

# جایگاه خط مشی و اصول خط مشی نویسی در مدیریت سلامت

ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی مشهد



شماره اسلاید	عنوان
۴	مقدمه
۵	برنامه استراتژیک
۱۳	برنامه عملیاتی
۱۶	خط مشی
۱۸	روش اجرایی (پروسیجر)
۲۰	دستورالعمل (پروتکل)
۲۲	راهنماهای بالینی (گاید لاین)
۲۴	مقایسه خط مشی، روش اجرائی، گایدلاین و پروتکل
۲۹	جایگاه خط مشی در نظام مدیریت
۳۶	توضیح تفصیلی بخش های یک خط مشی به همراه مثال

### مدیریت در بیمارستان تحت تأثیر دو عامل اساسی می باشد:

۱- شرایط سیاسی کشورها و تبعات تغییر در نظام مدیریتی در سطح کشور

۲- ویژگیهای مربوط به صاحبان فرایند ( بهره هوشی مناسب ، سطح دانش و

مهارت، قابلیت مدیریت شرایط پر استرس ،....)



لذا بر این اساس استفاده از ابزار قابل قبول برای کاهش تأثیر دو

عامل فوق و استاندارد سازی و یکنواخت سازی نظام مدیریت

سلامت در سطح جهان ضروری است.

# ابزارهای استانداردسازی شامل:

برنامه استراتژیک



برنامه عملیاتی



خط مشی



روش اجرایی



دستورالعمل



راهنماهای بالینی



در واقع استفاده از این تکنیک ها یک نظام راهنمای رفتاری را در اختیار پرسنل قرار می دهد که هر کدام مکمل دیگری است.



# برنامه ریزی استراتژیک

کوششی است ساخت یافته برای اتخاذ تصمیم های اساسی و انجام اعمالی که ماهیت سازمان، نوع فعالیت ها و دلیل انجام آن فعالیت ها را توسط سازمان شکل داده و میسر می بخشد.



# فرمت برنامه استراتژیک



۱. مقدمه
۲. چشم انداز
۳. رسالت
۴. ارزش ها
۵. ذی نفعان
۶. تحلیل وضعیت موجود بر اساس روش (SWOT)
۷. تعیین وضعیت سازمان
۸. تعیین موضوع استراتژیک پیش روی سازمان
۹. استراتژی ها
۱۰. اهداف استراتژی



# فرمت برنامه استراتژیک

## ۱. مقدمه

چشم انداز دورنمای کلی سازمان را نشان میدهد

**مثال:** بیمارستان بر این باور است که با پایبندی به سند چشم انداز جمهوری اسلامی ایران و نقشه جامع علمی کشور، یکی از بیمارستان های برتر کشور در زمینه ارتقاء سطح سلامت باشد.

## ۲. چشم انداز

رسالت، مشخص کننده فلسفه وجودی سازمان بوده و شامل اهداف، وظایف اصلی، ویژگی ها و ارزش های حاکم بر آن سازمان می باشد.

## ۳. رسالت

**مثال:** بیمارستان متعهد است که با برنامه ریزی، هدایت، نظارت و ارزشیابی موثر و با تکیه بر همکاری بین بخشی و بهره گیری از ظرفیت های علمی و تخصصی موجود، زمینه ارائه خدمات مطلوب آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی در سطح منطقه با رویکرد دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی درمانی را فراهم آورد.

## ۴. ارزش ها

ارزش ها مجموعه قوانین ثابت و غیر متغیری است که کل استراتژی ها بر مبنای آنها شکل گرفته و در تمام طول زمان اجرا، با تکیه و نگاه بر آنها استراتژی ها به اجرا گذاشته می شوند  
**مثال:** – اعتقاد به هویت و کرامت انسانی  
– تامین عدالت در سلامت و پرهیز از هرگونه تبعیض

- 
-



# فرمت برنامه استراتژیک

ذینفع، افراد و گروه‌هایی هستند که برای رسیدن به بخشی از اهداف یا نیازهای خود به سازمان وابسته‌اند و سازمان نیز به نوبه خود به آنها وابسته است و از آنها متأثر می‌شود. شناسایی ذینفع به منظور ارزیابی سلیق آنها و تشخیص راه‌های اثرپذیری و اثرگذاری از/بر این سلیق و علایق است و کمک می‌کند تا پی‌برید کدام افراد یا سازمان‌ها را در فعالیت خود دخیل بدانید، به نقش و جایگاه ذینفع در قبال خود پی‌برید و استراتژی کلی انگیزشی-رفتاری را برای آنها طراحی کنید

## مثال:

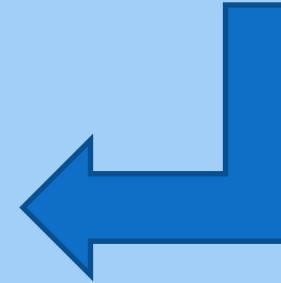
- نظام پزشکی
- مردم و بیماران
- اعضای هیات علمی

۵. ذی نفعان

# فرمت برنامه استراتژیک

## ۶. تحلیل وضعیت موجود بر اساس روش (SWOT)

نقاط ضعف (W) ...-۱ ...-۲ : .	نقاط قوت (S) ...-۱ ...-۲ : .	محیط داخلی
		محیط خارجی
(WT) ...-۱ ...-۲ : .	(ST) ...-۱ ...-۲ : .	تهدیدها (T) ...-۱ ...-۲ : .
(WO) ...-۱ ...-۲ : .	(SO) ...-۱ ...-۲ : .	فرصت ها (O) ...-۱ ...-۲ : .



نقاط قوت (Strengths): مجموعه منابع و توانمندی های داخل سازمانی است که سازمان را در جهت نیل به اهداف خود یاری می نماید

نقاط ضعف (Weaknesses): مجموعه ای از عوامل داخل سازمانی است که مانع از تحقق اهداف سازمان می گردند

فرصت ها (Opportunities): مجموعه ای از امکانات بالقوه خارج از سازمان که در صورت بهره گیری از آنها توانمندی های سازمان افزایش خواهد یافت

تهدیدها (Threats): مجموعه ای از عوامل مؤثر و مداخله گر خارج از سازمان که مانع از اجرای برنامه ها و تحقق اهداف سازمان می گردند

عوامل داخلی (SW): مجموعه نقاط قوت و ضعف سازمان را عوامل داخلی گویند

عوامل خارجی (OT): مجموعه فرصت ها و تهدیدهای سازمان را عوامل خارجی گویند

استراتژی های ST: استراتژی هایی که باعث کنترل تهدیدها و یا تبدیل آنها به فرصت می شوند

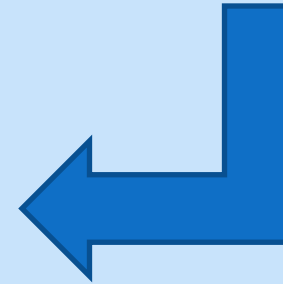
استراتژی های SO: استراتژی هایی که با استفاده از نقاط قوت در جهت بهره گیری از فرصت ها تدوین می شوند

استراتژی های WT: استراتژی هایی که سازمان را در برابر تهدیدها حفظ کرده و توانمندی سازمان را جهت کنترل و یا تبدیل تهدید به فرصت افزایش می دهند

استراتژی های WO: استراتژی هایی که جهت استفاده از فرصت ها و رفع کمبودها تدوین می شوند

# فرمت برنامه استراتژیک

## ۷. تعیین وضعیت سازمان



فرصت ها

استراتژی توسعه

استراتژی محافظه کارانه

قوت ها

استراتژی رقابتی

استراتژی تدافعی

تهدید ها

-استراتژی توسعه: در این حالت شرکت وضع مطلوبی از حیث وضعیت داخلی و نیز خارجی برخوردار است و باید به فکر توسعه باشد

-استراتژی محافظه کارانه: در این وضعیت شرکت باید شایستگی اصلی خود را حفظ کند و خود را در معرض خطرهای بزرگ قرار ندهد

-استراتژی رقابتی: در این حالت شرکت باید از نقاط قوت داخلی خود بر تهدیدات محیطی غلبه نماید و از فرصت های موجود بهترین بهره برداری را انجام دهد

- استراتژی تدافعی: شرکت های در این وضعیت باید نقاط ضعف داخلی را اصلاح کنند و از تهدیدات خارجی پرهیز کنند

# فرمت برنامه استراتژیک

مثال:

- ۱- بودجه و اعتبارات
- ۲- نظام پرداخت پرسنی
- ۳-.
- ۴-.

۸. تعیین موضوع استراتژیک پیش روی سازمان

مثال:

- ۱- استراتژی تغییر و تقویت سیستم پیگیری مطالبات
- ۲- استراتژی واگذاری برخی امور به بخش غیر دولتی
- ۳-.

۹. استراتژی ها

مثال:

- ۱-۱- ارتقاء سیستم فناوری اطلاعات بیمارستان
- ۱-۲- توسعه مشارکت بخشهای خصوصی و خیرین در امور بیمارستان

۱۰. اهداف استراتژی

- .
- .

# ابزارهای استانداردسازی شامل:

برنامه استراتژیک



برنامه عملیاتی



خط مشی



روش اجرایی



دستورالعمل



راهنماهای بالینی



در واقع استفاده از این تکنیک ها یک نظام راهنمای رفتاری را در اختیار پرسنل قرار می دهد که هر کدام مکمل دیگری است.



## برنامه عملیاتی



- متشکل از " چگونگی رسیدن به هدف " بخشی از مرحله برنامه ریزی استراتژیک است.
- تعریف جامعی از استراتژیها و اقدامات اجرایی شده برای انجام برنامه استراتژیک است. این برنامه جزئیات روشها ، یا استراتژیهای را که برای انجام اهداف آرمانی و مأموریت های یک سازمان و برنامه های آن مورد استفاده قرار می گیرد را به دقت تشریح می کند. وظایف و مسئولیتها به صورت SMART (مخفف واژه های اختصاصی ، قابل اندازه گیری ، فعال ولی دست یافتنی ، نتیجه مدار و وابسته به زمان ) مشخص گردیده است.
- برنامه های عملیاتی باید جامع باشند.

# فرمت برنامه عملیاتی



مقدمه	
هدف کلی	
۱-۱-۱-۱ ۱-۱-۱-۲ . .	اهداف اختصاصی
۱-۱-۱-۱ ۱-۱-۱-۲ . .	استراتژی ها
الف-۱-۱-۱-۱ ب-۱-۱-۱-۱ . .	فعالیت ها
مسئول اجرای هر فعالیت	
زمان انجام فعالیت	
شاخص پایش	

# ابزارهای استانداردسازی شامل:

- برنامه استراتژیک
- برنامه عملیاتی
- خط مشی
- روش اجرایی
- دستورالعمل
- راهنماهای بالینی

در واقع استفاده از این تکنیک ها یک نظام راهنمای رفتاری را در اختیار پرسنل قرار می دهد که هر کدام مکمل دیگری است.



## خط مشی (policy)

عنوان کننده ساختار ، اصول و راهنماییهای لازم برای اجرای فعالیتهای صورت گرفته در راستای مراقبت از بیمار است و به منزله بنیانی برای یکنواخت سازی تصمیم های مربوط به هر فرآیند و مدیریت صحیح منابع مورد نیاز آن محسوب می گردد.

**مثال:** خط مشی مدیریت فرآیند CPR

# ابزارهای استانداردسازی شامل:

- برنامه استراتژیک
- برنامه عملیاتی
- خط مشی
- روش اجرایی
- دستورالعمل
- راهنماهای بالینی

در واقع استفاده از این تکنیک ها یک نظام راهنمای رفتاری را در اختیار پرسنل قرار می دهد که هر کدام مکمل دیگری است.

## روش اجرایی (پروسیجر):

روش اجرا شامل یکسری از مراحل است که با ترتیبی منظم و ویژه، اجرای یک خط مشی را ترسیم می کند.

❖ چگونگی اجرا سیاست بخش / بیمارستان را بیان می کند

❖ بیانگر سیاست عملکردی بیمارستان است

❖ تحت تاثیر خط مشی مدیران در زمینه فرایند مورد نظر می باشد

مثال: روش اجرای خط مشی مدیریت فرآیند CPR

# ابزارهای استانداردسازی شامل:

- برنامه استراتژیک
- برنامه عملیاتی
- خط مشی
- روش اجرایی
- دستورالعمل**
- راهنماهای بالینی

در واقع استفاده از این تکنیک ها یک نظام راهنمای رفتاری را در اختیار پرسنل قرار می دهد که هر کدام مکمل دیگری است.





## دستور العمل (پروتکل ها) :

❖ مجموعه ای از استانداردهای عینی و قابل اندازه گیری هستند که روند یک فرآیند اجرایی را مشخص می کنند .

❖ پروتکل ها بار قانونی داشته و الزام اجرایی دارد.

**مثال:** پروتکل هموویژنلانس

# ابزارهای استانداردسازی شامل:

برنامه استراتژیک



برنامه عملیاتی



خط مشی



روش اجرایی



دستورالعمل



راهنماهای بالینی



در واقع استفاده از این تکنیک ها یک نظام راهنمای رفتاری را در اختیار پرسنل قرار می دهد که هر کدام مکمل دیگری است.





## راهنمای بالینی (گایدلاین):

❖ مجموعه ای از استانداردها و یا قوانین منظم است که به تصمیم گیری در مورد چگونگی اجرای یک خط مشی کمک می کند.

❖ گایدلاینها اغلب زیر بنای خط مشی محسوب شده و بهترین شکل اجرای یک فرایند را تعریف می کنند که ممکن است ارتباطی با خط مشی سازمان نداشته باشد. (رفرنس اجرائی)

❖ گایدلاینها صرفاً "جنبه علمی داشته و الزام قانونی برای اجرا ندارد.

**مثال:** گایدلاین های پرستاری.

# مقایسه خط مشی، روش اجرایی، گایدلاین و پروتکل

پروتکل	گاید لاین	روش اجرایی	خط مشی	
<p>عموماً مرکز سیاست گذاری کلان کشوری (امکان تدوین آن به صورت بومی نیز وجود دارد)</p>	<p>منابع علمی (کتب مرجع)</p>	<p>مدیریت بیمارستان و یا دپارتمان (مرتبط و هم راستا با خط مشی)</p>	<p>مدیریت بیمارستان و یا دپارتمان (بر اساس گاید لاینها، پروتکلها و هم راستا با استراتژیهای بیمارستان)</p>	<p>منبع و مسؤل تدوین</p>
<p>ارائه شکل استاندارد و قابل قبول ارائه یک فرایند (قابل اجرا در کلیه مراکز مسؤل ارائه خدمت)</p>	<p>ارائه بهترین و علمی ترین شکل اجرای یک فرایند (بدون ارتباط با خط مشی و محدودیتهای یک سازمان)</p>	<p>گامهایی اجرایی برای یکسان سازی فعالیتهای صاحبان فرایند</p>	<p>تبیین سیاست سازمان و راهکار پیاده سازی آن</p>	<p>هدف</p>



# مقایسه خط مشی، روش اجرایی، گایدلاین و پروتکل

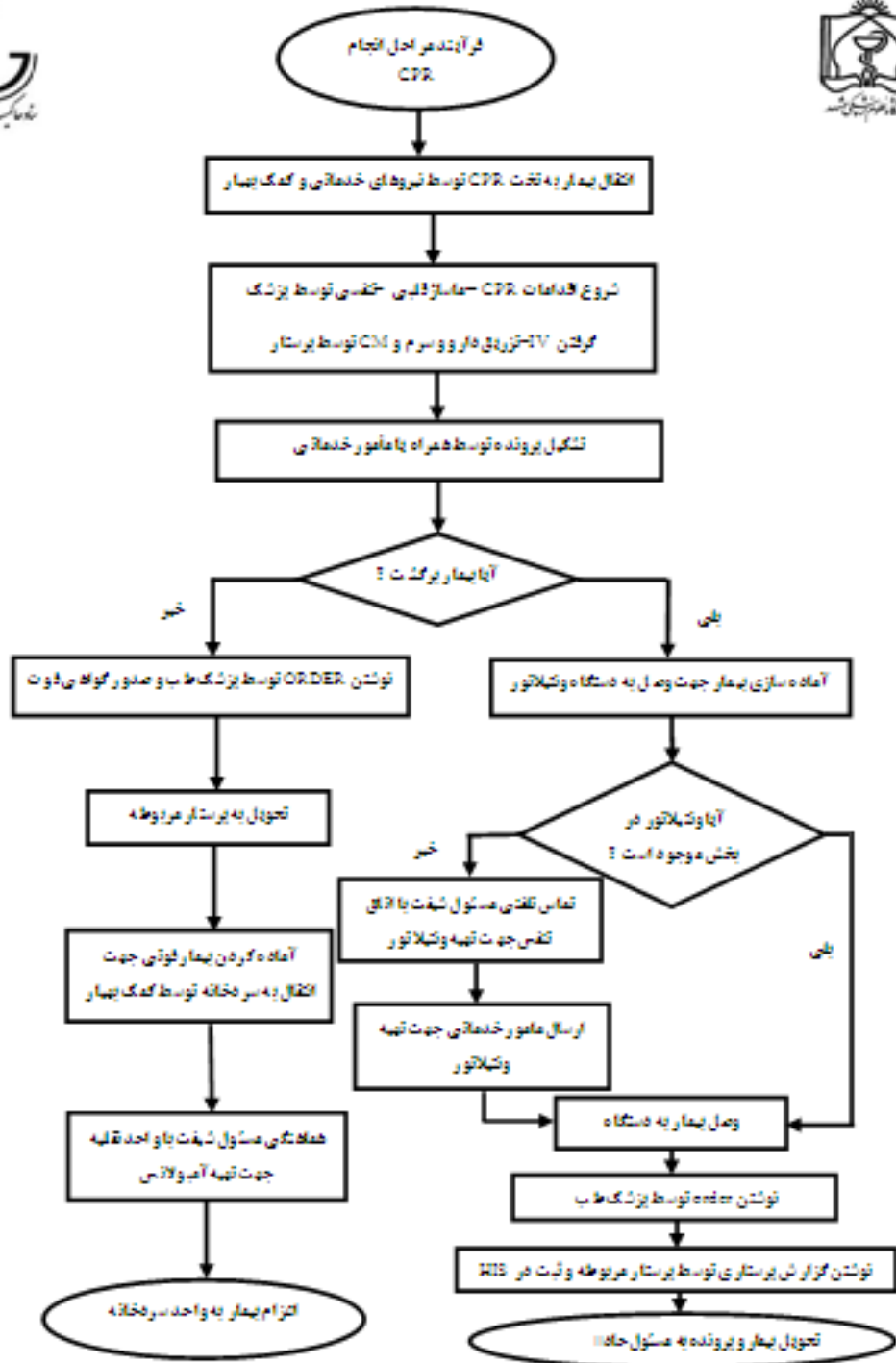
پروتکل	گاید لاین	روش اجرا	خط مشی	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• بیان علمی</li> <li>• بیان چگونگی، نحوه ارائه فرایند، فرد مسئول، توالی</li> <li>• دارای الزام اجرایی و بار قانونی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بیان علمی</li> <li>• بیان چگونگی، نحوه ارائه فرایند، فرد مسئول، توالی</li> <li>• صرفاً علمی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بیان ساده</li> <li>• بیان چگونگی انجام فرآیند، فرد مسئول، توالی زمانی...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بیان ساده</li> <li>• بیان چستی و چرایی فرآیند</li> </ul>	محتوا
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تمامی مراکز ارائه خدمات سلامت در سطح کشور (در صورت تدوین بومی کلیه مراکز تحت پوشش سازمان تدوین گر)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تمامی مراکز ارائه خدمات سلامت (جهانی)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سطح بیمارستان / بخش</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سطح بیمارستان / بخش</li> </ul>	حیطه اجرا
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تغییر در محتوای منابع علمی و سیاستهای مراکز سیاست گذاری</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بر اساس پیشرفت در تکنولوژی، توسعه علوم پایه و پژوهش های بالینی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بر اساس نتایج ممیزی اجرای خط مشی در بیمارستان یا بخش</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• علاوه بر تغییرات منابع علمی و ...، بر اساس نتایج ممیزی اجرای خط مشی در بیمارستان یا بخش</li> </ul>	نحوه بازنگری

# مقایسه فرآیند با روش اجرایی

**توجه:** فرآیند نیز روش انجام یک فعالیت را در یک الگوی نظام یافته ترسیم میکند.

۱. در یک فرآیند از ابتدای شروع یک فعالیت یعنی مراجعه خدمت گیرنده تا آخرین مرحله یعنی خروج بیمار از سیستم دیده شده و توالی زمانی و فرد مسئول در فلوجارت با فرمت تعریف شده ثبت می شود. اما در روش اجرایی مدیریت فرآیند توضیح داده می شود که شامل ساختار، خود فرآیند، پیامد و نحوه ارزیابی می باشد.

۲. روش اجرایی اغلب شامل چندین فرآیند است.





# جایگاه خط مشی در نظام مدیریت



# جایگاه خط مشی در نظام مدیریت

امروزه در اغلب سازمانها برنامه استراتژیک و عملیاتی تدوین شده است اما؛  
خط مشی ( که در حقیقت سیاست های سازمان و روش اجرای آن را بیان می کند)  
دقیقاً همان ابزاری است که در حال حاضر در اغلب سازمان ها و بیمارستان ها وجود ندارد  
خط مشی در نظام مدیریت، پس از تعیین رسالت سازمان ( برگرفته از برنامه استراتژیک)،  
اهداف سازمان ( برگرفته از برنامه عملیاتی)، استراتژی ها (برگرفته از برنامه استراتژیک و  
عملیاتی) قرار می گیرد.

# جایگاه خط مشی:

✓ یک پله پایین تر از استاندارد ویک پله بالاتر از تصمیمات فردی می باشد.

✓ در واقع آنچه که هویت هر بیمارستان را ساخته و پرداخته می نماید و در واقع بیمارستان ما را از سایر بیمارستان های مشابه متمایز می سازد.

✓ مفاهیم خط مشی از رسالت سازمان منشاء می گیرید.



## ویژگی های خط مشی

□ دارای ثبات و در عین حال انعطاف پذیر است

(ثبات بدین معنی است که غیر قابل تغییر است مگر اینکه تغییری زیر بنایی در شرایط حاکم ایجاد شود. انعطاف پذیر است بدین معنی که برای سلیقه و تصمیمات مدیر سازمان جایگاه قائل است.)

□ دارای زبانی ساده روشن و قابل فهم است

□ خط مشی مورد تأیید مدیرانی است که مسئول تصمیم گیری های اجرای سازمان می باشند (در صورتی که خط مشی کاربرد وسیع بیش از یک بخش داشته یا هزینه قابل ملاحظه ای دارد، مورد تأیید مدیر ارشد سازمان نیز قرار می گیرد.)





## ویژگی های خط مشی

- واضح و مختصر با جملات کوتاه است
- از به کار بردن افعال مجهول خودداری می شود
- استفاده از آن مفید و راحت است
- از پرداختن بیش از حد به جزئیات پرهیز می کند



## فواید تدوین خط مشی :

- ایجاد حافظه ثابت از تخصص های یک سازمان
- پرهیز از دوباره کاری و موازی کاری
- کاهش نیاز پرسنل به جستجو و تبادل نظر با همکاران و پیشکسوتان
- کاهش احتمال اعمال سلیقه فردی در ارائه خدمات درمانی
- تشویق کننده پرسنل برای ارائه کارها به شکل تیمی و نه انفرادی است
- کمک کننده به نهاد یا سازمان برای نیل به اهداف استراتژی

# سطوح خط مشی

۱- خط مشی در سطح سازمان

مثال: رسیدگی به شکایات

۲- خط مشی در سطح چندین بخش

مثال: شناسایی بیمار

۳- خط مشی در سطح یک بخش خاص

مثال: کالیبراسیون تجهیزات

Your Policy Folder





تاریخ تدوین: تاریخ بازبینی: تاریخ بازبینی ثانویه:	عنوان خط مشی: کد خط مشی: شماره صفحه:
تعریف:	
هدف:	
مخاطبین:	
محتوای خط مشی:	
روش اجرایی:	
مسئول طراحی (تهیه کننده): تأیید کننده (صاحب خط مشی): تصویب کننده:	
منابع:	
ضمائم:	
محل امضاء صاحبان فرآیند	

# بخش های یک خط مشی

## 1. عنوان:

موضوع اصلی خط مشی را تشریح می کند و به صورت یک عبارت بدون فعل بیان می شود. عناوین توسط کتاب اعتبار بخشی مشخص می شود.

**مثال:** مدیریت فرآیند CPR

## 2. کد:

حروف اول اصطلاح علمی و یا ترجمه لاتین عنوان انتخاب و با حروف بزرگ نوشته می شود. و سپس به ترتیب تدوین خط مشی قرار می گیرد و در کتابچه خط مشی از شماره ۱۰۰ به بعد شماره گذاری می شود.

**مثال:** Process Management CPR: PMC - 103

## بخش های یک خط مشی

3. صفحه:

تمام صفحات خط مشی باید شماره گذاری شود.

مثال: صفحه ۱ از ۳

4. تاریخ تدوین:

تاریخی است که خط مشی برای اولین بار تدوین شده است .

5. تاریخ بازبینی:

در صورتی که خط مشی مورد بازبینی قرار گرفته تاریخ آخرین بازبینی ذکر می شود

## بخش های یک خط مشی

### 6. تاریخ بازبینی ثانویه:

به طور متوسط هر خط مشی هر ۲ سال یکبار باید مورد بازبینی قرار گیرد. مسئول اصلی یا صاحب خط مشی باید طی این ۲ سال برنامه ممیزی خط مشی را طراحی و چرخه آن را اجرا نماید. در این چرخه، ممیزی اولیه خط مشی می بایست طی ۶ ماه اول اجرا شده و ممیزی ثانویه در ماه های آخر سال دوم اجرا شود و نتایج مورد تحلیل قرار گرفته و در اختیار طراح خط مشی قرار گیرد تا نتایج در بازبینی ثانویه لحاظ نماید.





## بخش های یک خط مشی

### 7. تعریف :

با توجه به اینکه برخی فرآیندها کاملاً اختصاصی بوده و توسط تمامی پرسنل قابل درک نیستند یا دارای معنایی متفاوت از اصطلاح رایج در سطح جامعه می باشند (مثال: بهداشت دست) لذا عنوان خط مشی می باید به شکلی جامع و مانع توضیح داده شود

**مثال:** احیاء قلبی ریوی: فرآیندی که برای بازگرداندن عملکرد قلب و ریه در بیمارانی که دچار ایست قلبی - ریوی شده اند انجام می گردد.



## بخش های یک خط مشی

8. هدف:

در این بخش فلسفه و مقصود روش کار فرآیندی که در مورد آن خط مشی نوشته شد بیان می گردد.

**مثال:** احیاء قلبی - ریوی: انجام فرآیند احیاء قلبی ریوی به صورت مطلوب، در زمان مناسب و در نتیجه ارتقاء کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیماران

# بخش های یک خط مشی

## ۹. مخاطبین:

مجموع افرادی که در اجرای خط مشی دخیل می باشند و یا فرآیند مورد نظر به طور مستقیم به آنان مربوط می باشد.

**مثال:** کلیه پرسنل پرستاری و پزشکان بیمارستان

## ۱۰ و ۱۱. محتوای خط مشی و روش اجرا:

همانگونه که اشاره شد در خط مشی سیاست های اجرایی بیمارستان در مورد یک فرآیند مشخص ذکر می شود و در روش اجرا فعالیت های مورد نیاز برای اجرای خط مشی ها به صورت گام به گام و مستند همراه با تعیین جزئیات و فرد مسؤل

اجرا بیان می گردد



## ۱۰ و ۱۱. محتوای خط مشی و روش اجرا (ادامه):

برای آنکه آنچه تدوین می گردد جامع و کامل باشد در مورد فرآیندی که قصد دارید خط مشی و روش اجرا بنویسید سؤالات ذیل را مطرح نمایید:

- ۱- ساختار مورد نیاز اجرای فرآیند چیست؟
- ۲- روش انجام فرآیند چگونه است؟
- ۳- آیا ثبت، بایگانی و گزارش دهی در زمینه فرآیند انجام می شود؟
- ۴- آیا فرآیند نیاز به آموزش دارد؟
- ۵- آیا در این زمینه پژوهشی صورت می گیرد؟
- ۶- آیا در زمینه فرآیند نظارت، ارزیابی و پایش وجود دارد؟
- ۷- اقدامات ابتکاری در زمینه فرآیند چیست؟

به هر یک از سؤالات فوق به طور کامل پاسخ دهید.

## ادامه :

اکنون متن کاملی از کلیه سیاست های بیمارستان و جزئیات اجرای آن پیش روی شماست. سپس سوالات ذیل را در مورد **هر یک** از بخش های ساختار، روش اجرا، آموزش ... مطرح کنید.

۱- what ( سیاست بیمارستان چیست ؟ )

۲- why ( چرا چنین سیاستی اتخاذ شده است ؟ )

۳- how ( این سیاست چگونه اجرا می شود؟ )

۴- who ( توسط چه کسی اجرا می شود؟ )

۵- how often ( هر چند وقت یکبار اجرا می شود؟ )

۶- when ( چه زمانی اجرا می شود؟ )

۷- where ( در چه مکانی اجرا می شود؟ )

در هر قسمت از متنی که نگاشته اید آن بخش هایی که پاسخ به **what** و **why** می باشد در **خط مشی** و پاسخ به **سایر پرسش ها** در **روش اجرا** خواهد آمد.

## مثال: مدیریت فرایند CPR

### ❖ ساختار مورد نیاز انجام فرآیند چیست؟

برای اجرای CPR یک گروه ویژه دارای مهارت کافی برای اجرای CPR تحت عنوان کد ۹۹ و کد پشتیبان در نظر گرفته شده است. این تیم ها به محض نیاز به انجام CPR در سطح بیمارستان و در هر یک از بخش ها با اعلام کد توسط منشی بخش بر بالین بیمار حاضر می شوند. اعضای تیم عبارتند از: یک متخصص طب اورژانس، سو پروایزر، تکنسین هوشبری و ۲ پرستار از بخش مربوطه

چنانچه همزمان دو مورد CPR اعلام گردد تیم دیگری که به عنوان تیم پشتیبان تعیین شده اند، برای انجام CPR بر بالین بیمار حاضر خواهند شد.

نحوه تعیین اعضای تیم به این صورت است که در ابتدای هر ماه از بین پزشکها و پرستاران شیفت ۵، نفر به عنوان اعضای تیم مشخص می شوند و لیست مزبور به امضا رئیس بخش رسیده و در تابلو

اعلانات داخل بخش نصب می شود. 



**برای تیم احیا تقسیم وظایف، انجام شده و اعضاء به ۴ دسته زیر تقسیم شده اند:**

**۱. A nurse (مسئول Airway)**

**۲. B nurse (مسئول Breathing)**

**۳. C nurse (مسئول Circulation)**

**۴. D nurse (مسئول Drug)**

**که هر کدام در لحظه انجام عملیات احیا مسئولیت مشخصی عهده دار می باشد.**

**در این متن جمله “برای اجرای CPR یک گروه ویژه دارای مهارت کافی تحت عنوان کد ۹۹ در نظر گرفته شده است” پاسخ به پرسش What است و در خط مشی ذکر می شود. سایر توضیحات پاسخ به سوالات “Who اعضای تیم CPR”، “How نحوه تعیین اعضا تیم و تقسیم وظایف” می باشند بنابراین در روش اجرا مطرح می شوند.**

## ❖ نحوه انجام فرآیند چگونه است؟

فرآیند CPR در بیمارستان، طبق پروتکل AHA2010 انجام می شود بخشی از پروتکل که مربوط به نحوه انجام فرآیند CPR است، در قالب الگوریتم انجام CPR و به صورت پوستر تهیه و توسط سوپروایزر آموزشی، به بخش ها ابلاغ شده است. سرپرستار هر بخش پوستر مربوطه را در اتاق کارپرستاران در بخش ها / Station پرستاری نصب نموده است. کلیه پرستاران تیم موظفند طبق تقسیم کار انجام شده توسط مسئول تیم و مراحل مندرج در پوستر فوق، عملیات احیا را انجام دهند.

❖ در این متن جمله " فرآیند CPR در بیمارستان، طبق پروتکل AHA2010 انجام می شود " پاسخ به What می باشد و لذا در خط مشی به آن اشاره می شود. سایر بخش ها پاسخ به پرسش های Who و How است " نحوه ابلاغ و افراد دخیل در اطلاع رسانی پروتکل به پرسنل " و در روش اجرا ذکر می شود.



## ❖ آیا فرآیند مورد نظر در مکانی ثبت وبایگانی می شود؟

روند فرآیند احیا (زمان آغاز و پایان عملیات، داروهای مصرفی، توالی زمانی انجام اقدامات و ...) در فرم های مربوط ثبت می شود.

نتیجه CPR (موفق و ناموفق بودن CPR) نیز در فرم دیگری ثبت و در باکس مربوط در HIS نیز علامت زده می شود. فرم های کاغذی توسط منشی بخش بایگانی شده و ماهانه پس از امضاء رئیس تیم CPR به کمیته مربوطه ارسال می شود.

❖ در این قسمت، پاراگراف اول پاسخ به What است. سایر مطالب توضیح How و Who و Whom می باشد و در روش اجرا مطرح می شود.

## ❖ آیا فرآیند مورد نظر نیازمند آموزش است؟

به منظور به روز رسانی و ارتقاء سطح دانش و مهارت پرسنل درمانی بیمارستان،

آموزش مستمر CPR در دستور کار مدیریت قرار داد.

سوپروایزر آموزشی بیمارستان در ابتدای هر سال از پرستاران نیازسنجی آموزشی نموده و

پرستاران در کلاسهای تئوری مدون شرکت می کنند.

همچنین واحد مهارت‌های بالینی skill lab بیمارستان تحت نظارت معاونت درمان، هر ۶ ماه

یکبار طی یک جلسه برای پرستاران و طی ۳ جلسه برای پزشکان عمومی و دستیاران تخصصی

، اصول ACIS و BIS را به صورت کارگاهی آموزش می دهد.

گواهینامه گذراندن دوره های فوق در صورت شرکت در آزمون عملی، تحت نظارت اساتید دوره

(متخصص بیهوشی و یا طب اورژانس) صادر شده و تا ۳ سال اعتبار دارد.

❖ در این متن، خط اول پاسخ به پرسش Why و خط دوم پاسخ به پرسش What است. بنابر این در خط مشی ذکر

می شود. سایر بخش ها پاسخ به پرسشهای How (نحوه برگزاری دوره آموزشی) Who (افراد برگزار کننده دوره ها)

How often (فواصل برگزاری برنامه های آموزشی) بوده و در قسمت روش اجرا مطرح می شود.

## ❖ آیا بر فرآیند مورد نظر نظارت وجود دارد؟

بر فرآیند CPR در سطح بخش و بیمارستان نظارت وجود دارد. در هر بخش، رئیس تیم و سوپروایزر /مسئول شیفت، مسئول حسن اجرای فرآیند می باشد.

علاوه بر این کمیته ای در سطح بیمارستان تشکیل شده که این کمیته مسئولیت تأمین ملزومات و ارتقاء کیفیت و مدیریت CPR را عهده دار است.

اعضاء این کمیته عبارتند از: رئیس بیمارستان، رئیس بخش اورژانس، یک متخصص قلب و پرستار از

گروه ICU کاران، یک متخصص بیهوشی و یک متخصص اطفال، یک نماینده از دفتر

پرستاری، سوپروایزر آموزشی، معاون آموزشی، معاون درمان



## ❖ آیا بر فر آیند مورد نظر نظارت وجود دارد؟



نظارت صورت گرفته به شکل زیر است:

✓ بررسی مستندات ارائه شده توسط تیم CPR که بصورت ماهانه به کمیته ارسال شده است.

✓ اجرای مانور CPR هر ۶ ماه یکبار

✓ مشاهده مستقیم بوسیله حضور در اتاق CPR توسط نماینده کمیته CPR در یک روز مشخص در هر

ماه که تنها اعضاء تیم کمیته از آن مطلع اند.

✓ بررسی مستقیم توسط دورین موجود در اتاق CPR

مستندات مربوط به انجام بازدیدها و سایر مراحل نظارت بایگانی، و در صورت نیاز به گروه ارزیاب بیمارستان یا

مدیران ستادی ارائه می گردد.

در این بخش نیز جمله اول اسلاید قبل پاسخ به سوال What بوده و در خط مشی مطرح می شود. سایر مطالب پاسخ پرسش های

Who , How , How often بوده و در روش اجرا ذکر می شود.

❖ با توجه به اینکه در بیمارستان اقدام ابتکاری و پژوهش در زمینه  
CPR صورت نمی گیرد در این زمینه مطلبی تدوین نشد.

## بخش ۱۰ و ۱۱. محتوای خط مشی و روش اجرا:



اکنون از کل مطالب تدوین شده، پاسخ به پرسش های **What** و **Why** را جدا کرده و جمع بندی کنید و در بخش **خط مشی** پشت سر هم بنویسید.

پاسخ به پرسش های **Who** و **How** و ... را نیز جدا و جمع بندی کنید و در بخش **روش اجرا** پشت سر هم بنویسید.

# مثال:

## خط مشی



۱. در هر شیفت کاری تیم مجرب و کار آزموده ( کد ۹۹) مسئول اجرای فرآیند CPR در بیمارستان است
۲. اجرای فرآیند CPR مطابق نسخه بومی شده پروتکل AHA 2010 می باشد (به پیوست خواهد آمد)، این پروتکل به کلیه بخش ها ابلاغ و به اطلاع کلیه پرسنل می رسد
۳. نتایج و نحوه انجام فرآیند CPR های انجام شده در بیمارستان ، ثبت و بایگانی می شود
۴. بر عملکرد تیم احیاء در دو سطح داخل بخشی و بیمارستانی نظارت (پایش و ارزیابی) وجود دارد
۵. به منظور ارتقاء و به روز رسانی دانش و مهارت پرسنل کارگاه ها و دوره های آموزشی به صورت دوره ای برگزار می شود

# مثال:

## روش اجرا

۱-۱- اعضای تیم احیاء یا کد ۹۹ در بیمارستان از پزشک متخصص بیهوشی ، سوپروایزر ، تکنسین هوشبری و ۲ پرستار از پرستاران بخش تشکیل شده است

۱-۲- اعضای تیم در ابتدای هر ماه از بین پزشکان و پرستاران شیفت تعیین می گردد. لیست مزبور به امضاء رئیس بخش رسیده و در تابلوی اعلانات داخل بخش نصب می شود.

۱-۳- تقسیم وظایف داخل تیم به این صورت است:

A nurse (مسئول Airway) و B nurse (مسئول Breathing)

C nurse (مسئول Circulation) و D nurse (مسئول Drug)

پزشک: سرپرست تیم

سوپروایزر: مسئول هماهنگی





## مثال:

### روش اجرا



۲-۱- دستورالعمل انجام CPR در قالب الگوریتم انجام فرایند به صورت پوستر تهیه شده و توسط مدیریت خدمات پرستاری (آموزشی) به کلیه سرپرستاران ابلاغ و در بخش ها موجود می باشد

۲-۲- سرپرستاران مسئول اطلاع رسانی پروتکل به پرسنل می باشد. (پوستر فوق در

مکان قابل رؤیت در اتاق کار پرستاران یا STATION پرستاری نصب شده است)

۳-۱- محتویات تراسی اورژانس، روند انجام CPR (زمان آغاز و پایان عملیات،

داروهای مصرفی، توالی زمانی انجام اقدامات و ...) و نتیجه CPR (موفق یا غیر موفق

بودن) توسط سوپروایزر در فرم تدوین شده توسط کمیته CPR، ثبت می گردد

۳-۲- فرم های تکمیل شده توسط منشی بخش به صورت ماهانه به کمیته CPR ارسال

می گردد



# مثال:

## روش اجرا



- ۴-۱- سوپروایزر آموزشی مسئول نیازسنجی آموزشی در زمینه انجام CPR می باشد
- ۴-۲- سوپروایزر آموزشی دوره های آموزشی مورد نیاز را در غالب برنامه آموزشی زمانبندی شده، بر اساس الزام سازمان تعیین و به اطلاع پرسنل بخش می رساند
- ۴-۳- سوپروایزر آموزشی مسئولیت اجرای دوره های آموزشی مدون را بر عهده دارد

# مثال:

## روش اجرا

۵-۱- پزشک تیم CPR، سوپروایزر و یا مسئول شیفت مسئول نظارت بر حسن انجام CPR در بخش می باشد.

۵-۲- کمیته CPR، نظارت و پایش فرآیند CPR را در بیمارستان عهده دار است. اعضای این کمیته عبارتند از رئیس بیمارستان، رئیس بخش اورژانس، یک متخصص قلب، یک پزشک و پرستار از گروه ICU کاران، یک متخصص بیهوشی و یک متخصص اطفال، یک نماینده از دفتر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، معاون آموزشی، معاون درمان

۵-۳- کمیته CPR از طرق ذیل بر نحوه انجام CPR نظارت دارد:

۵-۳-۱- بررسی مستندات ارائه شده توسط تیم CPR

۵-۳-۲- اجرای مانور CPR

۵-۳-۳- مشاهده مستقیم بوسیله حضور نماینده کمیته در اتاق CPR (در یک روز مشخص از هر ماه که

تنها اعضای کمیته از آن مطلع اند.)

# مثال:

## روش اجرا



۵-۳-۴- بررسی فیلم های ضبط شده توسط دوربین موجود در اتاق CPR

۵-۴- مستندات مربوط به انجام بازدیدهای نظارتی، بایگانی و در صورت نیاز به گروه ارزیاب دانشگاه ارائه می شود.

۵-۵- واحد مهارت‌های بالینی skill lab بیمارستان تحت نظارت معاونت درمان، هر ۶ ماه یکبار طی یک جلسه برای پرستاران و طی ۳ جلسه برای پزشکان عمومی و دستیاران تخصصی، اصول ACIS و BIS را به صورت کارگاهی آموزش می دهد.

۵-۶- گواهینامه گذراندن دوره های فوق در صورت شرکت در آزمون عملی، تحت نظارت اساتید دوره (متخصص بیهوشی و یا طب اورژانس) صادر شده و تا ۳ سال اعتبار دارد.



## بخش های یک خط مشی

### ۱۲. مسئول طراحی (تهیه کننده):

فردی است که پس از انجام مطالعه و مشاورات مورد نیاز پیش نویس خط مشی را تهیه می کند

**مثال:** مسئول تیم CPR

### ۱۳. تأیید کننده (صاحب خط مشی):

فردی که مسئول تأیید محتوا و اجرای نهایی خط مشی بوده و عموماً ریاست بخش یا دپارتمان را عهده دار است

**مثال:** رئیس بخش

# بخش های یک خط مشی

۱۴. تصویب کننده:

تصویب نهایی خط مشی تأیید شده توسط ریاست دپارتمان و قرار دهی آن در کتابچه خط مشی به عهده این مقام است

**مثال:** دفتر حاکمیت بالینی بیمارستان و مسئول کمیته CPR

۱۵. منابع:

کتب، ژورنال ها، اینترنت و افرادی که مورد مشاوره قرار گرفته اند اعم از متخصصان و کارشناسان، نهادهای برون سازمانی مرتبط (سازمان های بیمه گر) و گاهی نماینده بیماران (مانند انجمن تالاسمی) را شامل می گردد. رفرنس نویسی براساس روش ونکوور می باشد

**مثال:** پروتکل AHA - کتاب اعتباربخشی و...

# بخش های یک خط مشی

۱۶. ضمائم:

در صورتی که پروتکل کشوری یا سایر منابع برای قابل درک شدن خط مشی ضروری است، می باید به پیوست الصاق گردد  
**مثال:** پروتکل AHA 2010

۱۷. محل امضاء صاحب فرآیند:

در پایان کلیه پرسنل مخاطب خط مشی می بایست خط مشی را مطالعه و امضاء نمایند

# با آرزوی موفقیت

برای ارائه نظرات پیشنهادی، به آدرس ایمیل زیر مراجعه نمایید.

[CG@mums.ac.ir](mailto:CG@mums.ac.ir)

۰۵۱۱-۸۵۲۱۱۱۹

آدرس پست الکترونیکی:

شماره تماس: