. ماتریس منافع - قدرت

همان طور که در شکل ۱ دیده می شود ذینفعانی که هم قدرت و هم منافع بالایی دارند پیش برندگان یا ذینفعان کلیدی نامگذاری شده اند (۴). 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 5S 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.

۲-۱-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان

اولین گام جهت استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان براساس قواعد 5S، شناسایی ذینفعان است. ذینفعان پروژه، افراد، گروه ها یا سازمان هایی 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 (۵). اسامی ذینفعان

^۲ key informants

مرتبط با پروژه استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان براساس قواعد 5S در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد در جدول ۲ ارائه شده است.

۲-۲-۱) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان

اولویت بندی ذینفعان باید به گونه ای 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 می باشد. سرچشمه منافع ذینفعان در استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان براساس قواعد 5S، نشأت گرفته از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، حق قانونی، توسعه فرصت ها، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود می باشد (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 پروژه ها یک نقش مانند تامین زیرساخت را بر عهده بگیرد.
	توسعه فرصت ها	این مورد مربوط به حالتی است که در آن یک گروه ذینفع برای افزایش قدرت سیاسی و افزودن بر فرصت های 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 استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان براساس قواعد 5s ناشی اختیار در تصویب پروژه می باشد و حیطه منافع وی می تواند مرتبط با از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان و حق قانونی می باشد. حیطه منافع روابط عمومی دانشگاه مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان ها به عنوان زیرمجموعه ای از دانشگاه علوم پزشکی می باشد. این منشاء منافع به موضوعاتی از قبیل تاکید بر ارائه خدمات درمانی با کیفیت و پاسخگویی به نیازهای غیر طبی مراجعین در تصمیم گیری ها، برنامه ریزی و نظارت دقیق ، با توجه به رشد آگاهی بیماران و مراجعین، و نیز رسالت مهم بیمارستان در امر پاسخگویی و مسئولیت پذیری مسئولان در خصوص صیانت از حقوق بیماران، اشاره دارد.

حیطه منافع سرپرستار مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حفظ شرایط موجود -سلامت و ایمنی می باشد. نظارت بر ارائه خدمات درمانی با کیفیت و در کمترین زمان ممکن، نظارت بر راهنمایی و هدایت صحیح بیمار و مراجعین به منظور دریافت خدمات تشخیصی و درمانی مختلف در بخش ها و واحدهای بیمارستان، تعیین برنامه عملیاتی جهت واحد مربوطه در راستای اهداف کلی سازمان و... آموزش و اطلاع رسانی به پرسنل زیرمجموعه از جمله وظایف سرپرستار 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 (۶). 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 (۷). 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 ۱ بیانگر کمترین میزان قدرت/منافع می باشد. نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان بر اساس قواعد 5s در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نمرات قدرت و منافع هر یک از دینفعان پروژه استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان بر اساس قواعد 5s

ذینفع	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع	نمره قدرت	نمره منافع
معاون توسعه مدیریت و منابع	تصویب، زمان کیفیت و هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، منافع اقتصادی و توسعه فرصت ها	۸	۸
مدیر پرستاری	کیفیت و زمان	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حفظ شرایط موجود -سلامت و ایمنی	۸	۷
رئیس بیمارستان	تصویب، زمان کیفیت و هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حق قانونی توسعه فرصت ها	۷	۶
روابط عمومی دانشگاه	تصویب، زمان کیفیت و هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حق قانونی توسعه فرصت ها	۷	۸
رئیس دفتر بهبود کیفیت	کیفیت و زمان	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حفظ شرایط موجود و توسعه فرصت ها	۶	۸
سرپرستار	کیفیت و زمان	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حفظ شرایط موجود -سلامت و ایمنی	۶	۸
رئیس امور مالی	هزینه	منافع اقتصادی	۶	۳
مسئول روابط عمومی	تصویب، زمان کیفیت	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان - توسعه فرصت ها - سلامت و ایمنی	۶	۸
سوپروایزر	کیفیت و زمان	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حفظ شرایط موجود -سلامت و ایمنی	۴	۸
بیماران	کیفیت	سلامت و ایمنی	۴	۶
رئیس بخش	کیفیت	سلامت و ایمنی - حف شرایط موجود	۲	۴
مسئول واحد	کیفیت و زمان	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حفظ شرایط موجود -سلامت و ایمنی	۴	۴
حراست	تصویب	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان	۳	۳
کارکنان	کیفیت و زمان	سلامت و ایمنی	۱۰	۳

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 (۱۶)

که در اینجا از مدل ماتریس منافع/ قدرت استفاده شد (شکل ۲).



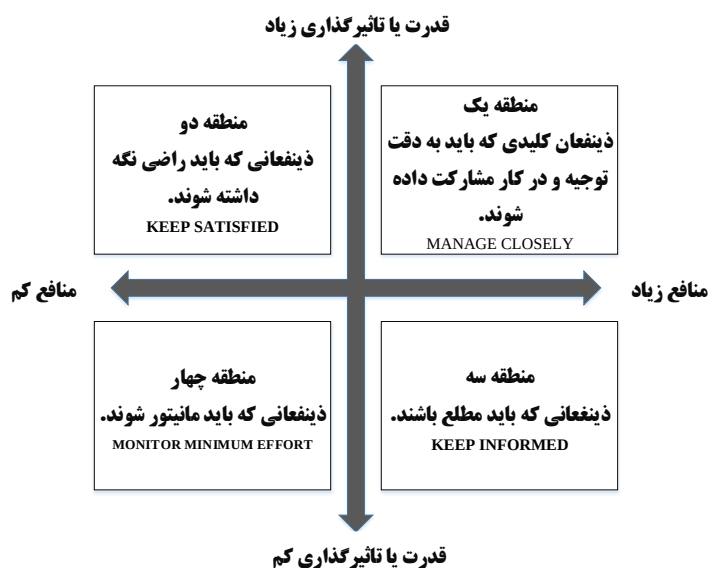
شکل ۲. ماتریس منافع-قدرت کلیه ذینفعان

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 مدیر پرستاری، مسئول روابط عمومی، روابط عمومی دانشگاه، رئیس دفتر بهبود کیفیت، سرپرستار، معاون توسعه مدیریت و منابع، رئیس بیمارستان به عنوان ذینفعان کلیدی پروژه استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان بر اساس قواعد 5S شناسایی شدند.

۳-۱-۱) 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 ۳ 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 ذینفعان بر اساس محل قرارگیری در ماتریس منافع-قدرت

۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی

قبل از تماس با ذینفعان کلیدی که در منطقه یک ماتریس منافع قدرت قرار گرفتند طراح / مدیر تغییر می‌بایست اطلاعات کاملی را در خصوص روحیات، علاقه‌ها و ویژگی‌های ذینفع مربوطه کسب کند و برنامه حمایت طلبی خود را متناسب با علائق ایشان اجرا نماید. جدول زیر نشان می‌دهد که ذینفعان کلیدی استاندارد سازی تابلوهای مورد نیاز در سطح بخش‌های بالینی بیمارستان براساس قواعد 5S در کدام سطح قرار دارند:

جدول ۴. سطح پذیرش ذینفعان کلیدی استاندارد سازی تابلوهای مورد نیاز در سطح بخش‌های بالینی بیمارستان براساس قواعد 5S

ذینفع کلیدی	سطح پذیرش	نام سطح ^۳	ویژگی‌های اساسی سطح		
			پذیرش ذهنی یا سطحی	پذیرش قلبی (علاقه به موضوع)	پذیرش کامل و آگاهانه
رئیس بیمارستان	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
روابط عمومی دانشگاه	دوم	اعتقاد یا باور	دارد	ندارد	ندارد
معاون توسعه مدیریت و منابع	چهارم	اطمینان یا یقین	دارد	دارد	دارد
مدیر پرستاری	دوم	اعتماد (ایمان)	دارد	ندارد	ندارد
رئیس اداره بهبود کیفیت	چهارم	اطمینان یا یقین	دارد	دارد	دارد
روابط عمومی بیمارستان	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
سرپرستار	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد

^۳ 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 می‌باشد.

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

در جدول ۵ روش های استفاده شده برای حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه استانداردسازی تابلو های مورد نیاز

در سطح بخش های بالینی بیمارستان براساس قواعد 5S ارائه شده است.

جدول ۵. رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی اولیه پروژه استاندارد سازی تابلو های مورد

نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان براساس قواعد 5S

مدیر پرستاری	مسئول روابط عمومی	سرپرستار	روابط عمومی دانشگاه	رئیس دفتر بهبود کیفیت	معاون توسعه مدیریت و منابع	رئیس بیمارستان	تکنیک	رویکرد
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	به اشتراک گذاری اطلاعات	ارتباط یکسویه
							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	
							ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها	
							جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	
							نظرسنجی های پرسشنامه ای	مشاوره بنیادی
							گروه های کانون	
✓		✓					ارزیابی محیط کار	
✓	✓			✓	✓	✓	کمیته های رسمی ویژه ذینفع	
							تربییون های دائمی	
							کمیته های مشورتی ذینفع	
							بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر	
							گردهمایی ذینفعان چندگانه	دیالوگ، گفتگو عمیق
							میزگردهای مشورتی	
							جلسات سیاست گذاری	
							درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت	
		✓					انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک	شرکت ها و منافع کاری
✓	✓					✓	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینع	
							انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینع	
							انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینع	

یکی از مهم‌ترین دینفعان کلیدی در اجرای پروژه استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش‌های بالینی بیمارستان براساس قواعد 5s می باشد که در ادامه نمونه ای از گفتگوی مدیر تغییر پروژه با ایشان ارائه می گردد:

مدیر تغییر: یکی از موضوعاتی که در کمیته پایش و سنجش کیفیت مطرح شده است، بحث نحوه مدیریت ابزار های اطلاع رسانی کاغذی مانند پوسترها و مستندات به پرسنل در بخشهای مختلف بود. از این مستندات و پوسترها نیاز میباشد که بخشی در معرض دید بوده و بر روی تابلو نصب گردد و تعدادی بر روی سرور در موارد مورد نیاز قرار گیرد. از آنجا که بخشها در خصوص تعیین آن دسته از مستندات مورد نیاز جهت نصب در معرض دید دچار سردرگمی و تناقض شده اند و در بیشتر موارد سلیقه ای عمل نموده و دیوار بخش پر از پوستر و اوراق متفاوت شده که هم ظاهر ناخوشایندی نیز ایجاد نموده است و هم از هدف اصلی که آموزش و اطلاع رسانی بوده است دور مانده به نظر نیاز هست که سریعتر بیمارستان وارد عمل بشه و کار رو حداقل به یک صورتی به سر و سامان برسونه. این شاید بتونه تهدید رو تبدیل به فرصت کنه. الان که همه پای کار هستند از پرستاری گرفته تا سایر حوزه های مرتبط در بیمارستان باید استفاده کنیم.

معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان: کاملاً موافق هستم. البته باید بدونیم که چه مستنداتی نیاز به نصب بروی تابلو دارد. و همچنین فرآیندی تعریف گردد که خارج از آن در هیچ بخش و واحدی اجازه چاپ و نصب پوستر خارج از لیست تعیین شده را نداشته باشد

مدیر تغییر: خوب نگاه کنید دقیقاً صحبت شما درست هست به همین خاطر میگویم این فرصتی هست که ما می توانیم این تهدید را به فرصت تبدیل کنیم. به هر حال آنچه که روشن هست اینه که الان همه اومدن پای کار و برداشتم این است که اینها مثبت هستند دیدگاهشان حداقل نسبت به این موضوع خوب هست. ما با روش مشخص و با همفکری تمام افرادی که درگیر کار هستند تا حد ممکن به نظرم باید ابعاد کار رو روشن کنیم. حداقل در سطح بخشهای مستقر در بیمارستان ۶۱۰ تختخوابی.

معاون توسعه مدیریت و منابع : خوب به نظر بد نیست که در این مسیر حرکت کنیم و البته باید تیم مدیریت پرستاری بیمارستان رو بیشتر درگیر این فرآیند کنیم تا در واقع نتایجی که به دست میاریم نتایج بهتری باشه. اما باید مقداری با احتیاط روی این موضوع حرکت کنیم که باعث واکنش های منفی شدید نشه.

مدیر تغییر: حالا صحبت هایی که ما الان با هم داریم اولیه هست و هنوز هیچ کار خاصی انجام ندادیم. هدف این است که ما فعلاً روی نیاز به کار بر روی این موضوع به یک زبان مشترک برسیم. تا جایی که من فهمیدم شما با کلیت موضوع موافق هستید و میشه کار رو شروع کرد. انشالله در طول کار باید همه دینفعان که به نحوی با این موضوع درگیر هستند در مسیر کار قرار بگیرن و خود شما هم به عنوان پیشران موضوع رو هدایت کنید و انشالله با بهترین روش، کار اجرا بشه.

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 مراده 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.
- در این پروژه باید تا حد امکان تلاش کرد مدیر خدمات پرستاری بیمارستان به عنوان پيشران تغيير فعاليت کند.

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

فهرست مطالب فصل:

- مبانی نظری
 - مفهوم و تعریف ارزشیابی
 - روش های ارزشیابی در محیط بالینی
- 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 پایدارسازی
 - چارچوب طرح

۲-۱) مبانی نظری

۲-۱-۱) مفهوم و تعریف 5s

در دنیای امروز، سامان یافتگی محیط‌های کاری بر اساس اصول علمی و سیستمی یکی از مشخصه‌های بارز و مهم سازمانها و شرکتها در کشورهای توسعه یافته تلقی میگردد. این در حالی است که ساماندهی محیط کار به صورت علمی و سیستماتیک در اکثر سازمانها و شرکت‌های کشورهای در حال توسعه به عنوان یک اصل مهم از جایگاه متناسب با موضوع برخوردار نمی‌باشد. در دهه اخیر نظام 5S به عنوان یکی از نظامهای مهم و شناخته شده در امر ساماندهی محیط کار بخصوص در سازمانها و شرکت‌های واقع در کشورهای شرق آسیا مطرح و مورد استفاده می باشد. این نظام که از دیدگاه و تفکرات مدیریت ژاپنی سرچشمه گرفته و در اغلب شرکتها و سازمانهای آنها به اجرا درآمده به مرور با شناخته شدن اثرات مثبت آن سایر کشورها از به کارگیری این نظام استقبال نموده اند و به طور کلی میتوان گفت اثربخشی و کارایی ناشی از اجرای آن مورد تایید و تاکید اکثر صاحب نظران در امر مدیریت نیز قرار گرفته است. نظام آراستگی سیستمی برای به کارگیری نظم در بالاترین سطح استاندارد است. این سیستم (5S) به عنوان روش نظام یافته ای برای ساماندهی و آراستگی محیط کار و برقراری مقررات و استانداردها و حفظ نظم و انضباط الزام آور برای انجام صحیح کارها شناخته شده است (۸).

5S عبارت است از پنج واژه که با S شروع می شوند، این واژه ها عبارتند از:

- (۱) تفکیک برای جدا کردن ابزارها، تجهیزات و مواد مورد نیاز از مواد غیر ضروری و حذف آن ها در مراحل بعد،
- (۲) ترتیب، مرتب چیدن و شناسایی قسمت ها و ابزار برای استفاده آسان،
- (۳) پاکیزگی، نظافت کردن دقیق هر قسمت،
- (۴) استانداردسازی برای ادره کردن سه مرحله قبلی به طور مکرر و حفظ محیط کاری با شرایط به وجود آمده، و در نهایت
- (۵) تداوم شکل دادن عادت ها است تا کارکنان همیشه از چهار S اول پیروی کنند.

هدف اصلی از اجرای 5S در مراکز درمانی فراهم نمودن بهترین مراقبت از بیمار با مؤثرترین روش ممکن است (۹).

۲-۱-۲) اهمیت تابلوهای اطلاع رسانی در مراکز درمانی:

در هر سازمان موارد متعددی مستندات، نوشته، تصویر، فیلم یا صوت موجود است که به قصد ارائه اطلاعات برای انجام وظایف، ثبت داده های عملکردی سازمان، انتشار دانش سازمانی، شواهدی برای کنترل نظام مند مستندات و سوابق از لحظه ایجاد، تا تعیین انطباق محصول/ پیامد بدست آمده با ویژگیهای تعیین شده تهیه میشود. این موارد در سطح بیمارستانها به عنوان مستندات درون سازمانی و مواردی که از سازمانهای بالادست یا سایر سازمانها برای اجرا در بیمارستان ابلاغ/ ارائه میگردد به عنوان مستندات برون سازمانی تعریف میشوند. مستندات برون سازمانی در بیمارستانها معمولاً توسط دبیرخانه بیمارستان دریافت، شناسایی، شماره گذاری و توزیع میشود اما برای مستندات درون سازمانی نیاز است که واحد/ فرد خاصی تعیین شود که ضمن پیشگیری از موازی کاری و گردش مستندات مشابه در بیمارستان، اطمینان حاصل شود که هر مستندی که در اختیار بخشها/ واحدهای مختلف قرار دارد، آخرین ویرایش و نسخه معتبر است (۱۰). از طرفی بسیاری از مستندات نیاز می باشد جهت اطلاع عموم پرسنل، مراجعین و با اهدافی مشخص در معرض دید همگان قرار گیرد. که این امر نیاز به تابلوهای اطلاع رسانی را در بخشها دو چندان میکند. از طرفی دیگر با نصب تابلو راهنما در مکان های پر ازدحامی که دارای بخش های متعدد است می توانید از اتلاف وقت ارباب رجوع ممانعت به عمل آورده و بازدهی یک مکان و خدمات رسانی را بالا برد، این تابلوها معمولاً در ابتدای ورودی ها، سر در واحدها، قسمت لابی و در بخش های متعددی از راهروها یا سالن ها نصب می شوند.

۲-۱-۳) اهمیت نظام آراستگی محیط کار (5S) در مراکز درمانی:

پروژه نظام آراستگی در بیمارستان به دلایلی مانند افزایش ایمنی، ایجاد نظم فراگیر، برقراری انضباط سازمانی، کاهش ابهام در کار، زیبا سازی محیط کار، بهبود روابط کارکنان، افزایش راندمان کاری، کاهش هزینه، افزایش طول عمر ابزار و ماشین آلات و جلب نظر مشتریان دنبال می شود. 5S نظامی برای ساماندهی محیط کار است، نظامی که با جلب مشارکت کارکنان محیطی انجام و در کلیه سطوح سازمان بوجود می آید و خود تبدیل به ابزاری برای ارتقای بهره وری می شود که در بسیاری از کشورهای آسیایی پیاده شده است و از آن به عنوان خانه داری خوب یاد شده است. اجرای 5S در بیمارستان ها باعث ایجاد محیطی دلپذیر می شود که نتیجه آن باعث افزایش رضایت کارکنان، و ارائه مراقبت با کیفیت می گردد. این تکنیک شیوه ای مؤثر در سازماندهی تجهیزات و ملزومات در سازمان های مراقبت بهداشتی و ابزاری برای کمک به تجزیه و تحلیل فرآیندهای در حال اجرا در محیط کار است. تکنیک 5S به طور خاص زمانی که محیط کاری مشترک باشد از جمله بیمارستان ها، مفید واقع می گردد و محیط کاری ایمن، راحت، پاکیزه و با اثربخشی بالا در بیمارستان ایجاد می کند از سوی دیگر یکی از اصول اساسی در تکنیک آراستگی محیط کار تابلوهای راهنما می باشد. بر اساس مطالعات استفاده از رویکرد 5S

می تواند باعث بهبود کارایی مراکز مراقبت سلامتی و نیز بهبود تجربه بیماران و کارکنان گردد. با این وجود در کشور ما مستندات در رابطه با مزایای استفاده از این تکنیک در بیمارستان ها بسیار نادر است (۹, ۱۱).

۲-۲) مرور متون

۲-۲-۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی

مطالعه موسوی و همکاران (۱۳۹۴) در مقایسه ارزیابی محیط کار براساس نظام آراستگی محیط قبل و بعد از اجرا در بخش های پشتیبانی بیمارستان امیراعلم نشان داد استقرار نظام آراستگی در بخش های بیمارستان امیراعلم می تواند منافع اقتصادی، کارایی، رضایت و بهره وری کارکنان و رضایتمندی بیماران را افزایش دهد. و پیشنهاد دادند که ضمن تشکیل کمیته نظام آراستگی، این نظام در سایر بخش های بیمارستانی نیز مستقر گردد (۱۲).

در مطالعه تفرشی و صفوی (۱۳۹۰) باهدف امکان سنجی پیاده سازی نظام فایو اس در مخزنها و بخش مرجع کتابخانه ملی ایران با روش سیاهه واری انجام گرفت و برای سنجش داده ها از روش خی دو و آزمون میانه استفاده شده است، نشان داد وضعیت مخزنها و بخش مرجع کتابخانه ملی ایران در وضعیت مطلوبی میباشد و امکان پیاده سازی نظام فایو اس در این بخشها وجود دارد. همچنین مدیران بخش باید نسبت به آموزش کارکنان در درک مفاهیم فایو اس علی الخصوص S پنجم اهتمام بیشتری نمایند (۱۳)

نتایج تحقیق کرمی و همکاران (۱۳۸۹) که به منظور تاثیر نظام آراستگی سازمانی (5S) بر خدمات بیمارستانی در مرکز آموزشی درمانی ۵۱۵ تخت خوابی امام رضا (ع) کرمانشاه که به صورت بررسی قبل و بعد انجام گرفت نشان داد استقرار نظام آراستگی نقش موثری در ارتقای کیفیت خدمات و عملکرد سه واحد تغذیه، مدارک پزشکی و بخش بستری جراحی داشت، به طوری که میزان رضایت مندی کارکنان و بیماران در قبل و بعد از اجرای 5S در هر سه بخش تفاوت معنی داری را نشان داد، نظام آراستگی سازمانی، مدلی موثر و پایه ای در ارتقای کیفیت خدمات در بین بخش ها مورد مطالعه بود و تاثیر این مدل همانند توفیق آن در بخش های صنعتی، تایید می شود. بنابراین، پژوهشگران بکارگیری این نظام را در کلیه بخش های بیمارستانی و واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی پیشنهاد می کنند (۱۴).

در بررسی تاثیر آموزش نظام آراستگی محیط (5S) بر الگوی مصرف تجهیزات پزشکی مصرفی در بیمارستان آیت ا... کاشانی تهران به روش نیمه تجربی که توسط نصیری پور و همکاران (۱۳۸۷) انجام گرفت نشان داد آموزش 5S به سرپرستاران موجب کاهش درخواست ۳۰ نوع از ۴۰ نوع تجهیزات مورد مطالعه شده است. و هزینه تجهیزات پزشکی درخواست شده ۱۳/۵ درصد نسبت به قبل آموزش کاهش داشته است (۱۱).

نظر به اهمیت نظام آراستگی در محیط بیمارستان، نسبت به یکسان سازی تابلوهای اطلاع رسانی در بخشهای بیمارستان ۶۱۰ اقدام گردید.

۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی

نتایج مطالعه دلبیو اف^۴ و همکاران (۲۰۱۴) که به روش توصیفی- تحلیلی در بیمارستان کوادها^۵ در بنین^۶ به منظور بررسی مدیریت کیفیت با اجرای 5S انجام گرفت نشان داد اجرای 5S باعث افزایش رضایتمندی مراجعین شده است (۱۵).

ایشیجیما^۷ و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه ای به دنبال تشویق معرفی موثر و کارآمد رویکرد 5S-KAIZEN-TQM به بخش های بهداشتی کشورهای با درآمد کم و متوسط هستند. این مطالعه عوامل تجدید ساختار مدیریت کیفیت برای ایجاد تیم های بهبود کیفیت و تیم های بهبود کار در بیمارستان ها ، ایجاد رهبری قوی و تعهد در میان رهبران ، انجام آموزشهای داخلی موثر را با رویکرد 5S در بخش سلامت مصر مشخص کرد (۱۶).

در مطالعه ای کاناموری^۸ و همکاران (۲۰۱۶) که در مناطق بیمارستانی در برزیل ، هند ، اردن ، سنگال ، سریلانکا ، تانزانیا ، انگلستان و ایالات متحده انجام دادند، نظام 5S به عنوان روشی برای بهبود کیفیت در مراکز درمانی معرفی گردیده است. 5S به عنوان یک راه حل بالقوه برای بهبود خدمات مراقبت های بهداشتی و درمانی دولتی است که کمتر مورد توجه قرار گرفته است ، تغییرات ناشی از برنامه 5 در سه بعد طبقه بندی شد " ایمنی ، کارایی و بیمارمحوری " علاوه بر این ، 5S به عنوان بخشی از کیفیت در خدمات بیمارستانهای دولتی مورد استفاده قرار گرفت (۱۷).

لکچر^۹ و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه ای که با عنوان توسعه 5S به عنوان چارچوب اندازه گیری برای ارائه خدمات برتر در بیمارستانهای خصوصی مالزی انجام دادند نتیجه گرفتند از آنجا که دولت تمایل دارد بیمارستانهای کشور را به عنوان یکی از مقاصد سفرهای پزشکی در سال ۲۰۱۵ معرفی کند، و مراقبت های بهداشتی برتر مهمترین موضوعی است که مورد بحث است و از آنجا که بیمارستانهای مالزی هنوز با مسائل زیادی روبرو هستند این موضوع ارتباط تنگاتنگی با شیوه های بهبود مستمر در بیمارستان دارد. چهار مورد شامل عملکرد کارکنان ، محیط خدمات ، سطح فرایند خدمات و احساسات کارکنان

⁴ WF

⁵ Quidha

⁶ Benin

⁷ Ishijima

⁸ kanamori

⁹ Lecturer

پیشینه تعالی خدمات وجود دارد که باید بر اساس شیوه های 5S ارزیابی شوند. در آینده این مقیاس میواند در افزایش کیفیت ارائه خدمات و بالتبع آن برای حفظ نرخ رشد فعلی بخش مراقبت های بهداشتی موثر باشد (۱۸).

لذا در بررسی مطالعات مختلف می توان به این نکته پی برد که به کار گیری 5S در مراکز درمانی و بیمارستانها تاثیر به سزایی در بهبود کیفیت ارائه خدمات و افزایش رضایتمندی در پرسنل و مراجعین خواهد داشت.

۲-۳) روش کار و چارچوب طرح

۲-۳-۱) 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 بیمارستان خدمت ارائه می دهد. در این مجتمع حدود ۳۷۰۰ نفر پرسنل غیر پزشک، حدود ۳۰۰ نفر پزشک غیر هیات علمی، ۳۰۰ عضو هیات علمی و ۵۰۰ فراگیر در رشته های مختلف پزشکی فعالیت دارند. مراحل انجام پروژه شامل گام های زیر می باشد:

• شناسایی مشکل و حمایت طلبی اولیه

• مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

• مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

• اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری سازی

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

جرقه اول شناسایی مساله: چه اختیاراتی بیمارستان در خصوص استانداردسازی تابلوهای مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان دارد؟ و بیمارستان با چه ابزار و چه فرآیندی این اختیار را محقق می کند؟ چه پوسترها و مستنداتی نیاز به نصب در تابلوهای بخشهای مختلف در بیمارستان میباشد؟ این سوالات، سوالات کلیدی بود که در کمیته بهبود کیفیت مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مطرح و نقطه شروع پروژه استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان بر اساس قواعد 5S رقم خورد. بعد از این مرحله مقرر شد کارگروهی شامل رئیس اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت، مدیر خدمات پرستاری، سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول واحد آتش نشانی، مسئول واحد بهداشت محیط و افراد مرتبط دیگر ابعاد موضوع بررسی گردد.

شناسایی ابعاد مساله در قالب نشست متخصصان و بحث گروهی متمرکز: ابتدا در یک جلسه بحث گروهی متمرکز با حضور افراد مرتبط شامل سه نفر از سرپرستاران، مدیران سایت های بیمارستان، رئیس اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت، مدیر خدمات پرستاری، معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان موضوع به بحث گذاشته شد. در جلسه مذکور ابتدا به مدت ۲۰ دقیقه موضوع به بحث گذاشته شد و سپس از هر فرد درخواست شد تا تاثیرات موضوع استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان را روی یک کاغذ ثبت نماید. سپس از نفر اول درخواست شد موارد مد نظر خود را بگوید و موارد همزمان در یک فایل اکسل تایپ و در معرض دید سایرین قرار گرفت و سپس از نفر دوم در جلسه خواسته شد مواردی که به این لیست اضافه می شود را بیان کند و این فرآیند تا نفر آخر ادامه یافت. در مرحله بعد یافته های حاصل از مرحله اول در یک نشست متخصصان با حضور مدیر پرستاری بیمارستان، مدیران سایت های بیمارستان، معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان، و رئیس اداره بهبود کیفیت بیمارستان، سه نفر از سرپرستاران و سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان، مسئول بهداشت محیط، مسئول واحد آتش نشانی بیمارستان یافته های حاصل از جلسه بحث گروهی متمرکز بررسی گردد.

ابعاد مساله: استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در بخش های بالینی بیمارستان بر اساس قواعد 5S از جنبه های زیر می بایست مورد توجه و بررسی قرار گیرد:

- چه مستندات و پوسترهایی نیاز به اطلاع رسانی دارند.
- چه مستندات و پوسترهایی بایستی در معرض دید عموم پرسنل و ارباب رجوع قرار گیرد و نیاز به نصب بر روی تابلو دارند.
- چه مستنداتی بایستی جهت اطلاع رسانی بر روی سرور بیمارستان قرار بگیرد.
- مستندات و پوسترهایی که بایستی بر روی تابلو قرار بگیرند چه ابعادی داشته باشند.
- چه نوع تابلویی مناسب نصب در بخش های بالینی بیمارستان ۶۱۰ تخت خوابی می باشد.
- جانمایی و ابعاد تابلو هایی که بایستی در بخشها نصب شوند به چه صورت باید باشد.

شناسایی ذینفعان کلیدی و حمایت طلبی اولیه: به دنبال شناسایی ابعاد مشکل، ذینفعان مختلف برنامه در همان جلسه (نشست متخصصان) 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 دینفعان میانگین نمره قدرت و منافع شناسایی شد. در مرحله آخر نیز آن دسته از دینفعان که به لحاظ نمره منافع و قدرت امتیاز بالای ۵ کسب کرده بودند به عنوان دینفعان کلیدی شناسایی شدند. بعد از شناسایی دینفعان کلیدی بر اساس سطح پذیرش هر یک از دینفعان در خصوص موضوع پروژه، روش‌های 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 ۴ مرحله به شرح ذیل انجام شد.

مرحله اول: هدف اصلی در مرحله اول شناسایی زیرمحوها بود و روش پژوهش عمده در این قسمت جلسات بحث

گروهی متمرکز با دینفعان درگیر در فرآیند استاندارد سازی تابلوهای مورد نیاز در سطح بخش‌های بالینی بیمارستان بود. اعضای بحث گروهی متمرکز شامل سه نفر از سرپرستاران، مدیران سایت های بیمارستان، رئیس اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت، مدیر خدمات پرستاری، معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان بودند. مجموعاً سه جلسه دو ساعته برگزار شد. بدین منظور از مهم‌ترین شاخص‌های استانداردهای اعتباربخشی و همچنین بررسی مستندات به صورت گذشته نگر موضوع استاندارد سازی تابلوهای اطلاع رسانی در بیمارستان ۶۱۰ مورد بحث و بررسی قرار گرفت. جهت ارتقاء برخی از این شاخص‌ها برنامه‌های عملیاتی در سطح بیمارستان تدوین گردید و هدف‌گذاری آن از اولویت های بیمارستان بود که تا حد امکان به صورت عینی و قابل مشاهده برای اعضا تعریف و تشریح شد. در هریک از جلسات برگزار شده به هریک از اعضا فرصت اظهار نظر و ذکر نکات قابل بهبود داده شد. در جلسات تاکید شد با رعایت احترام، به بیانات و دیدگاه‌های افراد گروه گوش داده و نظرات تکمیلی خود را بعد از پایان نظر فرد مورد نظر، ارائه نمایند. به منظور جلوگیری از انحراف از اهداف پژوهش، بر حسب ضرورت پاسخ‌ها هدایت می‌شدند (۱۸). در این مرحله دانش، دیدگاه و نگرش اعضا در خصوص نظامی جهت استاندارد سازی تابلوهای مورد نیاز در سطح بخش‌های بالینی استخراج گردید و پس از رسیدن به مرحله اجماع، منجر به تعیین نظام 5S جهت ساماندهی به تابلوهای اطلاع رسانی بخش‌های بالینی بیمارستان گردید.

مرحله دوم: هدف اصلی این مرحله بررسی و تایید مستندات مورد نیاز جهت نصب بروی تابلو در بخش‌های بالینی،

تهیه لیست و تعیین چارچوبی جهت نظارت و تعیین محوری در سامانه ارزیابی مستمر بود و روش پژوهش عمده در این گام استفاده از نشست متخصصان بود. اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) به عنوان اعضای نشست متخصصان انتخاب شدند. اعضای کمیته شامل رئیس بیمارستان، معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان، مسئول

حراست بیمارستان، مسئول اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت بیمارستان، کارشناسان اداره برنامه ریزی، مدیر خدمات پرستاری بیمارستان، مدیر توسعه سازمان و منابع انسانی بیمارستان مسئول واحد بهداشت محیط بیمارستان، مسئول واحد بودجه بیمارستان بودند که برای غنای بیشتر جلسات مربوطه از مسئول واحد آتش نشانی و سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول روابط عمومی بیمارستان در جلسات دعوت شد. در این مرحله از تکنیک گروه اسمی (NGT) و در قالب چهار جلسه استفاده شد. در ابتدا نتایج حاصل از مرحله قبل در جلسه ارائه شد سپس هر کدام از اعضای نشست خبرگان اولین پیشنهاد که به ذهنش رسید را بیان کرد مشروط بر اینکه راه حل ذکر شده تکراری نباشد. با بهره گیری از نظرات هریک از افراد ایده های جدیدی مطرح گردید. رهبر گروه با سمت رئیس اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت نقش دبیر جلسه را بر عهده داشت و پاسخ های گروه را بر روی یک صفحه مناسب که برای همه شرکت کنندگان قابل مشاهده بود، ثبت نمود. در مرحله اول هیچ یک از افراد حق اظهار نظر در مقابل ایده های مطرحه را نداشتند. فرآیند تصمیم گیری با استفاده از تکنیک گروه اسمی در چهار مرحله شامل خلق ایده ها، ثبت ایده ها، تصریح ایده ها و رای گیری درباره ایده ها طی شد (۱۹).

مرحله سوم : در مرحله سوم نتایج حاصل از نشست متخصصان و بحث گروهی متمرکز در تیم مدیریت پژوهش

جهت تولید یک چارچوب برای ساماندهی و یکسان سازی تابلوهای اطلاع رسانی بخشهای بالینی بررسی شد. تیم مدیریت پژوهش متشکل از معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان، رئیس اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت، مدیر خدمات پرستاری بیمارستان، سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول بهداشت محیط و مسئول آتش نشانی بیمارستان بود. در این مرحله صرفا یافته های حاصل از جلسات قبلی با هم ترکیب و روابط بین محورها تعریف شد و داده ی جدیدی به داده های قبلی اضافه نشد.

مرحله چهارم: مرحله چهارم با هدف توافق سنجی روی مستندات و به منظور شناسایی مستندات مورد نیاز جهت

نصب بروی تابلوانجام شد. اعضای خبرگان برای نظرخواهی شامل اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت، و اعضای بحث گروهی متمرکز بود. این مرحله برای تایید لیستی یکسان از پوستر ها و مستندات مورد نیاز جهت نصب بروی تابلوها در بخش های بالینی بیمارستان ۶۱۰ و همچنین چارچوبی جهت نظارت بر این امر اجرا گردید. بر این اساس لیست مستندات مورد نیاز در بخشها در قالب یک جدول طراحی و برای تمامی اعضا ارسال شد. هر کدام از لیستها که بیش از ۷۵ درصد توافق در خصوص آنها ایجاد شده بود تایید نهایی شد. موارد دارای توافق بین ۵۰ تا ۷۵ درصد مجدد اصلاح و برای اعضا ارسال شد و تا زمان تعیین تکلیف شاخص (قرار گرفتن در شاخص های دارای بالای ۷۵ درصد توافق یا پایین تر از ۵۰ درصد توافق) این فرایند ادامه یافت.

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). بر این اساس، فرایند طراحی شده به همراه سوالات مورد نظر شامل ابعاد ارزیابی هر یک از فراگیران، برای کلیه ذینفعان مذکور به صورت رسمی ارسال و از ایشان درخواست شد به مدت یک هفته نظرات خود را ارائه دهند. علاوه بر این، با آن دسته از ذینفعان که در ناحیه ۲ قرار می‌گرفتند و قدرت تأثیرگذاری زیاد بر روی پروژه داشتند، جلساتی به صورت حضوری و چهره به چهره برگزار شد و رضایت ایشان برای اجرای کار جلب گردید. (جزئیات اقدامات انجام شده برای مشارکت طلبی برای اجرا و بررسی الزامات اجرایی در فصل سوم ارائه شده است)

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام چهارم پروژه شامل فرآیند اجرایی ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی بود. در این گام ابتدا لیست مستنداتی که بایستی بر روی هر تابلو قرار گیرد به بخشها ابلاغ گردید، سپس فرآیندی به منظور پایدارسازی طرح مورد نظر نیز تعیین و اطلاع رسانی گردید. همچنین در سامانه لست مستندات به تفکیک هر تابلو مشخص گردید که در ارزیابی توسط ارزیابان نیز کنترل خواهد شد. و در صورت عدم انطباق پیگیری لازم از سوی مدیر تغییر انجام خواهد شد نتایج ارزشیابی به صورت ایمیل و در قالب سامانه ارزیابی مستمر به سرپرستاران بخش ها بازخورد داده خواهد شد. به جهت پایدار سازی فرایند اقدامات لازم برای کنترل مستندات جدید و.. توسط اداره برنامه ریزی، ارزشیابی و بهبود کیفیت انجام میشود. (جزئیات اقدامات انجام شده در خصوص اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی پروژه در فصل چهارم ارائه شده است)

۲-۳-۲) چارچوب طرح

بر اساس گام های طی شده در پروژه استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان براساس قواعد 5S در این قسمت قاب های زیر نهایی شد. جهت بازخورد نیز در سامانه ارزیابی محور حقوق گیرنده خدمت تحت عنوان تابلو های بخش آیتمی جهت کنترل و نظارت قرار داده شود که به صورت مستمر توسط ارزیابان کنترل شده و بازخورد به سرپرستار بخش داده شود.

شناسنامه تابلوها :

شناسنامه تابلو شماره ۱ :

- (الف) عنوان تابلو: اعتبار بخشی و ایمنی
 (ب) ابعاد کلی (به سانتی متر): ۷۰×۹۰
 (ج) محل نصب: راهرو ورودی بخش
 (ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان
 (د) تعداد در هر بخش: ۲ عدد
 (ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۶ عدد
 (ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۶ فضا در دوردیف هر ردیف شامل ۳ فضا مناسب برای A4
 (ز) محتوای فضاهای داخلی

• تابلوی شماره یک اعتباربخشی:

- فضای شماره ۱ از تابلوی شماره یک : لیست دارو های پرخطر
- فضای شماره ۲ از تابلوی شماره یک : تقویم بازدید ایمنی
- فضای شماره ۳ از تابلوی شماره یک: ۹ راه حل ایمنی
- فضای شماره ۴ از تابلوی شماره یک: راهنمای پیشگیری از سقوط
- فضای شماره ۵ از تابلوی شماره یک : راهنمای پیشگیری از زخم بستر
- فضای شماره ۶ از تابلوی شماره یک: وقایع ۲۸ گانه تهدید کننده حیات (never events)

• تابلوی شماره دو اعتباربخشی :

- فضای شماره ۱ از تابلوی شماره دو : زمان ارزیابی اولیه پزشک و پرستار
- فضای شماره ۲ از تابلوی شماره دو : لیست اقدامات تهاجمی
- فضای شماره ۳ از تابلوی شماره دو: لیست بیماران پرخطر
- فضای شماره ۴ از تابلوی شماره دو: ترخیص ایمن
- فضای شماره ۵ از تابلوی شماره دو : -
- فضای شماره ۶ از تابلوی شماره دو : -

(ط) شمای کلی تابلو:

تابلو اعتباربخشی و ایمنی		
شماره ۳ عمودی A4	شماره ۲ عمودی A4	شماره ۱ عمودی A4
شماره ۶ عمودی A4	شماره ۵ عمودی A4	شماره ۴ عمودی A4

شناسنامه تابلو شماره ۲:

الف) عنوان تابلو: اطلاعات عمومی

ب) ابعاد کلی: ۹۰*۱۵۰

ج) محل نصب: لابی ها و راهرو

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان

د) تعداد در هر بخش: ۲ عدد

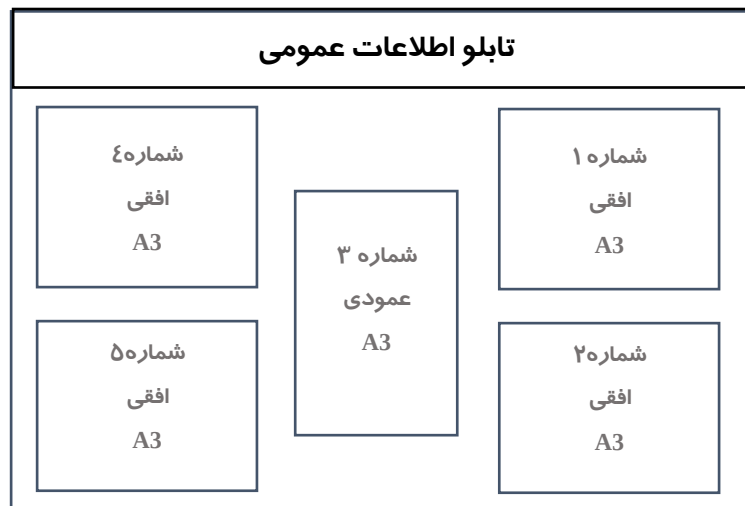
ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۵ عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۵ فضا، ۴ فضا مناسب سایز افقی A3 و یک فضا مناسب سایز عمودی A3

ز) محتوای فضاهای داخلی:

- فضای شماره ۱: پوستر رسیدگی به شکایات
- فضای شماره ۲: پوستر منشور حقوق بیمار
- فضای شماره ۳: اطلاع رسانی مراکز دیالیز
- فضای شماره ۴: پوستر ۴ منظوره
- فضای شماره ۵: پوستر پوشش کارکنان

ط) شمای کلی تابلو:



شناسنامه تابلو شماره ۳ :

الف) عنوان تابلو: کنترل عفونت و بهداشت محیط

ب) ابعاد کلی: ۱۵۰*۹۰

ج) محل نصب: نزدیک ایستگاه پرستاری

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان

د) تعداد: به ازای هر ایستگاه پرستاری یکی در نظر گرفته شود

ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۹ عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۹ فضا در دوردیف شامل ۶ فضا مناسب برای A4 عمودی و ۳ فضا برای A4 افقی

ز) محتوی فضاهای داخلی:

- فضای شماره ۱: دستور کار یکسان سازی پسماند
- فضای شماره ۲: اقدامات احتیاطی پسماند پزشکی
- فضای شماره ۳: دستورالعمل گندزدایی سطوح آلوده به خون و ترشحات
- فضای شماره ۴: دستورالعمل بی خطر سازی البسه و ملحفه آغشته به ترشحات بیمار با احتمال CCHF / ضوابط بهداشتی در کرونا (بادر نظر گرفتن فصل بیماری)
- فضای شماره ۵: دستورالعمل و فرایند تفکیک و جمع آوری پسماندهای آلوده به ویروس تب کریمه کنگو (CCHF)
- فضای شماره ۶: فرآیند مواجهات شغلی
- فضای شماره ۷: فرآیند گزارش دهی مواجهات
- فضای شماره ۸: لیست بیماری های واگیردار
- فضای شماره ۹: پوسترهای مرتبط با بیماری های فصلی (در حال حاضر آنفولانزا)

ط) شمای کلی تابلو:

تابلو کنترل عفونت و بهداشت محیط			
شماره ۷ افقی A4	شماره ۳ عمودی A4	شماره ۲ عمودی A4	شماره ۱ عمودی A4
شماره ۸ عمودی A4	شماره ۶ عمودی A4	شماره ۵ عمودی A4	شماره ۴ عمودی A4
شماره ۹ افقی A4			

شناسنامه تابلو شماره ۴ :

(الف) عنوان تابلو: آموزش کارکنان

(ب) ابعاد کلی: ۹۰*۱۵۰

(ج) محل نصب: نزدیک ایستگاه پرستاری

(ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان

(د) تعداد: به ازای هر ایستگاه پرستاری یکی در نظر گرفته شود

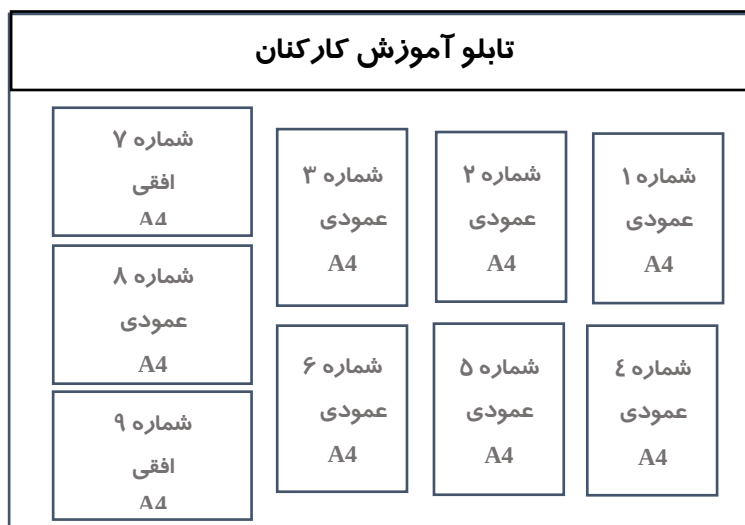
(ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۹ عدد

(ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۹ فضا در دوردیف شامل ۶ فضا مناسب برای A4 عمودی و ۳ فضا برای A4 افقی

(ز) محتوی فضاهای داخلی:

- فضای شماره ۱: فرآیند نیروهای جدیدالورود
- فضای شماره ۲: برنامه کنفرانس های داخل بخش
- فضای شماره ۳: برنامه کارورزی و کارآموزی دانشجویان
- فضای شماره ۴: نکاتی مرتبط با دوره های آموزشی ضمن خدمت کارکنان در هر ماه (مثل تاریخ برگزاری آزمون های مجازی و ثبت شدن دوره های حضوری یا شروع نیازسنجی آموزشی و ...)
- فضای شماره ۵: تاریخ برگزاری آزمون های مجازی و تاکید بر ثبت شدن دوره های حضوری در بیستم هر ماه
- فضای شماره ۶: مطلب آموزشی با ذکر تاریخ، منبع و نام نویسنده
- فضای شماره ۷: سایر موارد آموزشی مثل اطفای حریق و ...
- فضای شماره ۸: موارد مقررات دوره های آموزشی (نامه ارجاعی در اتوماسیون)
- فضای شماره ۹: موارد مقررات کارورزی و کارآموزی دانشجویان (نامه ارجاعی در اتوماسیون)

(ط) شمای کلی تابلو:



شناسنامه تابلو شماره ۵ :

الف) عنوان تابلو: اطلاع رسانی کارکنان

ب) ابعاد کلی: ۹۰*۱۵۰

ج) محل نصب: ایستگاه پرستاری

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان

د) تعداد: به ازای هر ایستگاه پرستاری یکی در نظر گرفته شود

ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۷ عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۷ فضا در ردیف شامل ۴ فضا مناسب برای A4 عمودی و ۳ فضا برای A3 افقی

ز) محتوی فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱، ۲، ۳ و ۴ : طبق نظر سرپرستار

➤ فضای شماره ۵، ۶ و ۷ : دیوتی

ط) شمای کلی تابلو:

تابلو اطلاعات سرپرستار			
شماره ۷ افقی	شماره ۳ عمودی	شماره ۲ عمودی	شماره ۱ عمودی
شماره ۸ عمودی	شماره ۶ عمودی	شماره ۵ عمودی	شماره ۴ عمودی
شماره ۹ افقی			

شناسنامه تابلو شماره ۶:

الف) عنوان تابلو: دستورالعمل های مرتبط اتاق کثیف

ب) ابعاد کلی: ۶۰*۷۰

ج) محل نصب: اتاق کثیف

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کارکنان مرتبط

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر اتاق کثیف یک عدد

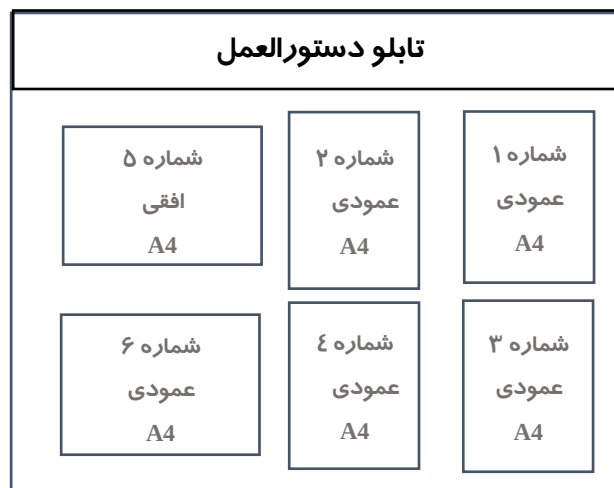
ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۶ عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۶ فضا در ردیف هر ردیف شامل ۳ فضا مناسب برای A4

ز) محتوای فضاهای داخلی:

- فضای شماره ۱: راهنمای شستشوی ساکشن
- فضای شماره ۲: راهنمای شستشوی لگن شوی
- فضای شماره ۳: راهنمای گندزداها
- فضای شماره ۴، ۵ و ۶: پوستر مرتبط با نظر سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول بهداشت محیط

ط) شمای کلی تابلو:



شناسنامه تابلو شماره ۷:

الف) عنوان تابلو: دستورالعمل های مرتبط با آتش نشانی

ب) ابعاد کلی: ۹۰*۷۰

ج) محل نصب: کنار فایرباکس

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کارکنان و کلیه مراجعین

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر تابلو فایرباکس یک عدد

ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۳ عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۳ فضا در یک مناسب برای A4

ز) محتوای فضاهای داخلی:

- فضای شماره ۱: دستورالعمل نحوه کار با کپسول آب و گاز
- فضای شماره ۲: دستورالعمل نحوه کار با کپسول پودری
- فضای شماره ۳: دستورالعمل فایرباکس

ط) شمای کلی تابلو:

تابلو دستورالعمل های آتش نشانی		
شماره ۳ عمودی A4	شماره ۲ عمودی A4	شماره ۱ عمودی A4

شناسنامه تابلو شماره ۸:

الف) عنوان تابلو: دستورالعمل های مرتبط با اتاق ایزوله

ب) ابعاد کلی: ۷۰*۵۰

ج) محل نصب: اتاق ایزوله

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کارکنان و کلیه مراجعین

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر اتاق ایزوله یک عدد

ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۳ عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۳ فضا دو فضا برای A5 و یک فضا A4 افقی

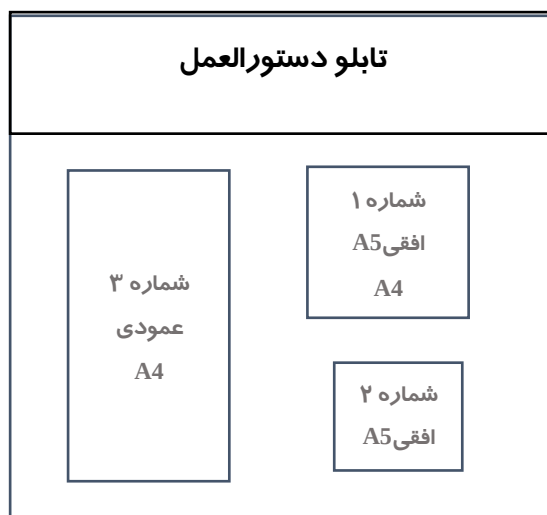
ز) محتوای فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱: دستورالعمل دفع پسماند عفونی

➤ فضای شماره ۲: دستورالعمل هندوآش

➤ فضای شماره ۳: دستورالعمل حفاظت فردی

ط) شمای کلی تابلو:



شناسنامه تابلو شماره ۹:

الف) عنوان تابلو: دستورالعمل های مرتبط با تی شور

ب) ابعاد کلی: ۷۰*۵۰

ج) محل نصب: اتاق تی شور

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کارکنان مرتبط

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر اتاق تی شور یک عدد

ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۲ عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۲ فضا A4 عمودی

ز) محتوی فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱ و ۲: دستورالعمل نحوه شستشوی تی

ط) شمای کلی تابلو:

تابلو دستورالعمل تی شور	
شماره ۲ عمودی A4	شماره ۱ عمودی A4

شناسنامه تابلو شماره ۱۰:

الف) عنوان تابلو: دستورالعمل های مرتبط با اتاق تمیز

ب) ابعاد کلی: ۷۰*۵۰

ج) محل نصب: اتاق تمیز

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کارکنان مرتبط

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر اتاق تمیز یک عدد

ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۲ عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۲ فضا مناسب A4 عمودی

ز) محتوای فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱ و ۲: دستورالعمل اتاق تمیز

ط) شمای کلی تابلو:

تابلو دستورالعمل اتاق تمیز	
شماره ۲ عمودی A4	شماره ۱ عمودی A4

شناسنامه تابلو شماره ۱۱:

الف) عنوان تابلو: هندراب و ۵ موقعیت دست

ب) ابعاد کلی: ۳۰*۲۰

ج) محل نصب: بالای هر تخت

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان و مراجعین

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر اتاق تخت یک عدد

ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۲ عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۲ فضا مناسب A5 افقی

ز) محتوای فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱: هندراب

➤ فضای شماره ۲: ۵ موقعیت دست

ط) شمای کلی تابلو:



شناسنامه تابلو شماره ۱۲ :

الف) عنوان تابلو: هندواش و تفکیک پسماند

ب) ابعاد کلی: ۲۰*۳۰

ج) محل نصب: کنار هر روشویی

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان و مراجعین

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر روشویی تخت یک عدد

ذ) تعداد فضا داخل تابلو: ۲ عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۲ فضا مناسب A5 افقی

ز) محتوای فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱ : هندواش

➤ فضای شماره ۲: تفکیک پسماند

ط) شمای کلی تابلو:



شناسنامه تابلو شماره ۱۳:

الف) عنوان تابلو: تفکیک پسماند

ب) ابعاد کلی: ۳۰*۲۰

ج) محل نصب: بالای هر سطل زباله

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان و مراجعین

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر سطل زباله یک عدد

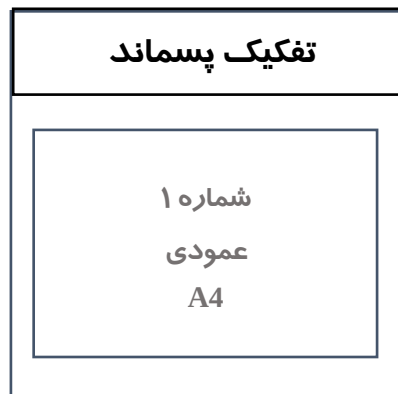
ذ) تعداد فضا داخل تابلو: یک عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۱ فضا مناسب A4 عمودی

ز) محتوای فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱: تفکیک پسماند

ط) شمای کلی تابلو:



شناسنامه تابلو شماره ۱۴:

الف) عنوان تابلو: تابلو پوستر راهنمای نحوه برخورد با شایعترین عوارض تزریق خون

ب) ابعاد کلی: ۷۰*۱۰۰

ج) محل نصب: اتاق درمان یا راهرو بخشها

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان مرتبط

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر اتاق درمان یک عدد

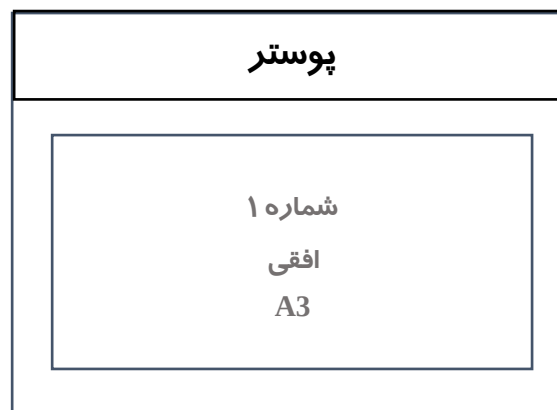
ذ) تعداد فضا داخل تابلو: یک عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۱ فضا مناسب A3 افقی

ز) محتوای فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱: پوستر راهنمای نحوه برخورد با شایعترین عوارض تزریق خون

ط) شمای کلی تابلو:



شناسنامه تابلو شماره ۱۵:

الف) عنوان تابلو: تابلو پوستر اقدام قبل از تزریق خون

ب) ابعاد کلی: ۷۰*۱۰۰

ج) محل نصب: اتاق درمان یا راهرو بخشها

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان مرتبط

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر اتاق درمان یک عدد

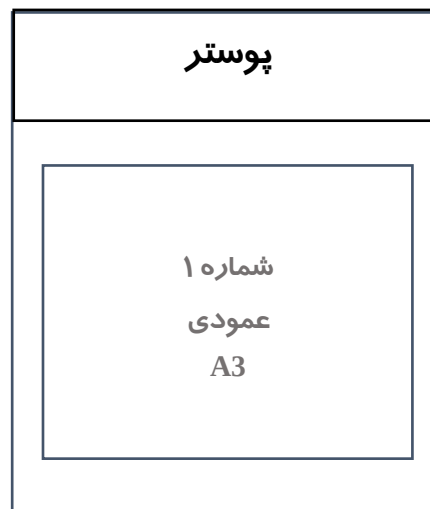
ذ) تعداد فضا داخل تابلو: یک عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۱ فضا مناسب A3 عمودی

ز) محتوای فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱ : پوستر اقدام قبل از تزریق خون

ط) شمای کلی تابلو:



شناسنامه تابلو شماره ۱۶:

الف) عنوان تابلو: تابلو پوستر تریاژ نظام سندرومیک

ب) ابعاد کلی: ۵۰*۷۰

ج) محل نصب: راهرو بخشها در نزدیکی تابلو کنترل عفونت

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان مرتبط

د) تعداد در هر بخش: یک عدد

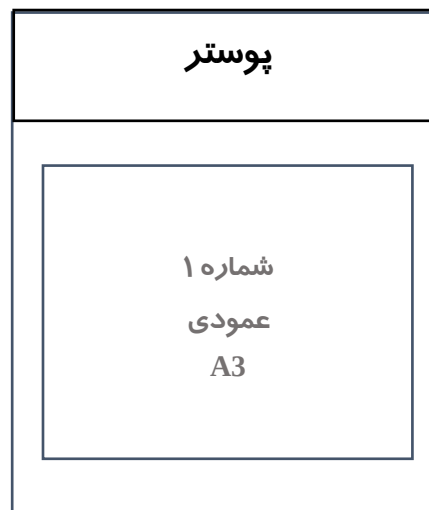
ذ) تعداد فضا داخل تابلو: یک عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۱ فضا مناسب A3 عمودی

ز) محتوای فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱: پوستر تریاژ نظام سندرومیک

ط) شمای کلی تابلو:



شناسنامه تابلو شماره ۱۷:

الف) عنوان تابلو: تابلو پوستراحتیاطات استاندارد

ب) ابعاد کلی: ۵۰*۷۰

ج) محل نصب: اتاق کار

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان مرتبط

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر اتاق کار یک عدد

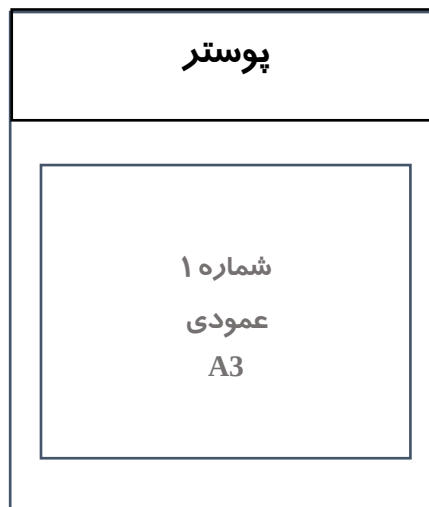
ذ) تعداد فضا داخل تابلو: یک عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۱ فضا مناسب A3 عمودی

ز) محتوای فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱: پوستراحتیاطات استاندارد

ط) شمای کلی تابلو:



شناسنامه تابلو شماره ۱۸:

الف) عنوان تابلو: تابلو پوسترگایدلاین CPR بالغین

ب) ابعاد کلی: ۱۰۰*۷۰

ج) محل نصب: راهرو بخشها

ح) مخاطب/گروه هدف محتوای تابلو: کلیه کارکنان مرتبط

د) تعداد در هر بخش: به ازای هر اتاق درمان یک عدد

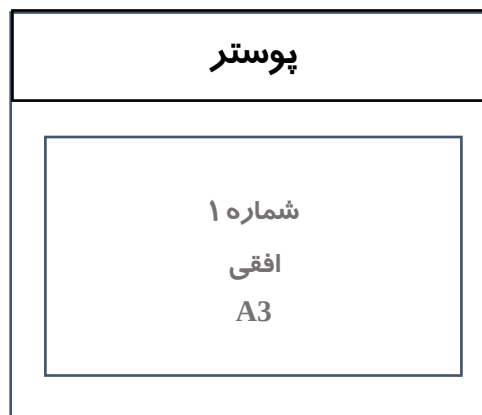
ذ) تعداد فضا داخل تابلو: یک عدد

ر) مشخصات فضاهای داخلی تابلو: جانمایی برای ۱ فضا مناسب A3 افقی

ز) محتوای فضاهای داخلی:

➤ فضای شماره ۱: پوسترگایدلاین CPR بالغین

ط) شمای کلی تابلو:



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 دائماً 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. ذینفعان در منطقه ۱، 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 توجیه 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 ۷. رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۱ و ۲) پروژه

استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان بر اساس قواعد 5s

رویکرد	تکنیک	رئیس بیمارستان	معاون توسعه مدیریت و منابع	رئیس دفتر بهبود کیفیت	روابط عمومی دانشگاه	سرپرستار	مسئول روابط عمومی	مدیر پرستاری	رئیس امور مالی
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								
	ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها								
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی								
	تبلیغات رسانه ای								
مشاوره بنیادی	نظرسنجی های پرسشنامه ای								
	گروه های کانون								
	ارزیابی محیط کار					✓		✓	
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع	✓	✓	✓			✓	✓	✓
	تربییون های 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								
شرکت 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 ۸. رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۳)

پروژه استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان بر اساس قواعد 5s

رویکرد	تکنیک	سوپروایزر	بیماران
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		
	ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها		
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی		
	تبلیغات رسانه ای		✓
مشاوره بنیادی	نظرسنجی های پرسشنامه ای		✓
	گروه های کانون		
	ارزیابی محیط کار		
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع		
	تربییون های دائمی		
	کمیته های مشورتی ذینفع		
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر		
	گردهمایی ذینفعان چندگانه		
دیالوگ، گفتگو عمیق	میزگردهای مشورتی		
	جلسات سیاستگذاری		
	درگیری سازی مجازی در اینترنت و اینترنت		
	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک	✓	
شرکت ها و منافع کاری	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		

تعامل و حمایت طلبی با ذینفعان هدف در مسیر اجرای استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان بر اساس قواعد 5s در قالب جلسات چند نفره صورت گرفت که در ادامه نمونه ای از مباحث مورد گفتگو ارائه می گردد:

مدیر خدمات پرستاری: با توجه به اینکه هر بخش در خصوص بالینی ممکن است مستندات و پوسترهای اختصاصی داشته باشد که در سایر بخشهای بالینی نیازی به نصب برروی تابلو نداشته باشد و در این صورت نمی توان لیست مستندات را به صورت عمومی در نظر گرفت و در جانمایی دچار کمبود جا شوند، به عنوان مثال در بخش زنان بایستی پوستر نمودار قد و وزن مادر باردار بر روی تابلو قرار گیرد .

مدیر تغییر: درست می فرمایید. اما برای اینکه بهتر بتوانیم روی این موضوع صحبت کنیم میشه در این خصوص محل ویژه ای برای قرار دادن اینگونه پوسترهای اختصاصی برای بخش در نظر گرفته شود.

معاون توسعه مدیریت و منابع: در خصوص نوع تابلو باید به گونه ای باشد که در صورت نیاز به تغییر پوستر یا مستندات این کار به راحتی انجام گرفته و از طرفی مستندات به صورت تمیز و مرتب و با نظم خاصی در روی تابلو قرار گیرد به نحوی که در کمترین زمان ممکن دسترسی به آن راحت باشد.

مسئول واحد بهداشت محیط: با توجه به تعدد پوسترهای بهداشت محیط بایستی تابلویی مختص بهداشت محیط و کنترل عفونت در نظر گرفته بشه.

مسئول واحد آتش نشانی: در خصوص اطلاع رسانی برای دستورالعمل های آتش نشانی بهتر است تابلویی جداگانه در نظر گرفته شود تا در صورت نیاز سریعاً جلب نظر نماید.

مدیر خدمات پرستاری: برخی پوسترها بایستی به صورت عمومی اطلاع رسانی شده و برخی مختص آموزش کارکنان و.. میباشد به نظر من بایستی جهت دسترسی سریع و جلب توجه بیشتر برای هر مورد تابلو جداگانه ای در نظر گرفته بشه.

مدیر تغییر: بایستی پس از تهیه لیست مستندات ضروری و تأیید نهایی دسته بندی انجام گرفته و جانمایی در سه سایز A5 تا A3 در تابلوها انجام بشه.

معاون توسعه مدیریت و منابع: بایستی فرآیندی تعریف گردد تا خارج از لیست مستنداتی که پس از تأیید در اختیار بخشها قرار میگیرد پوستر و برگه ای دیگر در روی تابلو قرار نگیرد و نظارت لازم نیز در این خصوص انجام گیرد.

مدیر تغییر: درست میفرمایید آقای دکتر. جهت اطمینان از اجرای صحیح این پروژه ارزیابان ما بایستی در هنگام ارزیابی این موضوع را مورد توجه قرار دهند و حتماً این مورد در سامانه ارزیابی درج میگردد. همچنین بایستی هر پوستر و مستنداتی قبل از قرار گرفتن در تابلو به تأیید اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت برسه.

موضوعاتی که توسط رئیس اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت بیان شد به شرح زیر بود:

- لزوم یکسان سازی تابلو های اعلانات در بخشها
- تهیه لیستی از تابلوهای اعلاناتی که در هر بخش نیاز میباشد.
- تهیه مستندات و پوسترهایی که بایستی در معرض دید باشد.
- انتخاب نوع تابلو اعلانات
- انتخاب ابعاد تابلو های اعلانات مورد نیاز
- جانمایی تابلوهای اعلانات در بخشهای بالینی بیمارستان ۶۱۰ تختخوابی
- ابعاد مورد نیاز تابلوهای اعلانات
- نظارت بر اجرای صحیح فرآیند

۳-۲) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

به صورت کلی در ارتباط با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

- مدیر تغییر می بایست قبل از تعامل با ذینفعان برای اجرا نحوه ارتباط ایشان با پروژه را بررسی و شناسایی نماید.
- مدیر تغییر می بایست تعیین کند برای هر ذینفع 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 ذینفعان کلیدی پروژه باشد.
- مدیر تغییر باید به درستی استراتژیهای تعامل (اجرای تصمیم، پذیرش تصمیم، آموزش، مذاکره و اطلاع رسانی) با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه را شناسایی نماید.
- شفافیت اهداف و برنامه های انجام پروژه و توجه به تامین منافع ذینفعان توسط مدیر تغییر می تواند منجر به مشروعیت بخشی پروژه در نزد ذینفعان شود.
- مدیر تغییر بایستی شناخت کافی از ذینفعان و انتظارات آنها داشته باشد؛ زیرا کسب رضایت ذینفعان پروژه بدون شناخت و در نتیجه پاسخ مناسب به انتظارات آنها غیرممکن خواهد بود.
- ارائه بازخورد موثر و مثبت در ابتدا به صاحبان فرآیند در جلب حمایت ایشان در مسیر اجرای پروژه بسیار موثر می باشد.

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری سازی

فهرست مطالب فصل:

- روش اجرا

۱-۴) روش اجرا

در این قسمت به صورت کامل نشان داده شده است که پروژه "استاندارد سازی تابلو های مورد نیاز در سطح بخش های بالینی بیمارستان بر اساس قواعد 5s" در مسیر اجرا چه روندی را طی کرده است. عناوین موضوعاتی که در این قسمت ارائه شده است به شرح ذیل می باشد:

- انتخاب مدل قرار گیری فرم ها در داخل تابلو
- انتخاب جنس تابلو
- مذاکره برای انتخاب پیمانکار
- تهیه نمونه کار اولیه
- اخذ نظرات ذینفعان در خصوص نمونه کار تولید شده
- سفارش کل کار به پیمانکار
- تحویل تابلوها و نصب در محل های مشخص شده
- نصب محتوی در محل مربوطه
- نظارت مستمر

۱) انتخاب جنس تابلو

با توجه به اینکه در طول زمان نیاز می باشد تغییراتی در محتوا و یا نوع مستندات قرار گرفته در تابلو اعلانات انجام شود و نظر به سابقه ای که در بخشهای قبلی در بیمارستان بود، همچنین درخصوص جنس تابلوها با در نظر گرفتن مواردی نظیر نظافت، کنترل عفونت، استحکام و . . . طراحی نوع تابلو ها نیاز به مطالعه و بررسی ویژه ای داشت. بدین منظور با حضور پیمانکاری که قبلا جهت طراحی تابلوها با بیمارستان همکاری داشت جلسات متعددی تشکیل گردید که توافق شد تابلوها از نوع فلکسی و به تعداد و ابعادی که (با توجه به گزارشی که از سوی اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت) در اختیار قرار داده میشود تهیه گردد.

(۲) مذاکره برای انتخاب پیمانکار

بعد از تعیین سائز و جنس تابلوها طبق توافقی که در جلسات مرتبط با صاحبان فرآیند انجام شد مقرر گردید که فرآیند تعیین پیمانکار انجام شود لذا با توجه به برآورد مبلغ و عدم نیاز به انجام تشریفات مناقصه از پیمانکارانی که در این خصوص تجربه همکاری با بیمارستان را داشتند استعلام قیمت گرفته شد و نهایتاً پیمانکار تعیین و توافق نامه ای در این خصوص منعقد گردید.

(۳) تهیه نمونه کار اولیه

بعد از انعقاد تفاهم نامه از پیمانکار درخواست گردید که قبل از شروع کار یک نمونه از کار انجام شده را تهیه و تحویل نماید که پس از آن نظرات صاحبان فرآیند اخذ و مورد تائید قرار گرفت و به پیمانکار موارد اصلاحی اعلام گردید.

(۴) سفارش کل کار به پیمانکار

طی توافق نامه ای کل کار به پیمانکار سفارش داده شد و مقرر گردید که ظرف مدت یکماه تمام کار تحویل داده شود.

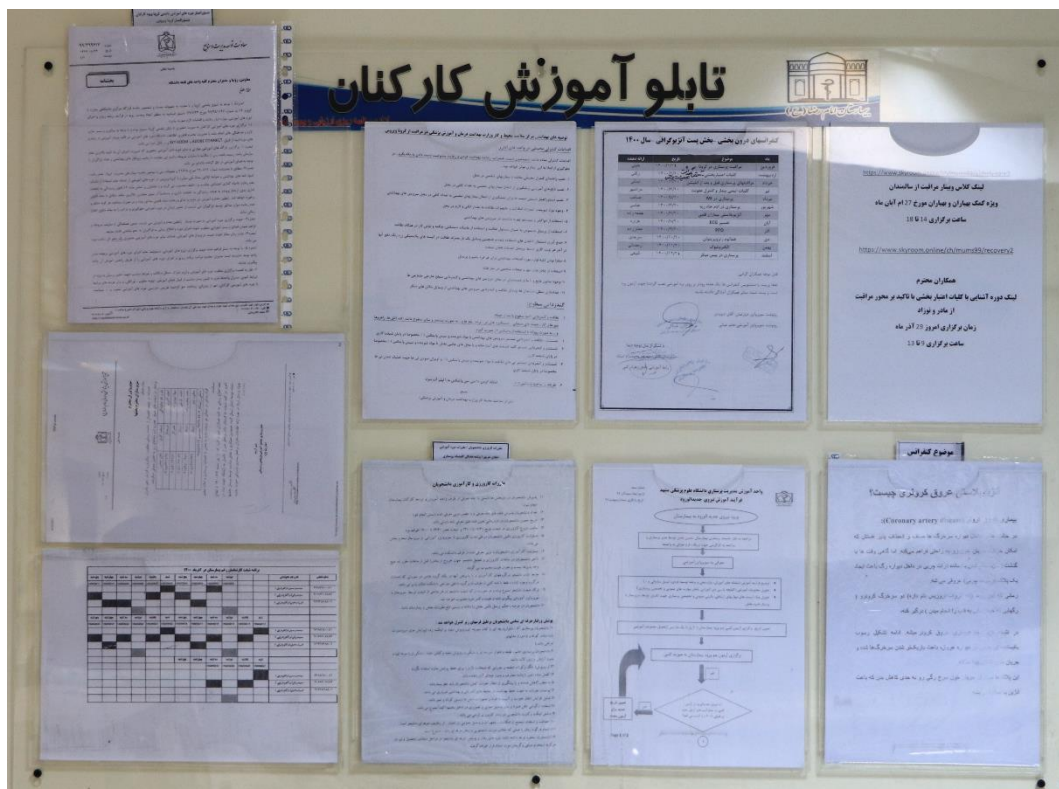
(۵) تحویل تابلوها و نصب در محل های مشخص شده

تابلوهای تهیه شده طبق جانمایی انجام شده با نظر اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت که مجری اصلی طرح بودند در محل های جانمایی شده نصب گردید.

(۶) نصب محتوی در محل مربوطه

تمامی محتوای مورد نظر طی لیستی تحویل سرپرستار گردید و در خصوص اجرای صحیح آن سرپرستار هر بخش به عنوان ناظر نظارت کرده و تابلوها مرتب گردید. در شکلهای زیر نمونه های از کارهای نصب شده نشان داده شده است.





۷) اطلاع رسانی در خصوص مستندات که بایستی در تابلوها قرار داده باشد

بعد از تهیه لیست مواردی که بایستی در تابلوها قرار بگیرد، این لیست در سرور بیمارستان نیز قرار داده شد و اطلاع رسانی لازم در این خصوص انجام شد و لینک نیز جهت دسترسی آسانتر به مستندات مورد نظر در سرور ایجاد گردید. در شکلهای زیر آدرس ورود به سرور بیمارستان و دسترسی به موارد قابل نصب در تابلوها نمایش داده شده است.

مرحله اول: ورود به سامانه از طریق آدرس <http://virh-filesrv>



✓ تمامی سوالات تا حد امکان در ارزیابی بررسی گردد.

✓ در صورت عدم مشاهده موارد مرتبط با شاخص گزینه مربوط به آن شاخص تیک زده نشود.

در ادامه به صورت شمایک نحوه ورود به سامانه ارزیابی مستمر توسط ارزیاب و انجام ارزیابی نشان داده شده است:

ا. مرحله اول: ورود به سامانه از طریق آدرس <http://irhpayesh.mums.ac.ir>

ب. مرحله دوم: انتخاب بخش مورد نظر از طریق انتخاب لیست یا از طریق جستجو در کادر بالا

ج. مرحله سوم: انتخاب محور حقوق گیرنده خدمت

د. مرحله چهارم: امتیازدهی شاخص ها و ذخیره اطلاعات

→ Not secure | irhpayesh.mums.ac.ir/Pages/InfoCheckList.html

تعریف چک لیست

محور: حقوق گیرنده خدمت

شاخص: مستندات لازم جهت نصب بروی تابلو روابط عمومی طبق ابلاغ موجود میباشد

عنوان توضیحات: تابلو بخش ها

توضیحات: ۱- تابلو ۱۹۰ (عدم رعایت موازین بهداشتی-درمانی) ۲-۲۰۲ پوستر ممنوعیت ها (تلفن- سیگار) ۳-منشور حقوق بیمار۴-لیست مراکز دیالیز ۵- فرایند رسیدگی به شکایات

وضعیت: فعال

جستجو جدید ویرایش

برای گروه بندی بر اساس یک ستون، عنوان ستون را به اینجا بکشید

ردیف	نام محور	شاخص	عنوان توضیحات	توضیحات	وضعیت	ویرایش	حذف
۱	حقوق گیرنده خدمت	پوسترهای همونیزولانس و CPR بر روی دیوارنصب باشد	تابلو بخش ها		فعال		
۲	حقوق گیرنده خدمت	"مستندات لازم جهت نصب بروی تابلو روابط عمومی طبق ابلاغ موجود میباشد"	تابلو بخش ها	۱- تابلو ۱۹۰ (عدم رعایت موازین بهداشتی-درمانی) ۲-۲۰۲ پوستر ممنوعیت ها (تلفن- سیگار) ۳-منشور حقوق بیمار۴-لیست مراکز دیالیز ۵- فرایند رسیدگی به شکایات	فعال		
				۱- فرایند نیروهای جدیدالورود ۲- برنامه کفترانس های داخل بخش۳- برنامه کارورزی و کارآموزی دانشجویان ۴- نکاتی مرتبط با دوره های آموزشی ضمن خدمت کارکنان در هرمه (مثل تاریخ برگزاری آزمون های			

منابع

۱. علیرضا م. حسین ر. تأثیر نظام آراستگی 5S بر کیفیت، بهره‌وری و فرهنگ سازمانی پرسنل در محیط‌های جراحی بیمارستان‌های دولتی شهر شیراز.
۲. سیما ع. فریده م. نظام آراستگی در بهداشت و درمان: دیدگاه اسلام.
۳. بهادری، محمدکریم، زاده عم، خلیل، آبادی ر، کامیار. تأثیر آموزش نظام آراستگی محیط کار بر بهروری کارکنان مرکز بهداشت. مجله پژوهش سلامت. ۲۰۱۷؛ ۲(۳): ۷۵-۱۶۷.
۴. Von Meding J, McAllister K, Oyedele L, Kelly K. A framework for stakeholder management and corporate culture. Built Environment Project and Asset Management. 2013.
۵. Preble JF. Toward a comprehensive model of stakeholder management. Business and society review. 2005;110(4):407-31.
۶. Arbabi H, Alishahi S, Sobhiyah M-H, 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. 2021;10(37):71-84.
۷. Lin X, Ho CM-F, Shen GQ. For the balance of stakeholders' power and responsibility: A collaborative framework for implementing social responsibility issues in construction projects. Management Decision. 2018.
۸. زهرا م، فریبا ن، حسین قع. ارزیابی آمادگی سازمانی برای استقرار نظام آراستگی در کتابخانه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز.
۹. نوری، آزاده، حسینی. بررسی تأثیر آموزش تکنیک ساماندهی محیط کار بر آراستگی محیط کاری اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی اصفهان در سال ۱۳۹۲. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۰۱۵؛ ۲۲(۶): ۵۱-۹.
۱۰. پزشکی وبدو. راهنمای جامع استانداردهای اعتبار بخشی ملی بیمارستانهای ایران ۱۳۹۸.]
۱۱. پور ن، امیراشکان، رئیسی، پوران، نیک س. تأثیر آموزش نظام آراستگی محیط (5S) بر الگوی مصرف تجهیزات پزشکی مصرفی در بیمارستان آیت ا... کاشانی تهران در سال ۱۳۸۷. مجله بیمارستان. ۲۰۰۹؛ ۸(۵): ۱۹-۲۶.
۱۲. سیدمحمدهادی م، قاسم رو، لیلا آم، فاطمه عع. مهدی ر. ارزیابی مقایسه‌ای محیط کار بر اساس نظام آراستگی محیط قبل و بعد از اجرا در بخش‌های پشتیبانی بیمارستان امیراعلم.
۱۳. Tafreshi S, Safavi Z. The feasibility study of implementation of "5S" system in the repository and reference division of the National Library of Iran. 2011.
۱۴. متین بک، احمدی سمس، باباپور ح، میری ا، خالصی م، متین اک. تأثیر نظام آراستگی سازمانی (5S) بر خدمات بیمارستانی در مرکز آموزشی درمانی ۵۱۵ تخت خوابی امام رضا (ع) کرمانشاه. مدیریت اطلاعات سلامت.
۱۵. Nana W, Drabo M, Agueh V. Implementation of the 5S quality control management scheme to the Ouidah hospital zone in Benin. Revue d'epidemiologie et de sante publique. 2015;63(1):29-34.
۱۶. Ishijima H, Nishikido K, Teshima M, Nishikawa S, Gawad EA. Introducing the "5S-KAIZEN-TQM" approach into public hospitals in Egypt. International journal of health care quality assurance. 2019.
۱۷. Kanamori S, Shibnuma A, Jimba M. Applicability of the 5S management method for quality improvement in health-care facilities: a review. Tropical medicine and health. 2016;44(1):1-8.
۱۸. Hamid NAA, Hisham MHB, Abdullah NH. The Development of 5s-Kaizen And Service Excellence Measurement Framework for Malaysia Private Hospitals. 2016.
۱۹. MOSADEGHRAD AM, AKBARI SA, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. 2017.