



اجرای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها

کتاب راهنما و فرم‌های خودارزیابی

ویراسته
اولیور گروونه

ترجمه
دکتر اکبر نیک پژوه؛ **بورد تخصصی پزشکی اجتماعی**
دکتر بهنود صمدی؛ **دستیار تخصصی طب فیزیکی و توانبخشی**

اجرای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها: کتاب راهنما و فرم‌های خودارزیابی

ویراسته: اولیور گروته

ترجمه: دکتر اکبر نیک پژوه، بوردا تخصصی طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی
دکتر بهنود صمدی، دستیار تخصصی طب فیزیکی و توانبخشی

بخش نظام سلامت کشورها
دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت

چکیده

ارتقای سلامت بخشی یک پارچه از روند مراقبت‌های سلامتی است و با مسائل بالینی، آموزشی، رفتاری و سازمانی ارتباط دارد. ارتقای کیفیت در فعالیت‌های ارتقای سلامت ضروری است تا بتوان از به کارگیری رویکردهای موثر و پایش پایدار به منظور بهبود نتایج، اطمینان حاصل کرد. از آنجایی که بسیاری از ابزارهای متداول مدیریت کیفیت اشاره‌ای به فعالیت‌های ارتقای سلامت به صورت عینی ندارند، ما این "کتاب راهنمای اجرای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها" را تدوین کردیم. هدف این مجموعه توانمندسازی مدیران و کارکنان بهداشتی درمانی از نظر این موارد می‌باشد: ارزیابی فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها؛ بهبود ظرفیت سازمان‌های سلامتی در ارتقای فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت؛ ترکیب‌بندی توصیه‌هایی برای بهبود فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها؛ وارد کردن تمام کارکنان و خود بیمار در ارتقای کیفیت مراقبت‌ها؛ بهبود هماهنگی در مراقبت با سایر ارایه‌کنندگان مراقبت‌ها؛ بهبود سلامتی و ایمنی کارکنان و بیماران. بیمارستان‌های منفرد، آژانس‌های کیفیت و بخصوص اعضای شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت به استفاده از این ابزار، ارزیابی و بهبود کیفیت فعالیت‌های ارتقای سلامت در مراقبت‌های سلامتی تشویق می‌شوند.

کلمات کلیدی

بیمارستان‌ها
ارتقای سلامت – استانداردها
شاخص‌های کیفیت
مراقبت‌های سلامتی
برنامه‌های خودارزیابی
اروپا EUR/۰۶/۴۲۱۴/۰۶

درخواست‌های خودتان را درباره نشریات دفتر منطقه‌ای WHO در اروپا، به آدرس زیر ارسال نمایید:
Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
Dk-2100 Copenhagen f, Denmark

همچنین می‌توانید درخواست‌های خودتان را در ارتباط با مستندسازی، اطلاعات سلامتی یا کسب مجوز ترجمه به صورت آن‌لاین در وبسایت دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت در این آدرس تکمیل نمایید: <http://www.euro.who.int/pubrequest>

© سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۶

کلیه حقوق محفوظ است. دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در اروپا از درخواست شما برای انتشار مجدد یا ترجمه نشریات خود به شکل جزئی یا کامل، استقبال می‌کند.

اسامی خاص به کار رفته یا ارایه مواد در این نشریه به منزله نظرات و اعتقادات سازمان جهانی بهداشت درباره وضعیت قانونی کشورها، مناطق، شهرها یا نواحی گوناگون و دولت‌های آن‌ها نمی‌باشد. هر جا که اسامی "کشور یا ناحیه" در عناوین جداول آمده است، پوشش دهنده کشورها، مناطق، شهرها یا نواحی مختلف است. خطوط نقطه چین در نقشه‌ها معرف حدود تقریبی است که ممکن است مورد توافق کامل قرار نگرفته باشند. ذکر شرکت‌های خاص یا محصولات تولیدکنندگان خاص به این منزله نیست که این شرکت‌ها یا محصولات مورد تایید یا توصیه سازمان جهانی بهداشت است. به جز برخی اشتباهات یا حذف شدگی‌ها، اسامی محصولات خاص با حروف اول بزرگ قابل افتراق هستند. سازمان جهانی بهداشت هیچ گونه تضمینی نمی‌دهد که اطلاعات موجود در این نشریه کامل و صحیح بوده و در صورت استفاده از آن‌ها از هر گونه آسیبی مبرا است. دیدگاه‌های مطرح شده توسط نویسندگان یا تدوین کنندگان، لزوما معرف سیاست‌های کلی سازمان جهانی بهداشت نمی‌باشد.

۴	تشکر و قدردانی
۶	مقدمه
۷	۱. پیشگفتار
۹	۲. پرسش‌های رایج
۱۱	۳. پیش‌زمینه و مسایل روش‌شناسی
۱۱	۳. ۱. نقش بیمارستان‌ها در ارتقای سلامت
۱۲	۳. ۲. تفهیم ارتقای سلامت
۱۳	۳. ۳. ارزیابی کیفیت داخلی و خارجی
۱۵	۳. ۴. استانداردهای ارتقای سلامت
۱۹	۳. ۵. شاخص‌های ارتقای سلامت
۲۲	۳. ۶. استفاده تکمیلی از استانداردها و شاخص‌ها
۲۴	۴. اجرای طرح
۲۴	۴. ۱. شفاف‌سازی مسئولیت‌ها
۲۵	۴. ۲. جمع‌آوری داده‌ها
۲۶	۴. ۳. تفسیر نتایج
۲۷	۴. ۴. تدوین برنامه ارتقای کیفیت
۲۹	۵. فرم‌های ارزیابی
۳۳	استاندارد ۱: سیاست مدیریت
۳۸	استاندارد ۲: ارزیابی بیمار
۴۳	استاندارد ۳: اطلاع‌رسانی و مداخلات بیماران
۴۷	استاندارد ۴: ارتقای سلامت محیط کار
۵۳	استاندارد ۵: تداوم و همکاری
۵۹	۶. برگه‌های توصیفی شاخص‌ها
۸۰	۷. واژه‌نامه

عنوان و نام پدیدآور	:	اجرای ارتقای سلامت در بیمارستانها: کتاب راهنما و فرمهای خودارزیابی / ویراسته اولیور گرونه؛ ترجمه اکبر نیک پژوه، بهنود صمدی.
مشخصات نشر	:	تهران: موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر، ۱۳۸۹.
مشخصات ظاهری	:	۹۱ ص: جدول.
یادداشت	:	عنوان اصلی: Manual and self-assessment forms.
موضوع	:	بیمارستانها — سلامت پروری
موضوع	:	سازماندهی کارآمد — ارزشیابی — فرمها و پرسشنامهها
شابک	:	۹۷۸-۹۶۴-۰۴-۶۶۵۸-۲
شماره کتابشناسی ملی:	:	۲۲۵۱۱۶۴
رده بندی دیویی	:	۳۶۲/۱۷
رده بندی کنگره	:	RA ۵/۹۷۵ ۱۳۸۹ ۳ الفاس /
شناسه افزوده	:	گرونه، اولیور، ویراستار
شناسه افزوده	:	Groene, Oliver
شناسه افزوده	:	نیک پژوه، اکبر، ۱۳۵۱، مترجم
شناسه افزوده	:	صمدی، بهنود، ۱۳۵۹، مترجم
شناسه افزوده	:	سازمان بهداشت جهانی. دفتر منطقه ای اروپا
شناسه افزوده	:	World Health Organization . Regional Office for Europe
وضعیت فهرست نویسی	:	فیا



موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر

اجرای ارتقای سلامت در بیمارستانها
کتاب راهنما و فرمهای خودارزیابی
ویراسته: اولیور گرونه
ترجمه: دکتر اکبر نیک پژوه و دکتر بهنود صمدی
مدیر اجرایی: سحر نظیف کار
گرافیک، صفحه آرایی و طراحی جلد: نرجس کریمی
چاپ اول: ۱۳۸۹
شمارگان: ۲۰۰۰ جلد
لیتوگرافی، چاپ و صحافی: طیف نگار
شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۰۴-۶۶۵۸-۲
ناشر: موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر
تلفن: ۸۸۹۹۴۵۷۸ - ۸۸۹۹۳۴۱۹
کلیه حقوق چاپ و نشر برای ناشر محفوظ است.

فهرست اشکال و جداول

۱۲	اشکال ۱: استراتژی‌های ارتقای سلامت
۱۶	اشکال ۲: چشم انداز بالینی، بیماران و مدیریت
۱۸	اشکال ۳: ساختار سه سطحی استانداردهای ارتقای سلامت
۲۷	اشکال ۴: چرخه برنامه - اجرا - بررسی - اقدام
۳۱	جدول ۱: چشم انداز شاخص های ارتقای سلامت
۶۲	جدول ۲: برگه توصیفی میزان آگاهی کارکنان از سیاست ارتقای سلامت
۶۳	جدول ۳: برگه توصیفی میزان آگاهی بیماران (خانواده‌های آن‌ها)
۶۴	جدول ۴: برگه توصیفی درصد بودجه ارتقای سلامت
۶۵	جدول ۵: برگه توصیفی ارزیابی بیماران از نظر عوامل خطر عمومی
۶۶	جدول ۶: برگه توصیفی ارزیابی بیماران از نظر عوامل خطر اختصاصی
۶۷	جدول ۷: برگه توصیفی میزان رضایت بیمار
۶۸	جدول ۸: برگه توصیفی آموزش بیماران در مدیریت خود
۶۹	جدول ۹: برگه توصیفی آموزش عوامل خطر به بیماران
۷۰	جدول ۱۰: برگه توصیفی نمرات اطلاع‌رسانی مداخلات بیماران
۷۱	جدول ۱۱: برگه توصیفی استعمال دخانیات کارکنان
۷۲	جدول ۱۲: برگه توصیفی ترک سیگار
۷۳	جدول ۱۳: برگه توصیفی تجربه کارکنان
۷۴	جدول ۱۴: برگه توصیفی غیبت کوتاه مدت
۷۵	جدول ۱۵: برگه توصیفی آسیب‌های مرتبط با کار
۷۶	جدول ۱۶: برگه توصیفی مقیاس فرسودگی شغلی
۷۷	جدول ۱۷: برگه توصیفی خلاصه ترخیص‌ها (خلاصه پرونده‌ها)
۷۸	جدول ۱۸: برگه توصیفی میزان بستری مجدد
۷۹	جدول ۱۹: برگه توصیفی آمادگی برای ترخیص

خدایا چنان کن سرانجام کار تو خوشنود باشی و ما رستگار

سخنی با خوانندگان محترم

این کتاب با مجوز رسمی سازمان بهداشت جهانی به فارسی ترجمه شده است و مترجم امیدوار است بیمارستان های کشور عزیزمان با اتخاذ راهبرد «بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت (HPH)» و پیوستن به این شبکه همکاری سازمان بهداشت جهانی، بیمارستان ها را از یک محل تشخیصی و درمانی صرف به مکانی برای پیشگیری از بیماری ها و ارتقا دهنده سلامت برای بیماران، کارکنان، مراجعین و کلیه آحاد جامعه تبدیل نمایند.

گذر اپیدمیولوژیک بیماری ها به سمت بیماری های مزمن، گستردگی بیمارستان ها، آمار بسیار بالای مراجعین به بیمارستان ها اعم از بیماران و یا همراهان آن ها و سرمایه گذاری هنگفتی که در اقصی نقاط کشور برای احداث بیمارستان ها صرف شده است، از جمله دلایلی هستند که نهادینه کردن مفهوم پیشگیری و ارتقای سلامت بین همه پرسنل بیمارستان، توانمندسازی بیماران در بیمارستان و تعامل مناسب بیمارستان با جامعه را توجیه می کند. تنها با یک تغییر نگرش و تاسیس «واحد های پیشگیری و ارتقای سلامت» در بیمارستان ها می توان از این ظرفیت بسیار بالای بیمارستان ها با کمترین هزینه استفاده نمود و مفهوم ارتقای سلامت در بیمارستان ها را وارد فرهنگ سازمانی آن ها نمود.

این هزینه اندک که برای پیشگیری و ارتقای سلامت انجام می گیرد با توجه به شواهدی که به برخی از آن ها در این کتاب به اختصار اشاره شده است، موجب کاهش بستری های مکرر، افزایش کیفیت زندگی بیماران و کاهش هزینه های درمانی می شود. این نکته باید مورد توجه سیاست گزاران عرصه سلامت و سازمان های بیمه گر کشور نیز قرار گیرد تا با تغییر نگرش درمان - محور خود به سوی نگرش سلامت - محور، گامی بلند در جهت کاهش بار بیماری ها و افزایش کیفیت زندگی هم میهنان و صد البته کاهش هزینه های سرسام آور درمانی سازمان های بیمه گر بردارند.

دکتر اکبر نیک پڑوه

متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی

تشکر و قدردانی

تدوین این کتاب ماحصل مشارکت بسیاری از افراد بوده است. از کلیه افرادی که ما را در این کار (چه به عنوان گروه های کاری شبکه بین المللی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت، و چه به عنوان مشاورین خارجی) حمایت و راهنمایی نمودند، سپاسگزاریم. تشکر ویژه از هماهنگ کننده های کشوری صورت می گیرد که از آزمایش پایلوت این ابزار (فرم های خود ارزیابی) حمایت کردند و نیز از کارکنان بهداشتی درمانی در بیمارستان ها که وقت خود را برای ارزیابی سازگاری استانداردها و داده های جمع آوری شده درباره شاخص های ارتقای سلامت صرف نمودند.

در نهایت باید از دکتر "svend juul jurgensen" به دلیل دیدگاه ویژه ایشان در این طرح و نیز از دکتر "Milla Garcia Barbero" به دلیل حمایت پایدار خود از این طرح و دکتر "Kiki Lumberts" به خاطر توصیه های کارشناسانه شان برای تدوین نهایی این سند، تشکر نمود.

۱. پیش‌گفتار

نقش ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها در حال تغییر است. این نقش دیگر صرفاً محدود به آرایه اطلاعات مرتبط با شیوه زندگی به بیماران بعد از تکمیل اقدامات بالینی نیست. ارتقای سلامت بخشی یکپارچه از روند مراقبت‌های سلامتی است و با مسائل بالینی، آموزشی، رفتاری و سازمانی ارتباط دارد (۱). به منظور بهبود کیفیت مراقبت بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و دیگر امراض درازمدت، باید فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها را در قالب چهارچوب‌های سیستم‌های سلامتی بزرگ‌تر به شکلی بهتر بسترگذاری کرد. با توجه به چشم‌انداز گسترده فعالیت‌های ارتقای سلامت، پرسش‌هایی در مورد ارزیابی کیفیت و بهبود این فعالیت‌ها در ذهن مطرح می‌شود.

در بین ابزارهای برجسته ارتقای کیفیت در مراقبت‌های سلامتی، مانند دستورالعمل‌ها، استانداردها و شاخص‌های عملکرد حرفه‌ای، توجه کمی به مسایل مربوط به ارتقای سلامت شده است. بنابراین، ما به تدوین ابزاری جهت خودارزیابی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها پرداختیم که به مسایل ذیل می‌پردازد: سیاست مدیریت بیمارستان؛ ارزیابی بیماران با توجه به عوامل خطر و نیازهای سلامتی؛ اطلاعات و مداخلات ارتقای سلامت بیماران؛ ارتقای سلامت در محیط کار و بالاخره تداوم و همکاری بیمارستان با دیگر آرایه‌کنندگان مراقبت‌های سلامتی، اجتماعی و غیررسمی (۲).

این سند ابزاری مستقل جهت ارزیابی، پایش و بهبود فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها را تأمین می‌کند. این امر برپایه دو رویکرد کیفیت بنا شده است: "استانداردها" که معرف اظهارات حرفه‌ای درباره ساختارها یا روندهای مراقبت‌های سلامتی است که باید در جای خود قرار داشته باشند و "شاخص‌ها"، که به روندها و نتایج مراقبت‌های سلامتی اشاره دارد و ابزاری کمی برای ارزیابی تنوعات در اجرا طی زمان یا بین موسسات است. این سند به طور جزئی باید به تسهیل موارد ذیل بپردازد: ارزیابی فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها؛ توسعه ظرفیت سازمان‌های سلامتی به منظور بهبود فعالیت‌های ارتقای سلامت؛ تنظیم توصیه‌نامه جهت بهبود فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها؛ مشارکت دادن کلیه بیماران و کارکنان حرفه‌ای در فعالیت‌های ارتقای سلامت؛ بهبود هماهنگی مراقبت‌ها با سایر آرایه‌کنندگان مراقبت‌ها؛

1. Groene O, Garcia-Barbero M. eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

2. Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf>, accessed 08 May 2006).

ارتقای سلامت و ایمنی کارکنان و بیماران؛ کمک به امر نوین سازی و تغییر اقدامات مراقبتی سلامتی و ارایه خدمات به منظور افزایش کارآمدی و تاثیر آن.

بخش بعدی این سند مجموعه‌ای از سوالات رایج و پاسخ‌های آن‌ها را درباره طراحی و اجرای این ابزار ارایه می‌دهد (بخش ۲) سپس، پیش‌زمینه و روش‌شناسی به کار رفته در تدوین این ابزار توصیف می‌شود (بخش ۳) این سند همچنین به مسایل کاربردی اجرای طرح اشاره می‌کند از جمله: چگونگی انجام خودارزیابی، چگونگی شناسایی منابع داده‌ها (و اطلاعات)، تفسیر نتایج و ترجمه آن‌ها به یک برنامه ارتقای کیفیت (بخش ۴). به منظور حمایت از جمع‌آوری داده‌ها بخش‌های ۵ و ۶ شامل مجموعه‌ای از فرم‌های ارزیابی است که در ارزیابی سازگاری با استانداردها (بخش ۵) قابل استفاده بوده و نیز حاوی برگه‌های توصیفی شاخص‌های ارتقای سلامت (بخش ۶) می‌باشد. بخش پایانی شامل واژه‌نامه اصطلاحات مرتبط با کیفیت و ارتقای سلامت می‌باشد (بخش ۷).

ارتقای سلامت بر پایه قراین طیف وسیعی از فعالیت‌ها، مداخلات، روش‌ها و رویکردها را پوشش می‌دهد که برخی از آن‌ها از چشم‌انداز این سند بسیار گسترده‌تر هستند. لذا این گونه تصمیم‌گیری شد که در این ابزار خودارزیابی فقط به مسایلی اشاره شود که به راحتی توسط کارکنان حرفه‌ای که با بیماران سروکار دارند قابل تشخیص باشد و مبنای خوبی از شواهد برای آن‌ها موجود باشد. در نتیجه در این سند به برخی از فعالیت‌های ارتقای سلامت که در اسناد راهنمای قبلی شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت به آن‌ها اشاره شده بود توجهی نمی‌شود (۴ و ۳). چهارچوب جامع راهنمای اجرای راهبردی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها و راهنمای توسعه بیشتر استانداردهای ارتقای سلامت از ۱۸ استراتژی اصلی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها (۵) خلاصه شده است. برخی از استانداردها (مانند ارزیابی، بیمار یا اطلاعات و مداخلات بیمار) به طور مستقیم به مسایل مربوط به ایمنی بیمار مرتبط هستند (۶) با این حال، این سند ابزارهای دیگری برای رویکردی وسیع‌تر به منظور توانمندسازی بیماران و کارکنان و تکمیل فعالیت‌های کیفیت و ایمنی فعلی ارایه می‌دهد.

این سند برای تمام بیمارستان‌ها و نهادهای کیفیتی که تمایل به بهبود ارتقای سلامت دارند تدوین شده است. سازمان‌هایی که در حوزه بهبود کیفیت فعالیت می‌کنند به منظور بازبینی و شرکت دادن این استانداردها و شاخص‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها در سیستم‌های فعلی‌شان مورد تشویق قرار می‌گیرند.

3. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986.

(http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 08 May 2006).

4. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997

(http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1, accessed 08 May 2006)

5. Pelikan J, Dietscher C, Krajic K, Nowak P. Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O, Garcia- Barbero M, eds: Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 48-67. (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

6. Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety. Geneva, World Health Organization, 2004.

(http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf, accessed 08 May 2006)

۲. پرسش‌های رایج

سوال ۱. آیا انجام خودارزیابی برای اعضای شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت اجباری است؟

خیر- در این مرحله خودارزیابی یک روند داوطلبانه است. این ابزار خدمتی است به بیمارستان‌های عضو در جهت تسهیل شناسایی حوزه‌هایی که در آن حوزه‌ها امکان دستیابی به پیشرفت وجود دارد.

سوال ۲. مزایای اجرای این خودارزیابی برای بیمارستان‌ها چیست؟

بیمارستان‌ها می‌توانند با اجرای این خودارزیابی به بهبود مراقبت‌های بیماران، کیفیت زندگی آن‌ها و سلامت کارکنان خود کمک کنند. این ابزار به شناسایی شکاف‌های کیفیتی در فعالیت‌های ارتقای سلامت کمک کرده و از تدوین یک برنامه اجرایی حمایت می‌کند.

سوال ۳. این ابزار چگونه با سایر ابتکارات کیفی در تناسب است؟

روند تنظیم استانداردها جزئی یکپارچه از ارتقای کیفی پایدار است. استانداردهای ارتقای سلامت تدوین شده در این کتاب راهنما با هدف تکمیل استانداردهای کیفی فعلی می‌باشند که تمرکز واقعی بر ارتقای سلامت ندارند. شاخص‌های تکمیلی نیز به منظور امکان ارزیابی کمی عملکرد در طول زمان اضافه شده‌اند. قویا توصیه می‌شود که خودارزیابی استانداردهای ارتقای سلامت، به استراتژی‌های کیفی موجود مورد استفاده در بیمارستان‌ها پیوند داده شوند.

سوال ۴. این ابزار چه کمکی به ایمنی بیماران می‌کند؟

اطلاع‌رسانی، آموزش و ارتباطات در مراقبت‌های سلامتی، عناصر اصلی تضمین ایمنی بیمار می‌باشند. این کار با افزایش سطح آگاهی، انگیزه و پاسخگویی برای کارکنان و بیماران اجرا می‌شود. برای مثال بیماران آگاه می‌توانند نقش مهمی در شناسایی عوامل خطر و آرایه راه حل حین مدت بستری در بیمارستان و پس از ترخیص ایفا کنند. کارکنان آگاه به توسعه و حفظ یک محیط کار سالم و ایمن کمک می‌کنند.

سوال ۵. استاندارد چیست؟

در این سند، استانداردها به توصیف سطح لازم برای موفقیت می‌پردازند. این سند پنج استاندارد را تعریف می‌کند که هر یک جنبه‌ای از ارتقای سلامت می‌باشند. هر استاندارد خود به استانداردهای فرعی (sub standards) تقسیم می‌شود که سپس به تعدادی از عناصر قابل سنجش تقسیم می‌گردند.

سوال ۶. چگونه می‌توان سازگاری با استانداردها را سنجید؟

سازگاری با استانداردها از طریق حاصل جمع عناصر قابل سنجش و استانداردهای فرعی تکمیل شده سنجیده می‌شود. لازم است عناصر قابل سنجش را به صورت زیر ارزیابی کرد: برآورده شدن کامل، نسبی یا عدم برآورده شدن.

سوال ۷. چگونه باید به تفسیر سازگاری با استانداردها پرداخت؟

سازگاری با استانداردها حوزه‌هایی از اقدامات ارتقای سلامت خوب را به شما معرفی می‌کند که ممکن است بخواهید از آن‌ها به عنوان نمونه و مثالی در بیمارستان خود به کار ببرید. عدم تناسب به شما می‌گوید که در کدام حوزه‌ها، فضا برای پیشرفت و بهبود وجود دارد.

سوال ۸. شاخص‌ها چیستند؟

در حالی که استانداردها به سطح مورد نیاز برای موفقیت اشاره می‌کنند که به صورت برآورده شده کامل نسبی یا برآورده نشده ارزیابی می‌شوند، با توجه به اهداف این سند، شاخص‌ها را ابزارهایی کمی به جهت اشاره به حوزه‌های کیفی روند و نتایج تعریف می‌کنیم. این شاخص‌ها به طور معمول در قالب صورت و مخرج کسر بیان می‌شوند.

سوال ۹. استانداردها و شاخص‌ها چه ارتباطی با یکدیگر دارند؟

شاخص‌های فهرست شده در این سند به منظور ارزیابی سازگاری با پنج استاندارد به کار نمی‌روند، بلکه آنها به مسایل تکمیلی که باید در زمینه پایش، ارزیابی و بهبود ارتقای سلامت مورد ارزیابی قرار بگیرند می‌پردازد. شاخص‌ها بیان عددی به کار رفته برای غریبالگری نواحی به منظور پیشرفت و بهبود می‌باشند.

سوال ۱۰. چگونه می‌توان شاخص‌ها را سنجید؟

لازم است که شاخص‌ها را در طول زمان به صورت مکرر سنجید تا منعکس کننده ارتقای کیفی پایدار باشند. این کتاب راهنما، در مورد هر شاخص اساس آن، توصیف صورت و مخرج کسر، منبع داده‌ها و طبقه‌بندی آن را مشخص می‌کند.

سوال ۱۱. چگونه می‌توان یک برنامه اجرایی ترسیم کرد؟

برنامه اجرایی باید بر اساس ارزیابی استانداردها، شاخص‌ها و نظرات و ملاحظات اضافه شده حین روند خود ارزیابی تدوین گردد. همچنین برنامه اجرایی باید به شکاف‌های اصلی شناسایی شده حین ارزیابی اشاره نماید و نماینده اولویت‌های سازمانی باشد.

سوال ۱۲. چه اتفاقی برای برنامه اجرایی ما می‌افتد؟

به منظور تضمین اجرا و پایش، لازم است که برنامه اجرایی به مدیر اجرایی معرفی شود و در سیستم مدیریت کیفی بیمارستان گنجانده شود.

سوال ۱۳. آیا از این ابزار برای محک سایر بیمارستان‌ها هم استفاده خواهد شد؟

در این مرحله، این ابزار فقط به منظور خود ارزیابی به کار می‌رود. هماهنگ کنندگان شبکه WHO و HPH استفاده از این ابزار را برای محک سایر بیمارستان‌ها در آینده در نظر دارند.

سوال ۱۴. آیا به ما گواهی نامه تعلق می‌گیرد؟

خیر، WHO گواهینامه صادر نخواهد کرد. خودارزیابی، ارتقای کیفی پایدار و تدوین برنامه اجرایی منجر به "قبولی" یا "مردود شدن" نمی‌شوند. هر بیمارستان متفاوت است و لذا مجموعه متفاوتی از برنامه‌های اجرایی خاص خود را تدوین می‌نماید. با این حال، شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقادهنده سلامت ممکن است در آینده تصمیم بگیرد که سیستمی را به منظور شناسایی سطح موفقیت و دستیابی به استانداردها و شاخص‌های معرفی شده در این سند تدوین نماید.

۳. پیش زمینه و مسایل روش شناسی

۳.۱. نقش بیمارستان ها در ارتقای سلامت

در اوایل دهه ۱۹۹۰، WHO دست به یک ابتکار بین المللی زد تا به حمایت از بیمارستان ها در امر ارتقای سلامت بپردازد. هدف بیمارستان های ملحق شده به شبکه بین المللی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت، ارائه خدمات پزشکی و پرستاری جامع با کیفیت بالا از طریق به کارگیری فعالیت های ارتقای سلامت برای بیماران، کارکنان و جامعه در هویت حقوقی خود و کارهای روزمره شان بود (۷).

قلمروی عظیم و انگیزه های زیادی از نظر سلامت عمومی عظیمی برای تامین و ارائه استراتژی های ارتقای سلامت در مراکز ارائه مراقبت های سلامتی وجود دارد (۸). بیمارستان ها بین ۴۰ تا ۷۰ درصد بودجه ملی مراقبت های سلامتی را صرف می کنند و به طور معمول حدود ۱ تا ۳ درصد جمعیت شاغل را در اختیار دارند (۹). بیمارستان ها همانند سایر محیط های کاری با طیفی از عوامل خطر فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیک و روانی - اجتماعی سروکار دارند. به طور متناقض، در بیمارستان ها (سازمان هایی که هدفشان حفظ و بازایی سلامتی است) شناسایی و صحنه گذاشتن بر عواملی که سلامت کارکنان را به خطر می اندازد به خوبی صورت نگرفته است، علیرغم این که شواهدی قوی مبنی بر وجود رابطه بین سلامت کارکنان، بهره وری و کیفیت مراقبت از بیماران موجود است (۱۰).

بعلاوه، بیمارستان ها می توانند تاثیر پایداری بر رفتار بیماران و خانواده هایشان داشته باشند، که در قبال توصیه های سلامتی در موقعیت های با سلامت پایین بیشتر پاسخ گو هستند (۱۱). با توجه به شیوع روزافزون بیماری های مزمن در اروپا و سراسر جهان و میزان پایین همکاری بیماران در روند درمان، آموزش درمانی تبدیل به یک موضوع اصلی مورد بحث شده است (۱۲). بسیاری از درمان های بیمارستانی باعث علاج بیماری نمی شوند بلکه با هدف بهبود کیفیت زندگی بیماران می باشند. به منظور حفظ این کیفیت باید به بیماران و خانواده شان آموزش داد تا برای ترخیص از بیمارستان آماده شوند. با این که مسئولیت اصلی بیمارستان در قبال بیمار با روند ترخیص پایان می یابد ولی اشاره به این نکته حایز اهمیت است که از منظر یک سیستم سلامتی اگر بیماران آمادگی بهتری پیدا کنند و دیگر ارایه کنندگان مراقبت های پزشکی و اجتماعی کماکان دخیل نگهداشته شوند، از بروز تعداد زیادی از موارد بستری مجدد یا عوارض، پیشگیری خواهد شد.

7. Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/hpr/nph/docs>, accessed 08 May 2006)

8. Tonnesen H, Fugleholm AM, Jorgensen SJ. Evidence for health promotion in Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 22-47

(<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf> accessed 08 May 2006).

9. Mckee M, Healy J, eds. Hospitals in a changing Europe. Oxford, Open University Press, 2001

10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93.

11. Ogden J. Health Psychology: A Textbook. Oxford, Open University Press, 1996.

12. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies. Geneva, World Health Organization, 2003.

(<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>, accessed 08 May 2006.)

بیمارستان‌ها طیف وسیعی از مواد را مصرف می‌کنند و مقادیر زیادی زباله و مواد خطرناک تولید می‌نمایند. با به کارگیری استراتژی‌های ارتقای سلامت می‌توان به کاهش آلودگی محیط کمک کرده و با خریداری محصولات سالم تولید شده محلی از تولید محصولات سالم حمایت نمود.

در نهایت، مانند نهادها و موسسات تحقیقاتی و آموزشی، بیمارستان‌ها به تولید، جمع‌آوری و انتشار حجم زیادی از اطلاعات و علوم می‌پردازند و می‌توانند بر ساختارهای سلامتی محلی تأثیر گذاشته و فعالیت‌های حرفه‌ای سایر حوزه‌ها را تحت تأثیر خود قرار دهند.

۳.۲. تفهیم ارتقای سلامت

واژه ارتقای سلامت اغلب به طور شفاف از اصطلاحاتی چون پیشگیری از بیماری، آموزش سلامت و توانمندسازی افتراق داده نشده است (۱۳) هدف از پیشگیری از بیماری در واژه نامه ارتقای سلامت به صورت ذیل تعریف شده است: "اقداماتی که نه تنها از وقوع بیماری جلوگیری می‌کنند (مانند کاهش عوامل خطر) بلکه جلوی پیشروی آن را نیز می‌گیرند و در صورتی که ایجاد شد، تبعات آن را کاهش می‌دهند". همین منبع هدف از آموزش سلامت را به این صورت تعریف می‌کند: فرصت‌های ایجاد شده آگاهانه برای یادگیری، با به کارگیری برخی اشکال ارتباطات طراحی شده برای بهبود سواد سلامتی، شامل ارتقای آگاهی و توسعه مهارت‌های زندگی که برای سلامت فردی و اجتماعی سودمند است". توانمندسازی و ارتقای سلامت به مفهوم وسیع‌تری اشاره می‌کند که در منشور اتاوا سازمان جهانی بهداشت به صورت زیر تعریف شده است: "روند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل بر سلامت خود و ارتقای آن" (۱۴).

در عمل، این واژه‌ها اغلب به صورت مکمل یکدیگر یا به صورت تبادل‌پذیر به کار می‌روند و اقدامات لازم برای اجرای آن‌ها ممکن است مشترک باشند، با این حال، با توجه به تمرکز تأثیر اقدامات ارتقای سلامت، تفاوت‌های مفهومی مهمی در این امر وجود دارد (شکل ۱):

شکل ۱: استراتژی‌های ارتقای سلامت (۱۵)

تمرکز فردی			تمرکز جمعیتی		
غریبالگری، ارزیابی میزان خطر انفرادی و ایمنیزاسیون	اطلاعات سلامتی	آموزش سلامت و توسعه مهارت‌ها	اقدام اجتماعی	بازاریابی اجتماعی	توسعه سازمانی
افراد سالم	جوامع سالم		محیط و اجتماعات سالم		
رویکرد پزشکی	رویکرد رفتاری		رویکرد محیطی اجتماعی		

13. For full definitions and further references please see the Glossary in Section 7.

14. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986.

15. Bensber M. What are health promoting emergency departments? Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.

با این که رویکرد پزشکی در جهت عوامل خطر فیزیولوژیک (مانند فشار خون بالا و وضعیت ایمنی) می باشد، رویکرد رفتاری در جهت عوامل مرتبط با شیوه زندگی (مانند سیگار کشیدن و بی تحرکی جسمانی) و رویکرد اجتماعی - محیطی در جهت اختلالات عمومی (مانند بیکاری و سطح پایین تحصیلات یا فقر) می باشند. در نتیجه ارتقای سلامت نه تنها رویکردهای پزشکی را در بر می گیرد، بلکه از جهت گیری آن در درمان قطعی افراد پا را فراتر می گذارد. با این که ما وجود مکاتب مختلف تئوریک در پس کاربرد این واژه ها را تصدیق می کنیم، ولی این کتاب فقط به فعالیتهای ارتقای سلامت اشاره می نماید، فعالیتهایی که هم اقدامات واقعی مانند ارزیابی بیماران و ارائه اطلاعات خاص حمایت کننده تشخیص علایم بیماری را تحت پوشش قرار می دهند و هم مداخلات پیچیده ای مانند حمایت از بیمار در جهت ایفای نقش فعال در مدیریت بیماری خود را پوشش می دهند. اقداماتی چون غربالگری و ایمن سازی از این کتاب حذف شده اند، زیرا برای آن ها معیارهای کیفی دیگری وجود دارد.

می دانیم که استانداردهای آرایه شده در این کتاب، تمام طیف اقدامات مرتبط با شبکه بین المللی بیمارستان های ارتقادهنده سلامت را تحت پوشش قرار نمی دهد. استانداردهای مربوط به ارتقای سلامت اجتماعی و مسایل محیطی در بیمارستان ها ممکن است در مراحل بعدی تدوین شوند. بعلاوه، استانداردهای این سند بنا نیست که تمام طیف کیفیت مراقبت های سلامتی را پوشش دهد. کیفیت مراقبت را که به صورت "درجه ای که خدمات سلامتی افراد و جمعیت ها باعث افزایش احتمال دستیابی به نتایج سلامتی مورد نظر شده و با دانش حرفه ای فعلی هم سازگار باشد" تعریف می شود (۱۶)، می توان به ابعاد کیفی مختلفی تقسیم کرد؛ مانند مراقبت های بالینی، محوریت بیمار، آگاهی کارکنان، نظارت پاسخگو یا بهره وری. استانداردها و شاخص های توصیف شده در این سند فقط با بعد ارتقای سلامت کیفیت مراقبت های سلامتی سروکار دارد. چشم انداز چندبعدی ارزیابی کیفیت توسط ابزار ارزیابی عملکرد به منظور ارتقای کیفیت در بیمارستان ها (PATH) به وجود آمده است (۱۷).

۳.۳. ارزیابی کیفیت داخلی و خارجی

رویکردهای ارزیابی را می توان به طور کلی به ارزیابی داخلی و خارجی گروه بندی نمود. ارزیابی داخلی عبارتست از ارزیابی برپایه قضاوت یا خودارزیابی موسسه ای برپایه استانداردها. ارزیابی خارجی عبارتست از نظارت و بازرسی کارشناسانه یا اعتباربخشی (۱۸). استانداردها و شاخص های عملکردی را می توان هم برای ارزیابی داخلی و پایش پایدار در طول زمان، و هم برای ارزیابی خارجی و تجزیه و تحلیل مقایسه ای عملکرد (مانند محک زدن) به کار برد. شایع ترین اشکال ارزیابی داخلی و خارجی به ترتیب عبارتند از خودارزیابی و اعتباربخشی (دریافت اعتبارنامه).

16. Glossary. European Observatory on Health Systems and Policies. (<http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> , accessed 08 May 2006).

17. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on a WHO Workshop, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf> , accessed 09 May 2006).

18. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the EXPERT project. International journal for quality in health care , 2000, 3: 169-175

خودارزیابی روندی است که توسط سازمان‌های سلامتی به منظور ارزیابی دقیق سطح عملکردشان در مقایسه با استانداردهای ثبت شده و اجرای اقدامات لازم برای ارتقای پایدار به کار برده می‌شود. خودارزیابی ممکن است تمام فعالیت‌های بیمارستان را پوشش دهد و یا ممکن است بر مسایل خاصی مانند ارتقای سلامت تکیه نماید. این کار سبب می‌شود کارکنان حوزه‌هایی را که در آن موفق هستند و نیز حوزه‌هایی را که نیاز به بهبود و ارتقا دارند شناسایی نمایند. آن‌گاه کارکنان می‌توانند نسبت به اولویت‌بندی و برنامه‌ریزی اقدامات لازم یا تکرار اقدامات مناسب در سایر بخش‌های بیمارستان اقدام نمایند.

اعطای اعتبارنامه (اعتباربخشی) نیز معمولاً بر پایه خودارزیابی استوار است ولی توسط یک روند ارزیابی خارجی هم‌تا پیگیری می‌شود. ارزیابی خارجی به‌طور معمول منجر به ارزیابی کلی کیفیت یک بیمارستان می‌شود و در آن حوزه‌های رایج در ارتقا شناسایی می‌شوند و سطح لازم برای دستیابی به آن مشخص می‌گردد و به‌صورت یک اعلامیه رسمی به بیمارستان اعطا می‌گردد. در بسیاری از کشورها، اعتباربخشی (اعطای اعتبارنامه) در برگیرنده مسایل مهم قانونی، مالی و بازاریابی است.

شواهد نشان می‌دهد که خودارزیابی در اهداف تضمین کیفیت به طرق گوناگون سهیم است. این روند روشی کم هزینه است که سبب تغییر رفتار فرد می‌گردد تا به افزایش تناسب با استانداردها، شفاف‌سازی حوزه‌های مورد نیاز برای ارتقا منجر شود و به شرکت‌کنندگان حس مالکیت اعطا نموده و می‌تواند ارتباطات بین روسا و مرئوسین را بهبود بخشد. (۱۹)

سوال اصلی درباره خودارزیابی این است که آیا افراد خود ارزیاب، قضاوت دقیقی در مورد خود به عمل می‌آورند. تجربه آموزنده‌ای از روندهای خودارزیابی نشان می‌دهد که بیمارستان‌های با عملکرد مناسب معمولاً بیش از بیمارستان‌هایی که عملکرد مناسبی ندارد مورد نقد قرار می‌گیرند. بیمارستان‌هایی که فرهنگ ارتقای کیفیت پایدار را می‌پذیرند بیش از موسساتی که فاقد چنین فرهنگی هستند نسبت به پتانسیل‌های ارتقای خود حساسیت نشان می‌دهند (۲۰). برای مثال، مطالعه‌ای درباره خودارزیابی نشان داد که در زمینه اشتباهات پزشکی و کیفیت کارگروهی، گروه‌های با عملکرد مناسب نسبت به گروه‌های ضعیف، اشتباهات بیشتری را ثبت می‌کردند. برای کندوکاو بیشتر این موضوع با رهبران گروه‌ها مصاحبه شد و این موضوع مشخص شد که رهبران مستبدتر هدایتگر گروه‌های ضعیف‌تر بودند و در نتیجه اشتباهات کمتری هم از خود گزارش می‌کردند. لذا روندهای خودارزیابی، مستعد طیفی از سوگرایی‌ها هستند که باید در تفسیر نتایج به آن‌ها توجه نمود.

از فرآیند خودارزیابی باید دو نکته را آموخت: ارتقا و بهبود کیفیت، نیازمند اطلاعات و داده‌هایی درباره عملکرد و فرهنگ ارتقا است. بدون داشتن داده و اطلاعات درباره عملکرد، که توسط استانداردها و شاخص‌ها سنجیده می‌شود، نمی‌توان جهت‌گیری روشنی برای ارتقای کیفیت پیشنهاد نمود و بدون فرهنگ مشارکت و حمایت، حتی اگر داده‌ها و اطلاعات درباره کیفیت مراقبت‌ها موجود باشند، طرح‌های پیشنهادی ارتقای کیفیت را نمی‌توان اجرایی کرد. متأسفانه، اغلب مقادیر زیادی داده و اطلاعات جمع‌آوری می‌شوند، بدون این که مفید باشند یا برای اهداف ارتقای کیفیت به کار برده شوند.

19. Bose S, Oliveras E, Edson WN. How can self-assessment improve the quality of healthcare? Operations Research Issue Paper 2(4). Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project, Bethesda, MD and JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD. 2001.

20. Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error. Journal of Applied Behavioural Sciences, 1996. 32: 5-28

در این صورت، جمع‌آوری داده‌ها با منحرف کردن زمان و دیگر منابع از اقدامات دیگر تاثیر منفی بر کیفیت مراقبت‌ها خواهد گذاشت. استراتژی خودارزیابی شامل تشویق آموزش است و به سازمان‌های سلامتی حین توسعه فرآیندهای ارتقای کیفیت پایدارشان کمک می‌نماید.

هدف سازمان جهانی بهداشت (WHO)، استفاده از استانداردها و شاخص‌ها برای ارزیابی اعتباربخشی یا رتبه‌بندی رسمی بیمارستان‌های منفرد عضو شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت نیست. هدف اصلی از تدوین استانداردها تامین ابزاری است که بتواند از بیمارستان‌ها در ارزیابی و بهبود ارتقای سلامت‌شان حمایت نماید. با این حال، به بیمارستان‌ها، به خصوص بیمارستان‌های عضو شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، توصیه اکید شده است که از ابزار خودارزیابی استفاده نمایند. از آنجایی که این استانداردها در قلمرو عمومی می‌باشند ما همچنین به تمام نهادهای کیفیت و سازمان‌های اعتباربخش توصیه می‌کنیم تا این استانداردهای ارتقای سلامت برای بیمارستان‌ها را در استانداردهای فعلی‌شان بگنجانند.

۳.۴. استانداردهای ارتقای سلامت

در بسیاری از کشورها آژانس‌های کیفیت به تدوین استانداردهای کیفیت مراقبت‌های سلامتی پرداخته‌اند. برای مثال، آژانس‌های برجسته عبارتند از: در استرالیا، شورای استانداردهای مراقبت‌های سلامتی استرالیا (ACHS)؛ در کانادا، شورای اعتبار بخشی خدمات سلامتی کانادا (CCHSA)؛ در فرانسه HAS (Haute Autorite de Sante)؛ در انگلستان، خدمات کیفیت سلامت (HQS)؛ و در ایالات متحده آمریکا، کمیسیون الحاقی اعتبار بخشی سازمان‌های مراقبت‌های سلامتی (JCAHO). علاوه، استانداردهای بین‌المللی برای مثال توسط سازمان بین‌المللی استانداردسازی و شاخه بین‌المللی JCAHO کمیسیون الحاقی بین‌المللی (JCI) تدوین شده است. در حالی که اغلب این آژانس‌ها در جهت دستیابی به مجموعه‌ای از استانداردها تلاش می‌کنند، سایر سازمان‌های کیفیت، مانند بنیاد مدیریت کیفیت اروپا بر پایه اصل تلاش در جهت برتری بنا نهاده شده‌اند (۲۲).

بازبینی استانداردهای تدوین شده توسط آژانس‌های اعتباربخشی اصلی نشان می‌دهد که اشاره کمی به فعالیت‌های ارتقای سلامت شده است (۲۳). بنابراین، استانداردهای ارتقای سلامت WHO به صورت مکمل برای استانداردهای موجود همراستا با فلسفه کلی ارتقای پایدار کیفیت در سازمان‌ها تدوین گردید. به طور کلی:

علیرغم این که استانداردها به طور وسیعی در بخش‌های اصلی پزشکی (مانند آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی، آندوسکوپی، آمبولانس و اتاق‌های عمل جراحی) مورد استفاده قرار می‌گیرند، به دلیل آگاه نبودن بیمار و نیز پیامدهای بالینی، این استانداردها به صورت جهانی مورد قبول کارشناسان حرفه‌ای سلامت واقع نشده‌اند.

21. Quality and accreditation in health care services. A global review. ISQuA and WHO. Geneva, World Health Organization, 2003. (EIO/OSD/2003) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf , accessed 08 May 2006).

22. Möller J. The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in health care. International Journal for Quality in Health Care, 2001, 13 (1): 45-49

23. Developing standards for Health Promotion in Hospitals. Background paper for the 1st Workshop on Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (5038045/5).

مدل‌های موفق معمولاً برای استانداردهای سازمانی بوجود می‌آیند و وقتی برای مراقبت‌های سلامتی اجرا می‌شوند فاقد استانداردهای فرآیندهای مراقبت از بیمار هستند. نظر به آگاهی قوی مشتری و کارکنان (که در برخی از مدل‌ها در نظر گرفته شده‌اند)، می‌توان به استانداردهای ارتقای سلامت WHO به عنوان مکملی ضروری نگریست.

استانداردهای اعتباربخشی که در بسیاری از کشورها در بیمارستان‌ها اجرا شده‌اند و تا حدودی به برخی از اجزای آموزش بیمار اشاره می‌کنند، و معمولاً فاقد جهت‌گیری به سوی سلامت کارکنان هستند. استانداردهای WHO می‌توانند این رویکرد را در جهت‌گیری قوی‌تر به نقش بیمار در مدیریت مراقبت‌های مزمن و بهبود سلامت کارکنان تکمیل نمایند.

محتوای استانداردها

این استانداردها ظرفیت سلامت افراد را مورد توجه قرار داده و بر اهمیت فعال‌سازی آن‌ها از طریق اطلاع‌رسانی، ایجاد انگیزه، مشاوره، آموزش و دیگر فعالیت‌های لازم برای درک ظرفیت سلامت افراد تأکید می‌نمایند. از آنجایی که اطلاع‌رسانی، آموزش و توصیه فقط در شرایطی سبب تغییر رفتاری پایدار می‌گردد که توسط هنجارها، قوانین و فرهنگ‌های متداول مورد حمایت واقع شوند، مداخلات ارتقای سلامت در سازمان‌ها باید به این عوامل زمینه‌ای نیز اشاره و توجه نمایند. براساس فلسفه شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت (HPH)، این استانداردها نه تنها به مراقبت از بیمار بلکه به سلامت کارکنان نیز اشاره دارند و بیمارستان را به توسعه اجتماعی و سازمانی متصل می‌نمایند. محتوای استانداردها براساس فلسفه شبکه HPH تعریف شده است و برای فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها و اجرای مدیریت کیفیت در سازمان‌ها به منزله سند می‌باشند.

این استانداردها در تمام بخش‌های سازمان مراقبتی سلامتی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم با مراقبت از بیمار سروکار دارند اجرا می‌شوند، مانند بیمارستان‌های عمومی و خصوصی، و بخش‌های توان‌بخشی، و همچنین قابلیت اجرا در بیمارستان‌های روان‌پزشکی و اطفال را دارند. این استانداردها اهداف کیفیت سازمان بیمارستان را از سه لحاظ ارایه می‌دهند: چشم‌انداز بالینی، چشم‌انداز بیماران و چشم‌انداز سازمان / مدیریت (شکل ۲):

شکل ۲: چشم‌اندازهای بالینی، بیماران و مدیریت



فرآیند توسعه

به دنبال پیشنهاد یک تیم کاری عضو شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت دانمارک، یک کارگروه کارشناسی از WHO برای تدوین استانداردهای ارتقای سلامت تشکیل شد. این پنج استاندارد اصول و اقداماتی که باید به عنوان جزئی از مراقبت‌ها در هر بیمارستان در نظر گرفته شوند را توصیف می‌کنند (۲۴). این استانداردها با توجه به نیازهای برنامه بین المللی ALPHA تدوین شدند، که شامل بازبینی متون، طرح پیشنهادی استانداردها، مرور استانداردها، ارایه طرح پیش نویس استانداردهای اولیه، طرح آزمایشی، تدوین استانداردهای "نهایی" و اجرا و تجدید نظر پایدار براساس تغییرات در شواهد و ارایه مراقبت‌های سلامتی بودند (۲۵).

بررسی و مرور متون نشان داد که استانداردهای فعلی فقط در حاشیه به مساله ارتقای سلامت در بیمارستانها اشاره می‌کنند. پس از دستیابی به توافق درباره پنج بُعد استانداردها، مجموعه‌ای از استانداردهای فرعی در جهت عملی کردن محتوای اصولی استانداردها تدوین شدند. استانداردهای فرعی بر پایه بهترین شواهد اقدامات ارتقای سلامت می‌باشند. در مرحله بعدی عناصر قابل سنجش برای اثبات اعتبار و قابلیت اطمینان روند ارزیابی مشتق شدند. لازم است که این استانداردها در برابر شواهد خاص ارزیابی مستند شوند (برای مثال، اگر استاندارد فرعی "مسئولیت‌های مشخص ارزیابی و اجرای ارتقای سلامت"، مثبت ارزیابی می‌شوند، باید به عنوان مثال از طریق گزارشی که این مسئولیت‌ها را مشخص می‌کند، مستند شوند). لذا هدف از عناصر و شواهد قابل سنجش، کاهش سوگرایی احتمالی‌ای است که ممکن است افراد وارد روند ارزیابی نمایند.

عناصر قابل سنجش به صورت "بله"، "تاحدودی" یا "خیر" ارزیابی می‌شوند، ولی اهمیت اضافه کردن اطلاعات کیفی به این ارزیابی از طریق کادری در زیر هر عنصر قابل سنجش که اجازه مستند کردن شواهد را می‌دهد تاکید می‌گردد (برای مثال برای شرح دادن دقیق اینکه چرا عنصر قابل سنجش فقط به صورت "تاحدودی" یا "خیر" ارزیابی شده یا برای اضافه کردن هرگونه اطلاعات که برای توسعه و تدوین برنامه ارتقای کیفیت حائز اهمیت است). با وجود اینکه ارزیابی خارجی معمولاً به وسیله تطابق با برخی استانداردهای خاص انجام می‌گردد، برای ارتقای کیفیت داخلی این نکته حایز اهمیت است که دانش خود را درباره چگونگی بهبود کیفیت افزایش دهیم. اطلاعات کیفی موجود در کادرهای نوشتاری از این هدف حمایت می‌کنند.

استانداردها، استانداردهای فرعی و عناصر قابل سنجش در ۳۶ بیمارستان در ۹ کشور اروپایی به صورت آزمایشی اجرا شدند (۲۶). هدف اصلی این طرح آزمایشی، ارزیابی این نکته بود که آیا این موارد توسط کارکنان سلامتی در انواع مختلف بیمارستانها در کشورهای اروپایی، مناسب و قابل اجرا شناخته می‌شوند یا خیر؟ بعلاوه، اجرای فعلی این استانداردها به منظور شناسایی تأثیرات احتمالی آنها، مورد ارزیابی قرار گرفت.

24. Developing standards for health promotion in hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphstandardsfinrpt.pdf> , accessed 08 May 2006).

25. International Standards for Health Care Accreditation Bodies. Internacional Society for Quality in Health Care (<http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation/ISQuaIAPPrinciplesV2.pdf>, accessed 08 May 2006).

26. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moeller L, Garcia-Barbero M. Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries. International Journal for Quality Assurance in Health Care, 2005, 18 (4): 300-307

(www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm , accessed 08 may 2006).

همزمان استانداردهای مقدماتی برای دریافت نظرات و پیشنهادات به آژانسهای بین المللی اعتبار بخشی و دیگر سازمانهای دخیل در ارتقای کیفیت فرستاده شدند.

مقدمات استانداردها

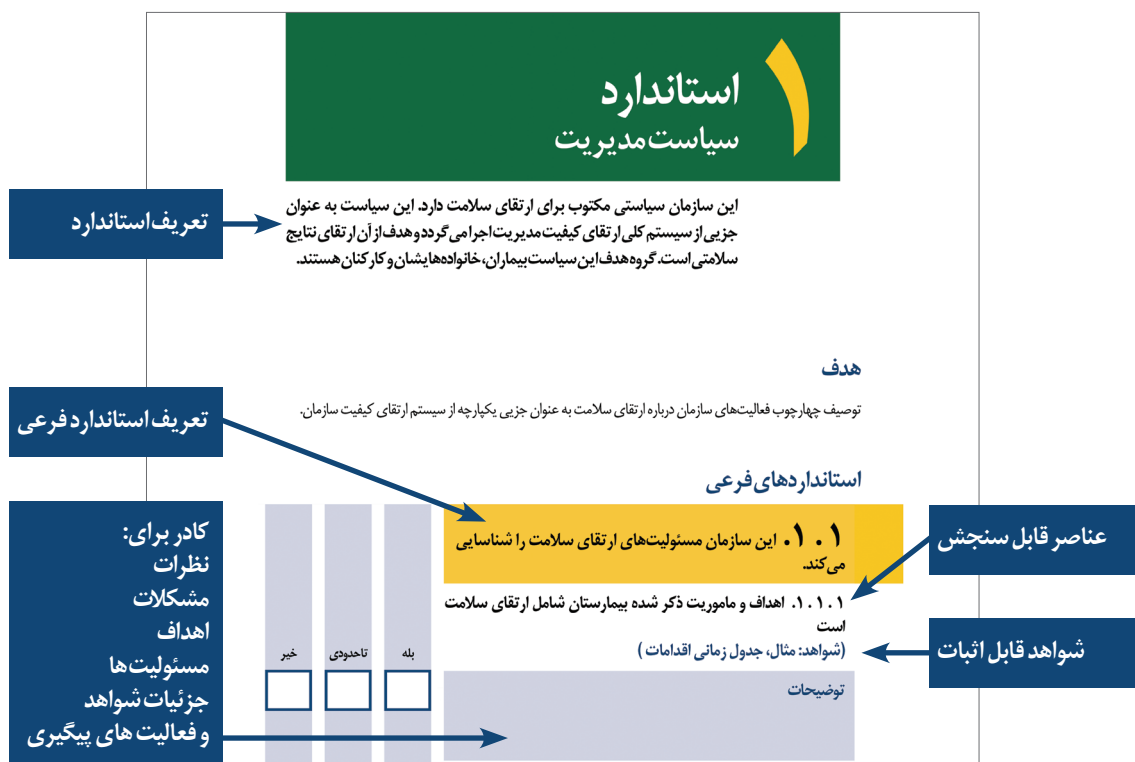
هر استاندارد حاوی سه سطح است (شکل ۳):

سطح اول: سطح مربوط به خود **استاندارد** است. این پنج استاندارد به سیاست مدیریت؛ ارزیابی بیمار، اطلاع رسانی و مداخلات؛ ایجاد محیط کاری سالم، و تداوم و همکاری اشاره دارند.

سطح دوم: سطح استانداردهای فرعی است. **استانداردهای فرعی**، استانداردها را عملی نموده و آن را به اجزای اصلی خود تقسیم می کنند. در مجموع ۲۴ استاندارد فرعی وجود دارد؛ تعداد استانداردهای فرعی به ازای استانداردها بین ۴ تا ۶ متغیر است.

سطح سوم: شامل **عناصر قابل سنجش** است. این عناصر به سادگی آنچه که جهت تناسب کامل با استانداردها مورد نیاز است را فهرست می کنند. فهرست کردن عناصر قابل سنجش با هدف شفاف سازی بیشتر استانداردها و کمک به سازمانها در آموزش کارکنان درباره استانداردها و آمادگی جهت بررسی اعتبار دهی صورت می گیرد. عناصر قابل سنجش نیازهای استانداردها می باشند که به صورت انجام کامل، نسبی یا عدم انجام بازمینی و ارزیابی می شوند. در مجموع ۴۰ عنصر قابل سنجش وجود دارد؛ تعداد عناصر قابل سنجش به ازای استانداردها بین ۶ تا ۱۰ متغیر است.

شکل ۳: ساختار سه سطحی استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستانها



۳.۵. شاخص‌های ارتقای سلامت

به منظور تکمیل استانداردها و ارایه یک ابزار کمی سنجش برای ارزیابی ارتقای پایدار، شاخصهای اجرا تدوین شدند. هدف از این شاخص‌ها تکمیل نقیصه در ارزیابی نتایج بود، به طوری که مشخص نمایند که آیا ساختارها و فرآیندهای توصیه شده در تنظیم استانداردها در جای خود قرار دارند یا خیر؟ در مقایسه با استانداردها، شاخص‌ها به ارایه پایه‌ای کمی برای ارزیابی، پایش و بهبود مراقبت‌ها می‌پردازند و ممکن است کارکنان سلامتی و مدیران را در توسعه اهداف و ارزیابی پیشرفت فعالیت‌های ارتقای کیفیت یاری نمایند.

تعریف و خصوصیات شاخص‌ها

ممکن است از شاخص‌ها به منظورهای مختلفی استفاده شود، مانند مستندسازی کیفیت مراقبت‌ها، مقایسه مراکز مختلف در طول زمان، قضاوت کردن و تنظیم اولویت‌ها، حمایت از پاسخگویی، قانون‌گذاری و اعتبار بخشی، حمایت از ارتقای کیفیت، حمایت و کمک به انتخاب بیمار از بین ارایه‌دهندگان خدمت (۲۷). لذا می‌توان از شاخص‌ها در جهت مقاصد داخلی و یا خارجی استفاده کرد. مقاصد داخلی مربوط به اقدامات گوناگون مدیریت بیمارستان به عنوان یک سازمان ارایه دهنده خدمات سلامتی است مانند پایش، ارزیابی و ارتقای اقدامات در درازمدت (استراتژی) یا کوتاه‌مدت. مقاصد خارجی مربوط است به پاسخگویی سرمایه‌گذاران، مانند آژانس‌های سرمایه‌گذاری (بیمه‌گذار یا دولت)، بیماران / مشتریان و جامعه در مقیاس بزرگتر.

شاخص‌ها به طور برجسته‌ای به فرآیند و ابعاد نتایج مراقبت اشاره می‌کنند. با این که ممکن است مرتبط با خصوصیات ساختاری نیز باشند (نسبت متخصصین به دیگر پزشکان). شاخص‌ها ممکن است به صورت‌های گوناگونی توصیف شوند مانند میزان (تعداد رویدادها در یک جمعیت با مخرج قابل مقایسه)، سهم (درصد رویدادها در یک جمعیت مشخص)، نسبت (رابطه بین دو سهم)، ارزش متوسط (نمره حاصل از یک بررسی) یا عدد مطلق. همچنین ممکن است از شاخص‌ها برای نشان دادن رویدادهای نگرهبان (پدیده‌هایی که ذاتاً نامطلوب و ناخواسته هستند) استفاده شوند، جایی که هر رویداد سبب به راه افتادن تحقیقات عمیقی می‌شود. مثالی از یک رویداد نگرهبان، جراحی سمت نادرست می‌باشد. می‌توان آن‌ها را به ۲ دسته عمومی (مانند نسبت بازگشت‌های برنامه‌ریزی نشده به اطاق عمل) یا خاص بیماری (مانند نسبت بیماران دچار انفارکتوس میوکارد که ظرف کمتر از ۲۴ ساعت بعد از پذیرش، بتابلوکر دریافت می‌کنند) تقسیم کرد.

در این ابزار خودارزیابی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها، شاخص‌ها مقیاس‌هایی کمی برای ارزیابی پیشرفت در طول زمان فرآیندها و نتایج کلیدی انتخابی از شاخص‌های ارتقای سلامت انتخاب شده فراهم می‌نمایند. هدف از ایجاد شاخص‌ها حمایت از مدیریت داخلی کیفیت پایدار است ولی حمایت از هرگونه تصمیمات پاسخ‌گو جزو اهداف آن نیست. با این حال، ممکن است در آینده از آن‌ها برای محک زدن فعالیت‌های ارتقای سلامت، پس از اثبات علمی مفید بودن آن‌ها برای ارزیابی و بهبود فعالیت‌های ارتقای سلامت استفاده گردد.

شاخص‌های مرتبط با اجرا

یک شاخص، اطلاعاتی درباره یک مساله خاص ارائه می‌دهد، در حالی که مجموعه‌ای از شاخص‌ها می‌توانند اطلاعاتی در زمینه یک پدیده پیچیده (مانند کیفیت مراقبت) ارائه دهند که به خودی خود به سادگی قابل ارزیابی نیست. اعتبار آن‌ها در گرو قدرت ارتباط بین عنصر قابل سنجش و مفهوم زمینه‌ای است. شاخص‌ها فقط مقیاسی برای سنجش هستند نه عاملی برای قضاوت. نمی‌توان از یک شاخص منفرد برای قضاوت درباره عملکرد یک بیمارستان استفاده کرد ولی ممکن است بتوان از مجموعه‌ای از شاخص‌های همگرا در این زمینه بهره برد. برای استنباط یک قضاوت از یک شاخص لازم است اطلاعات دیگری همچون نقاط مرجع یا متغیرهای توصیفی را نیز مد نظر قرار داد. برای مثال، آیا متوسط زمان بستری برای سکنه مغزی به میزان ۱۰ روز خوب تلقی می‌شود یا بد؟ پاسخ به این پرسش بستگی دارد به متوسط زمان بستری در کشور، دسترسی به تخت‌های توان بخشی، یا شدت سکنه مغزی و وخامت حال بیمار در بیمارستان، وضعیت سلامت حین ترخیص، حمایت انجام شده توسط بیمارستان یا سازمان یافته توسط بیمارستان بعد از بازگشت به خانه و غیره.

استفاده از شاخص‌ها برای محک زدن

ممکن است از شاخص‌ها برای مقایسه عملکرد بیمارستان‌ها استفاده شود. باید تلاش زیادی برای تشریح دقیق شاخص‌ها، ارائه تعاریف دقیق و روشن (صورت کسر و مخرج کسر) و تطبیق عوامل مخدوش کننده مقایسه به عمل آورد. برای مثال، مقایسه میزان‌های مرگ و میر بدون تطبیق نتایج بر اساس سن، شدت و بیمارزایی همزمان متناسب نخواهد بود. با این حال حتی پس از تطبیق جامع خطرات با استفاده از تکنیک‌های آماری چند متغیری ممکن است تغییرات باقیمانده توصیف نشده‌ای باقی بمانند که قدرت این مقایسه را محدود نمایند.

لازم است بین "مقایسه‌های ساده" و مفهوم "محک زدن" افتراقی در نظر گرفته شود. در حالی که مقایسه ساده واژه‌ای آزادتر به منزله ارتباط دادن مقیاس‌ها به یکدیگر می‌باشد، محک زدن به مفهوم مقایسه نتایج ارزیابی‌های سازمان‌ها با نتایج سایر سازمان‌ها و آزمودن فرآیندها در قیاس با فرآیندهایی است که برای رسیدن به اهداف بهبود و پیشرفت عالی تشخیص داده شده‌اند. بنابراین محک زدن به مفهوم مقایسه، شناسایی برتری و در نهایت آزمون عواملی است که یک سازمان را برتری داده است (در مقایسه با سایر سازمان‌ها در مقوله‌ای خاص).

تدوین شاخص‌های ارتقای سلامت

چهارچوب‌های متداول ارزیابی عملکرد برای شناسایی شاخص‌های فعلی مورد استفاده مرتبط با ارتقای سلامت مرور شده و معلوم گشت که تنها تعداد کمی از شاخص‌ها مرتبط با ارتقای سلامت می‌باشند. در اغلب موارد تنها ۳۰۰ شاخص شناسایی شده به حوزه تاثیر بالینی اشاره داشتند (۲۸). بنابراین با استفاده از گروه‌های کاری و روش‌های اجماعی، شاخص‌ها برای تکمیل ابزار خودارزیابی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها تدوین شدند.

دو اجلاس بین‌المللی تشکیل شد و در آن‌ها از کارشناسان حوزه تدوین شاخص‌ها، ارتقای کیفیت، اعتبار بخشی و ارتقای سلامت دعوت به عمل آمد (۲۹).

ممکن است شاخص‌های ارتقای سلامت شناسایی شده، همانند سایر شاخص‌های به کار برده شده در کار بالینی روزمره به نظر نرسند. باید به این نکته تاکید کرد که هنوز ارزیابی عملکرد فعالیت‌های ارتقای سلامت در مراقبت‌های سلامتی حوزه‌ای نوین بوده و از پیشرفت‌های بیشتر سود خواهد برد. در قالب جمع‌آوری داده‌ها، ممکن است بسیاری از شاخص‌های ارتقای سلامت نیاز به تلاش‌های اضافی داشته باشند؛ زیرا اطلاعات به دست آمده عموماً از طریق سیستم‌های معمول اطلاعاتی اخذ شده‌اند. با این وجود، این خودمستلزم فرصتی برای جمع‌آوری داده‌های جزیی به منظور تنظیم بهتر برای مقایسه‌ها یا تناسب بهتر با اولویت‌های سازمانی خود می‌باشد.

شاخص‌های زیر برای تکمیل پنج استاندارد ارتقای سلامت ارائه شده در ابزار خودارزیابی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها انتخاب شدند (جدول ۱).

جدول ۱- بررسی اجمالی شاخص‌های ارتقای سلامت

شاخص	استاندارد / حوزه
درصد کارکنان آگاه از سیاست ارتقای سلامت درصد بیماران آگاه از استانداردهای ارتقای سلامت درصد بودجه اختصاص یافته به فعالیت‌های ارتقای سلامت کارکنان	سیاست مدیریت
درصد بیماران ارزیابی شده از نظر عوامل خطر عمومی درصد بیماران ارزیابی شده از نظر عوامل خطر خاص بیماری با توجه به دستورالعمل‌ها نمره بررسی رضایت بیماران از روند ارزیابی	ارزیابی بیمار
درصد بیماران آموزش دیده درباره اقدامات خاص در مدیریت بیماری خود درصد بیماران آموزش دیده درباره اصلاح عوامل خطر و گزینه‌های درمان بیماری در مدیریت بیماری خود نمره بررسی تجربه بیماران در مورد روندهای اطلاع رسانی و مداخلات	اطلاع رسانی و مداخلات بیمار
درصد کارکنان سیگاری ترک سیگار نمره بررسی تجربه کارکنان در مورد شرایط کاری درصد غیبت کوتاه مدت درصد آسیب‌های مرتبط با کار نمره مقیاس فرسودگی شغلی	ایجاد محیط کاری سالم
درصد خلاصه ترخیص فرستاده شده برای پزشک عمومی یا درمانگاه ارجاعی ظرف دو هفته، یا داده شده به بیمار حین ترخیص میزان پذیرش مجدد بیماری‌های حساس به مراقبت‌های سرپایی ظرف ۵ روز نمره بررسی آمادگی بیمار حین ترخیص	تداوم و همکاری

29. Standards for health promotion: development of indicators for a self-assessment tool. WHO Regional Office for Europe, 2003. (<http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf> , accessed 08 May 2006).

این شاخص‌ها با جزئیات در بخش ۷ توصیف خواهند شد. برای هر شاخص یک برگه توصیفی آماده شده است که به مسایل زیر اشاره می‌کند: حوزه، نام، اساس و توجیه، صورت کسر، مخرج کسر، منابع داده‌ها، طبقه‌بندی و نکات.

۳.۶. استفاده تکمیلی از استانداردها و شاخص‌ها

استانداردها اغلب به ساختار و فرآیند توجه دارند در حالی که شاخص‌ها در درجه اول به فرآیند و نتایج اشاره دارند. شاخص‌ها خاصیت متریک متفاوتی دارند و نیازمند صورت و مخرج کسر هستند. استانداردها نیازمند یک تعریف شفاف هستند ولی لزوماً به صورت واژه‌های عددی بیان نمی‌شوند. رابطه بین استانداردها و شاخص‌ها مکمل یکدیگر است؛ هر یک از آنها فلسفه متفاوتی را دنبال می‌کنند و می‌توانند - به صورت ترکیبی - به حمایت از فعالیت‌های ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها پردازند.

استفاده از استانداردها و شاخص‌ها برای ارزیابی کیفیت

ارزیابی برپایه استانداردها براساس این ارزیابی استوار است که آیا ساختارها، سیستم‌ها و فرآیندهای مناسب در جای خود قرار دارند؟ و در جهت دستیابی به نتایج دلخواه پایدار عمل می‌نمایند یا خیر؟ فرضیه زمینه‌ای این است که اگر همه چیز مطابق استانداردها باشد تمام اجزا و عناصر در جای خود برای افزایش احتمال دستیابی به نتایج خود برای بیماران، کارکنان یا به طور کلی جامعه قرار خواهند داشت. استانداردها به اندازه‌گیری میزان تلاش‌ها به منظور رشد کیفیت می‌پردازند. لذا سؤالاتی که حین ارزیابی سازگاری با استانداردها مطرح می‌شوند عبارتند از "آیا سازمان کار صحیح را انجام می‌دهد؟" و "آیا این کار صحیح را به صورت پایدار انجام می‌دهد؟" با این حال، ارزیابی استانداردها منجر به کسب اطلاعات درباره عملکرد واقعی یک سازمان نمی‌شود.

از سوی دیگر، ارزیابی عملکرد برپایه شاخص‌ها، سنجش این مورد است که چه کاری انجام شده و آن کار چه قدر خوب انجام شده است. با این که سنجش عملکرد می‌تواند یک خصوصیت یا فرآیند ساختاری باشد، به طور ایده‌آل سنجش‌های عملکرد به نتایجی چون نتایج سلامتی، وضعیت سلامت، رضایت بیمار و استفاده از منابع مرتبط با مراقبت‌ها اشاره می‌کنند. کاربرد سنجش‌های عملکردی با چالش جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های پیچیده‌ای که جهت عوامل مخدوش‌کننده احتمالی لزوم به تطبیق دارند، محدود می‌گردد. تفسیر شاخص‌های منفرد دشوار است و به جای آن روابط فی مابین شاخص‌های انتخابی است که منعکس‌کننده پتانسیل‌های ارتقای کیفیت است.

با توجه به نوع شناسی Donabedian، می‌توان کیفیت را از طریق ساختار، فرآیند و نتایج ارزیابی نمود. با این که از منظر ارتقای کیفیت، در نهایت این نتیجه است که مهم است ولی مطالعه ارتباط بین ساختار، فرآیند و نتایج نیز حایز اهمیت است. ترکیب مکمل استانداردها و شاخص‌ها اجازه اشاره به ارتباط بین ساختارها، فرآیندها و نتایج را می‌دهد. عدم توجه به استانداردها سبب اشاره‌ای مختصر به تغییرات ساختارها یا فرآیندهایی می‌شود که ممکن است برای افزایش حداکثری شانس نتایج مثبت لازم باشد. برای مثال پایش اطلاعات درباره نتایج منفی چون رویدادهای نگهبان حایز اهمیت است، ولی زمانی که آن رویداد رخ بدهد برای تغییر دادن آن خیلی دیر است.

استفاده از استانداردها و شاخص‌ها در ابزار خودارزیابی

در ابزار خودارزیابی WHO، استانداردها فقط توسط عناصر قابل سنجش ارزیابی می‌شوند. هدف از تدوین شاخص‌ها، تکمیل ارزیابی سازگاری با استانداردها به منزله تناسب پایدار با استانداردها است. تصمیم درباره این که کدام داده شاخص‌های تکمیلی جمع‌آوری شود برعهده بیمارستان است ولی حداقل یک شاخص به ازای هر حوزه باید جمع‌آوری شود. همچنین این ابزار حاوی بخشی درباره شاخص‌های اضافی است که در آن شاخص‌های محلی مهم یا شاخص‌های موجود به طور معمول گزارش می‌شوند. اگر بیمارستانی بخواهد شاخصی اضافه نماید باید در نظر داشته باشد که آن‌ها را مانند شاخص‌های موجود در این کتاب توصیف نماید.

کاربرد اصلی شاخص‌ها در روند خودارزیابی، مشخص نمودن نقطه شروع برنامه اجرایی ای است که باید برای اقدامات بیشتر ارتقای کیفیت در توسعه برنامه اقدامات ارتقای کیفیت در نظر گرفته شود. چنین نقطه شروعی باعث حمایت قوی از سنجش‌های مکرر از نحوه اجرا و عملکرد در طول زمان می‌شود.

۴. اجرای طرح

۴.۱. شفاف‌سازی مسئولیت‌ها

تأکید بر این نکته حایز اهمیت است که نمی‌توان ارتقای سلامت را به یک نقش یا عملکرد خاص درون بیمارستان محول کرد زیرا این یک مسئولیت همگانی در یک بیمارستان است و بیماران و هر یک از کارکنان می‌توانند در این مهم سهیم باشند. به عنوان یک مساله کیفی، فعالیت‌های ارتقای سلامت را باید درست مانند سایر مسایل کیفی بالینی توسط استانداردها و شاخص‌ها ارزیابی نمود. در این زمینه می‌توان آن را به عنوان "ارزش افزوده ابتکارات موجود کیفیت نگریست" و خودارزیابی فعالیت‌های ارتقای سلامت باید در سیستم مدیریت کیفیت فعلی بیمارستان گنجانده شود.

تأکید بر این نکته حایز اهمیت است که ضروری است تمام کارکنان نسبت به موفقیت طرح تعهد داشته باشند. تعهد با توجه به علاقه و انگیزه متغیر خواهد بود ولی حمایت از طرح از طرف بیمارستان و مالکیت آن دو رکن کلیدی در موفقیت می‌باشند.

لازم است برای این طرح گروهی با نقش‌ها و مسئولیت‌های به وضوح تعریف شده تشکیل شود:

دست‌اندرکاران

مدیریت بیمارستان: لازمه موفقیت این طرح، تعهد رئیس، هیات رئیسه، هیات مدیره و مدیران ارشد بیمارستان نسبت به ضمانت اجرای نقشه و برنامه اقدامات و تامین منابع برای انجام وظیفه می‌باشد.

سرپرست طرح: همچنین این نکته بسیار حیاتی است که در بیمارستان سرپرستی برای طرح منصوب گردد تا به رهبری فرایند و آموزش سایر کارکنان درباره چگونگی انجام خودارزیابی بپردازد. به طور ایده‌آل، ممکن است این فرد مسئول سایر ابتکارات کیفیتی در بیمارستان باشد چون که لازم است که طرح مانند سایر فعالیت‌های ارتقای کیفیت اداره شود.

سرپرست حوزه‌های ارتقای سلامت: ممکن است سرپرست طرح بخواهد برای هر یک از پنج حوزه ارتقای سلامت یک سرپرست نامزد کند (ولی ممکن است یک سرپرست مسئول بیش از یک استاندارد باشد). مسئولیت این فرد ارزیابی میزان تطابق با استانداردها و استانداردهای فرعی است. آن‌ها مسئول جمع‌آوری شواهدی می‌باشند که حامی پاسخگویی‌شان است. همچنین آن‌ها مسئول همکاری با سایر اعضای گروه رهبری در زمینه جمع‌آوری داده‌ها برای شاخص‌های ارتقای سلامت می‌باشند.

گروه رهبری چند تخصصی: لازم است که سرپرست طرح یک گروه رهبری چند تخصصی که در تمام سطوح در دسترس کارکنان باشد را تشکیل دهد. ضروری است که این گروه به طور منظم تشکیل جلسه دهد تا به بحث در مورد پیشرفت خودارزیابی، مطرح کردن ایده‌های مربوط به هر تخصص و القای حس مالکیت طرح بپردازد. هر بیمارستان باید اعضای گروه رهبری خود را با توجه به سازمان خود معرفی و شناسایی نماید.

با این وجود پیشنهاد می‌شود که افراد زیر در گروه رهبری چند تخصصی شرکت داده شوند:

- یک پرستار ارشد که ممکن است همچنین مسئول ممیزی کیفیت/ بالینی باشد
- یک پزشک ارشد و یک پزشک کم تجربه‌تر
- یک مدیر ارشد
- یک عضو کارکنان / منابع انسانی
- یک عضو از کارکنان حرف کمکی مرتبط با پزشکی (مانند فیزیوتراپی، کاردرمانی)، خدمات پزشکی پشتیبانی عمومی (مانند رادیولوژی) و یا عضوی از کارکنان خدمات عمومی غیربالینی.

۴.۲. جمع‌آوری داده‌ها

کارکنان در سطوح مختلف بیمارستان، باید در جمع‌آوری داده‌ها شرکت داده شوند و در امر پشتیبانی از پاسخ‌گویی جمعی به سازگاری با استانداردها دخالت نمایند. تاکید این نکته حایز اهمیت است که تکمیل یک نفره خودارزیابی بدون مشارکت سایر کارکنان ارزش خیلی کمی دارد زیرا این کار باعث کاهش احساس مالکیت در کارکنان می‌گردد و لذا در فرآیند یادگیری کمتر شرکت خواهند کرد.

برای ارزیابی استانداردها و شاخص‌ها می‌توان از سه منبع داده اصلی در بیمارستان استفاده نمود: سیستم معمول اطلاعات، روش‌های بررسی و روندهای ممیزی. بعلاوه، برخی داده‌ها ممکن است توسط دست اندرکاران خارجی تامین و ارائه شوند مانند شرکت‌های بیمه که ممکن است درباره رفتار سلامتی و یا میزان غیبت کارکنان اطلاعات داشته باشند.

سیستم‌های معمول اطلاعات ممکن است حاوی اطلاعات برای برخی از استانداردها و شاخص‌های ارتقای سلامت باشند به خصوص یک سیستم الکترونیک پرونده بیماران مفید خواهد بود زیرا اجازه بازبینی اطلاعات درباره فعالیت‌ها یا ارزیابی نیازهای ارتقای سلامت را می‌دهد. پایگاه داده اداری ممکن است تا حدودی حاوی اطلاعات درباره شاخص‌های ارتقای سلامت در محیط کار باشد. هرکجا که داده‌ای از منابع معمول در دسترس باشد به منظور کاهش بارکاری جمع‌آوری داده‌ها باید از آن‌ها در خود ارزیابی استفاده نمود. با این حال، نوع محتوای اطلاعات موجود در چنین پایگاه‌های اطلاعاتی ممکن است به اندازه کافی برای هدف ارزیابی مسایل ارتقای سلامت اختصاصی نباشند. بعلاوه، ممکن است انعطاف پذیری کمی برای استفاده از آن‌ها جهت سایر مقاصد وجود داشته باشد.

لازم است یک **بررسی** در مورد طیفی از شاخص‌های ارتقای سلامت انجام شود. ممکن است این بررسی درباره تجربه بیماران باشد ولی همچنین می‌تواند درباره تجربه کارکنان نیز باشد. از آنجایی که فقط باید با استفاده از روش‌های معتبر و قابل اطمینان اقدام به بررسی نمود، باید تا حد امکان استفاده از آن را محدود نمود. از سوی دیگر باید در نظر داشت مواردی که برای ارزیابی استانداردها و شاخص‌های ارتقای سلامت مورد نیاز هستند را در بررسی‌های فعلی بیماران و کارکنان شرکت داد.

به منظور ارزیابی برخی از استانداردهای مربوط به ارزیابی، اطلاع رسانی و مداخلات بیماران، **ممیزی** پرونده های بالینی ضروری است. جزئیات روندهای ممیزی در زیر خلاصه شده است.

استانداردها

استانداردهای پوشش دهنده ی سطح مدیریت و آنهایی که تمام بخشهای بیمارستان را تحت پوشش قرار می دهند (سیاست مدیریت، ایجاد یک محیط کاری سالم، تداوم و همکاری) را باید توسط مدیریت بیمارستان یا کمیته کیفیت (در صورت وجود)، ارزیابی نمود. استانداردهای فعالیت های بالینی (ارزیابی، اطلاع رسانی و مداخلات بیماران) را باید در سطح بخش های بالینی ارزیابی کرد. توصیه می شود که پرونده های ۵۰ بیمار که ترخیص شده اند و ظرف ۳ ماه مجددا در بخش پذیرش و بستری شده اند برای ارزیابی به صورت تصادفی انتخاب نمود. گروه ممیزی کننده باید گروهی شامل تخصص های مختلف باشد که اطلاعات خوبی درباره روال مستندسازی بخش داشته باشند. واژه "پرونده های بیماران" هر گونه سند (پرونده پزشکی، پرونده پرستاری، یادداشت های درمان گر و متخصص تغذیه و غیره) را شامل می شود که در ارزیابی سازگاری بیمارستان با استانداردها باید مورد توجه قرار گیرند.

شاخص ها

لازم است در ابزار خودارزیابی شاخص ها هم گزارش شوند. با این حال، فرایند جمع آوری داده ها برای ایجاد شاخص ها باید به صورت جداگانه انجام گیرد. انتخاب نوع شاخص بسته به تصمیم بیمارستان است. ولی با این حال حداقل یک شاخص برای تکمیل هر یک از پنج استاندارد باید جمع آوری شود.

ضروری است که در ابزار خود ارزیابی شاخص ها گزارش شوند تا بتوان براساس ارزیابی سازگاری با استانداردها و میزان اجرا به ازای هر شاخص، یک برنامه اجرایی تدوین نمود. سنجش های مکرر شاخص ها در طول زمان، برای انعکاس تغییرات شاخص ها ضروری است. پیشنهاد می شود که داده ها درباره شاخص ها هر شش ماه جمع آوری شوند.

۴.۳. تفسیر نتایج

مقیاس های کیفیت نیازمند خلاصه کردن داده ها درباره مراقبت های ارایه شده به بیماران و بیان نتایج به صورت میزان، نسبت، فراوانی، توزیع یا نمره متوسط عملکرد است.

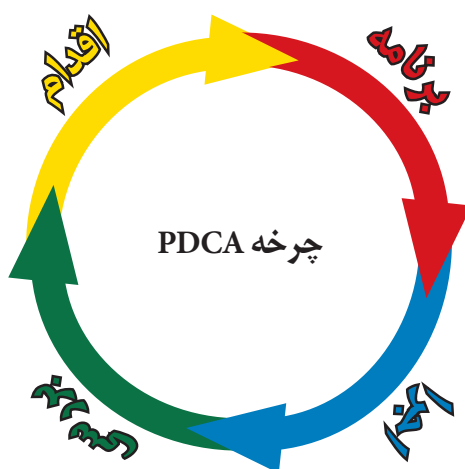
مقایس ها اغلب متشکل از یک عدد و واحد اندازه گیری هستند به طوری که عدد، بزرگی و واحد زمینه تفسیر آن عدد را فراهم می کنند. تفسیر نتیجه یک مقیاس کیفی به صورت خوب یا ضعیف دشوار است مگر در زمانی که استاندارد برای مقایسه کردن با آن وجود داشته باشد. انواع مختلف مقایسه ها عبارتند از مقایسه خارجی با فراهم کنندگان مشابه در زمان، مقایسه خارجی ارایه کنندگان مشابه در طول زمان، مقایسه داخلی در طول زمان (مقایسه نمرات قبل و بعد از تلاش های صورت گرفته برای ارتقای کیفیت)، و استاندارد ارائه شده (مانند اهداف تنظیم شده توسط برنامه سلامتی منطقه ای).

در برخی از حوزه‌های خدمات و درمان مراقبت‌های سلامتی، استانداردهای مراقبت به خوبی بنا شده‌ای موجود می‌باشند. در چنین مواردی می‌توان نتیجه گرفت که مشکل کیفیتی وجود دارد یا ندارد. در جاهایی که استاندارد برای مراقبت وجود ندارد نتایج در صورتی می‌توانند معنادار باشند که با مجموعه‌ای از اهداف (مانند آن‌هایی که توسط سازمان اجراکننده سنجش تنظیم شده است) یا اهداف ملی مقایسه شوند. پیشنهاد می‌شود که نتایج خودارزیابی را نه تنها درون بیمارستان مطرح کرد و به بحث گذاشت، بلکه همچنین با دیگر بیمارستان‌های اجراکننده خودارزیابی فعالیت‌ها ارتقای سلامت هم در میان گذاشت.

۴.۴. تدوین برنامه ارتقای کیفیت

در اجرای این طرح پیروی از چرخه برنامه - اجرا - بررسی - اقدام (PDCA) توصیه شده است. این چرخه در اصل توسط Walter Shewhart در دهه ۱۹۳۰ بسته شده و بعدها توسط W. Edwards Deming اتخاذ گردید. این مدل چهارچوبی برای ارتقای یک فرآیند یا سیستم را فراهم می‌نماید. می‌توان از آن برای هدایت کل پیشرفت طرح یا توسعه طرح‌های خاص وقتی که حوزه‌های ارتقای اهداف شناسایی شدند استفاده نمود. این چرخه طوری طراحی شده است که بتوان از آن به عنوان مدلی پویا استفاده کرد (شکل ۴). تکمیل یک دور از چرخه باعث آغاز دور بعدی می‌شود. پیرو روح ارتقای مستمر کیفیت، این فرآیند را می‌توان همیشه مورد تجزیه و تحلیل دوباره قرار داد و آزمون جدیدی از تغییرات را دوباره شروع کرد.

شکل ۴: چرخه برنامه - اجرا - بررسی - اقدام



برنامه: هدف از برنامه‌ریزی در یک فعالیت، طرح یا فرایند ارتقای آن است. این موضوع خود شامل تجزیه و تحلیل مواردی است چون این که چه چیزی را می‌خواهید ارتقا دهید، توجه به حوزه‌هایی که در آنها فرصت‌های تغییر وجود دارد و تصمیم‌گیری در این رابطه که در کجا بیشترین سرمایه باز خواهد گشت.

اجرا: اجرای تغییر یا آزمون (ترجیحاً در یک مقیاس کوچک) و اجرای تغییراتی که در مرحله برنامه‌تصمیم به انجام آن گرفته بودید.

بررسی: مرور نتایج و تجزیه و تحلیل موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌ها. این مرحله، گام حیاتی در چرخه PDCA است. پس از این که شما تغییرات را برای مدت کوتاهی اجرا کردید، باید مشخص کنید این تغییرات تا چه میزان خوب عمل کرده است؟

آیا واقعا همان طور که می‌خواستید سبب ارتقا و پیشرفت شد؟ شما باید از بین چندین مقیاس سنجش برای پایش سطح ارتقا یکی را انتخاب کنید.

اقدام: اتخاذ تغییر، رها کردن آن، یا دوباره وارد چرخه کردن.

در روند خودارزیابی، هر بخش از ابزار حاوی کادری است که در آن اقدامات ارتقای کیفیت را (که از طریق ارزیابی استانداردها و شاخص‌ها شناسایی شده‌اند) باید مستند کرده و مسئولیت‌های آن اقدامات مشخص گردد. بعلاوه، ضروری است که چهارچوب زمانی آن اقدام و نتایج مورد انتظار را نیز مستند کرد. بخش نهایی ابزار خودارزیابی حاوی کادرمتمن دیگری است که در آن فعالیت‌های کلی ارتقای کیفیت و اقدامات مرتبط با استانداردهای خاص گزارش می‌شوند.

این مسئولیت سرپرست طرح همراه با گروه رهبری چندتخصصی است که تمام داده‌ها را به دقت تکمیل نمایند و داده‌ها را به صورت واقع‌گرایانه درباره اقدامات احتمالی ارتقای کیفیت، تکمیل کنند تا بتوانند حمایت مدیریت ارشد را برای اجرای طرح پیشنهادی دریافت نمایند. وقتی که خودارزیابی کامل شد، گروه رهبری می‌تواند حوزه‌های عملکرد خوب و حوزه‌هایی را که در آن برنامه عملی را تدوین نمود تا به این مسایل پرداخت. نکته مهم این است که اقدامات موجود در برنامه باید با اولویت‌ها، اهداف محلی و ملی و منابع فعلی بیمارستان مرتبط باشند. همچنین این برنامه باید در سیستم مدیریت فعلی بیمارستان گنجانده شود تا بتوان توسعه آن را پایش نمود.

پس از شناسایی موفق پتانسیل‌های ارتقای کیفیت، برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌ها، متعاقبا باید خودارزیابی دیگری برای تداوم چرخه ارتقای کیفیت انجام داد. با تکمیل هر دور از چرخه PDCA می‌توان طرح جدید و تا حدودی پیچیده‌تر را برای ارتقای مستمر و پایدار خدمات پی‌ریزی کرد.

۵. فرم‌های خود ارزیابی

مسئولیت‌های خودارزیابی

مسئولیت‌های خودارزیابی باید در این بخش مستند شود. یک فرد باید تمام مسئولیت‌ها را قبول نماید (سرپرست طرح). سپس با توجه به ساختار بیمارستان و منابع انسانی موجود، مسئولیت‌های بعدی را می‌توان برای استانداردهای گوناگون توزیع کرد (مثلاً، مسئولیت ارزیابی استانداردهای ۱ و ۵ ممکن است بایک عضو مدیریت ارشد باشد، در حالی که مسئولیت ارزیابی سایر استانداردها ممکن است با یک عضو خدمات بالینی باشد). هر عضو باید توافق‌نامه‌ای را به منظور تایید و تصدیق جمع‌آوری داده‌ها یا نظارت بر جمع‌آوری داده‌ها امضا نماید.

برنامه اجرایی باید توسط کل گروه رهبری به بحث و تبادل نظر گذاشته و برنامه‌ریزی شود. سرپرست طرح این برنامه را تایید کرده و تسهیلات اجرای آن را فراهم می‌آورد. ضروری است که این برنامه به مدیریت معرفی و ارایه شود.

سرپرست طرح

(پذیرش مسئولیت اشراف بر کل فرایند خودارزیابی و نتایج ارایه شده)

نام	
وظیفه	
تاریخ	/ /

امضا

اعضای گروه رهبری

نام	بخش	عنوان / وظیفه	شغل / تخصص

سرپرست طرح برای استاندارد ۱: سیاست مدیریت

نام	
وظیفه	
تاریخ	/ /

امضا

سرپرست طرح برای استاندارد ۲: ارزیابی بیمار

نام	
وظیفه	
تاریخ	/ /

امضا

سرپرست طرح برای استاندارد ۳: اطلاعات و مداخلات بیمار

نام	
وظیفه	
تاریخ	/ /

امضا

سرپرست طرح برای استاندارد ۴: ایجاد یک محیط کاری سالم

نام	
وظیفه	
تاریخ	/ /

امضا

سرپرست طرح برای استاندارد ۵: تداوم و همکاری

نام	
وظیفه	
تاریخ	/ /

امضا

استاندارد سیاست مدیریت

سازمان (بیمارستان) سیاستی مکتوب برای ارتقای سلامت دارد. این سیاست بعنوان جزئی از سیستم کلی ارتقای کیفیت سازمان اجرایی گردد و هدف از آن ارتقای نتایج سلامتی است. گروه هدف این سیاست بیماران، خانواده‌هایشان و کارکنان هستند.

هدف

توصیف چهارچوب فعالیت‌های سازمان درباره ارتقای سلامت به عنوان جزئی یکپارچه از سیستم مدیریت کیفی سازمان.

استانداردهای فرعی

			۱.۱. سازمان مسئولیت‌های ارتقای سلامت را تعیین و مشخص می‌کند.
بله	تاحدودی	خیر	۱.۱.۱. اهداف و مأموریت ذکر شده بیمارستان شامل ارتقای سلامت است. (شواهد: مثال، جدول زمانی اقدامات).
☐	☐	☐	توضیحات
بله	تاحدودی	خیر	۱.۱.۲. صورت جلسه توافق هیات رئیسه در طول سال گذشته برای شرکت در پروژه WHO HPH (شواهد: مثال، تاریخ تصمیم‌گیری یا پرداخت حق عضویت سالانه).
☐	☐	☐	توضیحات

خیر	تاحدودی	بله	۱.۱.۳. برنامه‌های فعلی کاری و کیفی بیمارستان شامل ارتقای سلامت (HP) بیماران، کارکنان و جامعه می باشد (شواهد: مثال، ارتقای سلامت به صراحت در برنامه اجرایی آورده شده است).
			توضیحات
خیر	تاحدودی	بله	۱.۱.۴. بیمارستان، کارکنان و وظایف لازم برای هماهنگی HP را تعیین کرده است (شواهد: مثال، کارکنان تعیین شده برای هماهنگی HP).
			توضیحات
			۱.۲. این سازمان منابع لازم را برای اجرای ارتقای سلامت اختصاص داده است.
خیر	تاحدودی	بله	۱.۲.۱. بودجه مشخص برای خدمات و مواد HP وجود دارد (شواهد: مثال، بودجه یا منابع کارکنان).
			توضیحات
خیر	تاحدودی	بله	۱.۲.۲. روندهای عملیاتی مانند دستورالعمل‌های بالینی یا خط سیر همکاری با اقدامات HP در بخش‌های بالینی موجود است. (شواهد: مثال، بررسی دستورالعمل‌ها).
			توضیحات
خیر	تاحدودی	بله	۱.۲.۳. ساختارها و تسهیلات خاص لازم برای ارتقای سلامت (از جمله منابع، فضا، تجهیزات) را می توان تعیین نمود. (شواهد: مثال، تسهیلات بالا برای بیماران موجود است).
			توضیحات

۱.۳. این سازمان تضمین می نماید که روندهای جمع آوری و ارزیابی داده ها به منظور پایش کیفیت فعالیت های ارتقای سلامت موجود می باشند.

۱.۳.۱. داده ها درباره مداخلات HP به طور معمول جمع آوری شده و برای ارزیابی در اختیار کارکنان قرار می گیرد (شواهد: مثال، ارزیابی در دسترس بودن بررسی کارکنان).

خیر

تأخردی

بله

☐
☐
☐

توضیحات

۱.۳.۲. برنامه ای برای ارزیابی کیفی فعالیت های ارتقای سلامت بنا نهاده شده است (شواهد: مثال، جداول زمانی بررسی ها موجود است).

خیر

تأخردی

بله

☐
☐
☐

توضیحات

استاندارد ۱: سیاست مدیریت

شاخص‌های تکمیلی

- درصد کارکنان آگاه از سیاست ارتقای سلامت
- درصد بیماران (و خانواده‌های) آگاه از استانداردهای ارتقای سلامت
- درصد بودجه اختصاص یافته به فعالیت‌های ارتقای سلامت کارکنان

شاخص‌های اضافی

(شاخص‌های محلی که ممکن است بخواهید در برنامه عملی در نظر بگیرید)

استاندارد ۱: سیاست مدیریت

برنامه اجرایی

اقدام	مسئول	چهارچوب زمانی	نتایج مورد انتظار
ملاحظات کلی			
۱.۱			
۱.۲			
۱.۳			

استاندارد ارزیابی بیمار



این سازمان (بیمارستان) تضمین می نماید که کارکنان بهداشتی درمانی با همکاری و مشارکت بیماران به طور سیستماتیک به ارزیابی نیازهای فعالیت‌های ارتقای سلامت می پردازند.

هدف

حمایت از درمان بیمار، بهبود پیش آگهی و ارتقای سلامت و بهزیستی و رفاه بیماران.

استانداردهای فرعی

۲.۱. این سازمان وجود فرآیندهایی برای تمام بیماران در جهت ارزیابی نیازهای آن‌ها برای ارتقای سلامت را تضمین می نماید.

۲.۱.۱. دستورالعمل‌هایی درباره چگونگی شناسایی وضعیت استعمال دخانیات، مصرف الکل، وضعیت تغذیه، وضعیت روانی - اجتماعی - اقتصادی موجود هستند (شواهد: مثال، بررسی وجود آن‌ها).

بله	تاحدودی	خیر
☐	☐	☐
بله	تاحدودی	خیر
☐	☐	☐

توضیحات

۲.۱.۲. در طول سال گذشته دستورالعمل‌ها / روندها مورد تجدید نظر قرار گرفته اند. (شواهد: مثال، بررسی تاریخ، فرد مسئول تجدیدنظر دستورالعمل‌ها).

توضیحات

بله	تاحدودی	خیر	۲.۱.۳. دستورالعمل‌هایی درباره چگونگی شناسایی نیازهای برای ارتقای سلامت گروه‌های خاصی از بیماران موجود هستند (مانند بیماران آسمی، بیماران دیابتی، بیماری مزمن انسدادی ریوی، جراحی، توان بخشی). (شواهد: مثال، برای گروه‌های بیماران خاص درمان شده در بخش بالینی).
☐	☐	☐	توضیحات
			۲.۲. با اولین تماس بیمار با بیمارستان، ارزیابی نیازهای بیماران برای ارتقای سلامت انجام می‌شود. این روند تحت بازبینی قرار می‌گیرد و در صورت نیاز با توجه به تغییرات در وضعیت بالینی بیمار یا به درخواست وی تنظیم می‌شود.
بله	تاحدودی	خیر	۲.۲.۱. این ارزیابی در پرونده بیمار هنگام پذیرش ثبت می‌شود. (شواهد: مثال، قابل شناسایی توسط ممیزی پرونده‌های بیماران).
☐	☐	☐	توضیحات
بله	تاحدودی	خیر	۲.۲.۲. برای ارزیابی مجدد نیازها حین ترخیص یا در پایان یک مداخله دستورالعمل‌هایی / روندهایی وجود دارند. (شواهد: مثال، دستورالعمل‌های موجود).
☐	☐	☐	توضیحات

۲.۳. ارزیابی نیازهای بیمار، منعکس کننده اطلاعاتی است که توسط دیگران فراهم شده است و در مورد حساسیت نسبت به پیش زمینه اجتماعی و فرهنگی تضمین می شود.

۲.۳.۱. اطلاعات پزشک ارجاع کننده یا دیگر منابع مرتبط در پرونده بیمار موجود است (شواهد: مثال، برای تمام بیماران ارجاع شده از پزشک).

بله	تاحدودی	خیر
☐	☐	☐

توضیحات

۲.۳.۲. پرونده بیمار پیش زمینه اجتماعی و فرهنگی وی را به طور مناسب ثبت کرده است. (شواهد: این که رژیم غذایی خاص یا توجه خاص دیگری ضروری است. موقعیت های اجتماعی نشان دهنده در معرض خطر بودن بیمار).

بله	تاحدودی	خیر
☐	☐	☐

توضیحات

استاندارد ۲: ارزیابی بیمار

شاخص‌های اجرایی

..... درصد بیماران ارزیابی شده از نظر عوامل خطر عمومی
..... درصد بیماران ارزیابی شده از نظر عوامل خطر خاص بیماری با توجه به دستورالعمل‌ها
..... درصد نمره بررسی رضایت بیماران از روند ارزیابی

شاخص‌های اضافی

(شاخص‌های محلی که ممکن است بخواهید در برنامه اجرایی در نظر بگیرید)

استاندارد ۲: ارزیابی بیمار

برنامه اجرایی

اقدام	مسئول	چهارچوب زمانی	نتایج مورد انتظار
ملاحظات کلی			
۲.۱			
۲.۲			
۲.۳			

استاندارد اطلاع رسانی و مداخلات بیمار



این سازمان (بیمارستان) اطلاعات درباره عوامل قابل توجه مرتبط با بیماری یا وضعیت سلامتی را در اختیار بیماران قرار می‌دهد و مداخلات ارتقای سلامت در خط سیر تمام بیماران در نظر گرفته می‌شود.

هدف

تضمین این که بیمار درباره فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده آگاهی دارد، توانمندسازی بیمار با مشارکت فعال در این فعالیت‌ها و تسهیل گنجاندن فعالیت‌های ارتقای سلامت در خط سیر تمام بیماران.

استانداردهای فرعی

۳.۱. براساس ارزیابی نیازهای ارتقای سلامت، بیماران در مورد عوامل تاثیرگذار بر سلامت خود آگاهی پیدا کرده و در مشارکت با بیمار برنامه‌ای برای فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت مورد توافق قرار می‌گیرد.

۳.۱.۱. اطلاعات ارائه شده به بیمار در پرونده وی ثبت می‌شود (شواهد: مثال، مرور تصادفی پرونده‌های بیماران).

خیر

تاحدودی

بله

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

توضیحات

۳.۱.۲. فعالیت‌های ارتقای سلامت و نتایج مورد انتظار در این پرونده‌ها ثبت و ارزیابی می‌شوند. (شواهد: مثال، ممیزی پرونده‌های بیماران).

خیر

تاحدودی

بله

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

توضیحات

۳. ۱. ۳. ارزیابی رضایت بیمار از اطلاعات ارائه شده انجام شده و نتایج آن در سیستم مدیریت کیفیت گنجانده می‌شود.
(شواهد: مثال، روش‌های ارزیابی گوناگون: بررسی، مصاحبه گروهی متمرکز، پرسش‌نامه، جدول زمانی)

بله	تأخوری	خیر
☐	☐	☐

توضیحات

۳. ۲. این سازمان حمایت می‌کند که تمام بیماران، کارکنان و بازدیدکنندگان به اطلاعات کلی درباره عوامل موثر بر سلامت دسترسی دارند.

۳. ۲. ۱. اطلاعات سلامتی عمومی موجود است (شواهد: مثال، وجود اطلاعات چاپی یا آن‌لاین، یا غیر اطلاعات خاص).

بله	تأخوری	خیر
☐	☐	☐

توضیحات

۳. ۲. ۲. اطلاعات جزئی درباره بیماری‌های پرخطر موجود است (شواهد: مثال، وجود اطلاعات چاپی یا آن‌لاین، یا بخش اطلاعات خاص).

بله	تأخوری	خیر
☐	☐	☐

توضیحات

۳. ۲. ۳. اطلاعات درباره سازمان‌های بیماران وجود دارد (شواهد: مثال، نشانی تماس گرفته شده است).

بله	تأخوری	خیر
☐	☐	☐

توضیحات

استاندارد ۳: اطلاع رسانی و مداخلات بیمار

شاخص‌ها

..... درصد بیماران آموزش دیده درباره اقدامات خاص در مدیریت بیماری خود

..... درصد بیماران آموزش دیده درباره اصلاح عوامل خطر و گزینه‌های درمان بیماری در مدیریت بیماری خود

..... درصدنمره بررسی تجربه بیماران در مورد اطلاع‌رسانی و روند مداخلات

شاخص‌های اضافی

(شاخص‌های محلی که ممکن است بخواهید در برنامه اجرایی در نظر بگیرید)

استاندارد ۳: اطلاع رسانی و مداخلات بیمار

برنامه اجرایی

اقدام	مسئول	چهارچوب زمانی	نتایج مورد انتظار
ملاحظات کلی			
۳.۱			
۳.۲			

استاندارد ایجاد یک محیط کاری سالم



مدیریت شرایطی را برای توسعه بیمارستان به یک محیط کاری سالم فراهم می‌آورد.

هدف

حمایت از توسعه یک محیط کاری سالم و ایمن و حمایت از فعالیتهای ارتقای سلامت کارکنان.

استانداردهای فرعی

۴.۱. این سازمان توسعه و اجرای طرح ایجاد یک محیط کاری سالم و ایمن را تضمین می‌دهد.

۴.۱.۱. شرایط کاری با رهنمودها و شاخص‌های ملی / منطقه‌ای سازگار است (شواهد: مثال، قوانین ملی و بین‌المللی (EU) تعیین می‌شوند).

بله تا حدودی خیر

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

توضیحات

۴.۱.۲. کارکنان نیازهای مربوط به سلامت و ایمنی را رعایت می‌کنند و تمام خطرات محیط کاری شناسایی شده است (شواهد: مثال، داده‌های مربوط به آسیب‌های شغلی را بررسی کنید).

بله تا حدودی خیر

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

توضیحات

۴.۲. این سازمان تدوین و اجرای استراتژی جامع منابع انسانی که شامل آموزش و توسعه مهارت‌های ارتقای سلامت کارکنان باشد را تضمین می‌کند.

۴.۲.۱. کارکنان جدید آموزش اولیه که به سیاست ارتقای سلامت بیمارستان اشاره کرده است را دریافت می‌کنند.
(شواهد: مثال، مصاحبه با کارکنان جدید)

بله تاحدودی خیر

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

توضیحات

۴.۲.۲. کارکنان در تمام بخش‌های سازمان از محتوای سیاست ارتقای سلامت سازمان آگاهی دارند.
(شواهد: مثال، ارزیابی سالانه عملکرد یا شرکت کارکنان در برنامه).

بله تاحدودی خیر

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

توضیحات

۴.۲.۳. یک سیستم ارزیابی عملکرد و توسعه پایدار شاغلین شامل ارتقای سلامت موجود است. (شواهد: مثال، مستند شده توسط مرور پرونده کارکنان یا مصاحبه با آنان).

بله تاحدودی خیر

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

توضیحات

۴.۲.۴. اقدامات کاری (روندها و دستورالعمل‌ها) توسط گروه‌های چند تخصصی تدوین شده‌اند.
(شواهد: مثال، بررسی روندها، بررسی کارکنان).

بله تاحدودی خیر

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

توضیحات

۴.۲.۵. کارکنان در سیاستگذاری بیمارستان، رسیدگی و مرور آن شرکت داده می‌شوند. (شواهد: بررسی کارکنان؛ بررسی صورت جلسه گروه‌های کاری مربوط به شرکت نمایندگان کارکنان).

بله	تاحدودی	خیر	توضیحات
☐	☐	☐	

۴.۳. این سازمان وجود روندهایی برای توسعه و حفظ آگاهی کارکنان درباره مسائل سلامتی را تضمین می‌کند.

۴.۳.۱. سیاست‌های آگاهی کارکنان از مسایل سلامتی موجود هستند (شواهد: مثال، بررسی سیاست‌های استعمال دخانیات، مصرف الکل، مواد مصرف مواد فعالیت‌های جسمانی).

بله	تاحدودی	خیر	توضیحات
☐	☐	☐	

۴.۳.۲. برنامه‌های ترک سیگار ارایه شده است. (شواهد: مثال، شواهد وجود برنامه‌ها).

بله	تاحدودی	خیر	توضیحات
☐	☐	☐	

۴.۳.۳. بررسی سالیانه کارکنان انجام می‌شود شامل ارزیابی رفتار افراد، آگاهی از خدمات سیاست‌های حمایت کننده، و استفاده از سمینارهای حمایت کننده. (شواهد: بررسی پرسش نامه به کار رفته و نتایج بررسی کارکنان).

بله	تاحدودی	خیر	توضیحات
☐	☐	☐	

استاندارد ۴: ایجاد یک محیط کاری سالم

شاخص‌های تکمیلی

..... درصد کارکنان سیگاری

..... ترک سیگار

..... نمره بررسی تجربه کارکنان در مورد بیماری‌های شغلی

..... درصد غیبت کوتاه‌مدت

..... درصد آسیب‌های مرتبط با کار

..... نمره مقیاس فرسودگی

شاخص‌های اضافی

(شاخص‌های محلی که ممکن است بخواهید در برنامه عملی در نظر بگیرید)

استاندارد ۴: ایجاد یک محیط کاری سالم

برنامه اجرایی

اقدام	مسئول	چهارچوب زمانی	نتایج مورد انتظار
ملاحظات کلی			
۴.۱			
۴.۲			
۴.۳			

استاندارد تداوم و همکاری

این سازمان رویکردی برنامه‌ریزی شده برای همکاری با دیگر ارایه‌کنندگان خدمات سلامتی و سایر موسسات و بخش‌ها در زمینه‌ای پایدار دارد.

هدف

تضمین همکاری با ارایه‌کنندگان مرتبط و آغاز شرکت برای بهینه‌سازی یکپارچگی فعالیت‌های ارتقای سلامت در خط سیر بیماران.

استانداردهای فرعی

۵.۱. این سازمان تضمین می‌کند که خدمات ارتقای سلامت از انسجام لازم با مقررات فعلی و برنامه‌های سیاست سلامت منطقه‌ای برخوردار است.

۵.۱.۱. هیات مدیره به برنامه سیاست سلامت منطقه‌ای اهمیت می‌دهد. (شواهد: مثال، قوانین و مقررات تعیین و توضیح داده شده در صورت جلسات جلسه‌های هیات مدیره).

بله تاحدودی خیر

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

توضیحات

۵.۱.۲. هیات مدیره می‌تواند فهرستی از ارایه‌کنندگان مراقبت‌های سلامتی و اجتماعی که به صورت مشترک با بیمارستان همکاری می‌کنند ارایه دهد. (شواهد: مثال، بررسی فهرست به روز شده).

بله تاحدودی خیر

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

توضیحات

بله	تاحدودی	خیر	۵.۱.۳. همکاری درون و بین بخشی با سایرین براساس اجرای برنامه سیاست سلامت منطقه ای است. (شواهد: مثال، بررسی تناسب).
			توضیحات
بله	تاحدودی	خیر	۵.۱.۴. برنامه ای مکتوب برای همکاری با شرکا در جهت بهبود تداوم مراقبت از بیماران وجود دارد. (شواهد: مثال، معیارهای پذیرش، برنامه ترخیص).
			توضیحات
۵.۲. این سازمان وجود و اجرای فعالیت ها و روندهای ارتقای سلامت حین ویزیت های سرپایی و بعد از ترخیص بیمار را تضمین می کند.			
بله	تاحدودی	خیر	۵.۲.۱. به بیماران (و خانواده آن ها در صورت تناسب) آموزش های پیگیری قابل فهم در مشاوره سرپایی، ارجاع یا حین ترخیص داده می شود. (شواهد: مثال، ارزشیابی بیمار ارزیابی شده در بررسی بیماران).
			توضیحات
بله	تاحدودی	خیر	۵.۲.۲. توافق درباره روند اقدامات تبادل اطلاعات بین سازمان ها در مورد تمام اطلاعات مرتبط بیمار صورت گرفته است. (شواهد: مثال، بررسی وجود این روند).
			توضیحات

خیر	تاحدودی	بله	۵.۲.۳. سازمان گیرنده به طور منظم خلاصه‌ای مکتوب از بیماری فرد و نیازهای سلامتی بیمار و مداخلات انجام شده توسط سازمان ارجاع داده شده را دریافت می‌کند (شواهد: مثال، وجود نسخه‌ای از آن). توضیحات
خیر	تاحدودی	بله	۵.۲.۴. در صورت اقتضا، برنامه‌ای از توانبخشی که نقش سازمان و شرکای همکار را توصیف می‌کند در پرونده بیمار ثبت می‌گردد (شواهد: مثال، مرور پرونده‌ها). توضیحات

استاندارد ۳: تداوم و همکاری

شاخص‌ها

..... درصد خلاصه ترخیص فرستاده شده برای پزشک عمومی یا درمانگاه ارجاعی ظرف دو هفته یا داده شده به بیمار حین ترخیص

..... میزان پذیرش مجدد بیمارهای حساس به مراقبت سرپایی ظرف ۵ روز

..... نمره بررسی آمادگی ترخیص بیمار

شاخص‌های اضافی

(شاخص‌های محلی که ممکن است بخواهید در برنامه عملی در نظر بگیرید)

استاندارد ۵: همکاری و تداوم

برنامه اجرایی

اقدام	مسئول	چهارچوب زمانی	نتایج مورد انتظار
ملاحظات کلی			
۵.۱			
۵.۲			

ارزیابی کلی رعایت استانداردها

۱ سیاست مدیریت

بله	تاحدودی	خیر
۹	۹	۹

مجموع

۲ ارزیابی بیمار

بله	تاحدودی	خیر
۷	۷	۷

مجموع

۳ اطلاع رسانی و مداخلات بیمار

بله	تاحدودی	خیر
۶	۶	۶

مجموع

۴ ایجاد یک محیط کاری سالم

بله	تاحدودی	خیر
۱۰	۱۰	۱۰

مجموع

۵ تداوم و همکاری

بله	تاحدودی	خیر
۸	۸	۸

مجموع

روی هم رفته

بله	تاحدودی	خیر
۴۰	۴۰	۴۰

برنامه اجرایی کلی

(در صورت نیاز برای گزارش کامل صفحات بیشتری اضافه کنید)

اقدامات کلی

اقدامات مربوط به ارزیابی استانداردها و شاخص‌های خاص

برگه های توصیفی

۶. برگه‌های توصیفی شاخص‌ها

برای هر شاخص پیشنهادی یک برگه توصیفی آماده شده است (۳۰) این برگه‌ها حاوی تعریف عملیاتی، اساس و توجیه استفاده (بار تحمیلی، اهمیت، شیوع، پتانسیل پیشرفت و ارتقا) منابع داده‌ها و طبقه بندی آن‌ها، اعتبار و راهنمای تفسیر می‌باشند.

لازم به تاکید است که برخی از شاخص‌های پیشنهاد شده را نمی‌توان به صورت شاخص‌های بالینی در قالب کدهای طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) و معیارهای ورود و خروج واضح توصیف کرد، بلکه باید بر سنجش بررسی‌ها و یا روندهای رسیدگی تکیه نمود. اعتبار و قابلیت اطمینان برخی از شاخص‌ها هنوز در مقایسه با شاخص‌های بالینی به خوبی بنا شده، محدودیت دارند زیرا شاخص‌های فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها تا حد زیادی هنوز در حال توسعه و شکوفایی هستند. صفحات توصیفی موجود در صفحات بعدی را باید به صورت منظم و دوره‌ای به روز نمود تا معرف شواهد جدید و ارزیابی‌های اعتبار این شاخص‌ها باشند. بررسی کلی جامع درباره شاخص‌های مرتبط با کیفیت بالینی و دیگر مراقبت‌های سلامتی به صورت آن‌لاین موجود است (۳۱).

بخش ۱. اساس و توصیف

این بخش توجیهی مختصر از علت استفاده از شاخص مربوطه را ارائه می‌دهد. شفاف سازی این که شاخص مربوطه قرار است چه چیزی را اندازه‌گیری کند و قدرت و محدودیت‌های آن در کجاست حایز اهمیت است. همچنین این نکته بسیار ارزشمند است که مصرف کنندگان درک کنند که چرا جمع‌آوری داده‌ها درباره شاخص‌ها مهم است، تا انگیزه پذیرش شاخص‌ها را پیدا کنند، بار تحمیلی جمع‌آوری داده‌ها را به دوش بگیرند و تضمین کننده کیفیت داده‌ها باشند.

بخش ۲: تعریف عملیاتی

هدف از این بخش، تسهیم زبانی مشترک است. تعاریف عملیاتی به منظور حمایت از جمع‌آوری واحد و یکسان داده‌ها به صورت طولی و در سرتاسر بیمارستان‌ها و کشورها ارائه می‌شوند. اگر قرار است از شاخص‌ها برای مقایسه استفاده شود، لازم است که تعاریف عملیاتی (و داده‌های زمینه‌ای) به میزان زیادی استاندارد گردند.

30. Some of the indicators chosen are congruent with those selected in the WHO Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). For those indicators we used the same definition. For further information on the PATH project, please see www.euro.who.int/ihb

31. National quality measures clearinghouse (www.qualitymeasures.ahrq.gov , accessed 08 May 2006).

بخش ۳: منابع و طبقه بندی داده‌ها

در این بخش ما برخی اطلاعات درباره موضوعات مربوط به جمع‌آوری داده‌ها را ارائه می‌دهیم. از آنجایی که هدف اولیه این طرح انجام تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای بین سازمان‌ها نیست، تعاریف واضح و روندهای جمع‌آوری مشابه داده‌ها فقط برای بهبود اعتبار و قابلیت اطمینان شاخص‌ها برای تجزیه و تحلیل‌های طولی مهم هستند. برای برخی از شاخص‌های اطلاعاتی درباره اینکه چه داده‌هایی باید جمع‌آوری شوند، آنها در کجا موجودند و توسط چه کسانی جمع‌آوری شده‌اند و فعالیت‌های کنترل کیفیت داده‌ها چیست ارائه می‌دهیم.

بخش ۴: راهنمای تفسیر

بخش آخر اطلاعاتی درباره این که چگونه از نتایج شاخص‌ها باید استفاده نمود ارائه می‌دهد. هدف از این طرح تشویق بازتاب اقدامات فعلی و شروع فعالیت‌های ارتقای کیفیت برپایه نتایج خودارزیابی است. تا این حد نباید شاخص‌ها را صرفاً اظهاری از عملکرد "خوب" یا "بد" در نظر گرفت و نیز نباید آن‌ها را به صورت جداگانه تفسیر نمود.

جدول ۲: برگه توصیفی میزان آگاهی کارکنان از سیاست

حوزه	سیاست مدیریت
شاخص ۱	درصد کارکنان آگاه از سیاست ارتقای سلامت
اساس و توصیف	هدف اصلی استاندارد متناظر این است که مدیریت به تدوین سیاستی برای ارتقای سلامت با هدف کارکنان بیماران و خانواده‌های آن‌ها بپردازد. اجرای مرکزی در این فرآیند تعریف مسئولیت‌ها، تدوین صلاحیت‌ها و تعیین زیرساخت‌ها است. از آن جایی که هدف آن ارزیابی مستقیم رعایت استانداردها و استانداردهای فرعی نیست و بیشتر بر اجرای پایدار آن توجه دارد می‌توان این طور تلقی کرد که آگاهی کارکنان از سیاست و محتوای آن ابزار سنجشی غیرمستقیم و بازتابی، ولی بسیار مرتبط است. حتی اگر کارکنان از سیاست آگاه باشند ولی از آن رضایت نداشته باشند، این مقیاس در تاکید بر فرآیندهای کاری شفاف و دموکراتیک قطعی است.
صورت کسر	تعداد کارکنانی که می‌توانند اجرای اصلی سیاست ارتقای سلامت را نام ببرند.
مخرج کسر	کلیه کارکنان
منبع داده‌ها	روش‌های رسیدگی یا بررسی. بسیاری از بیمارستان‌ها بررسی‌های مکرری درباره سلامت و رضایت کارکنان خود انجام می‌دهند و مواردی را می‌توان برای ارزیابی این مقوله در این بررسی‌ها گنجانند. در غیر این صورت یک بررسی تک منظوره بر پایه نمونه‌ای راحت می‌تواند مقیاسی منطقی و قابل قبول برای کسب اطلاعات از این شاخص باشد.
طبقه‌بندی	برحسب بخش‌ها، برحسب گروه‌های شغلی
نکات/تفسیر	این شاخص به صورت سیستماتیک تایید اعتبار نشده است. با این حال، شاخص‌های مشابهی که آگاهی کارکنان از اصول هدایت‌کننده سازمان را بررسی و ارزیابی می‌کنند وجود دارند و می‌توان آن‌ها را قطعی و نهایی دانست، (۳۳) و وفور متون در علوم سازمانی که توصیف‌کننده تاثیر شراکت کارکنان در سودمندی سازمانی می‌باشند نیز موجود است (۳۳). میزان بالای آگاهی کارکنان عضو از سیاست مدیریت منعکس‌کننده ارتباط خوب بین مدیریت و کارکنان است و به خودی خود مساله‌ای مهم است که بطور بالقوه سبب حمایت از تصمیم‌گیری‌های مدیریت، ایجاد هویتی مشترک و فرآیندهای یادگیری سازمانی می‌گردد. از سوی دیگر، آگاهی به تنهایی تضمین‌کننده انجام ارتقای سلامت توسط کارکنان عضو نیست، به خصوص اگر کارکنان منابعی برای اجرای سیاست نداشته باشند. لذا این شاخص برای پایش چگونگی برقراری ارتباط از سوی سیاست‌های مدیریت با کارکنان عضو مفید است ولی اجرای واقعی ارتقای سلامت را سنجش نمی‌کند. پس از پیشرفت‌های اولیه در طول چرخه PDCA مقیاس‌های بعدی ممکن است به آگاهی کارکنان درباره مسایل محتوایی خاص سیاست، و ارزیابی پتانسیل کارکنان و منابع موجود برای اجرای سیاست اشاره نمایند.

32. Roberts KH. Managing high reliability organizations. Calif Manage Rev 1990, 32: 101-113.

33. Dierkes M, Antal AB, Child J, Nonaka I. Handbook of organizational learning and knowledge. Open University Press, 2001.

جدول ۳: بر گه توصیفی میزان آگاهی بیماران (و خانواده‌های آن‌ها)

سیاست مدیریت	حوزه
درصد بیماران (و خانواده‌های) آگاه از استانداردهای ارتقای سلامت	شاخص ۲
مانند فوق بیماران برای کسب بیشترین بهره از ارتقای سلامت باید از سیاست توصیف ارتقای سلامت آگاهی داشته باشند. بیمارانی که اطلاعات بیشتری از سیاست داشته باشند به احتمال بیشتری به دنبال کسب اطلاعات بیشتر درباره بیماری خود تغییرات شیوه زندگی و سایر موسسات، رابطین و گروه‌های خود یاری می‌دهند. فرض زمینه‌ای این است که هرچه قدر بیمار توانمند گردد با احتمال بیشتری به دنبال اطلاعات بیشتر برای فهم بیماری خود، فرآیند مراقبت‌های سلامتی و دلایل پیشگیری خواهد بود. شواهد قوی ای وجود دارد که از این نظر که بیماران بهتر توانمند شده نتایج سلامتی بهتری خواهند داشت حمایت می‌کنند (۳۴). همین طور این اطلاعات باید در دسترس خانواده‌ها نیز باشد؛ با این حال، بار تحمیلی جمع‌آوری داده‌ها ممکن است بالاتر باشد زیرا ثبت پرونده سیستماتیک خاصی از خانواده‌های بازدیدکننده از بیمارستان وجود ندارد.	اساس و توصیف
تعداد بیماران آگاه از سیاست ارتقای سلامت	صورت کسر
کلیه بیماران	مخرج کسر
روش‌های بررسی. در بسیاری از کشورها، بیمارستان‌ها بعد از ترخیص، پرسش‌نامه رضایت‌مندی برای تعیین نظرات و تجربیات بیماران درباره خدمات مراقبتی ارائه شده ارسال می‌کنند. می‌توان موردی درباره آگاهی بیماران از سیاست ارتقای سلامت در این بررسی‌ها گنجاند. مصاحبه‌های حین ترخیص هم می‌توانند برای ارزیابی نمونه راحتی از بیماران انجام گیرد و در آن از میزان آگاهی بیماران از این سیاست پرسیده شود.	منبع داده‌ها
برای بیمارستان برحسب بخش. برای بیمار: برحسب پیش زمینه سنی، جنس و تحصیلی.	طبقه بندی
این شاخص به صورت سیستماتیک تایید اعتبار نشده است. با این حال، شواهد تحقیقاتی قوی درباره ارتباط بین توانمندسازی و سلامت وجود دارد. این شاخص برای پایش چگونگی برقراری ارتباط کارکنان سلامتی با بیمار و اینکه آیا آن‌ها توانایی توضیح عملکرد بیمارستان در ارتقای سلامت برای بیماران را دارند مفید می‌باشد. بعد از پیشرفت اولیه در طول چرخه PDCA مقیاس‌های بعدی ممکن است به آگاهی بیماران درباره دریافت مداخلات ارتقای سلامت خاص و یا اهمیت آن‌ها اشاره نمایند. این اطلاعات می‌تواند برای آغاز فعالیت‌های بعدی ارتقای سلامت مفید باشد.	نکات/تفسیر

34. McKee M. In: The evidence for health promotion effectiveness. Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels, 2000.

جدول ۴: برگه توصیفی بودجه ارتقای سلامت

حوزه	سیاست مدیریت
شاخص ۳	در صد بودجه اختصاص یافته به فعالیتهای ارتقای سلامت کارکنان
اساس و توصیف	این شاخص به منابع مالی مستقیم موجود برای آموزشها، جلسات و زیرساختهای مرتبط با ارتقای سلامت اشاره می‌نماید. در مورد میزان فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها اطلاعات کمی موجود است. بررسی نمونه‌ای از بیش از ۱۴۰ شرکت از هفت کشور اروپایی نشان داد که "فعالیت‌هایی که ممکن است از صحنه ارتقای سلامت منشا گرفته باشند (مانند سیاست‌های مربوط به غذا خوردن، مصرف الکل یا استعمال دخانیات) به ندرت رخ می‌دهند" (۳۵). حوزه‌های فعالیت‌های ارتقای سلامت را می‌توان به صورت ذیل گروه‌بندی کرد: (۱) غربالگری سلامت (۲) ارتقای رفتارهای سالم (۳) مداخلات سازمانی (۴) ایمنی / محیط فیزیکی (۵) رفاهی و تفریحی. مثال: برنامه‌های ترک سیگار در محیط کار، خدمات مشاوره استرس، مراکز نگهداری از کودکان در محل کار، واکسن آنفولانزا، غربالگری وابستگی به الکل و غیره. میزان آزادی تخصیص منابع مالی در بیمارستان‌ها تا حدود زیادی بین کشورها و وضعیت عمومی / خصوصی و بودجه کلی موجود متغیر است. همچنین به سیاست‌های ملی و تصویب قوانین درباره ارتقای سلامت در محیط کار نیز بستگی دارد. یک عارضه جانبی بالقوه این است که بیمارستان‌ها فقط از نظر بودجه فعالیت‌های ارتقای سلامت ارزشیابی شوند و در مورد حجم و کیفیت فعالیت‌های ارتقای سلامت آن‌ها ارزیابی صورت نگیرد؛ همچنین ممکن است آنها بودجه‌ای را بدون متقاعد کردن مفید بودن آن یا حتی بدون استفاده از آن تعریف کنند.
صورت کسر	بودجه فعالیت‌های اختصاص یافته به ارتقای سلامت کارکنان
مخرج کسر	تعداد متوسط کارمندان در لیست حقوق حین این مدت (مخرج دیگر: تعداد متوسط کارمندان تمام وقت)
منبع داده‌ها	داده‌های مالی
طبقه‌بندی	با توجه به حوزه ارتقای سلامت (به تعاریف بالا مراجعه کنید)
نکات/تفسیر	این شاخص به صورت سیستماتیک ارزشیابی نشده است. شواهدی مبنی بر این که بودجه ارتقای سلامت بر میزان و کیفیت فعالیت‌های سلامتی تاثیر گذار است وجود ندارد. با این حال، اگر حتی فعالیت‌ها منجر به نتایج مورد انتظار نشوند، اجرای آن‌ها را می‌توان نوعی اهمیت دادن به سلامت کارکنان و توجه به آن‌ها تلقی کرد.

35. European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition (EFILWC) Workplace Health Promotion in Europe – Programme summary. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, ed., 1997: 40.

جدول ۵: برنامه توصیفی ارزیابی بیماران از نظر عوامل خطر عمومی

حوزه	ارزیابی بیمار
شاخص ۴	درصد بیماران ارزیابی شده برای عوامل خطر عمومی
اساس و توصیف	این شاخص انجام ارزیابی بیماران برای عوامل خطر عمومی را سنجش می‌کند. عوامل خطر عمومی در ایجاد بسیاری از بیماری‌ها نقش ایفا می‌کند؛ با این حال، اغلب این عوامل در پرونده‌های پزشکی یا پرستاری ارزیابی نمی‌شوند هدف این شاخص حمایت از ارزیابی سیستماتیک تمام بیماران از نظر عوامل خطر عمومی و ثبت آن‌ها به منظور قرار دادن آن‌ها در دسترس دیگر شاغلین سلامتی است که ارزیابی را انجام نداده‌اند.
صورت کسر	تعداد کلی بیماران دارای شواهد موجود در پرونده‌هایشان مبنی بر این که ارزیابی عوامل خطر شامل استعمال دخانیات، تغذیه و مصرف الکل برای آن‌ها صورت گرفته است.
مخرج کسر	تعداد بیماران (در یک نمونه تصادفی)
منبع داده‌ها	رسیدگی بالینی به پرونده‌های پزشکی یا پرستاری (نمونه)
طبقه‌بندی	طبقه‌بندی شده برحسب سن
نکات/تفسیر	–

جدول ۶: برگه توصیفی ارزیابی بیماران از نظر عوامل خطر اختصاصی

حوزه	ارزیابی بیمار
شاخص ۵	درصد بیماران ارزیابی شده برای عوامل خطر خاص بیماری با توجه به دستورالعمل‌ها
اساس و توصیف	این شاخص ارزیابی بیماران از نظر عوامل خطر برابر با دستورالعمل‌ها را می‌سنجد بسیاری از پذیرش‌های بیمارستانی برای اختلالات مزمن را می‌توان به عوامل خطر اندکی که قویا در ایجاد آن اختلال دخیل هستند نسبت داد، برای مثال، عادت استعمال دخانیات، مصرف زیاد الکل، سو تغذیه و فقدان فعالیت جسمانی. بیمارستان‌ها اغلب مراقبت‌ها را برای تسکین و تخفیف علایم اختلال مزمن بدون توجه به عوامل خطر زمینه‌ای ارایه می‌دهند. با این که لزوماً مسئولیت بیمارستان ارایه مثلاً برنامه‌های متمرکز ترک سیگار نیست، با این وجود باید الف) به بیماران در مورد این که چنین خدماتی را از کجا می‌توانند طلب کنند اطلاعات داده شود و ب) وجود عوامل خطر و رابطه آن با بیماری که بیمار به دلیل آن بستری شده است را به پزشک مسئول مراقبت‌های اولیه بازخورد نمود.
صورت کسر	تعداد کلی بیماران دارای شواهد در پرونده‌هایشان مبنی بر این که ارزیابی عوامل خطر برابر با دستورالعمل‌ها، شامل استعمال دخانیات، تغذیه و الکل برای آنها صورت گرفته است.
مخرج کسر	تعداد بیماران (در یک نمونه‌ی تصادفی)
منبع داده‌ها	رسیدگی بالینی به پرونده‌های پزشکی و پرستاری (نمونه)
طبقه‌بندی	طبقه‌بندی بر حسب سن
نکات/تفسیر	تفاوت این شاخص با شاخص ۴ توجه آن به بیماری‌های خاص و استفاده از دستورالعمل‌ها در روند ارزیابی است. اساس این شاخص این است که برای بیمارهای خاص عوامل خطر واقعی فردی عوامل خطر عمومی مانند استعمال دخانیات و فقدان فعالیت جسمانی وجود دارد.

جدول ۷: برگه توصیفی میزان رضایت بیمار

حوزه	ارزیابی بیمار
شاخص ۶	نمره بررسی رضایت بیماران از روند ارزیابی
اساس	پرسشنامه‌های رضایت بیمار ابزاری مورد قبول برای ارزیابی کیفیت کلی مراقبت‌ها از دیدگاه بیمار است. ارزیابی اغلب حین ترخیص یا ظرف مدت کوتاهی (مثلاً دو هفته) پس از ترخیص انجام می‌شود. پرسشنامه‌های رضایت بیمار ابزاری مفید برای ارزیابی کیفیت کلی مراقبت‌ها است؛ با این که ممکن است بیماران نتوانند به ارزیابی اجزای فنی مداخله‌ای که برای آن منظور پذیرش و بستری شدند بپردازند ولی می‌توانند به بهترین نحو به ارزیابی مسایل مراقبتی که از نظر بیمار بسیار مهم هستند مانند احترام به حریم خصوصی، تداوم مراقبت‌ها، رازداری و این احساس که تمام نیازهای آن‌ها از جمله احساسات به خوبی توجه شده است. پرسشنامه‌های رضایت و تجربه بیمار ابزار اصلی ارزیابی جنبه‌هایی از مراقبت است که هدف اصلی طرح‌های ارتقای سلامت می‌باشند.
صورت کسر	نمره بررسی (مانند بیماران راضی از مراقبت‌ها - بسته به استفاده از ابزار ارزیابی؛ ممکن است بیمارستان‌ها بخواهند نقطه جدا کردن و قطع خود (cut-off point) را معطوف به گروه هدف خاصی نمایند).
مخرج کسر	کلیه بیماران
منبع داده‌ها	بررسی
طبقه بندی	برحسب بخش بیمارستان و پیش زمینه سنی، جنسی و تحصیلی بیماران
نکات/تفسیر	اغلب بیمارستان‌ها از بررسی‌هایی استفاده می‌نمایند که به صورت داخلی تهیه شده و شکل گرفته‌اند و ممکن است منشأ سوگرایی در ارزیابی رضایت یا تجربه بیمار قرار گیرند، با این که تعدادی از ابزارهای بررسی به صورت آن لاین به زبان‌های گوناگون موجودند. ما قویاً توصیه می‌کنیم که از آن دسته از ابزارهای ارزیابی استفاده شود که اعتبارسنجی سایکومتریک جامعی برای آن انجام و اعطا شده باشد. مثال‌ها عبارتند از پرسش‌نامه Picker، ارزیابی برنامه سلامت مصرف کننده یا ServQual.

جدول ۸: برگه توصیفی آموزش بیماران در مدیریت خود

حوزه	اطلاع رسانی و مداخلات بیمار
شاخص ۷	درصد بیماران آموزش دیده درباره اقدامات خاص در مدیریت بیماری خود
اساس	حجم بالایی از مراقبت‌ها برای بیماران دچار بیماری‌های مزمن انجام می‌شود. با این حال، بستری در بیمارستان بخش کوچکی از زنجیره مورد نیاز مراقبت از بیماران دچار بیماری مزمن است. دیگر اجزای مراقبت در خارج از بیمارستان در بخش سرپایی ارایه می‌شوند و یا توسط خود بیمار یا خانواده وی مدیریت می‌شود. در واقع، توانمندسازی بیمار در قبول نقش فعال‌تر در مراقبت از خود نقش به سزایی در ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و کاهش هزینه‌های سیستم سلامتی ایفا می‌کند. به منظور شرکت فعال‌تر بیماران در فرایند مراقبت، پیش نیاز آن یعنی ارایه اطلاعات درباره بیماری و اقدامات ممکن برای بهبود آن به بیمار باید صورت گیرد. نشان داده شده است که بیماران آموزش دیده عوارض و میزان بستری مجدد کمتری دارند و لذا هم در کیفیت زندگی و هم محدود کردن هزینه‌ها نقش دارد (۳۶ و ۳۷).
صورت کسر	بیمارانی که می‌توانند اقدامات لازم برای مدیریت بیماری خود را نام ببرند.
مخرج کسر	کلیه بیماران (نمونه)
منبع داده‌ها	بررسی، مصاحبه
طبقه بندی	برحسب بخش، سن و جنس
نکات/تفسیر	روشن بررسی باید اقدام مدیریت خود که بیمار قادر به ذکر آن است را مشخص نماید.

36. Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. Clinical Medicine, 2002, 2(3): 227-9.

37. Lorig K. et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Medical Care 1999, 37(1): 5-14.

جدول ۹: برگه توصیفی آموزش عوامل خطر به بیماران

حوزه	اطلاع رسانی و مداخلات بیمار
شاخص ۸	درصد بیماران آموزش دیده درباره اصلاح عوامل خطر و گزینه‌های درمان بیماری در مدیریت بیماری خود
اساس و توصیف	همانند شاخص شماره ۷. تفاوت آن توجه بر بیماری‌های خاص است.
صورت کسر	بیمارانی که می‌توانند اقدام لازم برای مدیریت بیماری خود را نام ببرند.
مخرج کسر	بیمارانی که تشخیص بیماری خاص برای آن‌ها صورت گرفته است (مانند سکته مغزی، بیماری مزمن انسدادی ریوی، انفارکتوس میوکارد، دیابت شیرین)
منبع داده‌ها	بررسی، مصاحبه
طبقه‌بندی	برحسب بخش، سن، جنس، بیماری
نکات/تفسیر	این بررسی باید موضوعات اصلی در اصطلاح عوامل خطر و گزینه‌های درمان بیماری‌ها برای هر بیماری را که بیمار قادر به ذکر آن‌ها است مشخص نماید. این شاخص بسیار شبیه شاخص شماره ۷ است و می‌توان هر دو را پس از طبقه‌بندی برحسب بیماری هم زمان جمع‌آوری نمود.

جدول ۱۰: برگه توصیفی نمرات اطلاع‌رسانی / مداخلات بیماران

حوزه	اطلاع‌رسانی و مداخلات بیمار
شاخص ۹	نمره بررسی تجربه بیماران در مورد روندهای اطلاع‌رسانی و مداخلات
اساس و توصیف	همانند شماره ۶. پرسش‌نامه درباره تجربیات بیمار از مراقبت ابزاری مورد قبول برای ارزیابی کیفیت کلی مراقبت از دیدگاه بیمار است. علاوه بر شاخص شماره ۶ که کیفیت سراسری مراقبت‌ها را ارزیابی می‌کند این شاخص تجربه بیمار از روند اطلاع‌رسانی و مداخلات را ارزیابی می‌کند، مانند این که آیا پزشک اطلاعات مربوط به بیماری را به‌صورتی غیر قابل فهم به بیمار ارائه کرده است یا خیر؟
صورت کسر	نمره بررسی [مانند بیماران راضی از مراقبت‌ها- بسته به استفاده از ابزار ارزیابی؛ ممکن است بیمارستان‌ها نقطه جداکردن و قطع خود (cut-off point) را بر اساس گروه هدف خود انتخاب کنند].
مخرج کسر	کلیه بیماران
منبع داده‌ها	بررسی
طبقه‌بندی	بر حسب بخش بیمارستان و سن، جنس و پیش زمینه تحصیلی بیماران
نکات/تفسیر	اغلب بیمارستان‌ها از بررسی‌هایی استفاده می‌کنند که به صورت داخلی تهیه شده‌اند و ممکن است منشأ سوگرایی در ارزیابی رضایت یا تجربه بیمار قرار گیرند، با این که تعدادی از ابزارهای بررسی بصورت آن‌لاین به زمان‌های گوناگون موجودند. ما قویا توصیه می‌کنیم که از ابزار ارزیابی استفاده شود که اعتبارسنجی سایکومتریک جامعی برای آن اعطا شده باشد. مثال‌ها عبارتند از پرسش‌نامه Picker (۳۸) ServQual (۳۹) یا ارزیابی برنامه سلامت مصرف کننده (۴۰).

38. Jenkinson C, Coulter, A, Bruster S. The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14: 353-358.
39. Buttle F. SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing* ,1996, 30 (1): 8-32
40. Hibbard JH, Slovik P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. *The Milbank Quarterly* ,1997, 75(3): 395-414.

جدول ۱۱: برآورد توصیفی استعمال دخانیات کارکنان

حوزه	ایجاد یک محیط کاری سالم
شاخص ۱۰	درصد کارکنان سیگاری
اساس و توصیف	بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت تعهد کرده‌اند که تبدیل به محیطی عاری از سیگار شوند، لذا نسبت کارکنان سیگاری شاخص منفردی است که منعکس کننده موفقیت کلی اجرای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها می‌باشد. استعمال دخانیات به طور مسلم اثری منفی بر سلامت دارد. علیرغم این موضوع، تعداد زیادی از کارکنان سلامتی هنوز سیگار می‌کشند (۴۱ و ۴۲). بعلاوه رفتار کارکنان در قبال استعمال دخانیات با همکاری بیماران در امر مشاوره شیوه زندگی مرتبط است: بیماران، که در بیمارستان به دلیل بیماری مرتبط با مصرف سیگار بستری شده‌اند، به مشاوره شیوه زندگی بیشتر پاسخگو هستند. با این حال، گرفتن نصیحت از کارکنان سلامتی که خود سیگار می‌کشند باعث محدودیت موفقیت در کاهش رفتارهای استعمال دخانیات بیماران می‌شود.
صورت کسر	تعداد کارکنان سیگاری
مخرج کسر	کلیمه بیماران
منبع داده‌ها	بررسی
طبقه‌بندی	برحسب بخش، سن و جنس
نکات/تفسیر	شبکه بیمارستان‌های عاری از سیگار اروپا (۴۳)، یک مقیاس بررسی شامل ۱۳ پرسش استاندارد را تدوین کرده است که می‌تواند تفاوت‌ها بین بیمارستان‌های مختلف در کشورهای اروپایی گوناگون را مقایسه نماید.

41. Fichtenberg CM, GLantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. British Medical Journal, 2002, 325: 188

42. Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on post-operative complications: a randomized clinical trial. Lancet 2002, 359: 114-117

43. European Network of Smoke-free hospitals (<http://ensh.free.fr> , accessed 08 May 2006).

جدول ۱۲: صفحه توصیفی ترک سیگار

حوزه	ایجاد یک محیط کاری سالم
شاخص ۱۱	ترک سیگار: درصد کارکنان عضو که یا در حال حاضر سیگاری هستند یا اخیراً ترک کرده‌اند و توصیه‌هایی برای ترک سیگار دریافت کرده‌اند.
اساس و توصیف	استعمال دخانیات تاثیر قابل توجهی بر مرگ میر ناشی از بیماری‌های مرتبط با سیگار دارد. ترک سیگار خطر مرگ زودرس را کاهش می‌دهد و نسبت بالایی از سیگاری‌ها علاقه‌مند به ترک کامل سیگار هستند. این مقیاس ارزیابی می‌کند که آیا سیگاری‌ها و افرادی که اخیراً ترک کرده‌اند و توسط یک پزشک سازمانی مراقب در طول سال سنجش ویزیت شده‌اند، توصیه جهت ترک سیگار دریافت کرده‌اند یا خیر. نشان داده شده است که توصیف پزشک مبنی بر ترک سیگار سبب بهبود میزان ترک تا ۳۰ درصد می‌شود (۴۴). این مقیاس درصد اعضای ۱۸ سال به بالا که بطور مداوم در طول سال سنجش شرکت داشته‌اند و یا سیگاری بوده یا اخیراً ترک کرده‌اند و توسط یک پزشک سازمانی مراقب ویزیت شده‌اند و توصیه به جهت ترک سیگار دریافت کرده‌اند را ارزیابی می‌کند.
صورت کسر	تعداد اعضای موجود در مخرج کسر که به این بررسی پاسخ داده‌اند و نشان داده‌اند که از پزشک سازمانی مراقب در طول سال سنجش توصیف جهت ترک سیگار را دریافت کرده‌اند.
مخرج کسر	تعداد اعضای موجود که به این بررسی پاسخ داده‌اند و نشان داده‌اند که یاسیگاری هستند یا اخیراً ترک کرده‌اند و حداقل یک جلسه ویزیت با پزشک سازمانی مراقب در طول سال سنجش داشته‌اند.
منبع داده‌ها	داده‌های اداری و تحقیق بررسی و کیفیت بیمار (AHRQ)
طبقه‌بندی	برحسب بخش‌ها، شغل، جنس و سن طبقه‌بندی می‌شود.
نکات/تفسیر	این یک شاخص استاندارد در سیستم HEDIS است. برای تشریح جزئی در مورد مقیاس‌های کمیته ملی تضمین کیفیت (NCQA) به جلد ۲ HEDIS مراجعه کنید: تشریح فنی، در وب سایت NCQA به آدرس www.ncqa.org موجود است.

جدول ۱۳: برگه توصیفی تجربه کارکنان

حوزه	ایجاد یک محیط کاری سالم
شاخص ۱۲	نمره بررسی تجربه کارکنان در مورد شرایط کاری
اساس و توصیف	طیفی از ابزارها برای ارزیابی تجربه کارکنان در مورد شرایط کاری وجود دارند. نتایج پرسش نامه محتوایی کار (که نیازهای روان شناسی، آزادی عمل انتخاب شغل و حمایت اجتماعی در محل کار را می سنجد) با غیبت های پرستاران ناشی از بیماری و ناخوشی با گواهی پزشکی و بدون آن در ارتباط است (۴۵) این شاخص توأمًا با شاخص شماره ۱۰ در ارتباط است (رضایت رابطه معکوس با غیبت دارد).
صورت کسر	نمره بررسی [مانند کارکنان متقاعد شده از شرایط کاری - بسته به استفاده از ابزار ارزیابی؛ ممکن است بیمارستان ها بخواهند بر اساس گروه هدف خود، نقطه جدا کردن و قطع (cut-off point) خود را انتخاب نمایند].
مخرج کسر	کلیه کارکنان
منبع داده ها	بررسی
طبقه بندی	برحسب بخش بیمارستان و سن و جنس بیماران و پیش زمینه تحصیلی آنان
نکات / تفسیر	این بررسی ممکن است توسط بیمارستان انتخاب گردد، مانند پرسش نامه محتوایی کار (۴۶) Katasek همچنین ممکن است اطلاعات قبلاً از بررسی های موجود سلامت کارکنان موجود باشند. با این حال، توصیه می شود که فقط از بررسی ها یا مواردی استفاده شوند که اعتبار و قابلیت اطمینان آن ها پس از تایید اعتبار روان سنجی اثبات گردد.

45. Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the Province of Québec. American Journal of Industrial Medicine, 2001, 39:194-202.

46. Karasek R, BRisson C, Kawakami N et al. The job content questionnaire: an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of Occupational Health Psychology, 1998, 3(4): 322-5.

جدول ۱۴: صفحه توصیفی غیبت کوتاه مدت

حوزه	ایجاد یک محیط کاری سالم
شاخص ۱۳	درصد غیبت کوتاه مدت
اساس و توصیف	غیبت، بار تحمیلی زیادی بر عملکرد بیمارستان دارد شامل: هزینه جبران خسارت ناشی از ساعات کاری از دست رفته، افزایش بار کاری کارکنان حاضر، باروری از دست رفته، کیفیت پایین تر اگر نتوان جایگزینی برای کارکنان ماهر ارایه دهنده خدمات ضروری پیدا کرد. غیبت کوتاه مدت بیشتر مختل کننده است زیرا ماهیت غیرقابل پیش بینی داشته و زمان کمتری برای تنظیم جدول برنامه ها وجود دارد و یا فرصت کافی برای جایگزینی فرد غایب وجود ندارد و غیره. ولی غیبت اثرات مثبتی هم دارد شامل: غیبت کوتاه مدت می تواند یک استراتژی تطابقی موثر در حضور شرایط استرس زا باشد. بیماری حین انجام کارها: میزان بروز کارمندان در حال انجام کار علیرغم بیماری در کشورهای CIS روبه افزایش است، آن هم به دلیل ترس از اخراج یا انگیزه های مالی (از دست دادن حقوق) (۴۷). در اروپا، میزان غیبت (شامل ناتوانی کاری موقت یا دائمی) از ۳/۵ درصد در دانمارک تا ۸ درصد در پرتغال متغیر است (۴۸) مداخلات مختلفی ممکن است غیبت در سطح بیمارستان را کاهش دهد شامل: برنامه های مساعدت کارمندان. برنامه های تنظیم هدف و آموزش، تغییرات سیاست برای افزایش پاسخگویی کارمندان در مورد غیبت خود، تغییرات زمان بندی مانند زمان انعطاف پذیر، و بازی یا اقتصاد نشان دار. پیشگویی کننده های موقعیتی غیبت مانند آسان گیری سازمانی، مشکلات مربوط به نقش، پرداخت و خصوصیات شغل تا حدودی تحت نفوذ محیط بیمارستان هستند (۴۹).
صورت کسر	تعداد روزهای غیبت تایید شده پزشکی یا غیرپزشکی به میزان ۷ روز یا کمتر در یک ردیف (غیبت کوتاه مدت) یا ۳۰ روز یا بیشتر (غیبت بلند مدت) به جز تعطیلات در بین پرستاران و دستیاران آن ها.
مخرج کسر	تعداد کلی پرستاران و دستیاران پرستاران معادل $\times$ تعداد روزهای قراردادی در سال برای یک کارمند عضو تمام وقت (مانند ۲۵۰ روز)
منبع داده ها	سیستم اطلاعات معمول بیمارستان یا بخش و یا اطلاعات ناشی از شرکت های بیمه سلامت
طبقه بندی	داده ها را بر حسب سن، جنس و صلاحیت (پرستار یا دستیار) جمع آوری کنید.
نکات/تفسیر	این شاخص فقط برای پرستاران و دستیاران آن ها سنجیده می شود. کارکنان اداری و پشتیبانی و پزشکان در این امر گنجانده نمی شوند. غیبت های بلندمدت، مرخصی بارداری شامل مرخصی های پیشگیرانه در این سنجش گنجانده نمی شوند. با این حال، مرخصی بیماری حین بارداری در این سنجش گنجانده می شود.

47. Arford CW. Failing health systems: Failing health workers in Eastern Europe. Report on the Basic Security Survey for the International Labour Office and Public Services International Affiliate in the Health Sector in Central and Eastern Europe. Geneva, International Labour Office, 2001 (Available on www.ilo.org/ses, accessed 08 May 2006).

48. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.

49. Dalton DR, William DT. Turnover, transfer, absenteeism: an independent perspective. Journal of Management, 1993, 19(2): 193-219.

جدول ۱۵: برآورد توصیفی آسیب‌های مرتبط با کار

حوزه	ایجاد یک محیط کاری سالم
شاخص ۱۴	درصد آسیب‌های مرتبط با کار
اساس و توصیف	خطرات زیادی در سلامت کارکنان بیمارستان است مانند تماس با HIV و دیگر ویروس‌های خونی (مانند هپاتیت B و C). خطر انتقال ویروس هپاتیت C در اثر آسیب ناشی از فرو رفتن سوزن آلوده به طور تخمینی بین ۱/۸ تا ۳ درصد است. درمان ضد ویروس زودرس عفونت حاد هپاتیت از میزان بالای علاج برخوردار است. آسیب‌ها تأثیری پایدار بر اضطراب و دسترس کارکنان دارد (۵۰) و بر هزینه مستقیم پیگیری پزشکی برای موارد در خطر تماس تأثیرگذار است. در متاآنالیز مقالات، میزان متوسط آسیب‌های ناشی از اشیای تیز به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر از کارکنان سلامتی نسبت به پاتوژن‌های خونی برابر با ۴ درصد بوده است و جراحان بیشتر از سایرین در معرض خطر ابتلا قرار داشتند (۵۱). فقط ۳۵ درصد از پزشکان احتیاطات جامع و فراگیر را مراعات می‌کنند و عدم رعایت احتیاطات با خطر افزایش یافته قابل توجه MCE و PCE به خصوص در تخصص‌های غیر جراحی مرتبط بوده است. توجه: مقایسه میزان‌ها امری دشوار است (به دلیل تعاریف و روش‌های گوناگون) اداره عمومی حسابداری ایالات متحده (GAO) تخمین زده است که ۷۵ درصد آسیب‌های ناشی از فرو رفتن سوزن آلوده از طریق اقداماتی چون حذف استفاده غیر ضروری (۲۵ درصد) استفاده از سوزن‌های با خصوصیات ایمن (۲۹ درصد) و اقدامات توأم با ایمنی بیشتر (۲۱ درصد) قابل پیشگیری می‌باشد. آسیب‌ها به طور قابل توجهی با خصوصیات محیط کاری در ارتباط می‌باشند (فشار زمانی کار) در مطالعه‌ای که Laiken و همکارانش (۱۹۹۷) انجام دادند دیده شد که رعایت اقدامات احتیاطی در تماس با خون به طور قابل توجهی آسیب‌های کمتری را در پرستاران بدنبال داشت.
صورت کسر	تعداد آسیب‌های جلدی در یک سال (شامل آسیب‌های ناشی از فرو رفتن سوزن و آسیب‌های ناشی از اشیای تیز)
مخرج کسر	تعداد متوسط کارکنان تمام وقت در معرض تماس (پزشک، پرستاران، مسئول خونگیری)
منبع داده‌ها	بررسی میان کارکنان درباره‌ی آسیب‌های گزارش شده، سایر داده‌ها: اعلامیه بیمه مثبت مخصوص منابع انسانی
طبقه‌بندی	بر حسب شغل، مکان مراقبت (ICU اطاق عمل، اورژانس، بخش جراحی و پزشکی) زمان روز (یا روزهای هفته در مقایسه با تعطیلات)، تجربه کاری
نکات/تفسیر	این شاخص به صورتی دیگر می‌تواند به تمام آسیب‌های مرتبط با کار اشاره نماید و سپس آن‌ها را بر حسب نوع آسیب طبقه‌بندی کند.

50. Fisman DN, Mittelman MA, Sorock GS, Harris AD. Willingness to pay to avoid sharp-related injuries: a study in injured health care workers. AJIC: American Journal of Infection Control, 2002, 30(5): 283-287.
 51. Trim JC, Elliott TS. A review of sharps injuries and preventive strategies. Journal of Hospital Infection 2003, 53(4): 237- 242.

جدول ۱۶: برگه توصیفی مقیاس فرسودگی شغلی

حوزه	ایجاد یک محیط کاری سالم
شاخص ۱۵	نمره مقیاس فرسودگی شغلی (burnout scale)
اساس و توصیف	فرسودگی شغلی پاسخی، روانی و احساسی به سطوح پایدار استرس بالا است. اغلب موارد مرتبط با کار هستند فرسودگی شغلی معمولاً منجر به خستگی جسمانی و روانی می‌شود و می‌تواند شامل احساس ناامیدی، کمبود توان و شکست باشد. فرسودگی اغلب از نیازهای بیش از حد منشا می‌گیرد که یا با فشار درونی (داشتن انتظار بالا از خود) یا بیرونی (توسط خانواده، شغل یا جامعه) است و غالباً با شرایط کاری که در آن فرد احساس بار کاری زیاد می‌کند مورد تحسین و تشویق قرار نمی‌گیرد، در مورد توقعات و اولویت‌ها اطلاع دقیقی ندارد مرتبط است و به فرد در چنین شرایطی مسئولیت‌های اعطا می‌شود که با درآمد آن تناسب ندارد و یا فرد در مورد آینده شغلی خود اطمینان ندارد و در خانه و محیط کار مسئولیت بیش از حد بردوش می‌گیرد (۵۲). در حالی که استرس یک "بیماری فوری" است فرسودگی یک "سندرم خستگی و تهی شدن" است. این دو مفاهیمی کاملاً متمایز هستند فرسودگی صرفاً استرس بیش از حد نیست. بلکه، نوعی واکنش انسانی پیچیده به استرس است و با این احساس که منابع درونی شما برای اداره یک وظیفه و بر آمدن از پس شرایط مختلف ناکافی است مرتبط می‌شود (۵۳). علل فرسودگی شغلی عبارتند از: تغییرات در سازمان، انتظارات از شغل شما، سرپرست شما یا صنعت، تغییرات در علایق یا ارزش‌های مربوط به کار شما، عدم استفاده بهینه از توانایی‌ها یا مهارت‌های خود، احساس گیر افتادن در شرایطی که در آن فرد احساس می‌کند که به خاطر کار خوبی که انجام می‌دهد، به طور مناسب پاداش نمی‌گیرد، اعطای وظایف بیش از توانایی شما، ناتوانی در اظهار نظر در مورد وظایف خود و یا تلاش برای انجام کاری فراتر از توانایی خود. نتایج فرسودگی کارکنان می‌تواند شامل بیماری‌های سایکوسوماتیک (مشکلات روان‌شناسی / هیجانی که خود را به صورت جسمانی نشان می‌دهند و تظاهر می‌یابند)، مشکلات گوارشی سردرد، فشار خون بالا، حملات قلبی، دندان قروچه و خستگی باشد. سازمان دهی بهتر بیمارستان، محیط کاری و شیوه‌های مدیریت می‌تواند سبب کاهش فرسودگی کارکنان گردد (۵۴).
صورت کسر	نمره در مورد صورت موجودی فرسودگی شغلی
مخرج کسر	نمره در مورد موجودی فرسودگی شغلی
منبع داده‌ها	بررسی
طبقه‌بندی	برحسب بخش، جنس، گروه شغلی و سن.
نکات / تفسیر	موضوع بحث برانگیز در متون این است که آیا شدت اختلال ارباب رجوع ارتباط مثبت با فرسودگی شغلی یا نارضایتی از کار دارد یا خیر. در مقایسه بخش‌های گوناگون (داخلی، اونکولوژی) شاید بتوان شدت را برای گروه‌های بیماران متفاوت کنترل کرد و باید به موقعیت‌های کاری هم توجه نمود.

52. Cordes C., Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. Academy of Management Review, 1993, 18 (4): 621-656.

53. Collins MA. The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. Journal for Nurses in Staff Development. 1996, 12(2): 81-5.

54. Schulz R, Greenley JR, Brown R. Organization, management, and client effects on staff burnout. Journal of Health and Social Behavior, 1995, 36(4): 333-45

جدول ۱۷: برگه توصیفی خلاصه ترخیص‌ها

حوزه	تداوم و همکاری
شاخص	درصد خلاصه ترخیص ارسال شده برای پزشک عمومی یا درمانگاه ارجاعی ظرف دو هفته یا داده شده به بیمار حین ترخیص
اساس و توصیف	این شاخص یک شاخص تداوم مراقبت است. بیماران مزمن نیازمند مراقب پیگیری پایدار هستند، این حال، در بسیاری از جاها ارتباط ناکافی بین ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی و تامین اجتماعی وجود دارد. ارائه قطعه مراقبت‌ها منجر به تاخیر در کشف عوارض می‌شود یا باعث کاهش وضعیت سلامت می‌گردد، آن هم به دلیل ارزیابی‌های نامنظم یا ناکامل یا پیگیری ناکافی؛ نارسایی در مدیریت توسط بیمار در امور بیماری و عوامل خطر در نتیجه انفعال یا عدم آگاهی و غفلت بیمار، که منشا گرفته از ارزیابی، آموزش، انگیزش و بازخورد ناکافی یا ناپایدار است؛ کاهش کیفیت مراقبت به دلیل حذف مداخلات موثر و یا انجام اقدامات غیر موثر؛ دسترسی روانی کشف نشده یا به خوبی مدیریت نشده. با این که این شاخص تمام طیف تداوم مراقبت را پوشش نمی‌دهد (۵۵) بار تحمیلی جمع‌آوری داده‌ها خیلی بالا نیست و منعکس‌کننده جز مهمی از تداوم مراقبت می‌باشد: جریان اطلاعات بین ارائه‌کنندگان مراقبت اولیه و ثانویه. لازم است این شاخص برحسب موقعیت طبقه‌بندی شود: اهمیت خلاصه ترخیص بسته به بیماری که فرد به دلیل آن بستری شده است متفاوت است. اقدامات بعدی ممکن است به جاهایی که باید خلاصه ترخیص حاوی اطلاعات درباره نتایج آزمایشگاهی که در بیمارستان به دست آمده باشد و نیاز به پیگیری توسط پزشک مراقبت‌های اولیه دارد اشاره نماید.
صورت کسر	نامه‌های ترخیص ارسال شده به پزشک عمومی یا تسلیم شده به بیمار ظرف دو هفته بعد از ترخیص
مخرج کسر	کلیه نامه‌های ترخیص
منبع داده‌ها	رسیدگی یا بررسی اداری
طبقه‌بندی	برحسب بخش یا شغل
نکات/تفسیر	بسته به این که داده‌ها در سیستم اطلاعات معمول موجود است یا خیر، ممکن است این شاخص سبب بار تحمیلی زیاد به سبب جمع‌آوری داده‌ها گردد. در برخی از کشورها، اطلاعات ترخیص به مراقبت سلامتی ارسال نمی‌شود ولی به خود فرد حین ترخیص تسلیم می‌شود. با این که ارائه به موقع اطلاعات ترخیص مهم است کمال یا جامعیت اطلاعات ترخیص توسط این شاخص ارزیابی نمی‌شود. چرخه‌های بعدی ارتقای کیفیت ممکن است ارزیابی این مسایل را نیز بگنجاند.

55. For a review of measures of continuity of care see: Groene O. Approaches towards measuring the integration and continuity in the provision of health care services. In: Kyriopoulos, J, ed. Health systems in the world: From evidence to policy. Athens, Papazisis, 2005.

جدول ۱۸: برگه توصیفی میزان بستری مجدد

حوزه	تداوم و همکاری
شاخص ۱۷	میزان پذیرش مجدد بیماری‌های حساس به مراقبت سرپایی ظرف ۵ روز
اساس و توصیف	بستری مجدد نمایانگر تاثیر مراقبت‌های بیمارستانی بر بیماری فرد پس از ترخیص است (۵۶). فرض زمینه‌ای این است که چیزی که مراقبین سلامتی در طول بستری قبلی انجام نشده باقی گذاشته‌اند منجر به نیاز به بستری مجدد می‌شود می‌تواند این امر ناشی از مراقبت پایین تر از سطح استاندارد حین بستری در بیمارستان آمادگی نامناسب برای ترخیص یا پیگیری ضعیف باشد. برای این که موردی را بستری مجدد در نظر بگیریم باید چهار شرط وجود داشته باشد: ۱) برخوردن به تشخیص خاص یا لزوم اقدامی خاص، ۲) بستری اورژانسی یا فوری (غیرانتخابی) ۳) زمان بین ترخیص بعد از اولین نوبت و بستری بعدی در طول بازه زمانی مشخص ۴) نوبت اول بستری با رضایت شخصی بیمار علیرغم توصیه‌های پزشکی (یا مرگ بیمار) به پایان نرسیده باشد. سایر معیارهای بالقوه خروج عبارتند از: بیمارانی که قبلاً دریافت کننده مراقبت‌های پایدار در یک درمانگاه مراقبت‌های اولیه می‌باشند یا شیمی درمانی یا پرتودرمانی می‌شوند؛ ساکن سرای سالمندان هستند یا قصد رفتن به آنجا را دارند؛ فقط به منظور انجام یک اقدام عملی بستری شده‌اند. اسم و دیابت دو بیماری حساس به مراقبت سرپایی هستند. در مورد بیماری‌های حساس به مراقبت سرپایی شواهد پیشنهاد کرده است که می‌توان حداقل تا حدودی از طریق مراقبت‌های سرپایی بهتر از بستری بیماران پیشگیری کرد. دیده شده که از ۹ تا ۴۸ درصد از تمام بستری‌های مجدد را می‌توان از طریق آموزش بهتر بیمار، ارزیابی قبل از ترخیص و مراقبت در منزل پیشگیری نمود (۵۷). میزان تاثیر بیمارستان محدود است زیرا بستری مجدد بعد از یک نوبت بستری طبی اغلب نشان‌دهنده پیشرفت بیماری است تا صرفاً نتایج مراقبت. با توجه به بستری‌های مجدد زودرس و اعمال فشار بیشتر از نظر چهارچوب زمانی بستری مجدد، تاثیر پیشرفت طبیعی بیماری و مراقبت‌های پس از ترخیص محدود می‌شود.
صورت کسر	تعداد کل بیماران پذیرش شده از طریق بخش اورژانس بعد از ترخیص - ظرف مدت پیگیری ثابت - از همان بیمارستان و با تشخیص مشابه برای انجام مراقبت‌های اولیه.
مخرج کسر	تعداد کل بیماران پذیرش شده برای بیمارهای مورد نظر (مانند آسم، دیابت، پنومونی، CABG).
منبع داده ها	سیستم‌های اطلاعاتی معمول و پرونده‌های بالینی بیمارستان. تقاضای بازپرداخت آژانس خریداری کننده.
طبقه بندی	تنظیم شده برحسب سن، جنس، شدت. از آنجایی که هدف اجرای آزمایشی، تسهیل محک زدن بین بیمارستان‌ها نیست. در این مرحله تقسیم بندی بیشتر لازم نمی‌باشد.
نکات/تفسیر	معیار خروج: بیمارانی که در طول بستری در بیمارستان فوت کنند یا به یک بیمارستان مراقبت‌های حاد دیگر مرخص و منتقل شوند.

56. Westert GP, Lagoe RJ, Keskimäki I, Leyland A, Murphy M. An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. Health Policy, 2002, 61: 262-278.

57. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care. Archives of Internal Medicine, 2000, 160:1074-1081.

جدول ۱۹: برگه توصیفی آمادگی برای ترخیص

حوزه	تداوم و همکاری
شاخص ۱۸	نمره بررسی آمادگی ترخیص بیمار
اساس و توصیف	آمادگی برای ترخیص به خصوص برای بیمارانی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند و نیازمند مراقبت‌های پیگیری هستند حایز اهمیت است. لازم است که بیماران شرایط خود را درک کنند، از عوامل خطر و علایم بهبودی آگاه شوند، گزینه‌های درمان و رژیم‌های دارویی و برنامه مراقبت‌های پیگیری را درک کنند. بسیاری از بیماران از چنین مسایلی آگاهی ندارند، لذا این خود سبب تاثیر زیادی بر کیفیت بلندمدت مراقبت‌ها و احتمالاً منجر به عوارض، بستری مجدد و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. این شاخص ابزاری برای سنجش چگونگی آماده کردن بیمار برای ترخیص توسط سازمان است. ابزارهای گوناگونی وجود دارند که به طور خاص برای این منظور تدوین شده‌اند و برخی از پرسش‌نامه‌های فعلی درباره رضایت و تجربه بیمارموردی درباره آمادگی برای ترخیص را نیز در خود گنجانده‌اند. توصیه می‌شود در جایی که چنین ابزارهایی در دسترس است از آن استفاده شود و در جاهایی که موجود نیست ابزارهای استاندارد و معتبر به کار گرفته شوند. در موارد به کارگیری ابزارهای فعلی و موجود مواردی که باید در نظر گرفته شوند برای مثال عبارتند از: "آیا می‌توانید بیماری که به دلیل آن بستری شدید نام ببرید؟" "آیا می‌توانید علایم بیماری خود را نام ببرید؟" "آیا در مورد نحوه مصرف داروهای خود کاملاً اطمینان خاطر پیدا کرده‌اید؟"، "آیا می‌دانید در صورت تشدید بیماری خود به چه کسی باید مراجعه نمایید؟"
صورت کسر	- برای این شاخص لازم است تا نمره‌ای براساس یک بررسی سنجشی به دست آید
مخرج کسر	- برای این شاخص لازم است تا نمره‌ای براساس یک بررسی سنجشی به دست آید.
منبع داده‌ها	بررسی
طبقه‌بندی	برحسب بخش‌ها و خصوصیات بیمار (جنس، سن، بیماری)
نکات/تفسیر	تنظیم برحسب بخش و خصوصیات بیمار ممکن است مهم باشد زیرا آمادگی برای ترخیص تحت تاثیر طیفی از عوامل قرار دارد.

واژه نامه

۷. واژه‌نامه

واژه‌نامه زیر اصطلاحات و واژه‌های اصلی که در این کتابچه به کار برده شده است را ارایه می‌دهد که شامل موضوعات اصلی چون موارد زیر است:

مفاهیم زمینه‌ای

ابعاد کیفیت

سرمایه‌گذاران

روندهای ارزیابی / جمع‌آوری داده‌ها

درک مقیاس‌ها

تفسیر نتایج

فعالیت‌های ارتقای سلامت

اقدامات ارتقای کیفیت

واژه‌ها از واژه‌نامه‌های استاندارد مانند جامعه بین‌المللی کیفیت در مراقبت‌های سلامتی (ISQUA) (۵۸) کمیسیون الحاقی بین‌المللی (ICI) (۵۹) و رصدخانه سیستم‌ها و سیاست‌های سلامتی اروپا (۶۰) و غیره گردآوری شده است.

Underlying concepts مفاهیم زمینه‌ای

Accountability پاسخگویی

مسئولیت و نیاز به پاسخگویی در مورد وظایف یا فعالیت‌ها. این مسئولیت ممکن است غیر قابل محول کردن باشد و باید شفاف باشد.

Risk خطر

شانس یا احتمال خطر، آسیب یا خسارت. این خود می‌تواند مربوط به سلامت کارکنان باشد یا جامعه، احوال، شهرت، محیط زیست، عملکرد سازمانی، ثبات مالی، سهم بازار و سایر اشیای با ارزش.

Health سلامتی

سلامتی در اساس نامه سال ۱۹۴۸ WHO چنین تعریف شده است: حالتی از تندرستی کامل جسمانی، اجتماعی و روانی، و نه فقط نبودن بیماری یا ناتوانی. در زمینه ارتقای سلامت، سلامتی کمتر به عنوان یک حالت مطلق تلقی می‌شود و بیشتر ابزاری است برای یک سرانجام که می‌توان آن را در قالب عملکردی به عنوان منبعی که به افراد به صورت تک به تک، دسته جمعی و به صورت اقتصادی اجازه یک زندگی بارور و فعال را می‌دهد بیان نمود. سلامتی منبعی برای زندگی روزمره است و هدف زندگی نیست. سلامتی مفهومی مثبت است که بر منابع اجتماعی و شخصی همانند توانایی‌های فیزیکی تاکید می‌کند.

Culture فرهنگ

سیستم مشترک شامل ارزش‌ها، باورها و رفتارها.

Ethics اخلاق

استانداردهای رفتار که از نظر معنوی صحیح هستند.

58. International Society for Quality in Health Care: <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Links.html> (accessed 08 May 2006).

59. Joint Commission International <http://www.jointcommission.org/> (accessed 08 May 2006).

60. European Observatory on Health Systems and Policies: <http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> (accessed 08 May 2006).

Rights حقوق

چیزی که می‌توان ادعا کرد که از نظر قانونی و عادلانه، منصفانه و از نظر اخلاقی متعلق به یک نفر است، توصیفی رسمی از خدماتی که مشتریان می‌توانند از یک سازمان توقع و نیاز داشته باشند.

Values ارزش‌ها

اصول، باورها یا اظهارات فلسفه که هدایت‌گر رفتار است و ممکن است مسایل اجتماعی یا اخلاقی را دخیل نماید.

Vision چشم‌انداز

توصیف آنچه که سازمان می‌خواهد به آن برسد.

Health development توسعه سلامتی

توسعه سلامتی فرایند ارتقای پایدار و پیشرونده وضعیت سلامت افراد و گروه‌ها در یک جمعیت است.

منبع: سیستم اطلاعات واژه شناسی. WHO، ژنو، ۱۹۹۷.

بیانیه جاکارتا ارتقای سلامت را عنصر ضروری توسعه سلامت می‌داند.

Mission مأموریت

بیانیه کتبی گسترده که در آن سازمان اظهار می‌دارد که چه کاری می‌کند و علت آن چیست. مأموریت، یک سازمان را از سازمان دیگر مجزا می‌کند.

Need نیاز

مایحتاج جسمانی، روانی، اجتماعی یا روحی تندرستی. نیازها ممکن است توسط افراد نیازمند درک یا بیان شوند یا نشوند. باید آنها را از خواسته‌ها افتراق داد، که آرزوها را بیان می‌کنند نه لزوماً نیازها را.

Philosophy فلسفه

بیانیه اصول و باورهای یک سازمان که بوسیله آن اداره شده و به ارایه خدمات می‌پردازد.

Quality dimensions ابعاد کیفیت

Quality کیفیت

درجه برتری، میزانی که یک سازمان نیازهای مشتریان خود را برآورده کرده و فراتر از انتظارات آنها قدم بر می‌دارد.

Access دسترسی

توانایی مشتریان در به دست آوردن خدمات مورد نیاز یا موجود زمانی که در یک زمان مناسب مورد نیاز است.

Appropriateness تناسب

درجه‌ای که یک خدمات با نیازهای بیان شده یک مشتری سازگار است و با توجه به بهترین عملکرد فعلی قابل ارایه است.

Continuity تداوم

ارایه خدمات هماهنگ درون و بین برنامه‌ها و سازمان‌ها در طول زمان.

Cultural appropriateness تناسب فرهنگی

طراحی و ارایه خدمات مطابق با ارزش‌های فرهنگی مشتریان که از آن استفاده می‌کنند.

Effectiveness تاثیر

درجه‌ای که خدمات، مداخلات یا اقدامات مطابق با بهترین مشکل ممکن در جهت رسیدن به اهداف و نتایج ایده‌آل ارایه می‌شوند.

Efficiency کارایی

درجه‌ای که منابع برای رسیدن به نتایج با حداقل پس ماند، کار دوباره و تلاش زیاد برآورده می‌شوند.

Safety ایمنی

درجه‌ای که خطر بالقوه و نتایج ناخواسته به حداقل می‌رسند یا از آن‌ها پرهیز می‌شود.

Stakeholders سرمایه‌گذاران

Accreditation body هیات اعتبار بخشی

سازمان مسئول برنامه اعتبار بخشی و واگذاری اعتبارنامه.

Customers مصرف‌کنندگان

بیماران / مشتریان یک سازمان. مصرف‌کنندگان / کارکنان داخلی یک سازمان.

Community اجتماع

مجموعه‌ای از افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و سازمان‌ها که با یکدیگر تعامل دارند، در فعالیت‌های مشترک همکاری می‌کنند، مشکلات مشترک را حل می‌کنند و معمولاً در یک محیط یا منطقه جغرافیایی قرار دارند.

Community اجتماع

گروه خاصی از افراد، اغلب ساکن در یک منطقه جغرافیایی تعریف شده، که از فرهنگ، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک بهره‌مندند، و در یک ساختار اجتماعی با توجه به روابطی که یک اجتماع در طول یک دوره زمانی به وجود می‌آورد شکل می‌گیرند. اعضای یک اجتماع هویت شخصی و اجتماعی خود را با تسهیم باورها، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک که در گذشته توسط آن اجتماع شکل گرفته است و ممکن است در آینده اصلاح شود به دست می‌آورند. آنها برخی آگاهی‌های خود از هویتشان به عنوان یک گروه را به نمایش می‌گذارند و نیازهای مشترک و تعهد به برآوردن آن‌ها دارند.

Governance حاکمیت

عملکرد تبیین خط مشی سازمان، تنظیم اهداف و تدوین سیاست برای هدایت سازمان در دسترسی به مأموریت خود به پایش دستیابی به آن اهداف و اجرای سیاست.

Governing body هیات حاکمه

افراد، گروه یا آژانس با حداکثر اختیارات و پاسخگویی نسبت به خط مشی‌های راهبردی کلی و روش‌های اداره سازمان. همچنین تحت عنوانین شورا، بورد، بورد اعضای هیات و غیره شناخته می‌شود.

Health professionals کارکنان سلامتی

کارکنان حرفه‌ای سلامتی، پزشکی یا پرستاری که به درمان بالینی و مراقبت از مشتریان می‌پردازند، عضویت در هیات حرفه‌ای مناسب دارند و در صورت نیاز، در نهاد قانونی ثبت نام کرده و گواهینامه دریافت می‌کنند.

Organization سازمان

شامل کلیه اماکن / جاها تحت هدایت و رهبری و پاسخگو به هیات مدیره / مالک (مالکین)

Partners شرکا

سازمان‌هایی که سازمان با آن‌ها همکاری دارد و در جهت ارائه خدمات تکمیلی کار می‌کند.

Partnerships شراکت

روابط کاری رسمی یا غیر رسمی بین سازمان‌هایی که ممکن است در آنها خدمات تشکیل و به صورت مشترک ارائه شوند.

Staff کارکنان

کارمندان سازمان

Stakeholder سرمایه‌گذاران

افراد، سازمان‌ها یا گروه‌های که علاقه‌مند به مشارکت در خدمات هستند.

Assessment procedures/Data collection

روندهای ارزیابی / جمع‌آوری داده‌ها

Document control system سیستم کنترل مدارک و اسناد

یک سیستم برنامه‌ریزی شده برای کنترل انتشار، تغییر و استفاده از اسناد مهم درون سازمان، به خصوص سیاست‌ها و روندها. لازمه این سیستم است که به سند شناسه‌ای واحد داده شود تا زمان انتشار و به روز رسانی و اختیارات آن را نشان دهد. انتشار اسناد در سازمان تحت کنترل است و نسخه‌های تمام اسناد قابل پیگرد و دسترسی است.

Accreditation اعتباربخشی

فرایند خودارزیابی و ارزیابی همتای خارجی که توسط سازمان‌های مراقبت‌های سلامتی برای ارزیابی دقیق سطح عملکرد آن‌ها در رابطه با استانداردهای تثبیت شده و به کارگیری راه‌هایی برای ارتقای پایدار به کار گرفته می‌شود.

Assessment ارزیابی

فرایندی که توسط آن خصوصیات و نیازهای مشتریان، گروه‌ها یا موقعیت‌ها ارزیابی یا مشخص می‌شوند تا بتوان به آن‌ها اشاره نمود. ارزیابی اساس یک برنامه برای خدمات یا اقدامات دیگر را تشکیل می‌دهد.

Audit ممیزی

آزمون و مرور مستقل سیستماتیک برای مشخص کردن این که فعالیت‌ها و نتایج واقعی با تنظیمات برنامه‌ریزی شده تطابق دارند یا خیر.

Competence صلاحیت

ضمانت این که دانش و مهارت‌های یک فرد مناسب ارائه خدمت است و تضمین این که سطوح دانش و مهارت به طور منظم ارزیابی می‌شود.

Complaint شکایت

بیان یک مشکل، مساله یا ناخشنودی از خدمات که ممکن است کلامی یا مکتوب باشد.

Complementary تکمیلی، مکمل

خدمات یا اجزایی که با یکدیگر تناسب دارند یا یکدیگر را تکمیل می کنند تا خدماتی کامل تر را تشکیل دهند.

Confidentiality رازداری

محدودیت های تضمین شده در مورد استفاده و انتشار اطلاعات جمع آوری شده از افراد یا سازمان ها.

Consent رضایت

موافقت یا تایید داوطلبانه ارایه شده توسط یک ارباب رجوع / مشتری.

Data داده ها

حقایق سازمان نیافته که می توان از آن ها اطلاعات به وجود آورد.

Evaluation ارزشیابی

ارزیابی درجه موفقیت در برآوردن اهداف و نتایج مورد انتظار (دست آوردهای) یک سازمان، خدمات، برنامه ها یا مشتریان.

Evidence شواهد

داده ها و اطلاعات استفاده شده جهت تصمیم گیری. می توان شواهد را از تحقیقات، یادگیری تجربی، داده های شاخص و ارزشیابی ها به دست آورد. از شواهد به طریقی سیستماتیک برای ارزیابی گزینه ها و تصمیم گیری استفاده می شود.

Health outcomes پیامدهای سلامتی

تغییر در وضعیت سلامت یک فرد، گروه یا جمعیت که با یک مداخله یا مجموعه ای از مداخلات برنامه ریزی شده، فارغ از اینکه هدف از آن مداخله تغییر وضعیت سلامت بوده یا خیر، مرتبط است.

- پیامدهای سلامتی متوسط

- پیامدهای ارتقای سلامت

Information اطلاعات

داده هایی که سازمان دهی، تفسیر و به کار گرفته می شوند. ممکن است اطلاعات به صورت مکتوب، صوتی، تصویری یا به شکل فیلم باشد.

Information systems سیستم های اطلاعات

سیستم های برنامه ریزی، سازمان دهی، تجزیه و تحلیل و کنترل داده ها و اطلاعات شامل سیستم های بر پایه رایانه و سیستم های دستی.

Performance اجرا

فرایند پایداری که به وسیله آن یک مدیر و یک کارمند عضو، عملکرد کارکنان عضو را مرور کرده اهداف اجرایی را تنظیم نموده و پیشرفت به سوی این اهداف را ارزیابی می کند.

Qualitative کیفی

داده ها و اطلاعات بیان شده با توصیفات و تشریحات، روشی که از طریق مشاهده و مصاحبه به تحقیق در مورد تجربه مصرف کنندگان می پردازد.

Quantitative کمی

داده‌ها و اطلاعات بیان شده در قالب اعداد و آمار و ارقام. روشی که به وسیله مقیاس‌ها به تحقیق در مورد پدیده‌ها می‌پردازد.

Reliability قابلیت اطمینان

میزانی که نتایج از طریق سنجش‌هایی مکرر توسط سنجش‌گرهای مختلف، یا در زمان‌های مختلف توسط همان سنجش‌گر با یکدیگر سازگار هستند، وقتی که آن چه که سنجیده می‌شود در حد فاصل بین سنجش‌ها تغییر نمی‌کند.

Research تحقیقات

شرکت در بدنه موجود دانش از طریق جستجو، با هدف کشف و تفسیر حقایق.

Validity اعتبار

میزانی که یک مقیاس به درستی فقط آن چه را که می‌بایست اندازه‌گیری نماید سنجیده است.

Outcomes Results نتایج (دست‌آوردها)

تبعات یک خدمت.

Quality assessment ارزیابی کیفیت

جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل برنامه‌ریزی شده و سیستماتیک داده‌ها درباره یک خدمت، معمولاً با تمرکز بر محتوای خدمت و خصوصیات آرایه آن و نتایج مشتری.

Survey بررسی

ارزیابی همتای خارجی که عملکرد سازمان در قبال مجموعه‌ای از استانداردها را می‌سنجد.

Surveyor بررسی کننده

همتای خارجی مرورگر، ارزیابی کننده عملکرد سازمان در قبال استانداردهای توافق شده.

Licensure پروانه

فرایندی که طی آن یک نهاد دولتی به یک سازمان مراقبت‌های سلامتی یا یک فرد اجازه فعالیت می‌دهد یا به یک پزشک منفرد اجازه شرکت در یک حرفه یا شغل خاص را اعطا می‌کند.

Peer assessment ارزیابی همتا

فرایندی که در آن عملکرد یک سازمان، افراد یا گروه‌ها توسط اعضای همان سازمان، یا همان شغل یا تخصص و وضعیت و کسانی که همان خدمات را آرایه می‌دهند ارزیابی می‌گردد.

Personnel record پرونده کارکنان

مجموعه اطلاعات درباره کارمند عضو حاوی مسایل پرسنلی مانند مرخصی، منابع، سنجش عملکرد، تعیین صلاحیت، ثبت نام و کارگزینی و استخدام.

Understanding measures درک مقیاس‌ها

Scope منظر

طیف و نوع خدمات آرایه شده توسط سازمان و هرگونه شرایط یا محدودیت در تحت پوشش قرار دادن آن خدمت.

Services خدمات

محصولات سازمان ارایه شده به مشتریان، یا واحدهای سازمان که محصولات را به مشتریان تحویل می‌دهند.

Standard استاندارد

سطح آرمانی و قابل دستیابی عملکرد که عملکرد واقعی در قبال آن سنجیده می‌شود.

Criteria معیار

قدم‌های خاص که باید برداشته شوند، یا فعالیت‌هایی که باید انجام شوند تا به یک تصمیم یا استاندارد رسید.

Procedures روندها

مجموعه‌های مکتوب از دستورالعمل‌هایی درباره گام‌های توصیه و تایید شده برای عملی خاص یا مجموعه‌ای از اعمال.

Policies سیاست‌ها

اظهارات مکتوب که به عنوان دستورالعمل عمل می‌کنند و منعکس کننده وضعیت و ارزش‌های سازمان در مورد یک موضوع می‌باشند.

Measurable elements عناصر قابل سنجش

عناصر قابل سنجش یک استاندارد مایحتاجی از استاندارد و توضیح مقاصد آن می‌باشند که طی فرایند بررسی اعتباردهی مرور شده و ارزیابی می‌شوند. این عناصر به زبان ساده آن چه را که برای تطابق کامل با استاندارد لازم است فهرست می‌کنند. هر عنصر قبلاً در استاندارد یا توضیح اهداف منعکس شده است. هدف از فهرست کردن عناصر قابل سنجش ارایه شفافیت بیشتر به استاندارد و کمک به سازمان‌ها در آموزش کارکنان خود درباره استانداردها و آمادگی برای بررسی اعتباردهی می‌باشد (استانداردهای بین المللی ۲۰۰۳)

Indicator شاخص

ابزار یا غربال اندازه‌گیری عملکرد که به عنوان راهنمای پایش، ارزشیابی و ارتقای کیفیت خدمات به کار می‌رود. شاخص‌ها به ساختار، فرآیند و نتایج مرتبط هستند.

Interpreting results تفسیر نتایج

Benchmarking محک زدن

مقایسه نتایج ارزشیابی‌های سازمان‌ها با نتایج دیگر مداخلات، برنامه‌ها یا سازمان‌ها و آزمون فرایندها در مقایسه با سایر فرآیندهایی که به منظور پیشرفت و ارتقا، عالی تشخیص داده شده‌اند.

Best practice بهترین عملکرد

رویکردی که نشان داده است که بالاترین نتایج را به دنبال دارد و از طریق یک فرآیند سیستماتیک انتخاب می‌شود و به عنوان نمونه انتخاب گردد و موفق تشخیص داده شود. سپس از آن برای انطباق یک سازمان با آن استفاده می‌کنند.

Health promotion ارتقای سلامت

Disease prevention پیشگیری از بیماری

پیشگیری از بیماری نه تنها شامل اقداماتی است که از بروز بیماری جلوگیری می کنند مانند کاهش عوامل خطر، بلکه همچنین سبب متوقف ساختن پیشرفت آن و کاهش تبعات آن زمانی که ایجاد شد می گردد.

منبع: برگرفته شده از واژه نامه لغات کاربردی در سلامت برای تمام مجموعه ها، WHO، ژنو ۱۹۸۴

پیشگیری اولیه با هدف جلوگیری از بروز اولیه یک اختلال است. پیشگیری ثانویه و ثالثیه به دنبال متوقف کردن یا آهسته نمودن روند بیماری موجود و اثرات آن از طریق تشخیص زودرس و درمان مناسب است؛ یا به دنبال کاهش بروز عود بیماری و ایجاد بیماری های مزمن از طریق مثلا توان بخشی مناسب و موثر است گاهی اوقات از پیشگیری از بیماری ها بعنوان واژه ای تکمیلی در کنار ارتقای سلامت استفاده می کنند. با اینکه اغلب مشترکاتی بین محتوا و راهکارهای این دو وجود دارد، ولی پیشگیری از بیماری به طور جداگانه تعریف می شود. از این زمینه پیشگیری از بیماری ها اقدامی است که معمولا از بخش سلامت سرچشمه می گیرد و با افراد و جمعیت هایی که حاوی عوامل خطر مشخص هستند و اغلب رفتارهای پرخطر مختلفی از آن ها سر می زند سرکار دارد.

Education آموزش

فعالیت های تعلیمی و یادگیری سیستماتیک برای توسعه یا ایجاد تغییر در دانش، گرایشات، ارزش ها یا مهارت ها.

Empowerment for health توانمندسازی در حوزه سلامت (اختیار دادن)

در ارتقای سلامت، توانمندسازی فرایندی است که طی آن افراد کنترل بیشتری بر تصمیمات و اقداماتی که بر سلامتشان تاثیر گذار هستند به دست می آورند. ممکن است توانمندسازی فرایندی اجتماعی، فرهنگی، روان شناختی یا سیاسی باشد که طی آن افراد و گروه های اجتماعی می توانند به بیان نیازها بپردازند، نگرانی های خود را بروز دهند، استراتژی هایی برای شرکت در تصمیم گیری ها ارائه دهند و اقدامات سیاسی، اجتماعی و فرهنگی برای رسیدن به تامین آن نیازها انجام دهند.

Enabling قادر سازی

در ارتقای سلامت، قادر سازی به معنی اقدام در جهت شرکت دادن افراد یا گروه ها در توانمندسازی آنها، از طریق انتقال منابع انسانی و مادی در جهت ارتقای و حفاظت از سلامت آنهاست.

Health behaviour رفتار سلامتی

هرگونه فعالیتی که توسط فرد انجام می شود، فارغ از وضعیت سلامت واقعی یا دریافته، برای ارتقا حفاظت یا نگهداری سلامت. خواه چنین رفتاری از نظر آن هدف موثر باشد یا خیر.

Health communication ارتباطات سلامتی

ارتباطات سلامتی، استراتژی کلیدی در اطلاع رسانی جامعه درباره ملاحظات سلامتی و حفظ مسایل مهم سلامتی در حوزه سلامت عمومی است. استفاده از رسانه های ارتباط جمعی و دیگر نوآوری های فناوری برای انتشار اطلاعات مفید سلامتی، سبب افزایش آگاهی جنبه های خاصی از سلامت فردی و جمعی و نیز اهمیت سلامت در توسعه و پیشرفت می گردد.

منبع: برگرفته شده از ارتباطات، آموزش و شراکت: چهارچوب و راهنمای علمی (AMRO/PAHO/WHO) واشنگتن، ۱۹۹۶

Health education آموزش سلامت

آموزش سلامت عبارتست از فرصت‌های ایجاد شده آگاهانه برای یادگیری شامل شکلی از ارتباطات طراحی شده برای افزایش و ارتقای سواد به سلامتی از جمله بهبود دانش و توسعه مهارت‌های زندگی که برای سلامت فردی و جامعه سودمند است. آموزش سلامت فقط به انتشار اطلاعات نمی‌پردازد، بلکه سبب پرورش انگیزه، مهارت‌ها و اطمینان لازم برای اقدام در جهت ارتقای سلامت می‌گردد. آموزش سلامت شامل انتشار اطلاعات درباره شرایط زمینه‌ای اجتماعی، اقتصادی و محیطی تاثیرگذار بر سلامتی و نیز عوامل خطر فردی و رفتارهای پرخطر و استفاده از سیستم مراقبت‌های سلامتی است. لذا، آموزش سلامت ممکن است انتشار اطلاعات و توسعه مهارت‌ها را نیز شامل شود که نشان‌دهنده امکان اجرای سیاسی و احتمال و امکان سازمانی اشکالی از اقدامات عملی برای اشاره به شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی سلامت است.

Health literacy سواد سلامتی

سواد سلامتی معرف مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که نشان دهنده انگیزه و توانایی افراد در کسب دسترسی به اطلاعات، فهم آن و کاربرد آن در راهنمایی است که سبب ارتقا و حفظ سلامت و سلامت مناسب شود. سواد سلامتی به معنی دستیابی به سطحی از دانش و آگاهی، مهارت‌های شخصی و اطمینان از انجام اقدام در جهت بهبود و ارتقای سلامت شخصی و اجتماعی از طریق تغییر در شیوه‌های شخصی زندگی و شرایط زندگی است. لذا، سواد سلامتی فضایی فراتر از توانایی خواندن جزوات آموزشی و قرار ملاقات گذاشتن است. با بهبود دسترسی مردم به اطلاعات سلامتی و ظرفیت آن‌ها در استفاده بهینه از آن، سواد سلامتی در امر توانمندسازی نقشی حیاتی ایفا می‌کند. مواد سلامتی به نوبه خود به سطوح کلی‌تر از مواد وابسته است. سواد پایین مردم می‌تواند به طور مستقیم از طریق محدود کردن توسعه شخصی، اجتماعی و فرهنگی آن‌ها و نیز ممانعت کردن از توسعه مواد سلامتی بر سلامت آن‌ها موثر باشد.

Health promoting hospitals بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت

یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت صرفاً به ارائه خدمات پزشکی و پرستاری با کیفیت بالا نمی‌پردازد، بلکه همچنین هویتی حقوقی را پدید آورد که در برگیرنده اهداف ارتقای سلامت است، ساختار و فرهنگی سازمانی که به ارتقای سلامت می‌پردازد به وجود می‌آورد، که شامل نقش‌های فعال و مشارکتی برای بیماران و کلیه کارکنان عضو می‌باشد و خود را به محیطی ارتقا دهنده سلامت معرفی می‌کند و به صورت فعالانه با جامعه خود همکاری می‌نماید.

منبع: براساس اعلامیه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت بوداپست WHO، دفتر منطقه ای اروپا، کپنهاگ، ۱۹۹۱

Health promotion ارتقای سلامت

ارتقای سلامت، فرایند توانمندسازی افراد در افزایش کنترل و ارتقا و بهبود سلامت خود می‌باشد.

منبع: منشور ارتقای سلامت اتاوا، WHO، ژنو، ۱۹۸۶

ارتقای سلامت معرف فرایند جامع اجتماعی و سیاسی است که نه تنها در برگیرنده اقداماتی در جهت افزایش توانمندی مهارت‌ها و توانایی افراد می‌باشد، بلکه همچنین شامل اقداماتی است در جهت تغییر شرایط اجتماعی، محیطی و اقتصادی به منظور تخفیف اثر آن‌ها در سلامت فردی و عمومی. ارتقای سلامت فرایند توانمندسازی افراد در جهت افزایش کنترل بر شاخص‌های سلامت می‌باشد که از آن طریق سبب ارتقای سلامت افراد می‌گردد. شراکت و مشارکت برای حفظ و پایداری فعالیت ارتقای سلامت ضروری است.

Intersectoral collaboration همکاری بین بخشی

رابطه‌ای شناخته شده بین جز یا اجزایی از بخش‌های مختلف جامعه که با هدف اقدام در زمینه مساله دستیابی به نتایج سلامتی، یا نتایج متوسط سلامتی شکل گرفته است. بطریقی که موثر تر و پایدارتر از حالتی است که بخش سلامتی به تنهایی بخواهد به آن دست یابد.

Life skills مهارت‌های زندگی

مهارت‌های زندگی توانایی رفتار انطباقی و مثبت است که افراد را قادر می سازد تا به شکل موثرتری با احتیاجات و چالش‌های زندگی روزمره کنار بیایند.

Lifestyle شیوه زندگی، lifestyles conducive to health شیوه زندگی سودمند برای سلامت

شیوه زندگی، طریقه زندگی برپایه الگوی شناخته شده رفتاری است که توسط فعل و انفعال بین خصوصیات شخصی فرد، کنش متقابل اجتماعی و شرایط زندگی اجتماعی - اقتصادی و محیطی مشخص می گردد.

Re-orienting health services توجیه درباره خدمات سلامتی

توجیه دوباره خدمات سلامتی از طریق اهمیت دادن صریح تر دستیابی به نتایج سلامتی جمعیت از راه‌هایی که سیستم سلامتی سازماندهی و بنا نهاده است مشخص می شود. این باید منجر به تغییر در گرایش و سازماندهی خدمات سلامتی گردد تا به نیازهای افراد پردازد و آن را در تعادل با نیازهای گروه‌های جمعیتی نگهدارد.

Quality improvement actions اقدامات ارتقای کیفیت

Follow-up پیگیری

فرایندها و اقدامات صورت گرفته پس از انجام شدن یک خدمت.

Goals اهداف

اظهارات گسترده که توصیف کننده نتایجی باشد که یک سازمان به دنبال آن است و نیز سبب جهت‌گیری برای تصمیمات و فعالیت‌های روزمره می گردد. اهداف از ماموریت یک سازمان پشتیبانی می کنند.

Guidelines دستورالعمل‌ها

اصول هدایت‌گر یا راهنمای یک اقدام عملی.

Capacities ظرفیت‌ها

توانایی‌ها، منابع: اموال و قدرت گروه‌ها یا افراد در تعامل با شرایط و موقعیت‌ها و برآوردن نیازهای خود.

Contract قرارداد

توافق نامه رسمی که شرایط خدماتی که باید کسب شوند یا ارایه گردند (به سازمان دیگر) در آن قید شده است. قرار داد و خدمات قرار داده شده توسط آن سازمان تحت پایش و هماهنگی قرار می گیرد و مطابق با استانداردهای دولت یا آن سازمان است.

Coordination هماهنگی

فرایند کار کردن موثر در کنار هم با تشریک مساعی بین ارایه‌کنندگان، سازمان‌ها و خدمات درون یا بیرون آن سازمان به منظور پرهیز از دوباره کاری، نارسایی یا تفکیک و تجزیه.

Leadership فرماندهی (رهبری)

توانایی فراهم کردن خط مشی و تعامل با تغییرات. این خود شامل ایجاد یک تصویر تدوین استراتژی‌ها برای ایجاد تغییرات مورد نیاز برای اجرای آن تصویر؛ تنظیم کردن افراد؛ و ایجاد انگیزه در افراد برای غلبه بر موانع است.

Management مدیریت

تنظیم اهداف برای آینده از طریق برنامه ریزی و بودجه بندی، تثبیت فرایندهایی برای دستیابی به آن اهداف و تخصیص منابع برای تکمیل آن برنامه‌ها. تضمین این که برنامه‌ها از طریق سازماندهی، هدایت کارکنان، کنترل و حل مشکل تحقق پیدا می‌کنند.

Objective هدف

هدفی که اگر سازمان بناست به اهداف خود برسد دستیابی به آن ضروری است. این خود عبارت است از ترجمه اهداف در قالب واژه‌های خاص و واقعی در قبال نتایجی که قابل سنجش هستند.

Operational plan برنامه عملیاتی

طراحی راهکارها که خود شامل فرایندها، اقدامات و منابع به منظور دستیابی به اهداف سازمان است.

Quality activities فعالیت‌های کیفیت

فعالیت‌هایی که عملکرد را سنجش می‌کنند، فرصت‌های بهبود و ارتقا در ارائه خدمات را شناسایی می‌نمایند و شامل اقدامات عملی و پیگیری است.

Quality control کنترل کیفیت

پایش خروجی به منظور بررسی این که آیا با خصوصیات یا نیازها و اقدامات لازم برای اصلاح کردن آن خروجی تطابق می‌کند یا خیر. این خود تضمین کننده ایمنی، انتقال اطلاعات صحیح، دقت روندها و تکرارپذیری و قابلیت تولید مجدد است.

Quality improvement ارتقای کیفیت

پاسخ پایدار به داده‌های ارزیابی کیفیت درباره یک خدمت به طریقی که سبب ارتقای فرآیندهایی می‌گردد که توسط آن‌ها خدمات به مشتریان ارائه می‌شوند.

Quality plan برنامه کیفیت

برنامه عملی فعلی برای برآوردن مایحتاج کیفیت خدمات.

Quality project طرح کیفیت

برنامه زمان بندی شده ارتقای کیفیت برای یک خدمت یا حوزه مشخص.

Risk management مدیریت خطر

فرایند سیستماتیک شناسایی، ارزیابی و اقدام در جهت پیشگیری یا مدیریت خطرات بالینی اداری، مالی و سلامت شغلی و ایمنی در سازمان.

Strategic plan برنامه راهبردی (استراتژیک)

یک برنامه رسمی که به تثبیت اهداف کلی سازمان می‌پردازد و به دنبال قراردادن سازمان در شرایط محیط خود می‌باشد.

- این کتاب با اجازه رسمی سازمان بهداشت جهانی ترجمه و انتشار یافته است.
- متن انگلیسی این کتاب در سال ۲۰۰۶ میلادی توسط دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی با عنوان "اجرای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها: کتاب راهنما و فرم‌های خودارزیابی" انتشار یافته است.
- © کپی رایت متن انگلیسی متعلق است به سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶ میلادی.
- مترجمین این کتاب مسئول صحت ترجمه می باشند.
- © کپی رایت متن فارسی این کتاب متعلق است به موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر، ۲۰۱۰ میلادی، ۱۳۸۹ هجری شمسی.

■ Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006, under the title Implementing health promotion in hospitals: Manual and Self-assessment forms
©World Health Organization, 2006.

■ The translators of this publication is responsible for the accuracy of the translation.
©Iranian Moaser Prevention and Health Promotion Institute, 2010.

Implementing health promotion in hospitals:

Manual and Self-assessment forms

Edited By :
Oliver Groene

Translated by :
Akbar Nikpajouh MD
Behnud Samadi MD

