

فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت



Knowledge Management in Health System Quarterly



- سال دوم
- شماره پیاپی چهارم
- پاییز ۱۴۰۲



فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت

صاحب امتیاز: معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی
مدیر مسئول: دکتر بهروز رحیمی
سردبیر: دکتر احمد جواهری
شورای سردبیری: دکتر بهزاد تدین، داود شمسی، دکتر محمود صمدپور،
مهندس علی اعظمی
دبیر اجرایی و دستیار سردبیر: مهندس مجتبی کفاشی

اعضای کمیته اجرایی:

ستاد وزارت: دکتر شبتم قاسمیانی، دکتر مهرانگیز
حق گو، مهندس طاهره عینی، آقای سعید قاسمی
دانشگاه های علوم پزشکی کشور: دکتر غلامرضا
مرمیان، مهندس محمدرضا شاه آبادی، دکتر علی
صالحی، مهندس هادی پازوکی طرودی، مهندس
فرنگیس بطا، مهندس روح الله رسولی، آقای فواد
بغلانی، آقای حامد شریف نژاد، آقای فرشاد آمیغی
صفحه آرایی: یوسف عزیز میاوان

نشانی دفتر فصلنامه: تهران، شهرک غرب، خیابان سیما
ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طبقه ۱۱
شماره تلفن: ۸۸۳۶۳۸۴۲-۰۲۱

دورنگار: ۸۸۳۶۳۰۵۹۲-۰۲۱



آدرس پست الکترونیک: km@behdasht.gov.ir

آدرس اینترنتی فصلنامه:

mrd.behdasht.gov.ir/faslName

منشور اخلاقی فصلنامه:

۱. مسئولیت صحت محتوای منتشرشده به عهده نویسندگان و دانشگاه‌ها و سازمان‌های ارسال‌کننده تجربه است.
۲. چاپ تجربه‌ها و پیشنهادهای الزاماً به معنی تأیید همه مطالب آن نیست.
۳. در صورت استفاده از مطالب دیگران، ارجاع منبع موردنظر با اطلاعات کامل الزامی است.

۳..... سخن سردبیر.....

بخش اول: دیدگاه / ۵

- ۶..... گفتگو با دکتر فرهاد غلامی، نیس دانشگاه علوم پزشکی مازندران.....
گفتگو با دکتر محسن مصلحی، معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.....
۹..... گفتگو با مهندس صادق کریمی، معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.....
۱۰.....

بخش دوم: تجربیات منتخب / ۱۲

- ۱۳..... استفاده از ست ابتکاری متصل به آمبوگ جهت انجام MRI بیمار اینتوبه در مواقع عدم وجود دستگاه ونتیلاتور مخصوص MRI یا MRI COMPATIBAL دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.....
تعیین تاثیر اجرای برنامه حمایت غذایی مادران باردار و شیرده نیازمند مبتلا به سوءتغذیه در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان سال ۱۴۰۲.....
۱۵..... راه اندازی سامانه اتوماسیون مالی جهت ارتقاء شفافیت در روند پیگیری و ارجاعات اسناد، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان.....
۱۷..... تجزیه و تحلیل هزینه تست‌های آزمایشات درخواست شده برای بخش‌های زنان و زایمان و حاملگی‌های پرخطر و ارائه راهکار برای کاهش تست‌های آزمایشگاهی غیر ضروری، دانشگاه علوم پزشکی تهران.....
۱۸..... استفاده از نرم‌ها و استانداردهای پست‌های سازمانی وزارت بهداشت و بومی سازی آن جهت برآورد تعداد نیروی انسانی مورد نیاز بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بیرجند.....
۲۰..... مدیریت بهینه ارائه غذای دانشجویان با هوشمندسازی فرایند تغذیه دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز.....
۲۲..... کنترل و مدیریت طغیان ناشی از آب شهر مریانج به شیوه بررسی اپیدمیولوژی و اطلاع‌رسانی خطر، دانشگاه علوم پزشکی همدان.....
۲۶..... اصلاح فرآیند نمونه‌گیری صبحگاهی بیماران بستری بیمارستان قائم مشهد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.....
۳۰..... طراحی سامانه شفاف سازی حسابهای مالی دارو و ملزومات دارویی در دانشگاه علوم پزشکی کرمان.....
۳۲..... جلب مشارکت و استفاده از ظرفیت خیرین با هدف تکمیل ساختمان نیمه کاره مرکز خدمات جامع سلامت روستایی هچیرود (ساخت بزرگترین پروژه خیرساز در مراکز خدمات جامع سلامت کشور)، دانشگاه علوم پزشکی مازندران.....
۳۵..... تقویت نظام ارائه خدمات به مادران باردار جهت کاهش مرگ و میر نوزادان در راستای ارتقا سلامت در سطح دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.....
۳۷..... ممیزی انرژی مصرفی (حرارتی و الکتریکی) بیمارستان بوعلی سینا ساری به روش تصویلی و تهیه گزارش جامع مربوطه دانشگاه علوم پزشکی مازندران.....
۴۰..... راه اندازی سامانه ارسال الکترونیکی پرونده پزشکی بیماران از طریق اتوماسیون اداری به منظور افزایش رضایتمندی مراجعان و توسعه دولت الکترونیک، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.....
۴۳..... راه اندازی بانک اطلاعاتی مادران باردار نیازمند مراقب ویژه و کاندید نگهداری نمونه خون بند ناف از طریق سامانه ثبت مادران پرخطر به منظور دسترسی آسان و سریع به اطلاعات در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان.....
۴۶.....

بخش سوم: پیشنهادهای کاربردی و ایده‌های خلاقانه / ۴۹

- ۵۰..... ارزیابی الکترونیکی عملکرد مجموعه‌های تحت نظارت واحد درمان و استفاده از سامانه‌های مدیریتی و آماری، دانشگاه علوم پزشکی تهران.....
۵۱..... ساخت ماسک تجزیه پذیر، راهی برای نجات طبیعت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.....

بخش چهارم: دانشنامه / ۵۳

- ۵۴..... مدیریت و ترجمان دانش مبتنی بر اطلاعات پژوهشی.....
۵۸..... تحول دیجیتال.....
۶۲..... سازمان یادگیرنده.....



واقعه‌ی دفاع مقدّس یک برهه‌ی برجسته و مهمّی از تاریخ کشور ما است. این مقطع راه این واقعه‌ی مهم را باید درست بشناسیم و آن را به اذهان نسلهای بعدی معرفی کنیم. عقیده‌ی راسخ بنده این است که اگر نسل‌های پی‌درپی ما، جوانب مهم و معنادار دفاع مقدّس را بشناسند و بدانند که در این واقعه‌ی مهم چگونه ملت ایران توانست خود را به سگوی پیروزی برساند و در آنجا با قدرت و با سربلندی بایستد، برای آنها در این شناخت درسهای بزرگی وجود خواهد داشت؛ و کارهای بزرگی پیش خواهد رفت؛ این عقیده‌ی راسخ بنده است. عظمت این واقعه را باید شناخت. خیلی کار شده؛ کتاب نوشته شده، فیلم ساخته شده، خاطرات گویی شده، لکن به نظر من جا برای کار هنوز بسیار زیاد است. ما تا کنون نتوانستیم جزئیات این تابلوی عظیم و پُر نقش‌ونگار را بشناسیم و بشناسانیم؛ از دور داریم می‌بینیم، [اما] اگر نزدیک برویم، در هر تکه‌ی آن، آن‌قدر زیبایی، آن‌قدر ظرافت، آن‌قدر کارهای پُر مغز و پُر معنا وجود دارد که انسان حیرت میکند؛ هر تکه‌اش این جور است و اینها باید معرفی بشود.

**گزیده بیانات مقام معظم رهبری (مدظله العالی)
در دیدار پیشکسوتان و فعالان دفاع مقدس و مقاومت - شهریور ۱۴۰۲**

- مدیران دستگاه های اجرایی باید یک‌بار فرایندها را مورد بازنگاه و بازنگری قرار دهند . ما با یک پیچیدگی در نظام اداری مواجهیم که از سازمان استخدامی و سازمان بهره‌وری می‌خواهم مجاهدانه برای رفع این پیچیدگی و تسهیل کار مردم در ادارات تلاش کنند؛ مهمترین شاخصه در کار جهادی بعد از انگیزه و اندیشه، سرعت‌بخشیدن به کار است.
- افزایش بهره‌وری موجب رونق تولید در حوزه اقتصاد و رشد در تولید سبب افزایش اعتماد عمومی و رضایت‌مندی نسبت به سازمان اداری و رشد سرمایه اجتماعی خواهد شد، تحقق این مهم در گرو داشتن سازمان اداری چابک، کارآمد و سهل برای امور مردم است که در سایه توجه به کرامت مردم شکل می‌گیرد.
- باید برای دانش افزایشی و به‌روز شدن و افزایش کارآمدی کارکنان دولت تدبیر شود، آموزش‌های ضمن خدمت، کار علم افزایشی دانشگاه را نمی‌کند ولی همین موضوع هم به دریافت مزایای سازمانی آنها گره خورده که باید این دیدگاه در راستای افزایش دانش و تجربه و کارآمدی دستگاه‌ها تغییر کند.
- هوشمندسازی امری ضروری است که به شفافیت در کارها کمک می‌کند. اگر در جایی این هوشمندسازی مانع تلف شدن وقت نیروها شود، ضرورت آن بیشتر هم می‌شود؛ بدانید که ما مسئول عمر کارکنان و نیروهای نظام اداری کشور نیز هستیم و باید در قبال آن پاسخگو باشیم. هم خود نیروی انسانی در برابر چگونگی صرف وقت خود در ادارات مسئول است و هم ما باید در برابر چگونگی تعریف کار برای آنها پاسخگو باشیم.

بخشی از سخنان رئیس جمهور محترم در هجدهمین جشنواره شهید رجایی - شهریور ۱۴۰۲



امروز سلامت محور پیشرفت کشورها محسوب شده و همه دولت‌ها بخشی از درآمدهای خود را مصروف ارتقای سلامت می‌کنند. بنابراین تلاش برای همسوسازی رویکرد کشورها به منظور گسترش و ارتقای همکاری و مشارکت در آموزش پزشکی، توانمندسازی شاغلان حرف پزشکی، همکاری در به اشتراک گذاشتن فناوری‌های نوین سلامت، توسعه نظام‌های بهداشتی و درمانی، تأمین نیازهای دارویی و تجهیزات پزشکی و تحقق دسترسی عادلانه به خدمات سلامت باید در دستور کار همه دولت‌ها قرار گیرد.

دکتر تدرّوس ادهانوم (دبیرکل سازمان جهانی بهداشت) در بیانات خود اشاره داشت که ایران یکی از الگوهای موفق نظام بهداشتی را در اختیار دارد؛ از همین رو ما آمادگی داریم برای توسعه نظام‌های بهداشتی کشورها، آموزش و توانمندسازی مدیران و ارائه دهندگان خدمات سلامت در دیگر نقاط جهان، انتقال تجارب و درس آموخته‌ها به ویژه در زمینه پزشکی خانواده و مدیریت بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، مشارکت در توسعه بسته‌های خدمات سلامت و برنامه‌های مراقبت سلامت گروه‌های سنی و مادران مشارکت کنیم.

نظام سلامت جمهوری اسلامی علاوه بر آمادگی برای انتقال تجارب، همکاری در توسعه نظام‌های درمانی، توانمند سازی مدیران در مان کشورها و همکاری در تدوین راهنماهای بالینی، به جهت در اختیار داشتن پزشکان ماهر و بهره‌مندی از تجهیزات پزشکی پیشرفته، می‌تواند پذیرای بسیاری از بیماران ارجاعی از دیگر کشورها باشد.

پاره ای از سخنان وزیر محترم بهداشت

در جمع سفرای کشورها و نمایندگان سازمان های بین المللی - شهریور ۱۴۰۲



کانون ارزیابی شایستگی، ابزاری کارآمد جهت ارزیابی و توسعه کارکنان و مدیران

مقدمه

سلامت سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن جزو مهمترین تلاش‌های روزمره انسان‌ها محسوب می‌شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار است و سلامتی برای بهره‌مند شدن انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است، لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم برای همگان بوده است. با توجه به اهمیت این موضوع، سلامت آحاد مردم به عنوان یک حق در قانون اساسی مورد توجه قرار گرفته و ارتقای سطح سلامت مردم نیز از مهمترین اهداف در چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در نظر گرفته شده است. مأموریت نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای مردم و جامعه است. این نیازها تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی پیوسته تغییر می‌کند. از سوی دیگر عوامل مخاطره‌آمیز سلامت دائماً در حال تغییر بوده و عرصه بهداشت و درمان به سرعت در حال تغییر است. پاسخگویی به این نیازها نیازمند عملکرد موفق سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی نظام سلامت است. بنابراین رهبران و مدیران نظام سلامت و بهداشت باید به طور مداوم شایستگی‌های رهبری و مدیریتی خود را ارتقا دهند تا در سازمان‌های خود مؤثر باقی بمانند.

مفهوم شایستگی

واژه **شایستگی** به هر ویژگی عملکردی فرد اشاره دارد که منجر به عملکرد قابل قبول یا برجسته می‌شود. شایستگی‌ها ممکن است شامل مهارت‌های فنی، سطح انگیزه، صفات شخصیتی، آگاهی از بدنه دانش، یا هر چیز دیگری باشد که می‌تواند در دستیابی به نتایج کمک کند. **شایستگی‌ها از ویژگی‌های افراد هستند؛** از این رو، تجزیه و تحلیل کارکنان موفق یکی از بهترین روش‌ها برای جدا کردن و شناسایی کیفیت‌هایی است که برخی از افراد را بسیار موفق‌تر از دیگران می‌سازد.

سازمان‌هایی که ویژگی‌های افرادی که بهترین نتایج را کسب می‌کنند، تشخیص می‌دهند برای خود مزیت رقابتی ایجاد کنند. این سازمان‌ها برای جذب، انتخاب، توسعه، پاداش و ارتقای موفق‌ترین افراد در موقعیت بهتری قرار دارند؛ از این رو، شایستگی‌ها یک ابزار مهم، بسیار شبیه به یک قطب‌نما، برای پیدا کردن جهت در جذب، توسعه، حفظ و جایابی بهترین، سازنده‌ترین و شایسته‌ترین افراد برای ارتقا در سازمان هستند.

کانون ارزیابی مدیران؛ ابزاری برای شناسایی شایستگی‌ها

با توجه به نیاز سازمان‌های کشور (به ویژه سازمان‌های دولتی) و بهره‌وری پایین منابع انسانی در کل سازمان‌ها، مجمع تشخیص مصلحت نظام به منظور ایجاد تحولی بنیادی در ساختار اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی برای تحقق چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ در سال ۱۳۸۴، سیاست‌های کلی نظام اداری را بررسی و تصویب کرد. عمده‌ترین این سیاست‌ها عدالت محوری، شایسته سالاری و شایسته پروری مبتنی بر اخلاق اسلامی، اثربخشی برنامه‌ها و دانش‌گرایی بود. بنابراین تعریف و تعیین دقیق شایستگی‌های مدیران سازمان‌های دولتی کشور یکی از مهم‌ترین و کلیدی‌ترین پیش زمینه‌های استقرار سیاست‌های کلی نظام اداری کشور است و افزون بر نیت و اراده قوی، و مهیا کردن شرایط مناسب برای پیاده‌سازی **سیاست‌های کلی نظام اداری کشور** باید بر این موضوع تمرکز کنیم که چه کسانی با چه شایستگی‌ها و قابلیت‌هایی برای پیاده‌سازی



سخن سردبیر

سیاست‌های کلی نظام اداری کشور مورد نیاز است. پس از اینکه شایستگی‌ها و قابلیت‌های مورد نیاز شناسایی شد، مهم‌ترین گام، تدوین نظامی است که قابلیت سنجش و سپس ارتقای این شایستگی‌ها را داشته باشد. تجارب جهانی نشان داده است که ایده‌آل‌ترین حالت وضعیتی است که بتوان از تکنولوژی کانون‌های ارزیابی و توسعه شایستگی‌های مدیریتی استفاده کرد. کانون‌های ارزیابی با شناسایی شایستگی‌های مورد نیاز یک سازمان برای تصدی مشاغل کلیدی اعم از مدیریتی و کارشناسی، به ارزیابی افراد در خصوص موارد مربوطه می‌پردازد.

در واقع **کانون ارزیابی** یک رویداد است و به مکان خاصی اطلاق نمی‌شود. این رویداد، **فرایندی منسجم** با اجزایی کلیدی است. ویژگی اصلی کانون‌های ارزیابی استفاده از فرایند ارزیابی چندگانه است. اصول طراحی کانون ارزیابی این است که تا حد ممکن وظایف داوطلب شغل مورد نظر را شبیه‌سازی کند. این کانون‌ها علاوه بر اینکه می‌توانند افراد را بر مبنای مدل شایستگی‌های سازمانی ارزیابی کنند، از این قابلیت برخوردارند که افراد توانا را برای در اختیار گرفتن پست‌های مهم سازمانی شناسایی کنند و یا ادامه فعالیت در یک پست مهم را توصیه نمایند.

کانون ارزیابی، روشی جامع برای ارزیابی قابلیت‌ها و توانایی‌های افراد است. از این ارزیابی‌ها می‌توان برای سنجش آمادگی‌ها و توانایی‌های افراد و یا استعدادها بالقوه آنها استفاده کرد. کانون ارزیابی، به ارزیابی گروهی از شرکت‌کنندگان توسط تیم ارزیابی با استفاده از تمرین‌ها و آزمون‌های متنوعی دلالت دارد که به منظور انتخاب افراد واجد شرایط برای تصدی مناصب به طور عمده مدیریتی استفاده می‌گردد. در این مراکز برحسب هدفی که دنبال می‌شود، دو نوع مرکز ارزیابی وجود دارد: کانون‌هایی که برای تصمیم در مورد استخدام طراحی می‌شوند که به آنها **کانون ارزیابی گفته می‌شود** و کانون‌هایی که برای شناخت



به طور معمول در آن ارزیابان برای ارزیابی و احصاء شایستگی‌ها و ابعاد هدف، تحت آموزش و تمرین قرار می‌گیرند.

از دیگر وجوه مورد توجه کانون ارزیابی می‌توان به دریافت بازخورد رفتار توسط ارزیابی‌شوندگان اشاره کرد. لیونس (۲۰۰۲) بیان می‌کند که مراکز ارزیابی دارای این مزیت هستند که داوطلبان در مورد ویژگی‌های مورد سنجش، بازخورد مشروح برای نقاط ضعف و قابل بهبود خود دریافت می‌کنند. براساس قوانین کانون ارزیابی، هدف از آنها سنجش ابعاد رفتاری به شیوه‌های مختلف جهت دستیابی به سنجش‌های تکرارپذیر در مورد ویژگی‌های فردی مرتبط به مشاغل خاص است. تمرین‌های عملی نیز به شیوه‌ای طراحی می‌شوند که بتوانند موجب ظهور پیش‌نیازهای رفتاری مختلف مرتبط با شغل شوند.

نظر به اینکه اجرای کانون ارزیابی و توسعه وابسته به شناخت دقیق سه عنصر شایستگی، **ارزیابی‌شونده**، **ارزیاب** و **ابزار (تمرین)** است، لذا تعامل این سه عنصر امکان ارزیابی استاندارد و موفق را فراهم می‌سازد. در این فرایند ارزیاب‌ها با استفاده از ابزارهای مختلف (تمرین‌های کانون، آزمون‌های روان‌شناختی، آزمون‌های توانمندی ذهنی، بازی‌های مدیریتی و مصاحبه) به شناسایی میزان و سطح هر شایستگی در ارزیابی‌شوندگان می‌پردازند. بر این اساس، می‌توان فرایند اجرایی کانون ارزیابی را به شرح شکل زیر نشان داد:

نقاط قوت و قابل توسعه افراد، برای ارتقاء تشکیل می‌شوند و **کانون توسعه‌ای نامیده می‌شوند**. بنابر این استخدام و ارتقاء، تشخیص نیازهای آموزشی، توسعه و بهبود قابلیت‌ها سه کارکرد اصلی مراکز ارزیابی تلقی می‌گردند.

در این مرکز، ارزیابان آموزش دیده با استفاده از تکنیک‌های ارزیابی، افراد را در موقعیت‌های شبیه‌سازی شده شغلی قرار داده و با تکیه بر متغیرهای پیش‌بین و بکارگیری آزمون‌های روانشناختی با نزدیک‌ترین برآورد، قابلیت‌ها، شایستگی‌ها و توانمندی‌های آنان را ارزیابی می‌نمایند و در نهایت با در نظر گرفتن معیارهای شغل و نتایج حاصل از ارزیابی و تجزیه و تحلیل شغل، تصمیم لازم در خصوص انتخاب، ارتقاء و ... افراد اتخاذ می‌شود.

از شایستگی‌هایی که به طور معمول در کانون‌های ارزیابی مورد سنجش قرار می‌گیرد می‌توان به توانایی متقاعدسازی، مهارت ارتباطی، تصمیم‌گیری، حل مساله، تفکر تحلیلی، روابط بین فردی و نظایر آن اشاره کرد که با استفاده از تکنیک‌های مختلف نظیر **بازی‌های گروهی**، **تمرین‌های نوشتاری**، **بحث گروهی**، **کارتابل**، **کازیه**، **مصاحبه** و ... مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. به طور معمول هر بخش از فرایند ارزیابی و ارزیابی داوطلبان مختلف توسط ارزیابان متفاوتی انجام می‌شود؛ از این رو فرایند انجام یافته در کانون ارزیابی را می‌توان فرایندی **چندروشی - چندصفتی** و چند ارزیابی نامید که



بر اساس موارد مذکور و با توجه به ابلاغ دستورالعمل ارزیابی انتخاب و توسعه مدیران، پس از اخذ مجوز از سازمان اداری و استخدامی به شماره ۲۶۳۲۰۸ مورخ ۱۳۹۸/۰۵/۱۶، کانون ارزیابی شایستگی مدیران از ابتدای سال ۱۴۰۰ با هدف ارتقاء شایستگی مدیران و توجه به اصل شایسته‌گزینی کار خود را آغاز کرد و طی این مدت ۱۴۶۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند که بر اساس نتایج به دست آمده برای بیش از نیمی از این افراد دوره‌های آموزشی و توسعه‌ای طراحی و اجرا گردید. در حال حاضر فرایند انتصاب افراد به پست‌های مدیریتی از طریق کانون‌های ارزیابی انجام می‌گیرد و به منظور تسهیل در فرایند اجرای ارزیابی داوطلبین، تاکنون علاوه بر کانون ارزیابی ستاد وزارت بهداشت، ۷ کانون قطب کشور از جمله شیراز، اصفهان، کرمان، تبریز، اهواز، همدان و مشهد راه‌اندازی شده است. برای اجرای فرایند کانون ارزیابی بیش از ۸۰ ارزیاب در کل کشور آموزش دیده‌اند که خوشبختانه از این ظرفیت ایجاد شده برای تربیت ارزیاب ویژه داوطلبین استخدام و ارزیابی تخصصی بیش از ۲۷ هزار داوطلب استخدام در آزمون استخدامی وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۲ استفاده گردید.

بخش اول: دیدگاه



این بخش با هدف اخذ نظرات و دیدگاه‌های مدیران ارشد و خبرگان ستاد وزارت، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و سازمان‌های وابسته در قالب مصاحبه‌ها، میزگردها و نشست‌های تخصصی تدوین شده است. گفتگو با دکتر فرهاد غلامی رئیس دانشگاه علوم پزشکی مازندران، گفتگو با دکتر محسن مصلحی معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و گفتگو با دکتر مهندس صادق کریمی معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه از مصاحبه‌های این شماره از فصل نامه است که به خوانندگان تقدیم می‌شود.

گفتگویی با دکتر فرهاد غلامی رئیس دانشگاه علوم پزشکی مازندران



ما از فصلنامه کشوری مدیریت دانش در نظام سلامت در خدمت شما هستیم. در ابتدای گفتگوی لطفا خودتان را معرفی بفرمایید و گوشه‌ای از سوابق اجرایی خود را بیان کنید.

بنده دکتر فرهاد غلامی هستم ۵۱ ساله، متخصص داخلی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و فوق تخصص نفرولوژی و در سمت‌های زیر مفتخر به خدمت به مردم در حوزه سلامت کشور می‌باشم:

۱. شروع دوره پیام آور بهداشت در استان ایلام و مرکز بهداشت شهرستان ایلام از آذر ۷۵ لغایت مهر ۷۶ بعنوان پزشک و مسئول مراکز بهداشتی درمانی روستاهای میش خاص و پاکل گراب
۲. ادامه دوره در استان مازندران از مهر ۷۶ لغایت مهر ۷۷ در مرکز بهداشت سوادکوه بعنوان پزشک و مسئول مرکز زیرآب و روستای اتو
۳. رئیس بیمارستان شهدا زیرآب از تیر ۷۷ لغایت ۶ فروردین ۷۹
۴. مدیر شبکه و رئیس مرکز بهداشت قائم شهر از ۷ فروردین ۷۹ لغایت اسفند ۸۳
۵. رئیس ستاد هدایت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران از ۸۴ لغایت مهر ۸۶
۶. معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی مازندران از آبان ۹۰ لغایت شهریور ۹۲
۷. مدیر مرکز جامع دیالیز شهروند از شهریور ۹۹
۸. رئیس دانشگاه علوم پزشکی مازندران از بهمن ۱۴۰۰ تاکنون

مهمترین اقدامات دانشگاه در طی دو سال جاری را بیان فرمایید.

با حضور اینجانب و هیأت رئیسه محترم دانشگاه بالغ بر ۵۵ جلسه ملاقات مردمی در سطح دانشگاه تشکیل و با حدود ۳۰۰۰ نفر دیدار انجام شد (۳۱ جلسه در ستاد دانشگاه و ۲۴ جلسه در واحدهای شهرستانی) و حدود ۱۰۰ میلیارد تومان در راستای بازدیدهای شهرستانی برای رفع موانع و مشکلات تجهیزاتی، ساختمانی و ... در حوزه بهداشت و درمان تخصیص منابع گردید. تشکیل بالغ بر ۵۰ جلسه هیأت رئیسه دانشگاه با ۱۱۰ مصوبه که نزدیک به ۷۰ درصد آن اجرایی گردید. افتتاح و بهره‌برداری از پروژه‌های بهداشتی و درمانی در سطح استان با اعتباری بالغ بر ۹۰۰ میلیارد تومان و مساحت ۴۵۸۱۰ متر مربع و همچنین ۱۱۰ هزار متر مربع پروژه‌های در حال ساخت در دستور کار این دانشگاه می‌باشد. تشکیل پرونده الکترونیک خانواده در سطح یک برای هم‌استانی‌ها به آدرس Myehr.ir در سامانه پرونده الکترونیک سلامت مازندران، خرید و راه‌اندازی تجهیزات پزشکی به ارزش ۶۵۰ میلیارد تومان در بازه زمانی حدوداً ۲۰ ماهه که برخی از این تجهیزات از قبیل: پت اسکن، اسپکت سی تی و غیره برای اولین بار انجام شده است، استفاده حداکثری از ظرفیت مشارکت‌های اجتماعی و تقویت همکاری‌های درون و برون‌بخشی در نظام سلامت به مبلغ حدوداً ۵۳۶ میلیارد تومان از سال ۱۴۰۰ تاکنون و کسب رتبه برتر کشوری در حوزه‌های مشارکت مردمی، جشنواره ایده‌های نو و برتر و اجرای طرح ارزیابی شکل‌های مردم‌نهاد از دیگر اقدامات این دانشگاه می‌باشد.

نقش برنامه ریزی و نظارت راهبردی در تأثیر و پیشبرد اهداف دانشگاه را بیان نمایید؟

امروزه سازمان‌ها به دلیل تغییرات سریع و روزافزونی که در محیط بیرونی شان رخ می‌دهد و نیز عدم کنترل متغیرهای محیطی، قادر نخواهند بود بدون برنامه ریزی به اهداف خود دست یابند. مدیریت راهبردی، هنر و علم تدوین، اجرا و ارزیابی تصمیمات و وظیفه‌ای چندگانه است که سازمان را قادر می‌سازد به مقاصد خود دست یابد. مدیریت راهبردی شامل سه بخش اصلی، تدوین، اجرا و ارزیابی راهبرد می‌باشد که ارتباطی تنگاتنگ و متقابل دارند. از این رو برنامه راهبردی دانشگاه با رویکرد و توجه ویژه به اجرایی نمودن اهداف و چشم‌اندازهای سند اسلامی شدن دانشگاه‌ها و همچنین بیانیه گام دوم انقلاب مقام معظم رهبری به همت و مشارکت صاحب نظران خبره و همکاران متعهد و مجرب دانشگاه با چشم‌اندازی پنج ساله تدوین شده است.

بر همین اساس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران در راستای سیاست‌های کلان حوزه سلامت کشور با برخورداری از نیروهای توانمند، علمی و متعهد و با بهره‌گیری از فن‌آوری اطلاعات و تکنولوژی مناسب و به‌کارگیری شیوه‌های نوین ارائه خدمات آموزش و پژوهشی و بهداشتی و درمانی، متولی اصلی سلامت مردم منطقه و کشور و به ویژه مردم استان مازندران می‌باشد. حضور عزتمند در عرصه‌های بین‌المللی، نیل به مرجعیت علمی، ارتقاء کیفی و کمی در حوزه‌های آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمان و بالاتر از همه ارتقای جایگاه اخلاق و مسئولیت‌پذیری اجتماعی دانشگاه از اهداف اصلی این برنامه می‌باشد که با شعار برنامه پاک (پاسخگویی، اخلاق‌مداری و کیفیت) در دستور کار قرار گرفته است. برای نیل بدین امر، اقدامات زیر را سرلوحه خود قرار داده است که پیشنهاد می‌شود سایر عزیزان در صورت صلاحدید، مد نظر قرار دهند.

کمیته برنامه‌ریزی دانشگاه در دو سطح کمیته راهبردی و کمیته هماهنگی و زیر نظر مستقیم ریاست دانشگاه و بهره‌گیری از مشاوره دو نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه و دارای تخصص مدیریت خدمات بهداشتی درمانی به عنوان دبیر علمی و دبیر اجرایی تشکیل گردید. کمیته راهبردی با حضور معاونین و اعضای هیأت رئیسه دانشگاه و به ریاست رئیس دانشگاه، مسئولیت اصلی تصویب و اتخاذ استراتژی‌های مناسب جهت پیاده‌سازی اهداف و

و رسالت های دانشگاه باشد فرایند مربوطه با نظارت کمیته برنامه ریزی دانشگاه و همکاری معاونت های مربوطه پیگیری می شود. علاوه بر تدوین برنامه، رصد برنامه نیز مورد توجه جدی قرار گرفت و یکی تیم از افراد خبره جهت پایش منظم و فصلی برنامه عملیاتی در سطح دانشگاه تشکیل شد و در قالب چک لیست و بر اساس برنامه عملیاتی نسبت به پایش هر یک از معاونتها و واحدهای محیطی اقدام شد. نتایج پایش در کمیته برنامه ریزی مطرح و اقدامات اصلاحی متناظر طراحی و اجرا گردید.

واضح است که تدوین برنامه راهبردی دانشگاه نقطه پایان کار نیست و تحقق اهداف و سیاست های کلان در گرو برنامه عملیاتی در قالب پروژه ها و اقدامات روشن است. این پروژه ها مسیر تحقق اهداف کلان و در نهایت سیاست ها را ترسیم نموده و با اجرای آنها در نهایت شاهد ارتقاء کیفیت خدمات حوزه سلامت و رضایت مندی مردم باشیم. برنامه راهبردی دانشگاه در قالب ۱۴ سیاست و مشتمل بر ۷۳ هدف راهبردی، ۲۱۷ هدف اختصاصی، ۵۸۰ استراتژی و ۱۲۳ شاخص کلیدی تدوین شده است.

امیدواریم با همت، همدلی و همراهی همه همکاران ارجمند، بتوانیم در فضایی سالم و بانشاط برنامه راهبردی را اجرایی کنیم. انتظار می رود برنامه حاضر چراغ راه مدیران و تصمیم سازان دانشگاه در طی مدت سال های برنامه قرار گیرد. تا ان شاء الله شاهد توسعه و رشد همه جانبه دانشگاه در عرصه های مختلف سلامت باشیم. بر خود واجب می دانم از همه عزیزانی که در مسیر این اقدام ارزشمند تلاش نموده و خواهند نمود تشکر و قدردانی نمایم. ان شاء الله با حرکت در مسیر برنامه، به اهداف تعیین شده دست پیدا کنیم و موجبات رضایت حق تعالی و مردم شریف استان را فراهم نمایم.

اقداماتی که در راستای ارتقاء ظرفیت بین المللی سازی دانشگاه در سطح بین الملل انجام شده است را بیان فرمایید.

به منظور ارتقاء ظرفیت و رتبه علمی این دانشگاه در سطح بین الملل، تفاهم نامه همکاری های علمی، آموزشی، پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کشورهای روسیه، قزاقستان و عراق در سال ۱۴۰۱ منعقد گردید. بعد از سفر علمی و نشست تعدادی از اساتید هیأت علمی این

پروژه ها و بررسی دلایل انحراف را بر عهده داشت. کمیته هماهنگی با حضور مدیران ارشد هریک از معاونت های دانشگاه تشکیل و با جلسات مستمر نسبت به کارهای مقدماتی مورد نیاز در تدوین برنامه استراتژیک و رصد تحقق اهداف و فعالیت های آن اقدام می نمود. سپس نتایج و مصوبات کمیته برنامه ریزی دانشگاه در جلسات هیات رئیسه دانشگاه که با حضور رئیس و تمامی مدیران ارشد دانشگاه برگزار می شود، طرح و تصمیمات و اقدامات لازم اتخاذ می گردد. به منظور بهره گیری از نقطه نظرات و مشارکت دانشجویان، اعضای هیات علمی و کارکنان در تدوین اهداف، اعضای هیات علمی علاقمند، مجرب و توانمند در زمینه های برنامه نویسی و همچنین دانشجویان عضو کمیته دانشجویی به عضویت کارگروه برنامه نویسی معاونت های آموزشی، تحقیقات و فناوری و دانشجویی فرهنگی در آمدند و از نظرات آنها در تدوین اهداف استفاده گردید. پیشنهاد برنامه راهبردی دانشگاه قبل از ابلاغ رسمی، به گروه های منتخب دانشجویی عضو کمیته دانشجویی، مدیران گروه های آموزشی ارائه و از نقطه نظرات آنها در زمینه رسالت و اهداف بهره گیری می شود. همچنین به منظور مشارکت کارکنان در تدوین برنامه استراتژیک، هر یک از معاونت ها، کارگروه تخصصی کمیته برنامه ریزی را در معاونت مربوطه تشکیل و با مشارکت کارکنان نسبت به تدوین اهداف و استراتژی ها اقدام می نمایند و نتایج کارگروه های تخصصی در کمیته برنامه ریزی دانشگاه مورد استفاده قرار می گیرد.

از آنجایی که برنامه ها با مشارکت و ارائه نظرات افراد خبره و همچنین نظرات کارشناسی همه افراد درگیر تدوین شده است، لذا در اجرای صحیح آن نیز اهتمام وجود داشت و به ارتقاء بهره وری نظام ارائه خدمات دانشگاه کمک شایانی نموده است. در همین راستا به صورت سالیانه برنامه استراتژیک دانشگاه، مورد بازنگری قرار می گیرد و هر یک از معاونت های دانشگاه می توانند فراخور اهداف و مأموریت های جدید محوله ملی و منطقه ای نسبت به تغییرات ضروری در اهداف و برنامه های خود و متعاقباً در برنامه استراتژیک دانشگاه اقدام نمایند. چنانچه قبل از موعد بازنگری برنامه استراتژیک دانشگاه، نیازمند اعمال تغییرات ضروری در اهداف



دانشگاه با رییس و مدیران دانشگاه دولتی علوم پزشکی ولگاگراد روسیه در آبان ماه سال ۱۴۰۱ همکاری و تبادل اطلاعات علمی آغاز و طی نشست مشترک نماینده رسمی دانشگاه علوم پزشکی دولتی ولگاگراد با روسا و مدیران این دانشگاه، همکاری دانشکده داروسازی در زمینه تبادل محصولات دارویی، استاد، دانشجو و انجام پروژه های مشترک علمی در زمینه دارو توافق گردید.

در ادامه تفاهم نامه همکاری های علمی با سفیر محترم علمی و فرهنگی کشور عراق با حضور مقامات محترم استان مازندران منعقد و در زمینه تبادل اساتید و دانشجو مذاکره شد. همچنین بیش از ۱۰۰ دانشجو از این کشور در رشته مقاطع تحصیلی در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ در رشته های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی و کارشناسی ارشد پرستاری بیوشیمی بالینی و... جذب گردید.

در سال ۱۴۰۱ از کشورهای افغانستان، پاکستان و هندوستان نیز دانشجویان خارجی جذب و در سال جاری نیز این فرایند همچنان ادامه دارد. در همین راستا، توسعه وب سایت های چند زبانه مدیریت امور بین الملل دانشگاه به انگلیسی، عربی، روسی و فارسی به منظور تبلیغات و جذب حداکثری انجام شد.

وبینارهای بین المللی در سال ۱۴۰۱ توسط مدیریت امور بین الملل دانشگاه، برنامه ریزی و با همکاری اساتید خارجی و داخلی برگزار گردید که در سال جاری نیز این فرایند در حال اجرا می باشد.

به منظور ارتقاء ظرفیت دانشگاه در عرصه بین الملل، نشستی با کشورهای اتحادیه حوزه خزر با حضور قائم مقام وزیر علوم و مدیر همکاری های علمی بین الملل وزارت متبوع جهت توسعه پروژه های مشترک فناوری و صنعتی در حال پیگیری و اقدام می باشد.

دانشگاه علوم پزشکی مازندران نیز در حوزه گردشگری سلامت و جذب بیمار خارجی به صورت رسمی و با همکاری معاونت در مان این دانشگاه اقدام به پذیرش بیماران خارجی نموده است. در همین راستا تبلیغات گسترده و برگزاری غرفه در نمایشگاه های بین المللی گردشگری سلامت به منظور بازتاب ظرفیت های بین المللی توریسم سلامت دانشگاه صورت پذیرفت.

جهت ارتقاء رتبه علمی دانشگاه در نظام اعتباربخشی جهانی تایمز و در سطح بین المللی چه اقداماتی صورت گرفته است؟

به منظور ارتقای رتبه علمی دانشگاه و اصلاح فرایندها، با عنایت به برنامه ریزی انجام شده این دانشگاه، در نظام های اعتباربخشی جهانی تایمز و شانگهای، شرکت نموده و نهایتاً مفتخر به کسب رتبه ۳۵۱ جهان و ۲۰۱ شانگهای (در حوزه پزشکی)، همچنین رتبه ۶۸ دانشگاه های علوم پزشکی آسیا و جایگاه دوم در کشور گردید. کارگاه های توانمندسازی آموزشی، پژوهشی و فرهنگی اعضای هیات علمی و کارکنان دانشگاه در زمینه ارتقاء دانش و افزایش مهارت برقراری تعامل به زبان انگلیسی در زمره فعالیت های انجام شده و در حال اجرا می باشد.

در خصوص عقد قرارداد برای ساخت ابر پروژه درمانی هزار و صد تخت خوابی دانشگاه علوم پزشکی مازندران با حمایت شرکت چینی توضیحاتی را بفرمایید؟

به منظور استفاده از ظرفیت فاینانس کشور چین که در محل سالن جلسات مرکز هماهنگی امور اقتصادی وزارت بهداشت، با حضور آقای دکتر اسدی معاون محترم مرکز هماهنگی امور اقتصادی وزات بهداشت، اینجانب و نمایندگان شرکت China Energy برگزار گردید تفاهم نامه تامین منابع مالی در قالب EPCF فیما بین دانشگاه های علوم پزشکی مازندران، اردبیل و کرمان به ارزش بیش از یک میلیارد یورو با شرکت China Energy کشور چین منعقد شد. براساس

این تفاهم نامه مقرر شد بعد از اخذ مجوزهای قانونی مربوط از دولت های طرفین، بستر سازی لازم جهت عقد قرارداد EPCF اجرای پروژه های مربوطه صورت پذیرد. در این جلسه گزارشی از اجرای مگا پروژه های بیمارستانی و وضعیت پروژه های سلامت دانشگاه های علوم پزشکی مازندران، اردبیل و کرمان ارائه شد و نمایندگان شرکت چینی به معرفی ظرفیت های خود و ارائه شرایط تامین مالی از ساینشور پرداختند.

با عنایت به پیاده سازی نظام مدیریت دانش در سطح نظام سلامت کشور، نظرات و اقدامات انجام شده دانشگاه در این خصوص را بیان فرمایید؟

در راستای استقرار و پیاده سازی نظام مدیریت دانش و پیشنهادها و اجرای نظام نامه و دستورالعمل های مربوطه، این دانشگاه همگام با دانشگاه های علوم پزشکی کشور، ضمن تشکیل کارگروه اجرایی، فعال نمودن دبیرخانه مدیریت دانش دانشگاه و انتخاب نمایندگان در سطح ستاد و کلیه واحدهای محیطی در تعامل با وزارت متبوع و دانشگاه های علوم پزشکی قطب یک کشوری، نسبت به اجرای گام های آن اقدام نموده است. با عنایت به هدف مدیریت دانش، که همان افزایش سرعت دسترسی کارکنان در سطوح مختلف به دانش و بسته های مورد نیاز شغلی در طول سال های خدمت، جلوگیری از خروج دانش و تجربه بعد از بازنشستگی و یا جابجایی کارکنان، کسب مزیت رقابتی، جلوگیری از افت دانش سازمانی و تکرار خرید دانش های دانشگاه و... می باشد انشاء الله با جلب مشارکت بیشتر و ارتقا توانمندی کارکنان اهداف عالی آن محقق گردد و با به اشتراک گذاری تجربیات، ایده ها، پیشنهادها و سایر دانش های تخصصی و بهره گیری از خرد جمعی، شاهد ایجاد بهره وری سازمانی، بهبود سطح خدمات به گیرندگان خدمت در حوزه های درمانی، بهداشتی و...، بهینه سازی فرایندها و تصمیم گیری های مدیریتی، کاهش دوباره کاری ها و هزینه های منابع انسانی، فیزیکی، مالی و توسعه در این دانشگاه و کشور باشیم. بر این اساس آموزش و توانمندسازی، اطلاع رسانی و آگاهی بخشی تمامی کارکنان در سطح ستاد و مراکز تابعه دانشگاه و دانشگاه های علوم پزشکی هم قطب در دستور کار قرار گرفت در این راستا بالغ بر ۶۳ جلسه آموزشی حضوری و کارگاهی به منظور فرهنگ سازی و توانمندسازی کارکنان اجرا گردیده است و از مجموع حدود ۲۲۵۰۰ نفر کارکنان این دانشگاه، تعداد ۱۱۳۱۵ نفر در سامانه مدیریت دانش ثبت نام نموده و حدود ۹۰۰ نفر اقدام به ثبت تجربه نموده اند. مشکلات و موانع موجود در بستر نرم افزاری و سامانه ای توسط مدیریت فناوری اطلاعات دانشگاه مرتفع گردید همچنین در اجرای دستورالعمل های انگیزشی و ایجاد روحیه تولید، ثبت و انتشار دانش ضمن برگزاری جشنواره مدیریت دانش در سطح ستاد و واحدهای محیطی دانشگاه از فعالان دانشی و دانشکاران برتر دانشگاه، اعضای دبیرخانه مدیریت دانش دانشگاه و نمایندگان واحدهای محیطی براساس برنامه راهبردی دانشگاه تقدیر و تشکر بعمل آمد. انشاء الله فرمایش امام علی (ع) که فرمودند زکات علم نشر آن هست تحقق یابد و جامعه همکاران دانشگاه به روز و سلامت جامعه در بهترین حالت پیاده سازی شود.

از اینکه این فرصت را در اختیار ما گذاشتید سپاسگزاریم.

دبیرخانه مدیریت دانش دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۱۴۰۲/۸/۲۱



جناب آقای دکتر مصلحی، نظر شما در خصوص اهمیت مدیریت دانش در نظام سلامت چیست؟

مدیران امروزی باید بتوانند داده‌های لازم را از پایگاه‌های داده، منابع داخلی و خارجی متعدد به دست آورند. این مدیران برای این که بتوانند از مزیت‌های رقابتی برخوردار شوند، نیازمند آن هستند که داده‌های خام را تجزیه و تحلیل، آنها را به دانش مفید سازمانی تبدیل و در نهایت به موفقیت، مزیت رقابتی پایدار و ارتقاء بهره‌وری دست یابند.

مدیریت دانش فرآیندی چالش‌انگیز است، زیرا شناخت ارزش واقعی آن دشوار بوده و به کارگیری مطلوب آن به نحوی که برای سازمان ایجاد مزیت رقابتی نماید، دشوارتر است. اینک مدیران تلاش می‌نمایند از طریق مدیریت دانش، دانش انباشته در ذهن اعضای سازمان را استخراج و آن را در میان تمامی افراد تسهیم نمایند. در عصر حاضر سازمانها برای پاسخ‌گویی به شرایط نوظهور و تغییرات سریع و پاسخ‌گویی بهتر به آن باید بتوانند از تجربیات و دانش ضمنی موجود در کارکنان ماهر و با تجربه بیاموزند و استفاده نمایند در این حالت دانش ذخیره شده در سیستم، تبدیل به یک منبع قابل استفاده دائمی گشته و مزیت رقابتی پایدار جهت سازمان فراهم می‌نماید. لذا سازمان‌ها نیازمند یک چارچوب جهت مدیریت دانش ضمنی و تبدیل آن به دانش آشکار می‌باشند.

امروزه با توجه به حجم روزافزون اطلاعات بالاخص در حوزه سلامت، مدیریت دانش مانند داشتن قطب‌نمای قابل اعتمادی است که متخصصان سلامت را در تصمیم‌گیری آگاهانه راهنمایی می‌کند. با این کار می‌توان از اشتباهات اجتناب کرد، ایده‌های نوآورانه را شکوفا کرد، و یادگیری مشارکتی در میان کارکنان را به یک هنجار تبدیل نمود.

اقدامات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در خصوص مدیریت دانش چه بوده است؟

همانطور که مستحضرید فرآیند مدیریت دانش شامل شش مرحله‌ی: شناسایی دانش، اکتساب دانش، توسعه دانش، به اشتراک گذاشتن و توزیع دانش، بهره‌گیری از دانش، و نگهداری دانش می‌باشد و زمانی که اهداف دانش تعیین می‌شوند و دانش موجود ارزیابی می‌شود، یک نظام مدیریتی می‌تواند شکل بگیرد که به همه مدیران کمک خواهد کرد تا شروعی موفق داشته باشند.

بحث مدیریت دانش در این دانشگاه از سال ۱۳۹۳ با ابزار نظام پیشنهادات به صورت الکترونیکی آغاز گردید که بعد از آن به منظور دستیابی به وحدت رویه با وزارت متبوع در سال ۱۳۹۹

سامانه تخصصی مدیریت دانش شروع به کار نمود. در این دانشگاه تاکنون بالغ بر ۸۰۰۰ پیشنهاد و تجربه ثبت شده است. که این تعداد بیانگر علاقه‌ی زیاد کارکنان و صاحبان فرآیند به ثبت پیشنهادات و تجارب می‌باشد. تا کنون شش جشنواره در سال‌های مختلف برگزار گردیده و این معاونت در حال برگزاری هفتمین جشنواره روندی متفاوت از سایر جشنواره‌ها است.

شما فرمودید هفتمین جشنواره دارای ویژگی‌های خاصی است، لطفاً در این خصوص توضیح بفرمایید:

در سال جاری قرارگاه مدیریت افزایش منطقی درآمدها و کاهش هزینه‌های دانشگاه با هدف ارتقای سطح بهره‌وری در حوزه‌های مختلف تشکیل و در راستای نهادینه‌سازی اهداف قرارگاه مذکور هفتمین جشنواره مدیریت دانش اواخر مهرماه سال جاری در قالب محورهای زیر طی بخشنامه رسمی به کلیه واحدها و مراکز تابعه ابلاغ گردید:

- منابع انسانی: کارسنجی و زمان‌سنجی، جذب و بکارگیری، ارتقای عملکرد، سنجش سلامت و غیره

- بودجه، امور مالی و درآمد: اقتصاد درمان، بیمه‌گری و رسیدگی به اسناد و غیره
- دارو: تامین، توزیع، نگهداری، تجویز منطقی داروها به ویژه داروهای خاص و گران‌قیمت و اصالت‌سنجی

- تجهیزات پزشکی: نیازسنجی، تامین، HTA، نگهداشت بازآمد (اورهال) و غیره
- انرژی و تاسیسات: اصلاح الگوی مصرف، استفاده از روش‌های جایگزین، نگهداشت تاسیسات

- اقدامات پاراکلینیک: درخواست انجام خدمات تشخیصی آزمایشگاهی، تصویربرداری و غیره

- IT: زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری، فناوری اطلاعات حوزه سلامت و غیره

- زنجیره تامین تجهیزات و مواد مصرفی غیر پزشکی، قراردادها، توسعه فضای فیزیکی، سازمان‌های بیمه‌گر و غیره

کلیه تجارب و پیشنهادات در یافتی در کارگروه‌های تخصصی و شورای سیاستگذاری مدیریت دانش دانشگاه طرح و تجارب و پیشنهاداتی که با کسب امتیازات بالا، برتر شناخته شوند، علاوه بر تجلیل در جشنواره و اهدای هدایای نفیس، جهت پیگیری اجرا نیز به حوزه مربوطه منعکس خواهد شد.

ضمناً دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال گذشته در موضوع مدیریت دانش، به عنوان دانشگاه برتر در خصوص کسب تجربه موفق در دوران کرونا معرفی گردید.

به نظر شما چالش‌های پیش رو در این خصوص چیست؟

از مهمترین چالش‌های پیش رو این است که بتوانیم صاحبان فرآیند و افرادی که دارای دانش ضمنی هستند را شناسایی و از نظرات اصلاحی آن‌ها در زمینه‌های مختلف بهره‌مند شویم. از طرفی یکی از مباحث مهم اجرای پیشنهادات مورد تایید در کمیته‌های تخصصی و استفاده عملی از این اطلاعات توسط سایر مدیران می‌باشد.

پیشنهادات جنابعالی در خصوص اجرای این پیشنهادات چیست؟

در راستای اجرای پیشنهادات در گام اول باید به تهیه‌ی ابزاری استاندارد جهت ارزیابی پیشنهادات و تجارب پرداخته شود تا بعد از آن بتوانیم پیشنهادات قابل اجرا را به طور مستقیم بین مدیران دانشگاه‌های تابعه وزارت متبوع توزیع نماییم تا هر یک بر حسب نیاز از آن‌ها بهره بگیرند.

در گام دوم با توجه به هزینه بر بودن اجرای بعضی از این پیشنهادات می‌توان گروه‌های موقت جهت تخمین و برآورد این هزینه‌ها و تامین اعتبار لازم جهت اجرایی نمودن پیشنهادات تشکیل و سپس نسبت به اجرا اقدام نمایند.

در خاتمه ضمن تشکر از فرصتی که در اختیار ما قرار داده‌اید، چنانچه نقطه نظر خاصی پیرامون کاربردی‌تر شدن مدیریت دانش در نظام سلامت دارید، بیان بفرمایید.

یکی از نکات مهمی که در معاونت توسعه وزارت و مورد تاکید مقام عالی وزارت می‌باشد، بحث کارایی و بهره‌وری از منابع (چه مالی، تجهیزاتی و یا منابع ارزشمند انسانی) است. من فکر می‌کنم یکی از حوزه‌هایی که مدیریت دانش می‌تواند به ما کمک کند بحث بهره‌وری است و نظرات و تجارب همکاران ما در این زمینه بسیار مهم می‌باشد. ما اگر بتوانیم این نظرات را (که شاید فکر کنیم کوچک و جزئی هستند) جمع‌آوری کنیم و پس از بررسی و اصلاح به دستورالعمل‌های ملی تبدیل کنیم می‌تواند تأثیرات بسیار برای استفاده بهینه از منابع را ایجاد کند.

گفتگوی با مهندس صادق کریمی

معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



تاثیر متوازن مدیریت منابع انسانی و مدیریت دانش می‌توان بر جریان دانش در سازمانها نظارت کرد و از آن جهت بهبود و ارتقا سازمانی استفاده کرد. تمرکز بر تجربه کارکنان و بهره‌گیری از دانش و اطلاعات می‌تواند سازمان را با شرایط پویا و تحولات محیطی سازگار نموده و زمینه‌های رقابت در بین دستگاه‌های اجرایی را ایجاد نماید استقرار مدیریت دانش در وزارت بهداشت و کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از جمله فعالیت‌های جدی و تاثیر گذار بوده که به تحقق این اهداف کمک قابل توجهی نموده و انتظار می‌رود در آینده نیز شاهد استمرار و گسترش اینچنین الگوهای توسعه و مدیریتی در کلیه سطوح وزارت بهداشت باشیم.

نظام برنامه ریزی عملیاتی مشترک (hop) چند سالی است که در وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طراحی و در حال اجرا می‌باشد نظر جنابعالی در رابطه با اجرای موفقیت‌آمیز برنامه ریزی مشترک چه می‌باشد و چه پیشنهادی برای استمرار و بهبود آن دارید؟ در نظام برنامه عملیاتی مشترک که از سال ۱۳۹۴ توسط معاونت برنامه

در حال حاضر یکی از مباحث چالش برانگیز که به

عنوان منبع استراتژیک در حوزه توسعه منابع انسانی نظام سلامت محسوب می‌گردد مدیریت منابع انسانی است به نظر شما چه رویکردهایی در مواجهه با آن می‌توان جستجو کرد و ارتباط آن با مدیریت دانش را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

منابع انسانی یکی از مهمترین منابع نظام ارائه خدمات سلامت است چرا که با ایجاد فضای چالشی، تغییر عادات فکری و ایجاد محیطی یادگیرنده در رویارویی با فناوری و روش‌های پیشرفته نقش حیاتی در تحقق اهداف بخش سلامت دارد از این رو با تغییرات فناوری و پویایی کنونی فقدان یک رویکرد جامع و همه جانبه حوزه مدیریت منابع انسانی را با تحولات گسترده ای روبرو کرده است، رویکردی که تفکر و عمل را به عنوان پایه‌های منابع انسانی در یک فضای رقابتی سازنده در سازمان‌ها قرار خواهد داد. تفکری که با نگاه جامع، استراتژیک، خلاق و عملی که با گذشتن از جمود فکری فضاها را نوآرانه را به روی بخش سلامت رمز گشایی می‌نماید شاید بتوان گفت یکی از تاثیرگذارترین مولفه در این بخش پیاده سازی الگوی نوین توسعه مدیریت در سطح وزارت بهداشت بوده است چنانکه اقدامات موثر و مثبتی در طی سالیان اخیر به همت مرکز توسعه و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش انجام پذیرفته است استقرار کانون ارزیابی مدیران در حال حاضر یکی از برنامه‌های موفق و گام ارزنده‌ای در تحقق الگوهای نوین مدیریتی و شایسته سالاری برای اشاعه فرهنگ توسعه منابع و تحقق مدیریت منابع انسانی متعالی به شمار می‌رود، از طرف دیگر منابع انسانی تحت تاثیر منابع سرمایه‌های فکری و مالکیت معنوی است، در این صورت می‌توان گفت مدیریت منابع انسانی و دانش سازمانی دو جنبه جداناپذیر از هم می‌باشند. به طور کلی با توجه به



سالم همواره بعنوان محور توسعه پایدار مطرح گردیده است و توجه جدی و پیگیرانه مدیران بخش سلامت خصوصا تصمیم گیرندگان حوزه توسعه می تواند زمینه ساز عدالت و ارتقا عادلانه سلامت برای رسیدن به این توسعه باشد. راهبردهای اولویت دار و برگزیده بخش سلامت در بیانیه برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مانند تأمین و تضمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت و توزیع عادلانه آن؛ ارتقای شاخص های عدالت در سلامت با محوریت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و مدیریت منابع انسانی سلامت با رویکرد پوشش عمومی نیازهای جامعه در همه شرایط؛ نشان از ضرورت و اهمیت مساله و عمق این موضوع دارد و به نظر می رسد پرداختن به این مقوله بایستی بطور جدی سرلوحه کار مدیران ارشد سازمان ها قرارگیرد عدالت در سلامت بیانگر این مسئله است که هر فردی فرصت عادلانه برای دسترسی به ظرفیت کامل ظرفیت سلامت خود را داشته باشد و این امر نیازمند اجرای آن در سه بعد عدالت در تأمین منابع، عدالت در خدمت رسانی و عدالت در پیامدها می باشد که در این میان داشتن رویکرد توسعه ای و التزام عملی مدیران ارشد به ماموریت های نوین نظام سلامت نقش بسزایی در تحقق عدالت محوری دارد. براین اساس گامهایی همچون تشخیص نابرابری های موجود و اولویت بندی آن ها، ریشه یابی علل این نابرابری ها از لحاظ بسترهای فرهنگی، تاریخی، اقتصادی و غیره و تأثیرگذاری این علل بر سلامت، جلب مشارکت عوامل دست اندرکار در برنامه ریزی برای اجرا و اعمال تغییرات لازم و در نهایت ارزیابی و پایش صحیح در مسیر تحقق عدالت و برابری در حوزه سلامت تأثیر گذار خواهد بود.

با توجه به تأکیدات مکرر مقام معظم رهبری و رئیس محترم جمهور در خصوص ضرورت تحول، در حوزه سلامت و افزایش بهره وری به نظر شما موثرترین راهکارها و اقدامات در زمینه بهره وری حوزه سلامت چه می باشد؟

استقرار نظام بهره ور به عنوان یک ضرورت سازمانی برای پیشبرد بهبود کیفیت و ارزیابی شاخص های عملکرد در نظام سلامت از اهمیت والایی برخوردار است و همواره یکی از دغدغه های اصلی در تحقق آرمانهای دولت بشمار می آید اگرچه ممکن است رسیدن به منافع حاصل از بهره وری خیلی دیر بازده باشد با این وجود مدیران نباید در مراحل اولیه اجرای برنامه های ارتقا بهره وری نا امید شوند. یکی از اولین گام های مهم در مسیر افزایش بهره وری شناسایی متغیرهای بهره وری به جای پرداختن به تربیت افراد بهره ور و ارائه برنامه های اصلاحی با توجه به محدودیت منابع سازمان است در این رابطه لازم است که حوزه های امکان بهبود توسط سازمانها شناسایی شود و با سازماندهی و مدیریت فضای عملیاتی و نظارت و ارزیابی مستمر بر دستاوردهای بهره وری و کیفیت، راه رسیدن به اهداف سازمانی و توسعه و پیشرفت را هموار کنند. مدیریت مجموعه می تواند با ارتقا بهره وری در منابع انسانی بعنوان یک منبع استراتژیک و ایجاد انگیزش و محرک های لازم در کارکنان از طریق ایجاد فضایی دوستانه و مبتنی بر همکاری و مشارکت جمعی تدابیر همه جانبه ای را تدارک ببیند تا کارکنان را ترغیب نماید وظایف خود را با اعتماد به نفس و مبتنی بر اهداف بهره وری انجام دهند و بتوانیم شرایطی را ایجاد نماییم تا رضایت مشتری از کیفیت محصول یا خدمات بعنوان یکی از عوامل مهم در بهره وری سازمان افزایش یابد.

ریزی راهبردی و هماهنگی در ستاد وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی مستقر گردیده است، تلاش گردیده است تا برنامه ریزی عملیاتی بعنوان یکی از بازوهای توانمند وزارت، بستر مناسبی برای تدوین و پایش برنامه های اجرایی، همچنین مواجهه و پاسخ به چالش ها در حوزه های مختلف باشد از نظر اینجانب برنامه عملیاتی به سازمانها کمک نموده است تا مسیر روشنی را با اطمینان خاطر بیشتر در سازماندهی و حرکت به سمت اهداف خود شناسایی نماییم و نظارت و ارزیابی امور را در این مسیر مهیا و تسهیل کنیم. با توجه تجربیات سالهای گذشته و همچنین بازخوردهای دریافتی از مدیران و مسئولین پایش ستادی و دانشگاهی توجه به مسائل انگیزشی در تحقق برنامه ها و اجرای بهینه آن و فراهم نمودن شرایطی که بتواند پیشرفت در مسیر شغلی کارکنان را با نتایج و پیامدهای برنامه عملیاتی مرتبط نماید، نقش مؤثری را در اجرای بهینه و استقرار این برنامه ایفا می نماید از طرفی برنامه باید فراگیر و جامعه محور باشد و مبتنی بر اقدام پیشگیرانه و اصلاحی باشد و با ذکر جزئیات و اختصاص کلیه منابع مالی، فیزیکی و انسانی مسیر واضح و مشخصی را در تحقق اهداف ترسیم نماید به عبارت دیگر اجرای برنامه ها باید بتواند در نهایت منجر به رفع چالش ها و مسائل سازمانی شده و فاصله بین وضع فعلی و مطلوب را به کمترین حد خود برساند در عین حال ایجاد رضایت در مشتریان سازمان و عامل مثبتی برای ارتقای سیستم اداری و سلامت مردم محسوب گردد.

با توجه به سوابق تجربی و مطالعاتی که در حوزه مدیریت نظام سلامت داشته اید پیشرفت نظام سلامت را با تأکید بر رویکرد توسعه ای چگونه ارزیابی می کنید؟

نظام سلامت در کشور ما به دلیل مواجهه با مسائلی نظیر افزایش هزینه ها، کیفیت سلامت و ایمنی، عدالت، سالمندی جمعیت و بحرانهای نظیر بروز بیماریهای همه گیر مانند کرونا و غیره بعنوان یک زمینه مسئله ساز تبدیل به یک دغدغه اساسی وعمده شده است این موضوع باعث گردیده است که بسیاری از صاحب نظران بر این باور باشند که هرگونه صرف هزینه برای بخش سلامت به نوعی سرمایه گذاری محسوب می گردد که در نهایت موجبات رشد و توسعه نظام سلامت را به دنبال خواهد داشت اما به دلایل مختلف از قبیل ضعف در برنامه ریزی، توزیع مناسب امکانات، و نارسایی ساختار سازمانی بخش سلامت و سایر موانع باعث گردیده است علیرغم پیشرفتهای فراوان در بخش بهداشت و درمان، توجه بسیاری از مدیران و کارشناسان حوزه توسعه سلامت را به خود جلب نماید بر این اساس می توان گفت مدیران سازمان های بهداشتی و درمانی در قبال مشکلات مزبور در موقعیتی قرار گرفته اند که با استفاده از بسیج کلیه امکانات و بهره گیری از منابع انسانی متخصص و مبتکر در راستای ارتقاء کیفیت خدمات با ارائه روش های نوین خدمت رسانی، پاسخگویی و توجه به اصل عدالت در نظام سلامت به اقدامات اصلاحی متوسل شوند.

یکی از عمده ترین وظایف مدیران بخش سلامت، خدمت رسانی عادلانه به گیرندگان خدمت می باشد دیدگاه شما در این خصوص چیست و چه راه کار و سازکاری پیشنهاد می کنید؟

توزیع عادلانه خدمات سلامت بین آحاد مردم را می توان یکی از اهداف والای کشورهای متمدن در بخش سلامت قلمداد کرد انسان

بخش دوم: تجربیات منتخب



این بخش با هدف معرفی و به اشتراک گذاری تجربیات موفق و یا ناموفق حوزه های ستادی وزارتخانه و دانشگاه های علوم پزشکی کشور و سازمان های وابسته در زمینه های مختلف حوزه بهداشت و درمان کشور و با اولویت تجربه های نظام اداری تدوین شده است.

مقدمه:

در سنوات گذشته کادر درمان اعم از پرستار و پزشکان، بر این باور بودند که انجام MRI در بیماران اینتوبه امکان پذیر نمی باشد و بالتبع عدم تشخیص و اقدام درمانی به موقع بیماری را به دنبال داشت؛ این موضوع در بیماران با مشکل عروق مغزی، تروما به مغز و مشکلات حاد ستون فقرات مشهودتر می باشد. بعد از تحقیق و پیگیری از بیمارستان های دیگر استان ها به وجود دستگاه ونتیلاتور مخصوص MRI یا MRI COMPATIBAL در آن مراکز و امکان انجام MRI بیماران پی برده شد، لذا به همت ریاست محترم اسبق مرکز هاجر (س)، این دستگاه در سال ۱۳۹۹ به مبلغ ۳۲۰ میلیون تومان خریداری گردید و از آن زمان MRI بیماران اینتوبه بزرگسال به راحتی انجام می شود. این درحالی ست که ممکن است برخی از بیمارستان های کشور با توجه به گرانی دستگاه و یا عدم اطلاع کافی پرسنل، مجهز به دستگاه ونتیلاتور مخصوص MRI یا MRI COMPATIBAL نباشند. شایان ذکر است دستگاه مخصوص بزرگسالان و اطفال مجزا می باشد و دستگاه مخصوص بزرگسالان جهت بیماران بالای ۲۳ کیلو کاربرد دارد و متأسفانه مرکز هاجر (س) مجهز به دستگاه مخصوص اطفال نمی باشد.

رویداد یا مسئله:

دی ماه ۱۴۰۱ شیرخوار ۶ ماهه اینتوبه و با وزن ۸ کیلوگه با تشنج در بخش ICU بستری شده بود. با توجه به ادم مغزی در Brain CT و عدم هوشیاری بیمار، جهت تشخیص افتراقی بیماری درخواست MRI شده بود، اما به دلیل اینتوبه بودن و دردسترس نبودن دستگاه MRI COMPATIBAL مخصوص اطفال، انجام MRI بیمار امکان پذیر نبود. لذا جهت حفظ ایمنی و نجات بیمار می بایست راهکاری اتخاذ می گردید و اهمیت حل مسئله را ضرورت می بخشید.

استفاده از ست ابتکاری متصل به آمبوبگ جهت انجام MRI بیمار اینتوبه در مواقع عدم وجود دستگاه ونتیلاتور مخصوص MRI یا MRI COMPATIBAL



دانشگاه و واحد ارائه دهنده
تجربه:
دانشگاه علوم پزشکی
شهرکرد، مرکز آموزشی -
درمانی هاجر (س) شهرکرد
نام و نام خانوادگی اعضای
تیم تجربه:

سمیه ولی پور دهکردی، کارشناسی ارشد مراقبتهای
ویژه پرستاری، مسئول واحد تنفس و پرستار بخش
ICU اورژانس



دستگاه MRI COMPATIBAL

شرح تجربه (نحوه حل مشکل):

کاملاً مشابه جهت انجام MRI تحت آمبوگ متصل به اکسیژن قرار گرفت و میزان فشار آمبوگ توسط تکنسین بیهوشی با بررسی میزان بالا آمدن قفسه سینه برآورد گردید؛ بیمار افت سچوریشن (سطح اکسیژن) نداشت. ضمن اینکه جهت ثابت بودن بیمار در دستگاه MRI، بیهوشی کامل دریافت نمود و قبل از خروج از ICU و قبل از انجام MRI در واحد MRI ساکشن گردید. MRI بیمار در حضور تکنسین بیهوشی و رزیدنت اطفال و مسئول واحد تنفس به همراه کلیه تجهیزات احیا، انجام گردید. هیچ آرتیفکتی به دستگاه MRI حین انجام ایجاد نگردید و تصاویر با کیفیت بالایی ثبت گردید و بیمار بدون هیچ آسیبی به بخش بازگردانده شد. لازم به ذکر است VBG بیمار بعد از انجام MRI چک گردید که کاملاً نرمال بود و دچار اسیدوز تنفسی نگردید. طبق دستور متخصص نورولوژی MRI با کنتراست بیمار نیز مجدداً به همین روش انجام گردید. بیمار بعد از تشخیص شنت گذاری گردید و بعد از extube شدن و Stable شدن، جهت درمان تکمیلی به اصفهان اعزام گردید. لازم به ذکر است، طول تونل مگنت دستگاه MRI به طول ۲ متر می باشد و با توجه به اینکه عضو مورد نیاز جهت انجام MRI بایستی در میانه تونل مگنت باشد، فاصله سر بیمار تا محل قرارگیری تکنسین بیهوشی متغیر باشد و جهت بیمار مذکور فاصله تقریبی ۷۰ سانتی متری تخمین زده شد. اجزای ست شامل ۳ قطعه زیر می باشد که قطر لوله خرطومی بر اساس محل قرارگیری بیمار در تونل مگنت دستگاه MRI انتخاب گردید.

طبق تماس تلفنی مترون محترم مرکز، با مسئول واحد تنفس مبنی بر لزوم انجام MRI شیرخوار طبق دستور متخصص نورولوژی معالج بیمار، بررسی های لازم انجام گرفت. بی قراری مادری که بعد از ۱۳ سال انتظار، فرزند دار شده بود، ضرورت پیدا کردن راهکار برای انجام MRI و نجات بیمار را دوچندان می نمود. با شرکت خریداری شده دستگاه تماس گرفته شد که اینگونه عنوان نمودند که دستگاه خریداری شده صرفاً جهت بیماران بالای ۲۳ کیلو می باشد و راهکاری جهت انجام MRI وجود ندارد.

جهت تهیه ست ابتکاری به روش دستی از طریق آمبوگ، تمامی ستهای ونتیلاتور و رابطهای موجود در بیمارستان در بخش های NICU و واحد تنفس توسط مسئول واحد تنفس بررسی و چپش گردید. سپس با پرسنل MRI جهت پیشگیری از احتمال ایجاد آرتیفکت های احتمالی و اختلال در تصاویر MRI با آمبوگ و ریسک بالا مذاکره گردید و به پرسنل اطمینان داده شد که بیمار کاملاً Sedate خواهد شد.

ست ابتکاری متشکل از یکی از لوله های خرطومی یکبار مصرف ست ونتیلاتور نوزادان به طول ۶۵ سانتی متر و ۲ قطعه از ست ونتیلاتور بزرگسالان همانند عکس تهیه گردید و مسیر بازدمی در نزدیکی لوله تراشه تعبیه شد و انتهای لوله خرطومی به آمبوگ اطفال متصل گردید. ضمن اینکه فاصله محل لوله تراشه بیمار تا محل قرارگیری تکنسین بیهوشی با توجه به تونل مگنت دستگاه تخمین زده شد اندازه طول لوله خرطومی بر اساس آن انتخاب گردید. جهت حفظ ایمنی بیمار، بیمار به مدت ۲۰ دقیقه در بخش ICU با شرایط

اشکال وسایل تنفس مصنوعی مورد نیاز:



لازم به ذکر است در صورتی که بیمار بزرگسال باشد، لوله خرطومی بزرگسال با قطر بزرگتر از اطفال انتخاب گردد و طول لوله خرطومی نیز تقریباً ۱٫۵ متر لازم است و جهت انجام MRI کمر ولگن تکنسین بیهوشی می بایست در بالای دستگاه MRI و برای MRI مغز، تکنسین در پایین دستگاه قرارگیرد. (به طور خلاصه، محل قرارگیری تکنسین بیهوشی و طول لوله خرطومی به نحوی باشد که بر اثر کشیدگی، لوله تراشه خارج نگردد)

بازدم بیمار می بایست از این قسمت خارج گردد و مسیر باز باشد.



نتایج اجرای تجربه:

موارد مشابه، می تواند به تسریع در تشخیص و درمان به موقع بیماری، کاهش هزینه های بیمار و سازمان، ارتقا کیفیت خدمات درمانی و ارتقا ایمنی بیمار و کاهش مدت زمان بستری بیمار و کاهش مرگ و میر را به دنبال خواهد داشت.

با توجه به اینکه عدم انجام MRI جهت بیماران اینتوبه، همواره حائز اهمیت بوده و همچنان ادامه دارد؛ لذا بکارگیری و اطلاع رسانی این تجربه ضمن پیش بینی و آماده سازی بیمارستان ها و حتی مراکز خصوصی MRI جهت

پیشنهاد حاصل از تجربه:

مجهز شوند و در غیر این صورت این طرح به کلیه بیمارستان ها جهت بهره وری ابلاغ گردد و در جهت حفظ ایمنی بیمار، ست های یکبار مصرف طبق چیدمان عکس بصورت آماده توسط شرکت ها تهیه و در اختیار بیمارستان ها قرار داده شود و عکس و توضیحات نحوه وصل به بیماران اینتوبه جهت انجام MRI روی ست ذکر شود. لازم به ذکر است به کارگیری این تجربه در مراکز درمانی منوط به تایید پزشک معالج، متخصص بیهوشی و حضور تیم احیا آن مرکز می باشد.

با توجه به اینکه هیچگونه برنامه راهبردی و یا خط مشی جهت حل مسئله مشابه مذکور در چارت سازمانی تدوین نشده است و گاهی بعضی از بیمارستان ها با این چالش مواجهه کرده اند؛ لذا پیشنهاد می گردد این طرح مورد حمایت مسئولین اجرایی قرار گیرد و کلیه بیمارستان ها توسط معاونت درمان از نظر مجهز بودن به دستگاه های MRI COMPATIBAL اطفال و بزرگسال بررسی و بر اساس اولویت بیمارستان ها ترجیحاً به دستگاه MRI COMPATIBAL

مقدمه:

شیوع تولد نوزادان کم وزن یکی از شاخص‌های مهم بهداشتی است. نوزادانی که با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد می‌شوند بیشتر در معرض ابتلا به سوء تغذیه و بیماری‌های مختلف از جمله اسهال بوده و خطر مرگ و میر در آنان بیشتر از نوزادانی است که با وزن طبیعی متولد شده‌اند. در کشورهای در حال توسعه، سوء تغذیه مادر در بدو حاملگی، وزن گیری نامطلوب او به علت دریافت ناکافی غذا و کوتاهی قد مادر مهم ترین علل تولد نوزاد کم وزن است. بنابراین سوء تغذیه مادر مهمترین علت تولد نوزاد کم وزن در کشورهای در حال توسعه است.

رویداد یا مسئله:

طبق بررسی‌های انجام شده کشوری (در تعامل با سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه) استان سیستان و بلوچستان در وضعیت بسیار نا امن غذایی قرار دارد و میزان مرگ و میر مادران باردار و کودکان و سوء تغذیه بالاست. لذا اجرای برنامه‌های حمایتی و ارائه سبدهای غذایی مقوی و مغذی به این گروه از جمله اقدام‌هایی است که می‌تواند روند وزن گیری مادران باردار را بهبود بخشد و آمار شیوع تولد نوزادان کم وزن را کاهش دهد. هدف از اجرای این برنامه که با همکاری کمیته امداد امام خمینی (ره) انجام شد، ارتقای سطح سلامت تغذیه ای زنان باردار و شیرده دچار سوء تغذیه بی بضاعت به منظور بهبود روند وزن گیری نامطلوب در دوران بارداری و پیشگیری از تولد نوزادان کم وزن است.

تعیین تاثیر اجرای برنامه حمایت غذایی مادران باردار و شیرده نیازمند مبتلا به سوء تغذیه در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان سال ۱۴۰۱



دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی زاهدان /
معاونت بهداشت / واحد بهبود
تغذیه جامعه

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

سرکار خانم منیر افتخاری نیا، واحد بهبود تغذیه جامعه
سرکار خانم دکتر مهدیه شیخی، واحد بهبود تغذیه جامعه

شرح تجربه:

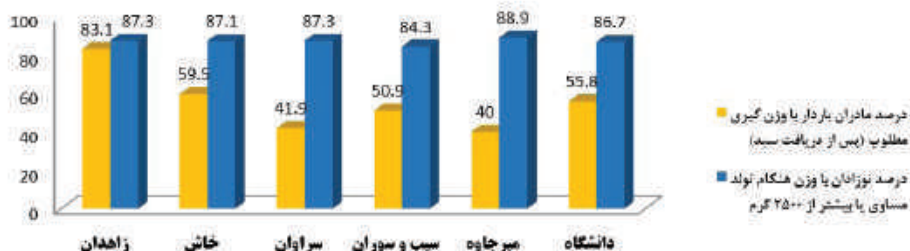
در این برنامه، زنان باردار از ابتدای ماه چهارم حاملگی تا ۶ ماه پس از زایمان و به مدت ۱۲ ماه تحت پوشش قرار داده شدند و منظور از زنان شیرده در حقیقت همان زنان بارداری هستند که از ابتدای برنامه تحت پوشش بوده‌اند تا بدین ترتیب از شیردهی موفق‌تری برخوردار شوند. شاخص‌های شناسایی مادران باردار شامل نمایه توده بدنی کمتر از ۲۰، یا هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر و یا وزن گیری کمتر از حد مطلوب در دوران بارداری و نیازمند بودن مادر است.

کلیه زنانی که بن کارت حمایتی دریافت کردند ملزم به دریافت کارت مراقبت و شرکت در کلاس‌های آموزشی مربوطه و انجام کلیه توصیه‌های کارکنان بهداشتی بودند. کارتی جهت ثبت حضور مادران در کلاس آموزشی طراحی شده و پس از حضور مادر در کلاس آموزشی و تأیید پایگاه/خانه بهداشت مبنی بر آموزش کامل مادر در خصوص مسائل بهداشتی و تغذیه‌ای، پس از مشاهده کارت، بن کارت حمایتی نوبت آتی شارژ می‌شد.

نتایج اجرای تجربه:

در سال ۱۴۰۱ از تعداد ۵۴۲۵ مادر واجد شرایط حمایت غذایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (شهرستانهای زاهدان، خاش، سراوان، سیب و سوران، میرجاوه)، ۲۸ درصد تحت پوشش برنامه حمایت غذایی قرار گرفتند. به طور کلی پس از اجرای برنامه بیش از نیمی (حدود ۵۵ درصد) از مادران وزن گیری مطلوب داشتند که بهترین وضعیت مربوط به شهرستان زاهدان است. همچنین ۸۶ درصد مادران نوزادانی با وزن هنگام تولد مساوی یا بیشتر از ۲۵۰۰ گرم به دنیا آوردند. ۸۷ درصد مادران نیز در کلاس‌های آموزشی شرکت کردند.

نمودار ۱ - عملکرد برنامه حمایت غذایی مادران باردار و شیرده تحت پوشش حمایت غذایی



پیشنهاد حاصل از تجربه:

اجرای منظم و مداوم برنامه حمایت غذایی مادران می تواند تاثیر بسزایی در بهبود وضعیت تغذیه مادران و نوزادان داشته باشد. از بروز سوءتغذیه و بیماری های مزمن که هزینه های زیادی را به کشور تحمیل می کند در سالهای آتی کاهش دهد. سیاستگذاری مناسب در این زمینه برای بهبود وضعیت امنیت غذایی توصیه می شود.

کارت ثبت آموزش



کارت ثبت آموزش تغذیه ویژه مادران باردار و شیرده دچار سوء تغذیه

تحت پوشش برنامه حمایت تغذیه ای



مرکز بهداشت شهرستان _____

مرکز بهداشتی درمانی (بایگه بهداشتی) _____

خانه بهداشت _____ شماره پرونده خانوار _____

نام و نام خانوادگی مادر _____ سن مادر _____

علت ورود مادر به برنامه:

وزن کمتر از ۴۵ کیلوگرم در قبل از بارداری وزن گیری نامطلوب در دوران بارداری

BMI کمتر از ۱۸/۵ هموگلوبین کمتر از ۱۱ دوغلوبوسی و بیشتر

تاریخ شروع برنامه (دریافت سد غذایی) _____

جدول ثبت حضور مادر در کلاس های آموزشی

ردیف	موضوع آموزش	تاریخ آموزش	نام و امضا فرد آموزش دهنده و مهر مرکز
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			

فرم معرفی مادران

فرم معرفی مادران باردار و شیرده جهت دریافت حمایت تغذیه ای

احتراما افراد ذیل با رضایت شخصی جهت بهره مندی از برنامه حمایت تغذیه ای مادران باردار و شیرده معرفی می گردد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نام	کد	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	شماره تلفن همراه	تلفن ثابت	استان	شهرستان	بخش	دهستان	روستا	نشانی محل سکونت	تاریخ مراجعه	ماه بارداری	ماه شیردهی

مقدمه:

پیگیری، کنترل ورود و خروج اسناد مالی و اعمال کنترل‌های داخلی در سیستم مالی دانشگاه‌ها و سازمانها بر کسی پوشیده نیست. با توجه به حجم وسیع کار در حوزه مالی و ارتباطات درون بخشی و برون بخشی گسترده این حوزه، چگونگی رفع مشکلات اسناد به سختی و با روندی کند انجام می‌گرفت؛ در نتیجه، اعضاء تیم برنامه ریزی (شامل همکاران امور مالی و امور پشتیبانی و فناوری اطلاعات) جهت رفع این مشکلات وارد عمل شدند و سامانه اتوماسیون مالی راه اندازی شد. بررسی روند طی چند ماه گذشته و مقایسه آن با روند قبل از آن حاکی از بهبود روند، تسریع در شناسایی و پرداخت اسناد و رضایت کلیه افراد ذینفع بوده و شفافیت در روند پیگیری و ارجاعات به شکل قابل چشمگیری بهبود یافت.

رویداد یا مسئله:

با توجه به حجم وسیع کار در حوزه مالی و ارتباطات درون بخشی و برون بخشی گسترده این حوزه با سایر حوزه‌ها؛ در شیوه قدیمی پیگیری، نحوه رفع و اخواهی‌ها، مدت زمان انتظار و چگونگی رفع مشکلات اسناد به سختی و با روندی کند انجام می‌گرفت و مرجعی جهت کنترل موارد بالا وجود نداشت. اسناد از تدارکات و کارگزینی به امور مالی ارسال می‌شد که اکثر مواقع گم می‌شدند یا در انتظار رسیدگی پرداخت، رفع و اخواهی و غیره بود و مدت تهیه تا مرحله پرداخت سند ممکن بود مدت مدیدی (بیش از ۴ ماه) طول بکشد؛ از طرفی افراد ذینفع مثل کارفرمایان، اعضا هیات علمی دانشگاه و پژوهشگران و غیره از وضعیت سندشان اطلاعی نداشتند که این موضوع نارضایتی آنها را در پی داشت.

نتایج اجرای تجربه:

بررسی روند طی چند ماه و مقایسه اجرای این روش با روش قبل از آن حاکی از بهبود روند، تسریع در شناسایی و پرداخت اسناد و رضایت کلیه افراد درگیر در این حوزه بوده و شفافیت در روند پیگیری و ارجاعات به شکل قابل چشمگیری بهبود یافت؛ همچنین این امر باعث افزایش کنترل داخلی امور مالی گردید.

پیشنهاد حاصل از تجربه:

با توجه به اینکه راه اندازی سیستم اتوماسیون مالی باعث تسریع در روند ارسال اطلاعات مالی، جستجوی اسناد و به ویژه در دوران شیوع بیماری کرونا جهت انجام خدمات به صورت دورکاری موثر بوده است، پیشنهاد می‌گردد نسبت به راه اندازی سیستم اتوماسیون قراردادها و غیره اقدام گردد. طراحی این برنامه قابل تعمیم به کلیه سطوح سازمانی است و سایر سازمانها و دانشگاهها نیز می‌توانند این برنامه را اجرا نمایند.



راه اندازی سامانه اتوماسیون مالی جهت ارتقاء شفافیت در روند پیگیری و ارجاعات اسناد مالی



دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی
رفسنجان- معاونت توسعه
مدیریت و منابع

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

سرکار خانم سرور صیادیان، واحد مدیریت امور مالی
سرکار خانم نسرین محمدخانی، معاونت توسعه و مدیریت منابع
سرکار خانم زهرا سعیدی فرد، اداره آمار و فناوری
اطلاعات

جناب آقای رضا توسلی، واحد مدیریت امور مالی
جناب آقای رضا معتمدی مقدم، واحد مدیریت امور مالی
جناب آقای دکتر علی مظفری، معاونت توسعه و مدیریت منابع
جناب آقای محسن رضائی، مدیریت امور پشتیبانی و رفاه

شرح تجربه:

اعضاء تیم برنامه ریزی (شامل همکاران، امور مالی و امور پشتیبانی) جهت رفع این مشکلات به شکل زیر وارد عمل شدند:

۱. اسکن اسناد هزینه
۲. تنظیم شماره سیستم اتوماسیون مطابق با شماره اسناد مالی
۳. طراحی و اجرا کارتابل جداگانه با محتویات اسناد مالی در اتوماسیون اداری

اعضاء تعریف شده در اتوماسیون اداری قسمت اسناد مالی افرادی بودند که صرفاً درگیر تهیه، تنظیم و پرداخت اسناد بودند و برای منظم شدن چرخه مربوط به پیگیری امور مالی، فقط اسناد مالی با شماره مسلسل تعریف گردید در نتیجه تداخلی با سایر برنامه‌های اتوماسیون ندارد. لازم به توضیح است در حال حاضر از سیستم اتوماسیون مالی جهت بایگانی الکترونیک اسناد و قراردادهای عمرانی و غیر عمرانی استفاده می‌گردد.

مقدمه:

بررسی‌های نشان داد که جهت ارائه خدمات به بیماران در بخش زنان و زایمان در بیمارستان یاس، آزمایشات زیاد و غیر ضروری جهت بیماران درخواست می‌گردد که منجر به افزایش نارضایتی بیماران، افزایش هزینه‌های بیمارستانی و افزایش هزینه‌های بیماران شده است. با بررسی‌های علمی، جمع آوری داده‌ها و انجام پژوهش در زمینه بیماری‌های مختلف حوزه زنان و زایمان، آزمایشات شایع لیست شد و نسخه‌های رزیدنت‌ها توسط اساتید مورد بررسی قرار گرفت. سپس در جلسات مورنینگ ریپورت بحث و گفتگو شد و آزمایشات غیر ضروری مشخص گردید. پس از آن از طریق کار تیمی خط مشی مناسب تدوین و به رزیدنت‌ها ابلاغ گردید. همچنین برنامه ریزی‌های آموزش، کنترل، نظارت و بازخوردهای مستمر به پزشکان منجر به کاهش هزینه‌ها شد. این تجربه از نوع مداخله آینده‌گر بود که در بخش زنان و زایمان بیمارستان یاس از اسفند ۱۳۹۷ تا اسفند ۱۳۹۹ انجام شد. کلیه پزشکان، روسا و مدیران بیمارستان‌ها، مسئولین بهبود کیفیت و ایمنی و معاونین آموزشی می‌توانند از نتایج این تجربه استفاده نمایند.

رویداد یا مسئله:

ثبت دستورات نامناسب و غیر ضروری برای تست‌های آزمایشگاهی یک مشکل چالش برانگیز و یک دلیل مهم برای اعمال هزینه‌های اضافی به بیماران بود که منجر به افزایش هزینه‌های بیمارستانی و افزایش نارضایتی می‌شد. از آنجایی که بیمارستان یاس یک مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی می‌باشد و رسالت اصلی آن آموزش به دستیاران است؛ بررسی‌ها نشان داد که به دلیل تغییر دوره‌ای دستیاران آموزشی همچنین تغییرات عملی، دستورالعمل‌های مدون و آموزش‌های مستمر برای یکسان سازی تجویز دستورات آزمایشگاهی متناسب با بارداری‌های پرخطر برای بیماران مبتلا به دیابت بارداری، پره اکلامپسی، زایمان زودرس و پارگی زودرس پرده وجود ندارد و دستیاران تعداد زیادی آزمایش درخواست می‌نمایند که تعدادی از آنها غیر ضروری بود. بنابراین از طریق تشکیل جلسات و کار تیمی بر آن شدید تا برای حل مشکل مذکور راه‌حلی یافته و تاثیر اجرای مداخلات را قبل و بعد از اجرا بسنجیم.

تجزیه و تحلیل هزینه تست‌های آزمایشات درخواست شده برای بخش‌های زنان و زایمان و حاملگی‌های پرخطر و ارائه راهکار برای کاهش تست‌های آزمایشگاهی غیر ضروری



دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی تهران
نام و نام خانوادگی
اعضای تیم تجربه:

جناب آقای یوسف مسعودیان،
واحد: مدیر سابق مجتمع

بیمارستانی یاس، سمت فعلی: مدیر بیمارستان روزبه
سرکار خانم دکتر محبوبه شیرازی، واحد: مجتمع
بیمارستانی یاس

سرکار خانم دکتر الهام فیض آباد، واحد: مجتمع
بیمارستانی امام خمینی (ره)

سرکار خانم فاطمه گلشاهی، واحد: مجتمع بیمارستانی
یاس

شرح تجربه (نحوه حل مشکل):

برای حل مشکل یا مساله در بازه زمانی سه ماهه جلسات منظمی با اساتید گروه زنان و زایمان برگزار گردید و مصوب گردید لیست آزمایشات لازم به تفکیک گروه‌های بارداری پرخطر تدوین گردد. همچنین تصمیم بر آن شد تا از طریق انجام پژوهش و بررسی نتایج قبل و بعد از مداخلات ثبت گردد. در ادامه توسط اساتید، نسخ رزیدنت‌ها طبق لیست تهیه شده، مورد بررسی قرار گرفت و در جلسات مورنینگ ریپورت در خصوص نسخه‌های رزیدنت‌ها با آن‌ها بحث و گفتگو شد. سپس نحوه درخواست آزمایشات به تفکیک گروه‌های پرخطر در قالب خط مشی به رزیدنت‌ها ابلاغ گردید و به صورت مستمر در بازه زمانی یازده ماه، آموزش‌های لازم به آن‌ها ارائه شد.



نتایج تجربه:

را مشخص و با نظارت‌های دقیق و تدوین خط‌مشی‌های مربوطه و ارائه آموزش‌های لازم به رزیدنت‌ها بویژه در بیمارستان‌های آموزشی، در زمینه آزمایشات مورد نیاز بیماران تصمیم‌گیری نمایند و در زمینه ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه‌ها، درمان به موقع بیمار اقدامات لازم را انجام دهند. لازم به ذکر است این پژوهش و تجربه در سایر بیمارستان‌ها قابلیت اجرایی دارد.

پیشنهاد حاصل از تجربه:

این طرح در سطح وزارت بهداشت نیز می‌تواند با هماهنگی واحد سیاستگذاری بیمه و تعرفه سلامت وزارت متبوع قابلیت اجرایی پیدا کند. با تدوین گایدلاین‌های علمی می‌توان از هزینه‌های زیاد در بخش سلامت در این حوزه جلوگیری کرد. فرض کنید چقدر سالانه کیت‌های آزمایشگاهی تولید و یا وارد می‌شود و بار مالی زیادی به سیستم سلامت کشور تحمیل می‌شود، که در صورت مدیریت آزمایشات غیر ضروری و تدوین برنامه‌های آموزشی شاهد نتایج بسیار ارزشمندی در این زمینه خواهیم بود.

لازم به ذکر است نتایج این پژوهش و تجربه در سال ۱۴۰۱ در یکی از بهترین مجلات علمی و بین‌المللی ISI به چاپ رسیده است.

با اجرای این پژوهش و آموزش به رزیدنت‌ها و نظارت دقیق بر عملکرد و بررسی پرونده‌ها و نسخه‌های بیماران و ارائه بازخورد مناسب به دستیاران، وضعیت نسبت به قبل از اجرای پژوهش بهبود پیدا کرد. لیست آزمایشات به تفکیک هر گروه بارداری پرخطر بعنوان یکی از خط‌مشی‌های اصلی در برنامه‌های آموزشی و شرح وظایف رزیدنت‌ها قرار داده شد. بنابراین با توجه به کاهش و حذف درخواست و آزمایشات غیر ضروری شاهد کاهش مدت زمان ارائه خدمت به بیمار بودیم به نحوی که پاسخ نتایج آزمایشات بیماران سرپایی و بستری با سرعت بیشتری نسبت به قبل از انجام مداخله صورت پذیرفت. کاهش طول اقامت بیماران، ارتقای کیفیت خدمات، ارتقای ایمنی بیماران و کاهش هزینه‌های مدت زمان بستری از پیامدهای دیگر آن بود؛ به طوری که ۳۱/۳ درصد از هزینه‌های بیماران با اجرای این طرح کاهش پیدا کرد.

مخاطبان، کاربران و موارد کاربرد این تجربه:

پزشکان، روسا و مدیران بیمارستان‌ها، مسئولین بهبود کیفیت و ایمنی، معاونین آموزشی و مسئول فنی آزمایشگاه‌ها و بیماران می‌توانند در خصوص بیماری‌های مختلف با بررسی‌های علمی، آزمایشات روتین



مقدمه:

ماهیت خاص نیروی انسانی به عنوان مهم‌ترین و ارزشمندترین سرمایه هر سازمان ایجاد می‌کند که با درک نقش کلیدی و راهبردی آن و برنامه ریزی دقیق و هوشمندانه علاوه بر کنترل هزینه‌های روزافزون، ارائه خدمات با کیفیت و ایمن را تضمین نمود. پیش بینی تعداد و ترکیب نیروی تخصصی مورد نیاز بیمارستان‌ها با توجه به تنوع و پیچیدگی خدمات، همواره یکی از دغدغه‌های سیاستگذاران و مدیران بخش سلامت بوده است. این مسئله با توجه به گسترش روزافزون تخت‌های بیمارستانی بیشتر نمایان می‌شود. در فرآیند برنامه ریزی نیروی انسانی، یکی از گام‌های اساسی تعریف استاندارد برای کادر مورد نیاز بیمارستان‌ها از دو بعد کمیت و کیفیت است. به عبارت دیگر ما باید بدانیم چه تعداد نیروی انسانی در هر بیمارستان داشته باشیم و این نیروها با چه میزان کارایی، دانش، مهارت و شایستگی به ارائه خدمات مشغول باشند. در کشور ما خوشبختانه استانداردهای فضاهای فیزیکی و تجهیزات وجود دارد ولی به مقوله استاندارد نیروی انسانی بیمارستانی کمتر توجه شده است. لذا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۶ کتاب نرم‌ها و استانداردهای پست‌های سازمانی بیمارستان‌ها را تدوین نمود که عناوین پست‌های سازمانی و معیارهای محاسبه تعداد مورد نیاز برای هر کدام از آنها را به تفکیک حوزه‌های وظیفه‌ای در بیمارستان بیان کرده است. در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با تعداد ۱۴ بیمارستان در سطح استان نیاز مبرم به استفاده از معیار و روشی مناسب برای تعیین تعداد نیروی انسانی مورد نیاز برای هر رشته شغلی احساس می‌شد که با بررسی مقالات و متون علمی موجود به این نکته پی بردیم که نرم‌ها و استانداردهای تهیه شده توسط وزارت بهداشت برای پست‌های سازمانی بیمارستان‌ها، قابلیت محاسبه و اجرا در بیمارستان‌های استان را داراست. البته معیارهای موجود در نرم‌ها طی جلسات کارشناسی با مدیران بررسی و با توجه به متغیرهایی نظیر ضریب اشغال تخت بخش‌ها، تعداد اعمال جراحی انجام شده، اضافه کار عملکردی پرسنل تعدیل شد. سپس فایل محاسبات تهیه، تعداد نیروی انسانی مورد نیاز بیمارستان‌ها به تفکیک پست سازمانی برآورد و با وضعیت موجود آنها مقایسه و رشته شغلی‌های دارای مازاد و کمبود نیروی انسانی تعیین گردید. همچنین با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان برای اصلاح چارت تشکیلاتی واحدها اقدام نمود

استفاده از نرم‌ها و استانداردهای پست‌های سازمانی وزارت بهداشت و بومی سازی آن جهت برآورد تعداد نیروی انسانی مورد نیاز بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بیرجند



دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند - معاونت توسعه مدیریت و منابع - مدیریت توسعه سازمان و تحول اداری

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

سرکارخانم مریم درانی، واحد تحول اداری مدیریت توسعه سازمان و تحول اداری
سرکارخانم سمیه زنگویی، واحد تحول اداری مدیریت توسعه سازمان و تحول اداری
جناب آقای روح اله البرزی، مدیریت توسعه سازمان و تحول اداری

رویداد یا مسئله:

در هنگام مواجهه با مدیران بیمارستان‌ها تقریباً همه آنها به چالش کمبود نیروی انسانی و نبود تناسب میان وظایف و مسئولیت‌ها با تعداد نیروی انسانی کارآمد اشاره می‌کنند. پیش بینی تعداد و ترکیب نیروی تخصصی مورد نیاز بیمارستان‌ها با توجه به تنوع و پیچیدگی خدمات، همواره یکی از دغدغه‌های مدیران بیمارستان بوده است. طوریکه با بررسی وضعیت موجود در می‌یابیم که علاوه بر نبود استاندارد ملی نیروی انسانی بیمارستانی، هنوز به شاخص ۱/۷ نفر به ازای تخت، نسبت داده شده به سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور در دهه هفتاد رجوع می‌کنیم. این در حالی است که حتی درباره تعریف تخت‌های بیمارستانی ابهام وجود دارد و شاهد تفسیرهای مختلفی در محاسبه تعداد تخت‌ها با عناوین مصوب، فعال و غیره هستیم. از این رو استفاده از نرم‌ها و استانداردهای طراحی شده توسط وزارت بهداشت بدلیل استفاده از رویکرد مبتنی بر تقاضا و بر اساس حجم خدمات و عملکرد جاری بیمارستان‌ها به تفکیک مشاغل تخصصی و پشتیبانی مبنای

مناسبی برای محاسبه دقیق تقاضا برای کارکنان تخصصی بیمارستان‌ها را فراهم می‌نماید که می‌تواند در بررسی درخواست‌های واصله از سوی واحدها مبنی بر وجود کمبود در نیروی انسانی بیمارستان‌ها و اخذ تصمیم مناسب، با در اختیار داشتن اطلاعات مربوط به تعداد نیروی مورد نیاز برآورد شده در مقایسه با نیروی موجود واحد به مدیران ارشد و ستادی دانشگاه کمک زیادی نماید. همچنین می‌توان از نتایج بدست آمده جهت شناسایی نقاط ضعف و قوت چارت مصوب بیمارستان‌ها و برنامه ریزی برای اصلاح آن و جابجایی و انتقال نیروی انسانی بیمارستان‌ها استفاده نمود.



شرح تجربه (نحوه حل مشکل):

پس از مطالعه و بررسی روش های مختلف برآورد نیروی انسانی، روش ارزیابی کمی نیروی انسانی بر اساس نرم ها و استانداردهای پست های سازمانی بیمارستان - تالیف وزارت بهداشت به عنوان مبنای کار و محاسبات انتخاب گردید. سپس استانداردهای هر رشته شغلی در فایل جداگانه طراحی و اطلاعات مورد نیاز (تعداد کارکنان، تعداد دستگاه ها، اعمال جراحی و غیره) از نرم افزار فرابر و HIS استخراج و در فرم ها وارد گردید. پس از تایید اطلاعات توسط مسئولین و مدیران مربوطه، مقرر شد محاسبات برآورد نیروی انسانی با توجه به ضرایب و معیارها انجام شود اما از آنجایی که معیارهای مشخص شده در نرم ها با شرایط خاص استان همچون محرومیت و نبود پزشکان متخصص در شهرستان های مختلف و در نتیجه پایین آمدن ضریب اشغال تخت بیمارستان همخوانی نداشت پس از جلسات متعدد و بررسی لازم با مدیران واحدهای بیمارستانی تعدیل های لازم با توجه به ضریب اشغال تخت، تعداد اعمال جراحی انجام شده و اضافه کار عملکردی پرسنل در محاسبات انجام شده صورت گرفت و در نهایت نیروی مورد نیاز بدست آمده با نیروی موجود و چارت مصوب واحد مقایسه گردید. نتایج به دست آمده طی مکاتبه به واحدهای مربوطه ارسال گردید.

توضیحات	روگش کل نیروهای مورد نیاز به تفکیک عنوان							
	درصد تعداد پست های چارت به نیروی انسانی مورد نیاز	وضعیت کسری/مازاد نیرو (تیرو) - حداقل نیروی مورد نیاز - نیروی موجود با لحاظ اضافه کار	تعداد پست ها طبق چارت تشکیلات	نیروی انسانی موجود با اضافه کار	نیروی انسانی موجود	نیروی انسانی مورد نیاز تعدیل شده	نیروی انسانی مورد نیاز بر اساس نرم	عنوان
	0	0	1.0	1	1	1.0	1.0	رئیس بیمارستان
	0	0	1.0	1	1	1.0	1.0	معاون آموزشی و پژوهشی
	0	0	0.0	0	0	0.0	0.0	معاون درمان
تلفظی	0	0	1.0	1	1	1.0	1.0	مسئول نظر و روابط عمومی
	0	0	1.0	1	1	1.0	1.0	کارشناس امور حقوقی
سوپروایزر در گزینش	0	0	1.0	1	1	1.0	1.0	مدیر بیمارستان
	0	0	0.0	0	0	0.0	0.0	معاون توسعه مدیریت و منابع
	0		1.0		1	1.0	1.0	رئیس اداره/کارشناس مسئول خدمات آموزشی
	-1		1.0		1	2.4	2.4	کارشناس خدمات آموزشی
پرستار	0	-0.41	2.0	7	1	2.4	2.4	کارشناس خدمات دانشجویی
متشی بخش	0		1.0		1	1.0	1.0	کارشناس سعی بصری
	0		3.0		2	1.0	3.4	مسئول کتابخانه/کتابدار
۱ نفر طرحی	2		2.0		1	0.0	0.0	کارشناس خدمات پژوهشی
	1	0	1.0	0	0	0.0	0.0	کارشناس اقتصاد سلامت و بهره وری
	0	-2	3.0	1	1	3.4	3.4	رئیس اداره/کارشناس مسئول اکارتناس بهبود کیفیت و اعتبار بخشی
پست پرستار	-1	0	2.0	1	1	1.0	2.8	کارشناس ایمنی بیمار
سوپروایزر در گزینش	0	0	1.0	1	1	1.0	1.0	مسئول حرانست
۸ مترکنی	6	0	31.0	25	19	25.0	25.0	نگهبان

نتایج اجرای تجربه:

از تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده، نقاط بحرانی و مازاد از نظر تعداد پست و نیرو مشخص گردید تا بیمارستان ها با برگزاری جلسات کمیته فرعی با موضوع پیشنهاد اصلاح تشکیلات تفصیلی بیمارستان و ارائه پیشنهادات کتبی به مدیریت تحول برای اصلاح چارت تشکیلاتی از طریق تبدیل پست ها برای گروه های شغلی مورد نیاز بخصوص پزشکان متخصص، پزشک عمومی، بهداشت حرفه ای، کارشناس امور حقوقی، درآمد و ترخیص و غیره اقدام نمایند. همچنین تیم مدیریت اجرایی بیمارستان با بررسی نتایج بدست آمده می تواند تدابیری را برای افزایش بهره وری نیروی انسانی اتخاذ نمایند.

پیشنهاد حاصل از تجربه:

- اصلاح فرآیند درخواست و جذب نیروی بیمارستان
- برآورد نیروی مورد نیاز برخی رشته های شغلی بر اساس کارسنجی و زمان سنجی
- برآورد تعداد نیروی مورد نیاز ستاد دانشگاه و شبکه ها

رویداد یا مسئله:

ارائه خدمات تغذیه‌ای به دانشجویان از وظایف تعریف شده معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور است که هزینه بسیار بالایی را برای تمامی دانشگاه‌ها در بر دارد و اجرای هر طرح یا برنامه به منظور "تعریف و شناسایی دقیق گروه‌های واجد شرایط قانونی لازم برای دریافت خدمات" و "کاهش دور ریز و هدر رفت غذا" بدلیل تعداد بالای دانشجویان دریافت کننده خدمت، کاهش چشمگیری در هزینه‌های دانشگاه را به همراه دارد.

مدیریت این خدمات و همچنین نحوه سرویس دهی به دانشجویان از طریق سامانه تغذیه از سال ۱۳۸۴ لغایت ۱۳۹۳ انجام می‌پذیرفت که این سامانه با مشکلاتی از جمله عدم ارتباط با سایر سازمانهای آموزشی دانشگاه، خوابگاه و نیز فراهم نبودن زمینه مداخله مدیریتی جهت کاهش دور ریز و هدر رفت غذا و نیز جلوگیری از ارائه خدمت به افرادی که واجد شرایط لازم، می‌باشند و یا در زمان مناسب و قانونی می‌بایست خدمات را دریافت نمایند، مواجه بود.

این سامانه علی‌رغم محاسن و خدماتی که در دوره فعالیت خود در معاونت به همراه داشت پاسخگوی رفع نیازهای جدید نبود و وجود برخی نقایص سبب گردیده بود که امکان سوء استفاده و هدر رفت مالی ناشی از ضعف سامانه وجود داشته باشد.

مدیریت بهینه ارائه غذای دانشجویان با هوشمندسازی فرایند تغذیه دانشجویی

دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

محمد امین محمدی، معاونت دانشجویی و فرهنگی
سید مجتبی میرابراهیمی، معاونت دانشجویی و فرهنگی
معین حق دل، حوزه ریاست، مدیریت آمار و فناوری اطلاعات
اسماعیل فردادمنش، معاونت توسعه مدیریت و منابع، مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی
عباس زارعی دودجی، معاونت دانشجویی و فرهنگی، اداره امور تغذیه



شرح تجربه (نحوه حل مشکل):

بر این اساس و با توجه به بررسی های صورت گرفته و عدم وجود سامانه ای که بتواند کلیه نیازهای دانشگاه را تامین نماید تصمیم بر آن شد تا سامانه یکپارچه و هوشمند تغذیه دانشجویی به صورت بومی در معاونت فرهنگی و دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز طراحی و پیاده سازی گردد.

جهت مدیریت اموری از جمله ورود اطلاعات، مدیریت گروه های تغذیه ای و نیز برگزاری مناقصه طبخ و توزیع غذا که یکی از بزرگترین مناقصات هر ساله هر دانشگاهی می باشد سامانه هوشمندی بر اساس فرایندهای مهندسی شده جدید، به صورت بومی طراحی و پیاده سازی گردید که با اجرای این طرح از سال ۱۳۹۴ تمامی نواقص مورد نظر واحدهای درگیر برطرف و به صورت رسمی وارد فاز ارائه خدمت گردید.

این سامانه موجب صرفه جویی و جلوگیری از هدررفت منابع شده و صرفه جویی عمومی را به واسطه جلوگیری از هدررفت زمان و هزینه های ایاب ذهاب دانشجویان از طریق کاهش مراجعات حضوری آنان به دنبال داشته است.

از جمله اقدامات انجام شده به منظور راه اندازی سامانه و نیز قابلیت های سامانه یاد شده می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

■ حذف نامه نگاری بین اداره امور خوابگاه ها (جهت اعلام و جابجایی خوابگاه دانشجویان) و اداره آموزش (جهت اعلام وضعیت تحصیلی مثل مرخصی، فارغ التحصیلی و غیره) با اداره تغذیه از طریق ارتباط سامانه تغذیه با سامانه خوابگاهی و آموزش

■ امکان تحویل غذا و دسر در نوع و تعداد به انتخاب دانشجو

■ برنامه زمانبندی مشخص در سامانه جهت رزرو غذا: امکان رزرو غذا توسط دانشجو در زمان حضور در دانشگاه مطابق با تقویم آموزشی ایجاد شده و دانشجو در ایام تعطیلات بین دو ترم و تابستان نمی تواند غذا رزرو نماید. (به استثنای دانشجوین مجاز بالینی و دستیاری و تحصیلات تکمیلی)

■ تعریف چند منوی غذا جهت جلوگیری از دور ریز غذا. به عنوان مثال دانشجویانی که در وعده شام تمایل کمتری به غذای برنجی یا غذاهای پر حجم دارند می توانند در قالب منوی سبزیجات که شامل غذاهای سبک و میوه و نان می باشد غذا رزرو نمایند.

■ ایجاد امکان شناسایی دقیق دانشجویان غیر بومی غیر خوابگاهی با مشاهده مدرک پیش دانشگاهی ایشان در سامانه سبأ

■ حذف خودکار وعده صبحانه و شام پس از تسویه حساب دانشجوی خوابگاهی از خوابگاه

■ ایجاد منوی نان و نصف نان و رزرو آن جهت جلوگیری از اسراف نان و کاهش هزینه ها

■ با هدف جلوگیری از دور ریز غذا، تعریف غذای نیم پرس در سامانه امکان پذیر می باشد.

■ با هدف مدیریت بهینه مصرف منابع، امکان رزرو غذا توسط دانشجویانی که از حالت تحصیل خارج شده اند (مثلاً مرخصی، فارغ التحصیل و غیره) به طور خودکار در سامانه غیر فعال می گردد.

■ امکان تسویه خودکار و وابستگی دانشجویان خوابگاههای متاهلی همزمان با تسویه دانشجو

■ امکان رزرو دریافت صرفاً هر وعده غذایی در یکی از سلف های خوابگاهی، دانشکده و یا بیمارستان تحت پوشش دانشگاه

■ امکان دریافت گزارشات با جزئیات با سطح دسترسی معین از سامانه

نتایج اجرای تجربه:

■ کاهش تردد دانشجویان پس از حذف نامه نگاری و همچنین ارتباط سامانه تغذیه با سامانه خوابگاهی و آموزش

■ بهبود عملکرد تحویل غذا در وضعیت آنلاین و آفلاین

■ افزایش امکانات مدیریت سامانه جهت اعمال نیازها با توجه به رویکرد معاونت و دانشگاه

■ به دنبال برنامه زمانبندی مشخص جهت رزرو غذا، طی سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ حدود ۱/۵ میلیارد تومان صرفه جویی حاصل گردید.

■ پیرو امکان تعریف چند منوی غذا کاهش هزینه در هر پرس تا میزان تقریبی ۳۰٪ از قیمت تمام شده حاصل گردید

■ ایجاد امکان انتقال مبالغ در زمان تسویه حساب دانشجویان از حساب خود به حساب دانشجویان بی بضاعت (منظور دانشجویان تحت پوشش ارگانهای حمایتی و یا شناسایی شده توسط معاونت دانشجویی بدون امکان مشاهده اسامی ایشان)

■ در نتیجه شناسایی دقیق دانشجویان غیر بومی غیر خوابگاهی با مشاهده مدرک پیش دانشگاهی، آمار ۷۴۰ نفری این گروه به کمتر از ۱۰۰ نفر رسید.

■ به دنبال ایجاد غذای نیم پرس، ۳۰٪ از هزینه تمام شده غذای اصلی کاهش یافت.

■ کاهش هزینه عمومی و ایاب و ذهاب دانشجویان به دلیل عدم نیاز به مراجعه جهت اعمال وضعیت آموزش و خوابگاه در سامانه هوشمند تغذیه

■ کاهش هزینه دانشگاه ناشی از امکان تسویه خودکار اعضاء وابسته دانشجویان خوابگاههای متاهلی همزمان با تسویه دانشجو

■ کاهش هزینه های ناشی از جلوگیری از تعدد رزرو همزمان غذا در سلف مراکز



مخاطبان و کاربران و موارد کاربرد این تجربه:

استقرار سامانه با کاربری و قابلیت های مشابه در سطح معاونت فرهنگی و دانشجویی دانشگاه های علوم پزشکی کشور

پیشنهاد حاصل از تجربه:

این تجربه در تمامی دانشگاه ها و مراکز که خدمت تعریف شده را ارائه می دهند، قابلیت استفاده و اجرایی شدن دارد. لذا توجه به موارد ذیل در طراحی و راه اندازی سامانه های مشابه پیشنهاد می گردد:

■ برنامه نویسی و پیاده سازی سامانه با توجه به تکنولوژی روز و ظاهر کاربر پسند

■ استفاده از دستگاه های با قابلیت نصب باتری -All in One- به منظور رفع نیاز UPS در هنگام قطع برق

■ بکارگیری دستگاه های کارت خوان Mifare بصورت Plug & Play به منظور رفع نیاز نصب درایور

■ برنامه نویسی تحت وب به منظور بکارگیری سامانه در همه نسخه های سیستم عامل ها از جمله ویندوز، لینوکس و اندروید

■ آماده سازی فضای روانی دانشجویی و پرسنلی جهت ایجاد تغییر

■ آموزش به پرسنل و دانشجویان پیش از پیاده سازی سامانه

■ پشتیبانی و پاسخگویی مناسب به دانشجویان خصوصاً در آغاز طرح

■ انتخاب تیم فنی و اجرایی از میان افراد متخصص، با انگیزه و علاقمند به کار گروهی

چالش:

۱. مقاومت برخی کارکنان با تغییر فرآیند در اداره تغذیه
۲. عدم همراهی برخی دانشجویان در هنگام راه اندازی سامانه
۳. توجه به اینکه ضعف‌های سامانه قبلی تغذیه منجر به اشکالاتی در مدیریت بهینه منابع سازمانی می‌شد، مقاومت در مقابل تغییر صورت گرفت که بدین منظور اقدامات ذیل صورت پذیرفت:

■ جهت راه اندازی سامانه ابتدا در خوابگاه‌های دخترانه با کمترین تعداد ساکن و معترض احتمالی بعنوان پایلوت پیاده سازی شد و سپس در سایر خوابگاه‌ها نیز به مرحله اجرا درآمد.

■ اطلاع رسانی به دانشجویان و زمینه سازی آمادگی تغییر سامانه و دعوت به رزرو غذا در سامانه جدید از طریق فضای مجازی و حقیقی

■ اطلاع رسانی از طریق الزام به ورود به سامانه رزرو غذا در شب‌های قبل از اجرای طرح از طریق فضای مجازی؛ بدین منظور در شب قبل از اجرای طرح از طریق سروهای مستقر در خوابگاه (میکروتیک) کلیه آدرس‌های اینترنتی را به آدرس سایت جدید تغذیه انتقال داده می‌شد. با انجام این کار در ساعات اوج مصرف و حضور دانشجویان در اینترنت، در صورتی که کاربری مثلاً سایت گوگل را در مرورگر خود باز می‌کرد به صورت خودکار به جای سایت گوگل سایت و اطلاعیه‌های مرتبط با رزرو غذا نمایش داده می‌شد.

■ حذف امکان رزرو غذا در سامانه قبلی با توجه به راه اندازی سامانه جدید و اعلام پیغام مبنی بر راهنمایی رزرو در سامانه جدید

■ استقرار دستگاه تحویل غذا در روز قبل از اجرای طرح در سلف‌ها به منظور اطمینان از رزرو غذا توسط دانشجویان در روز اجرای طرح، که این مهم هم‌زمان زمینه‌آشنایی دانشجویان با نحوه تحویل غذا با سامانه جدید را نیز فراهم می‌نمود.

■ چاپ و نصب آموزش نحوه استفاده از سامانه جدید تغذیه بصورت اینفوگرافیک

■ درج آموزش نحوه کار با سامانه در سایت و همچنین اطلاعیه‌های زمان اجرایی شدن سامانه در هر مرکز، همچنین پس از اجرایی شدن سامانه در هر مرکز پیغامی

■ پایش مراکز و رفع مشکلات آنها با نصب نرم افزار Team Viewer که به منظور مدیریت رایانه از راه دور مورد استفاده قرار می‌گیرد. بدین منظور پس از نصب نرم افزار و ثبت اطلاعات IP هر مرکز و اختصاص رمز عبور، دستگاه‌های تحویل غذا از راه دور و تحت شبکه کنترل می‌شدند و در صورت هرگونه مشکل به صورت برخط رفع مشکل می‌گردید.

مبنی بر اعلام فعال شدن سامانه در آن مرکز بر روی سایت جدید و قدیم قرار می‌گرفت تا زمینه لازم جهت آماده سازی فضای روانی دانشجویی و اطمینان بخشی مبنی بر عدم هرگونه مشکل در سامانه فراهم گردد.

■ پاسخگویی به مشکلات از ساعت ۷ لغایت ۲۴ با اعلام شماره تماس به منظور رفع مشکلات دانشجویی و همچنین شماره تماس دیگری جهت توزیع کنندگان و سرپرستان خوابگاه‌ها

آموزش نحوه استفاده از سامانه اینترنتی تغذیه دانشجویی

ورود به سامانه تغذیه
از طریق آدرس اینترنتی
Daneshjoo.sums.ac.ir

۱ نام کاربری: شماره دانشجویی
رمز عبور: کد ملی

۲

۳

۴

۵ روی ذخیره کلیک کنید.

۶ تایید را کلیک کنید


۷ هشدار: حتماً پس از کلیک بر روی ذخیره به رنگ جداول توجه نمایید.

راهنمای رنگ جداول:

- غذاهای رزرو شده (نیت نهایی)
- لغو غذاهای رزرو شده (با انتخاب خط تیره -)
- رزروهای غیر مجاز (مثلاً رزرو روزهای گذشته)
- اعتبار شما برای رزرو کافی نیست

در صورت عدم اعتبار کافی
می‌توانید با کلیک بر روی گزینه افزایش اعتبار
نسبت به شارژ حساب خود از درگاه بانک اقدام فرمایید.

واحد فن آوری اطلاعات معاونت فرهنگی و دانشجویی دانشگاه



اعتبار: ۱۰۰۰۰

نام:

۱۳۹۷/۱۱/۰۸
شام ۱۹:۰۱

شماره کارت:

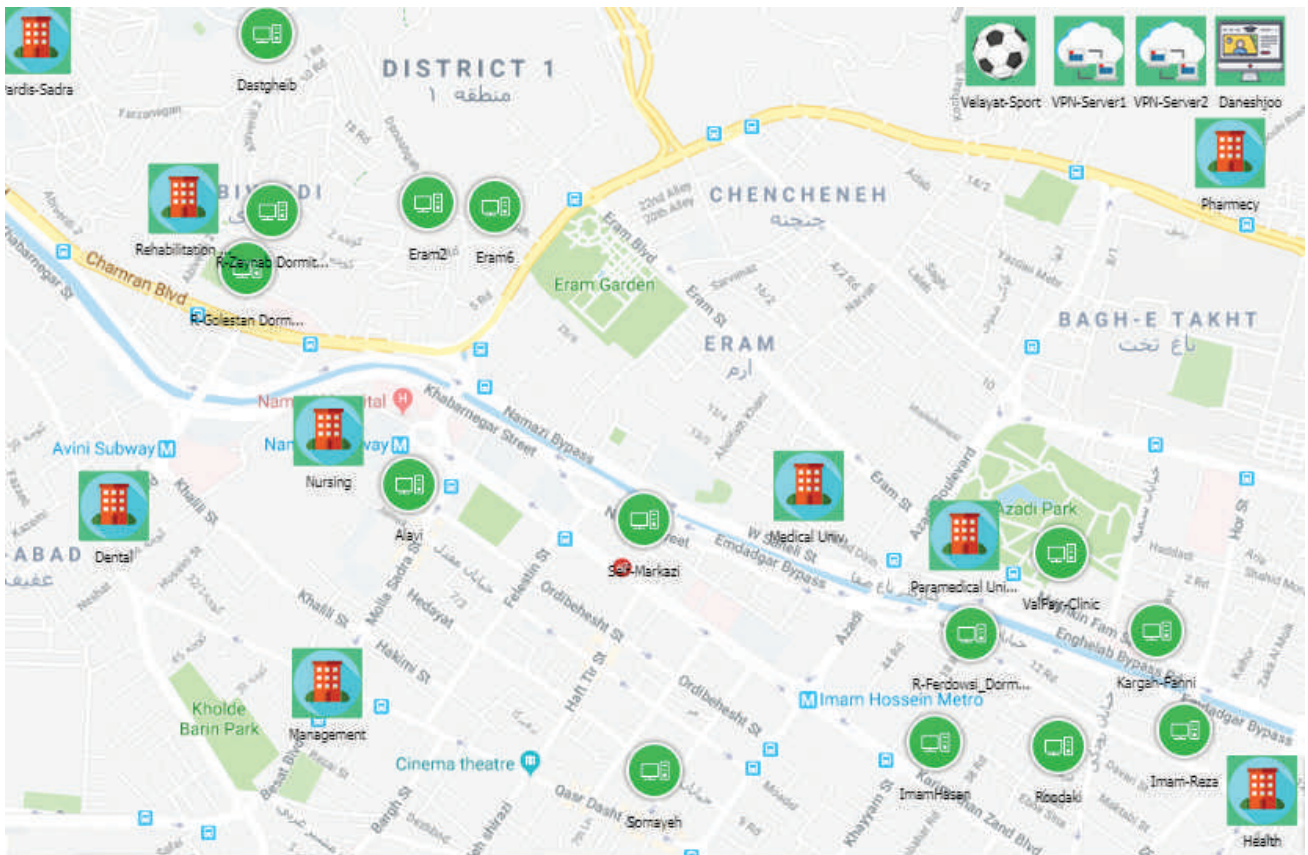
ردیف	مقدار تغذیه	صنکده	تغذیه	تعداد صبر	ساعات تحویل تغذیه	خورده شده	نوع تغذیه
1	1	تحویل گلستان	کچاپ، آش سبزی، میوه... 1	1			1

تاریخ: ۱۳۹۷/۱۱/۰۸ واحد: شام صنکده: تحویل گلستان تغذیه: نیم برنج هاگارتی، شام تعداد تغذیه: ۲۱

تاریخ: ۱۳۹۷/۱۱/۰۸ واحد: شام صنکده: تحویل گلستان تغذیه: خوراگ شینسل مرغ سنتی شام تعداد تغذیه: ۲۱

تاریخ: ۱۳۹۷/۱۱/۰۸ واحد: شام صنکده: تحویل گلستان تغذیه: هاگارتی، شام تعداد تغذیه: ۷

شرکت ارائه پروژان آرین - ۰۲۱۲۹۶۹۱۷۶ - درجالت اطلاعات اولین انجام شد



مقدمه:

اطلاع رسانی خطر به صورت موثر یک عنصر اساسی در مدیریت طغیان است. وقتی سلامت مردم در معرض یک خطر قطعی یا احتمالی قرار می‌گیرد، راه‌های مداخله ممکن است محدود بوده و زمان و منابع کافی برای اقدام اندک باشد. در این مواقع اطلاع رسانی شامل ارائه توصیه‌ها و راهنمایی‌های جمعی، یکی از ابزارهای مهم در مدیریت خطر شناخته می‌شود. اطلاع رسانی‌های فعالانه منجر به تشویق مردم به انجام رفتارهای پیشگیرانه، تسهیل نظارت بر بیماری، کاهش سردرگمی و استفاده بهتر از منابع می‌گردد که برای ارائه یک پاسخ موثر لازم و ضروری است.

در طغیان ناشی از آب شهر مریانج که در شهریور ماه ۱۴۰۱ در جمعیتی حدود ۱۲ هزار نفر اتفاق افتاد، آب مصرفی خانوارها به علت قطعی های مکرر و بحران کمبود آب دچار مشکل شده بود و بسیاری از خانوارها به مصرف آب چاه روی آورده بودند که در برخی موارد حاوی آلودگی میکروبی بود. به محض دریافت این گزارش در ابتدای امر با اعزام تیم ارزیاب واکنش سریع به محل وقوع طغیان نسبت به جمع آوری اطلاعات اولیه، بررسی بیماران، تعریف اولیه بیماری بر اساس علائم و تهیه لیست خطی بیماران اقدام و منحنی اپیدمیولوژیک موارد به صورت روزانه ترسیم گردید. سپس بررسی میدانی با مصاحبه از بیماران در سطح شهر، نقطه گذاری خانوارهای مبتلا بر روی نقشه شهر، نمونه گیری از آب آشامیدنی و نمونه گیری از بیماران توسط تیم‌های واکنش سریع انجام گردید. در نهایت با اطلاع رسانی و آموزش فردی و گروهی از کانال های اطلاع رسانی مختلف و انجام همزمان مداخلات بهداشتی به همراه برگزاری جلسات هماهنگی و اطلاع رسانی خطر به گروههای مختلف هدف و ذینفعان وضعیت تحت کنترل قرار گرفت و طغیان با حداقل وقوع بیماری و بدون رخداد حتی یک مرگ خاتمه یافت.

می‌توان اذعان نمود در این طغیان، اطلاع رسانی کنشگرایانه، نقش حیاتی در حمایت از پاسخ سریع به این طغیان انجام داد. هشدار به جمعیت و افراد در معرض خطر، نظارت بر موارد بالقوه خطر زا و اجرای رفتارهای پیشگیرانه و در نهایت اطلاع رسانی موثر توانست ضمن محدود کردن انتشار بیماری منجر به نجات جان افراد بسیاری گردد.

رویداد یا مسئله:

در ساعت ۱۴:۴۰ روز جمعه مورخ ۱۴۰۱/۶/۴ پیرو گزارش پزشک مرکز خدمات جامع سلامت مریانج مبنی بر مراجعه تعداد زیادی از شهروندان مریانج با علائم دل پیچه، اسهال (غیر خونی)، تهوع، استفراغ، شکم درد و مواردی از بروز تب، تیم واکنش سریع مرکز بهداشت شهرستان به همراه معاون فنی و مسئول بیماری های شهرستان و تیم واکنش سریع معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی همدان در مرکز خدمات سلامت مریانج حاضر شده و به ارزیابی اولیه پرداختند. موارد گاسترو انتریت که به طور معمول درحد ۳ الی ۵ نفر از ۵۰ بیمار ویزیت شده مرکز را تشکیل می‌داد، (آمار تقریبی بر اساس میانگین مراجعات روزهای قبل) به یکباره به حدود ۱۲۰-۱۳۰ بیمار افزایش و بار کلی مراجعین که بیشتر درگروه سنی ۹ تا ۲۵ سال بودند، افزایش یافت که نیاز به سرم و داروهای مرتبط را نیز افزایش می‌داد. همچنین مواردی از مراجعه این بیماران به بیمارستان هم گزارش شده بود.

کنترل و مدیریت طغیان ناشی از آب شهر مریانج به شیوه بررسی اپیدمیولوژی و اطلاع رسانی خطر



دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی همدان -
معاونت بهداشتی

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

سرکار خانم دکتر فاطمه ترکمان
اسدی، معاونت بهداشتی



شرح تجربه:

پیرو گزارش پزشک مرکز خدمات جامع سلامت مریانج مبنی بر افزایش مراجعه بیماران به آن مرکز، تیم واکنش سریع مرکز بهداشت شهرستان به همراه معاون فنی و مسئول بیماری های شهرستان و تیم واکنش سریع معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی همدان در مرکز خدمات سلامت مریانج حاضر شده و به ارزیابی اولیه پرداختند و اقدامات ذیل صورت گرفت:

۱. تایید طغیان با توجه به بررسی آمار و شواهد
 ۲. تعریف اولیه بیماری بر اساس علائم (تعریف مورد بیماری که پس از بحث و بررسی با پزشکان مرکز با توجه به علائم بیماران، مورد بدین شرح تعریف گردید: "هر فرد ساکن شهر مریانج که با علائم شکم درد، اسهال، تهوع، دلپیچه، استفراغ و تب از تاریخ ۱۴۰۱/۶/۳ تا کنون با علائم فوق به مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه نموده است"
 ۳. جمع آوری اطلاعات اولیه
 ۴. بررسی بیماران (اخذ اطلاعات بیماران مراجعه نموده به مرکز از روز جمعه و روزهای قبل جهت احصاء اطلاعات مربوطه از نظر گروه های سنی، جنسی و غیره)
 ۵. تهیه لیست خطی بیماران
 ۶. تریاژ بیماران و ارجاع سریع موارد با تعریف بیماری
 ۷. مصاحبه از بیماران و اخذ شرح حال و اطلاعات مربوط به منشأ و منبع احتمالی بیماری
 ۸. تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک انفرادی و فرم خطی و ترسیم نقشه خطر بیماری و جمع بندی هر چه سریعتر اطلاعات
 ۹. بررسی منابع آب بیماران با توجه به بحران کم آبی و هماهنگی و تاکید بر نمونه برداری از منابع آب به خصوص نمونه برداری از تانکر توزیع آب شرب و منابع آب منازل تعدادی از بیماران و استادیوم ورزشی (با عنایت به اینکه تعدادی از نوجوانان و جوانان مراجعه کننده با علائم اظهار می داشتند که از آب آن محل استفاده نموده اند) و منبع و چاه آب مرکز خدمات جامع سلامت مریانج در راستای تأمین سلامت کارکنان و مراجعین
 ۱۰. تکمیل فرم ارزیابی خطر
 ۱۱. هماهنگی جهت تهیه سوآپ رکتال از بیماران علامت دار و آموزش مجدد پرسنل در این خصوص
 ۱۲. هماهنگی جهت اعزام پزشک دوم و آنکالی ۱ نفر پرستار یا بهیار
 ۱۳. هماهنگی جهت تأمین دارو توسط داروخانه بخش خصوصی طرف
- قرارداد و تأمین داروهای سهمیه ای کشوری (سرم و آنتی بیوتیک) با هماهنگی معاونت غذا و دارو از بیمارستان بهشتی و انبار دارویی مرکز بهداشت
۱۴. توجه پرسنل در خصوص مدیریت شایعه، ایجاد آرامش در مردم منطقه و تأکید بر افزایش آگاهی مردم در خصوص نحوه گندزدایی آب، عدم مصرف آب چاه های خانگی برای شرب، جوشاندن آب مصرفی، استفاده از تانکرهای آب شرب برای تأمین آب شرب و رعایت بهداشت مواد غذایی و بهداشت فردی و غیره و توزیع همزمان پرکلرین و تراکت آموزشی در خصوص نحوه مصرف آن
 ۱۵. انجام بررسی میدانی با مصاحبه از بیماران در سطح شهر (مصاحبه و هماهنگی با پزشک و مسئول محترم مرکز در خصوص روند مراجعات، علائم شاخص بیماران، گروه سنی و جنسی، درگیری سایر اعضای خانواده، منبع آب و غذای مشترک، بیماران نیازمند بستری و ارجاع شده به بیمارستان، گزارش سریع بیمار با علائم خطر یا علائم خاص، تحویل شیفت و دادن گزارش به پزشک شیفت بعد و توجه اقدامات خواسته شده به وی)
 ۱۶. نمونه گیری کووید از تعدادی بیماران، به منظور بررسی احتمالی موارد کووید با علائم گوارشی
 ۱۷. احصاء اطلاعات بیماران مراجعه کننده از شب گذشته از پذیرش و سپس سامانه سیب و تماس با آنان
 ۱۸. نمونه گیری جهت انجام S/E و S/C از تعدادی از مراجعین علامت دار (۲ نمونه از هر نفر) و ارسال جهت بررسی به آزمایشگاه ستاد مرکز بهداشت و آزمایشگاه کنترل
 ۱۹. هماهنگی با ریاست محترم هلال احمر جهت توزیع آب معدنی رایگان در منطقه با صلاح دید و دستور فرماندار محترم
 ۲۰. هماهنگی با بیمارستان های سینا، بعثت و ارتش (بیمارستان های نزدیک محل طغیان) جهت گزارش موارد طبق تعریف، که از مریانج به آنجا مراجعه نمودند (بستری و سرپایی)
 ۲۱. رسم منحنی اپیدمیولوژیک موارد به صورت روزانه
 ۲۲. نقطه گذاری خانوارهای مبتلا بر روی نقشه شهر
 ۲۳. اطلاع رسانی و آموزش فردی و گروهی از کانال های اطلاع رسانی مختلف
 ۲۴. برگزاری جلسات و هماهنگی های مختلف
 ۲۵. اطلاع رسانی خطر به گروه های هدف و ذینفعان در خصوص وضعیت و راهکارهای پیشگیرانه از گسترش طغیان

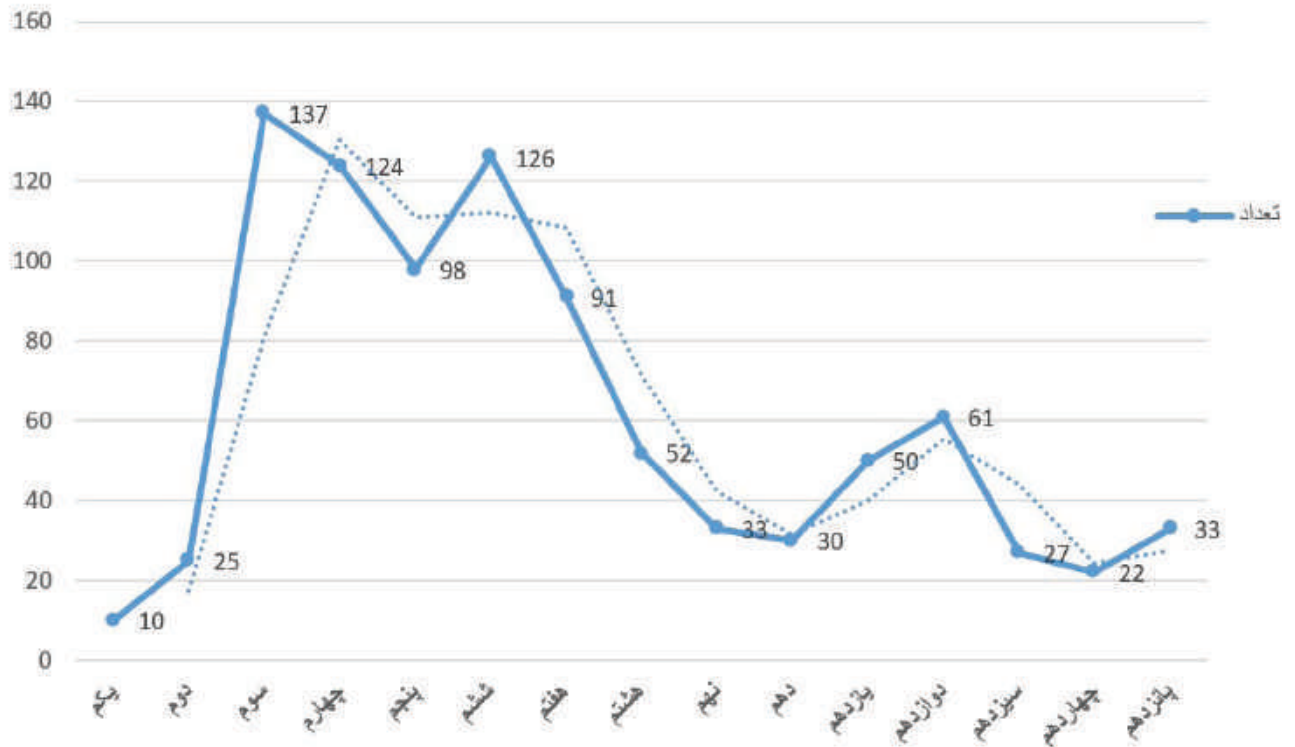
نتایج اجرای تجربه:

- نتایج حاصل از این اقدام منجر به کاهش دوره طغیان، کاهش تعداد بیماران، جلوگیری از ناتوانی و مرگ در بیماران، کنترل شایعات و مدیریت اطلاع رسانی خطر و نیز حل مشکل بحران آب شهر مریانج گردید و نتایج ذیل را نیز در برداشت:
۱. آموزش همگانی در خصوص سالم سازی آب به روش جوشاندن و یا مواد گندزدا
 ۲. تأمین و توزیع پودر پرکلرین و بروشور آموزشی نحوه استفاده از آن
 ۳. افزایش تعداد نمونه برداری روزانه از شبکه آبرسانی در هنگام برقراری آب
 ۴. کشت کامل میکروبی بر روی نمونه های آب (۳ چاه و ۲ نمونه از شبکه شهری) که نشان داد دو نمونه شبکه شهری سالم و سه نمونه چاه کاملاً آلوده بودند.
 ۵. کشت کامل نمونه های آب شامل: استافیلوکوک، استرپتوکوک، سودوموناس، هتروتروف کلیفرم های گرم پای و اشرشیا کلی
 ۶. افزایش کلر زنی روزانه در تمامی ساعات برقراری آب در شبکه

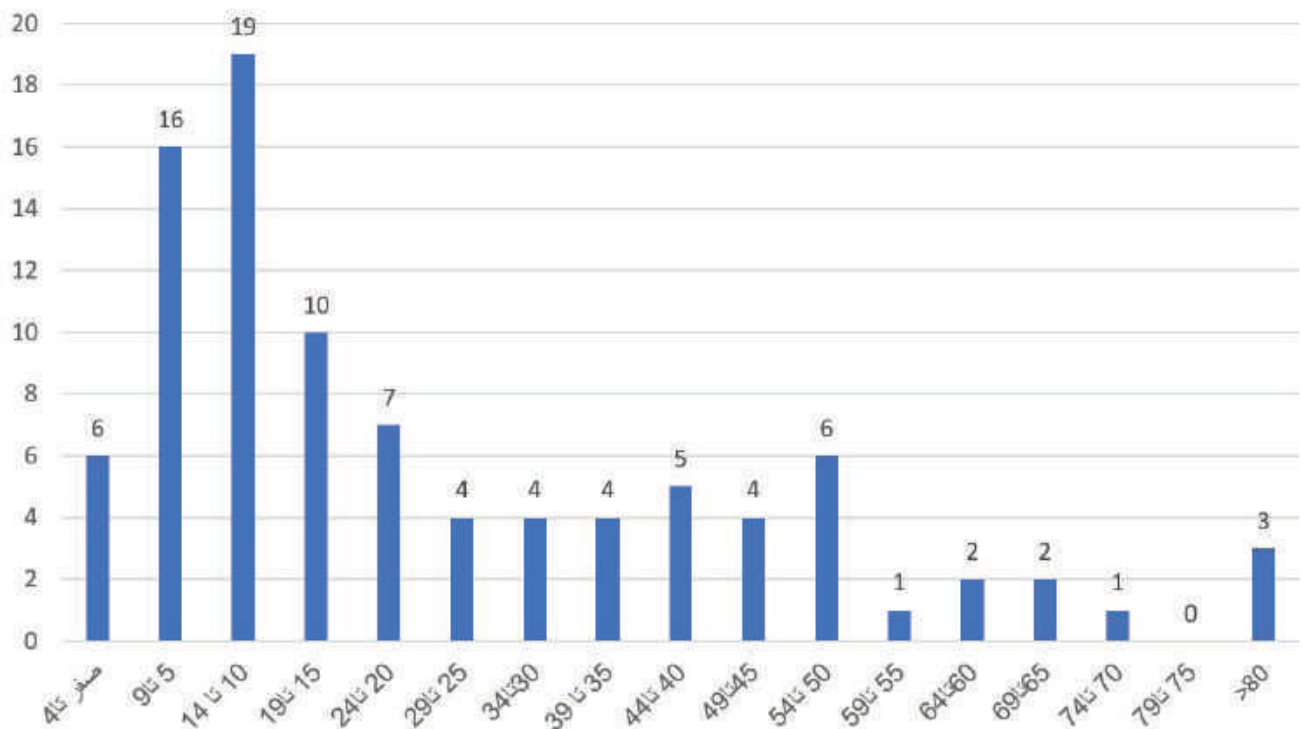
پیشنهاد حاصل از تجربه:

- با توجه به وقوع رخداد های خطر بهداشتی از جمله طغیان بیماری های مختلف تجربه نشان داد که اطلاع رسانی خطر با پنج گام ۱- اعتماد ۲- اعلام زود هنگام ۳- شفافیت ۴- گوش دادن ۵- برنامه ریزی، می توان مدیریت و کنترل بهتری بر طغیان ها داشت.
- هشدار به جمعیت و افراد در معرض خطر، نظارت بر موارد بالقوه خطرزا، انجام رفتارهای پیشگیرانه و در نهایت اطلاع رسانی موثر توانست ضمن محدود کردن انتشار بیماری منجر به نجات جان افراد زیادی گردد.

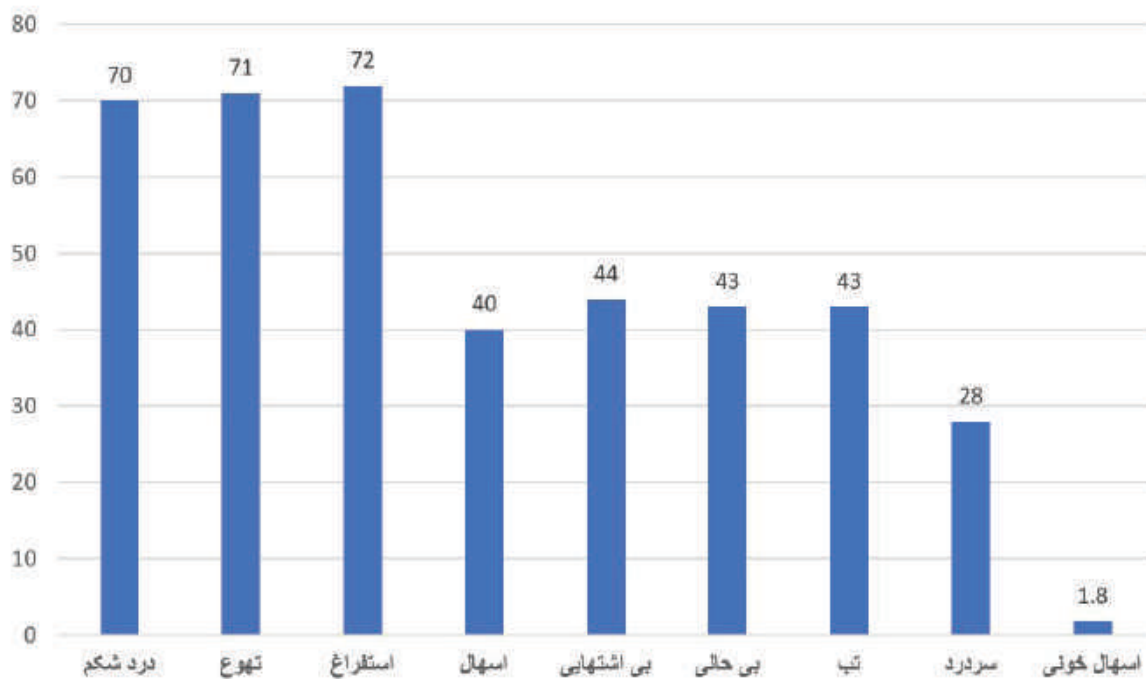
روند روزانه موارد بیماری از یکم لغایت پانزدهم شهریور ۱۴۰۱



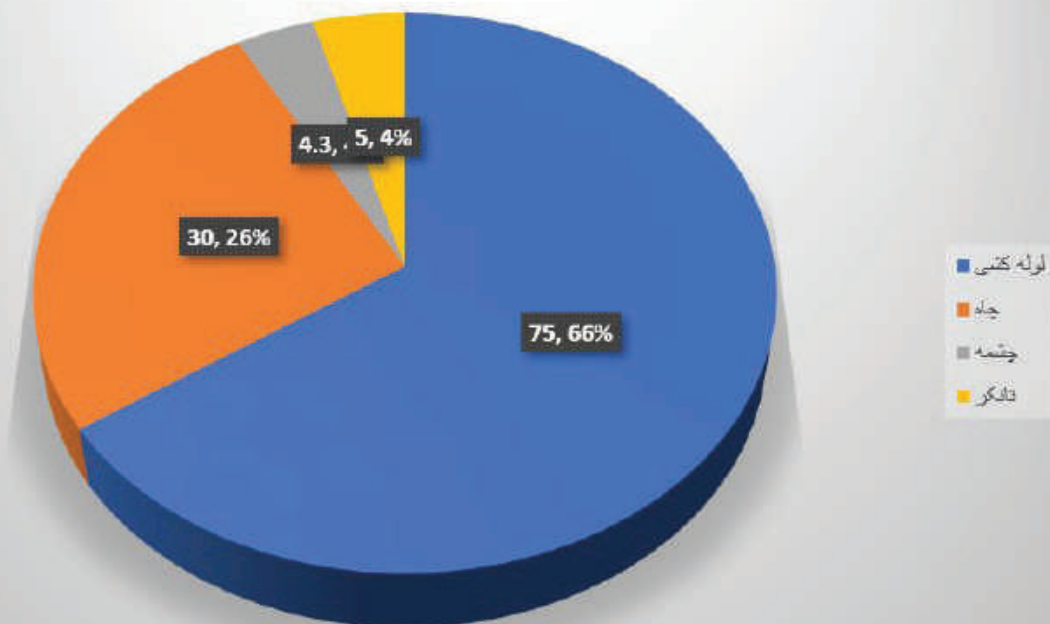
نمودار توزیع سنی بیماران مورد بررسی در طغیان مریانج



نمودار درصد شیوع علائم در بیماران مورد بررسی در طغیان مریانج



منبع آب آشامیدنی مورد استفاده در بیماران



مقدمه:

نمونه گیری صبحگاهی بیماران بستری به دلایل متعددی از جمله سیکل شبانه روزی آنالیت‌ها در بدن انسان و لزوم رعایت ناشتایی برای برخی آزمایشات، نقش مهمی در بهبود عملکرد تشخیصی آزمایشگاه‌ها دارد. محول کردن انجام این موضوع به گروه پرستاری یا علوم آزمایشگاهی یکی از مسائل حاد صنفی سال‌های اخیر بین این دو قشر شده است که عملکرد تیمی در حوزه درمان را خدشه دار می‌کند و اولویت بودن بیمار را به حاشیه می‌برد. تعداد بالای نمونه گیری‌های صبحگاهی نسبت به تعداد بیماران بستری در عمده‌ی مراکز در کنار حجم بالای کار پرستاری موجب افزایش موارد عدم انطباق در آزمایشگاه می‌شود. همچنین این موضوع امکان مدیریت زمان در طول شیفت صبح آزمایشگاه را از بین می‌برد زیرا عملاً زمان ورود نمونه به آزمایشگاه در اختیار گروه پرستاری است. در مقابل در گروه آزمایشگاه تکالیف کاری حیاتی در نگهداری تجهیزات تشخیصی عاملی است که در صورت محول کردن فرآیند نمونه‌گیری به آزمایشگاه می‌بایست تعداد نقرات در شیفت صبح افزایش یابد که در نتیجه باعث کاهش بهره‌وری نیروی انسانی و افزایش ساعات اضافه کاری می‌شود. همچنین در صورت استخدام افراد با عنوان شغلی نمونه‌گیر با توجه به اینکه این عنوان شغلی جزو عناوین شغلی تخصصی آزمایشگاه نبوده، طرح طبقه بندی مشاغل رعایت نمی‌شود

در سال ۱۳۹۸ در بیمارستان قائم مشهد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد با در نظر گرفتن تمامی این موارد اقدام به برون سپاری خدمات نمونه گیری به صورت خرید خدمت از بخش خصوصی نمودیم که در نتیجه این موضوع شاهد کاهش ساعات اضافه کاری، بهبود عملکرد تشخیصی آزمایشگاه و کاهش موارد عدم انطباق در نمونه گیری بیماران بستری بودیم. همچنین تحویل نمونه‌ها به آزمایشگاه در ابتدای کار شیفت صبح باعث شد حجم کاری و نمونه‌ها به صورت یکنواخت توزیع شده که در نتیجه استهلاک دستگاه کمتر شد و سقف ۲ ساعت در مدت زمان جوابدهی رعایت شد. در نتیجه پیشنهاد می‌گردد به منظور افزایش بهره‌وری و کیفیت خدمات می‌توان از این تجربه در سایر مراکز که چنین امکانی را دارند، استفاده نمود.

سریعا به پایان برسد. در چنین شرایطی اگر نمونه گیری بخش‌ها بستری به آزمایشگاه اضافه شود می‌بایست حتما تعداد پرسنل در شیفت صبح افزایش باید که به مرور باعث کاهش بهره‌وری نیروی انسانی شده و همچنین ساعات اضافه‌کاری در آزمایشگاه افزایش می‌یابد. همچنین اگر نمونه‌گیر برای آزمایشگاه استخدام شود عملاً بهره‌وری پایین تری دارد زیرا این قبیل نیروها در آزمایشگاه توانایی انجام کارهای متعدد و مختلف در آزمایشگاه را نداشته و صرفاً در نمونه گیری توانمند هستند. به واسطه‌ی آنکه نمونه گیری آموزشی مهارتی و غیر دانشگاهی دارد جزو مشاغل تخصصی عنوان شده در طرح طبقه بندی آزمایشگاه‌ها نمی‌باشد که با توجه به تأکیدات سازمان امور اداری و استخدامی مبنی بر رعایت طرح طبقه بندی مشاغل در دستگاه‌های دولتی عملاً جذب اینگونه نیروی انسانی خلاف بخشنامه‌های آن سازمان می‌باشد. از آنجاییکه نمونه‌ی بیماران بستری عمده‌ی حجم کاری آزمایشگاه در شیفت صبح می‌باشد آماده بودن نمونه‌ها در ابتدای شیفت صبح امکان مدیریت زمان و برنامه ریزی برای متوازن کردن لود کاری دستگاه‌ها در طول شیفت را فراهم می‌کند که در نتیجه تا حدود زیادی از استهلاک دستگاه‌ها جلوگیری کرده و بهره‌وری این تجهیزات را بالا می‌برد. به این وضعیت عدم آمادگی همه‌ی افراد در نمونه گیری بیماران دارای شرایط خاص از جمله کودکان و نوزادان، بخش‌های مراقبت ویژه، بیماران سرطانی و دیالیزی را نیز باید اضافه کرد.

اصلاح فرآیند نمونه گیری صبحگاهی بیماران بستری بیمارستان قائم مشهد

دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی تهران - معاونت درمان - بیمارستان
کودکان حکیم

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

مرتضی محمدی رخ - واحد آزمایشگاه

رویداد یا مسئله:

نمونه‌گیری صبحگاهی یکی از مهم ترین اقدامات در فرآیند مراقبت بیماران بیمارستانی می‌باشد زیرا بسیاری از آنالیت‌ها در بدن انسان دارای ریتم شبانه روزی هستند و همچنین بهترین زمان برای ناشتا بودن بیمار در طول شب می‌باشد بنابراین نمونه‌گیری در اولین ساعات صبح یکی از اقداماتی است که می‌تواند به بهبود تشخیص در بیماران کمک کند. واگذاری این مهم به عهده‌ی هر کدام از گروه‌های پرستاری یا علوم آزمایشگاهی در سال‌های اخیر باعث یکی از داغ ترین مسائل صنفی بین این دو گروه از کادر درمان شده است. حجم کاری پرستاری در شیفت صبح به مراتب از سایر شیفت‌ها بالاتر است و در ساعات ابتدایی صبح نیز فرآیند تحویل شیفت و تقسیم نیرو در بخش در جریان است که باعث می‌شود بیمار تایم طلایی نمونه‌گیری در ساعات ابتدایی صبح را از دست بدهد و همچنین ممکن است از وضعیت ناشتا خارج شود. این وضعیت در شیفت صبح آزمایشگاه نیز صادق است. عمده‌ی آزمایشگاه‌های بیمارستانی فعالیت‌های تشخیصی تخصصی را در برنامه‌ی شیفت صبح مشخص کرده‌اند که در نتیجه کار این پرسنل از ساعات ابتدایی شیفت صبح شروع شده و تا انتهای شیفت ادامه دارد. همچنین به علت بازگشایی اتاق‌های عمل یا بخش‌هایی از قبیل خون‌رسانی در شیفت صبح بخش‌هایی از آزمایشگاه از قبیل بانک خون با لود کاری بالایی مواجه هستند.

در سایر بخش‌های آزمایشگاه تجهیزات در حال شروع کار بوده و اقدامات نگهداری از قبیل شستشوهای ویژه که در حفظ این تجهیزات حیاتی است در جریان است. همچنین در صورت پذیرش سرپایی بیماران در آزمایشگاه بیمارستان، حجم زیادی از بیماران به صورت ناشتا مراجعه می‌کنند که باید فوراً مدیریت شده و فرآیند پذیرش و نمونه‌گیری آن‌ها

شرح تجربه (نحوه حل مشکل):

با بهبود بهره وری در نتیجه این طرح صرفه جویی قابل توجه صورت گرفت که همراه با اهداف بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی و ایمنی بیمار بود. همچنین این موضوع با کاهش هزینه های بالایی نیروی انسانی در آزمایشگاه (که یکی از محل های مورد چالش در مدیریت هزینه در آزمایشگاه های تشخیص طبی می باشد) عملا از یک فرآیند محل اختلاف بین کادر درمان به یک عامل در جهت مولدسازی منابع سازمانی با بهره وری پایین تبدیل شد. از نتایج جانبی این موضوع نیز می توان به بکارگیری نیروهای پیمانکار در شرایط همه گیری کووید ۱۹ در انتهای سال ۱۳۹۸ و ابتدای سال ۱۳۹۹ در کنار نیروهای پرستاری اورژانس مرکزی بیمارستان قائم نیز اشاره کرد که در آن بازه با توجه زمان بر بودن فرآیند جذب و بکارگیری نیروهای پرستاری کمک شایانی در کنترل آن اوضاع داشتند.

مخاطبان، کاربران و موارد کاربرد این تجربه:

آزمایشگاه مرجع سلامت - معاونت درمان وزارت بهداشت - معاونت پرستاری وزارت بهداشت - امور آزمایشگاه های معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی - معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی - دفاتر پرستاری دانشگاه های علوم پزشکی - مدیریت مراکز درمانی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی - معاونت درمان مراکز درمانی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی - مدیریت آزمایشگاه های بیمارستان ها - مدیریت پرستاری بیمارستان ها

پیشنهاد حاصل از تجربه:

برون سپاری فرآیند نمونه گیری صبحگاهی بیمارستان ها تنها در شرایطی می تواند منجر به افزایش بهره وری شود که شرایط اعلام شده برای این منظور رعایت گردد بنابراین پیشنهاد می گردد در صورت امکان اجرای این موضوع در مراکز تابعه دانشگاه ها حتما بر افزایش بهره وری، بهبود کیفیت خدمات و ایمنی بیمار تا اجرایی شدن کامل این فرآیند نظارت گردیده و به صورت مرتب پایش گردد.

فرآیند قانونی برون سپاری نمونه گیری صبحگاهی بیمارستان ها در سال ۱۳۹۸ مطابق دستورالعمل واگذاری خدمات سلامت ابلاغی سال ۱۳۹۲ انجام شد. پیمانکاری واجد شرایط شرکت در مناقصه بود که دارای مجوزهای قانونی از معاونت درمان در موضوع ارائه خدمات پزشکی باشد (در این موضوع مهم نوع مجوز نبود بلکه احراز صلاحیت در ارائه خدمات پزشکی بود). طبق مفاد قرارداد پیمانکار موظف به تامین نیرو آموزش دیده و دارای مهارت کافی بود از این رو مقرر شده بود تمامی نیروهای پیمانکار می بایست یا دارای تحصیلات در حوزه علوم پزشکی باشند یا دارای گواهی های آموزش مهارتی معتبر از مراکز دارای مجوز وزارت بهداشت باشند. همچنین پیمانکار موظف شده بود به نحوی نیروی مورد نیاز را تامین کند که حداکثر در ساعت ۸ صبح تمامی نمونه ها تحویل آزمایشگاه شده باشد. در مقابل بخش های بستری موظف شدند از ساعت ۱۲ شب تا ۵ صبح تمام در خواست های نمونه گیری خود را ثبت HIS کنند. در نتیجه ای این موضوع نیروهای پیمانکار در ساعت ۵ الی ۶ صبح به بیمارستان مراجعه کرده و کل فرآیند نمونه گیری عملا تا ساعت ۷ صبح پایان یافته بود و نمونه های تحویل آزمایشگاه شده بود. همچنین طبق مفاد قرارداد نمونه هایی که گرفته می شود در صورتی که مطابق معیارهای قبول نمونه آزمایشگاهی نباشند، پیمانکار مشمول کسورات از حقوق خود در قرارداد می شود. معیارهای قبول یا رد نمونه به عنوان یک سند در آزمایشگاه می بایست تهیه شده و به تایید مسئول فنی آزمایشگاه رسیده باشد و به پیمانکار اعلام شده باشد. پیمانکار طبق قرارداد در مقابل ارائه خدمات تعرفه مصوب نمونه گیری (خونگیری و ریدی) در بخش دولتی را دریافت می کرد. همچنین آزمایشگاه بیمارستان بعد از اجرای این قرارداد موظف شد برنامه های کشیک ها را به نحوی تهیه کند که میزان اضافه کار ۳۰ درصد کاهش یابد و تعداد نفرات کشیک در هر شیفت را مدیریت کند. مهم ترین چالش در نحوه اجرای این موضوع توانمند سازی نیروهای پیمانکاری در انجام وظایف محوله، آشنا شدن با

شرایط نمونه گیری بیمارستان بستری و مدیریت زمان تحویل نمونه به آزمایشگاه بود که این موضوعات با مشخص کردن فردی از پرسنل آزمایشگاه به عنوان مسئول پاسخگو در این حوزه مدیریت شد.

نتایج اجرای تجربه:

در نتیجه اجرای این قرارداد نتایج متعددی بدست آمد که شامل کاهش اضافه کار پرداختی، کاهش موارد عدم انطباق مربوط به نمونه گیری، کاهش زمان جوابدهی، کاهش زمان انتظار بیمار بستری برای نمونه گیری، افزایش بهره وری نیروی انسانی در آزمایشگاه، افزایش بهره وری تجهیزات در آزمایشگاه و عدم نیاز به نیروهای غیر مرتبط با علوم آزمایشگاهی بود. تمامی این نتایج که به صورت موثری به بهبود بهره وری منابع سازمانی از قبیل نیروی انسانی، تجهیزات و منابع مالی انجامید بدون هیچ هزینه ای از سمت سازمان انجام شد. در واقع



مقدمه:

در معاونت‌های غذا و دارو نیاز به دریافت عدد دقیق بدهی مالی به شرکت‌ها در لحظه وجود دارد و باتوجه به سامانه‌های موجود امکان دریافت این عدد به صورت دقیق وجود نداشت، چون علاوه بر دریافت وضعیت مالی از مراکز تحت پوشش نیاز به دریافت وضعیت فاکتورهای شرکت‌های طرف قرارداد نیز وجود داشت. به همین دلیل بعد از بررسی وضعیت سامانه‌های موجود و امکانات این سامانه‌ها و نیاز معاونت نبود سامانه‌ای تحت وب با امکان دسترسی به کاربران درون سازمان و برون سازمانی احساس شد که در حال حاضر با طراحی این سامانه به صورت آنلاین امکان دریافت عدد دقیق بدهی مالی و وضعیت دارویی در دانشگاه می‌باشد.

رویداد یا مسئله:

مشکل عمده ای که با آن مواجه بودیم این بود که هیچ وقت اطلاعات دقیقی از موجودی‌ها و بدهی‌های دارویی وجود نداشت، با این که واحدهای حسابداری همیشه مدعی بودند که این اطلاعات را در اختیار دارند ولی در مواقعی که نیاز به دریافت اطلاعاتی از بدهی‌های دارویی به شرکت‌ها و یا موجودی‌های دارویی مراکز تحت پوشش بود زمان زیادی صرف گزارش‌گیری از مراکز می‌شد و باید منتظر گزارشات ارسالی از واحدها می‌شدیم و این درحالی بود که گزارش‌های ارسالی از مراکز میزان دقیق و واقعی موجودی و بدهی‌ها نبود و مستندات درستی در دسترس نداشتیم، همینطور سامانه‌های موجود قابلیت ارائه گزارش دقیق و بروز را نداشتند و برای اطلاع از میزان بدهی‌ها باید از خود مراکز طی نامه‌های اداری درخواست گزارش می‌دادیم که عموماً گزارش‌های ارسالی دقیق و واقعی نبودند.

به شرکتی انجام شد و از مبلغ بدهی کسر شد کارشناس مربوطه در دانشگاه این مبلغ را ثبت نموده و شرکت هم تایید دریافت مبلغ را وارد می‌نمایند.

تمامی کاربران مراکز ضمن ورود اطلاعات اولیه دارویی باتوجه به خروجی‌های سامانه‌های HIS و روزآمد در صورتی که تاریخ انقضاء دارو فرا برسد و یا تبادل دارویی انجام شود آنرا ثبت می‌نمایند.

طراحی سامانه شفاف سازی حسابهای مالی دارو و ملزومات دارویی در دانشگاه علوم پزشکی کرمان



دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی کرمان - معاونت غذا و دارو

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

آقای دکتر علی اسدی پور، معاون غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی کرمان

شرح تجربه (نحوه حل مشکل):

برای حل این مشکل ابتدا اطلاعات و گزارش‌های مورد نیاز دانشگاه نیازسنجی شد و با شرکت روز آمد برای طراحی گزارش‌های خروجی لازم وارد مذاکره شدیم، ولی متأسفانه پاسخ مناسبی دریافت نکردیم بنابراین با کمک تیم مدیریت و کارشناسان خبره معاونت غذا و دارو دانشگاه کرمان برنامه‌ریزی جهت سفارش تولید یک سامانه تحت وب انجام شد، بعد از مشخص شدن نیازها و توقعاتمان از سامانه با چند شرکت بومی جلساتی برگزار شد و در نهایت یکی از شرکت‌ها انتخاب شد، و عملیات طراحی سامانه زیر نظر کارشناسان معاونت آغاز شد تا در نهایت سامانه تحت وبی با عنوان حسابداری دارویی حدود دو سال پیش بهره‌برداری قرار گرفت.

در این سامانه کلیه گزارش‌های مورد نیاز به صورت آنلاین قابل دریافت می‌باشند و قابلیت استفاده بر روی گوشی موبایل نیز وجود دارد، همچنین سطوح دسترسی برای کاربران مختلف ایجاد شده و باتوجه اینکه علاوه بر کاربران داروخانه‌ها و انبارهای دارویی تحت نظر دانشگاه باید اطلاعات وارد سامانه نمایند نیاز است کاربرانی از طرف شرکت‌های طرف قرارداد نیز اطلاعات فاکتورها را در این سامانه وارد نمایند، بنابراین سطح دسترسی برای کاربران خارج سازمان که همان شرکت‌های دارویی طرف قرارداد دانشگاه بودند نیز فراهم گردید.

روش کار سامانه به طور خلاصه به این صورت می‌باشد: شرکت‌هایی که به مراکز درمانی دارو و ملزومات تحویل می‌دهند مبلغ فاکتور خود را در سامانه ثبت نموده و مسئولین انبارهای دارویی مراکز نیز این فاکتور را بعد از تحویل تایید می‌نمایند. همچنین به محض پرداختی



Investment	Investment Value at Year end
373 967	467 459
804 029	1 005 037
1 296 731	1 620 915
1 859 317	2 324 149
2 499 808	3 124 764
3 227 076	4 033 850
4 050 935	5 063 675
R 28 331	R 35 414

Start at monthly
Can we do this?

نتایج اجرای تجربه:

- با طراحی سامانه حسابداری دارو و ملزومات در هر زمان و مکان که نیاز به دریافت گزارش و بررسی وضعیت دارو و ملزومات توسط تیم‌های مدیریتی باشد باتوجه به تحت وب بودن سامانه این امکان وجود دارد.
- مبلغ کامل بدهی‌های مالی دارویی دانشگاه به صورت کلی و جزئی براساس فاکتورهای ورودی و خروجی قابل دریافت می باشد.
- مبالغ بدهی‌ها و موجودی‌های دارویی و تاریخ انقضا داروها قابل دریافت می باشد.
- کلیه تناقضات مالی دارو و ملزومات قابل مشاهده می باشد.
- کاربران دانشگاه به صورت ماهیانه با دریافت خروجی از سامانه ای روزآمد و HIS اطلاعات سامانه را بروز می کنند.
- شرکت‌های دارویی از وضعیت پرداخت‌های فاکتورهای خود باخبر می شوند و قابلیت پیگیری طلب‌های خود را دارند.

■ از این سامانه در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان نیز استفاده می شود و برنامه‌ریزی جهت استفاده از سامانه در کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های قطب ۸ در حال انجام می باشد.

مخاطبان و کاربران و موارد کاربرد این تجربه:

کلیه معاونت‌های غذا و دارو دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

پیشنهاد حاصل از تجربه:

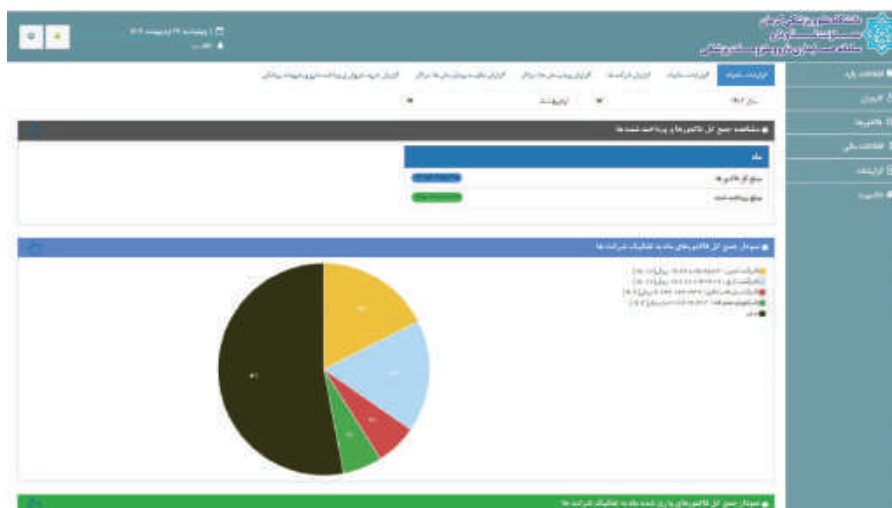
باتوجه به مشکل مشترک کلیه معاونت‌های غذا و دارو درخصوص وضعیت مالی دارو و ملزومات، پیشنهاد می گردد کلیه معاونت‌های غذا و دارو دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از این سامانه استفاده نمایند و معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی کرمان آماده ارائه این سامانه به کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی می باشد.

در زمان راه اندازی این سامانه برخی شرکت‌های دارویی خصوصاً شرکت‌هایی که داروها و ملزومات خاص و تحت انحصار داشتند، حاضر به همکاری و استفاده از سامانه نشدند که به اجبار تحت عنوان شرکت های متفرقه در سامانه معرفی شدند و مسئولین فنی داروخانه‌ها اطلاعات فاکتوری این شرکت‌ها را وارد می نمایند، که پیشنهاد می گردد در صورت استفاده سایر دانشگاه‌ها از این سامانه وزارت متبوع سازوکار مناسبی را برای ملزم نمودن شرکت‌ها به همکاری در سامانه ایجاد نمایند. در ابتدای راه اندازی سامانه ورود اطلاعات دقیق در سامانه توسط کاربران بسیار حائز اهمیت می باشد، همچنین بررسی و روزرسانی اطلاعات در بازه‌های زمانی مشخص انجام شود.

بازه زمانی وقوع تجربه:

اردیبهشت سال ۱۴۰۰ معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی کرمان





مقدمه:

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) مراقبت‌های اصلی در زمینه بهداشت هستند که باید برای همه افراد و خانواده‌های جامعه قابل دسترس باشند و یکی از اصول مهم و حیاتی آن مشارکت اجتماعی برای بسط و گسترش این امر خطیر و مهم می‌باشد، این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی یک کشور است. مراقبت‌های بهداشتی اولیه، اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور بوده و خدمات را تا حد ممکن به جایی که مردم در آن کار و زندگی می‌کنند؛ می‌برد. هدف از ارائه این مراقبت‌ها حفظ، نگهداری و ارتقای سطح سلامت افراد جامعه است.

رویداد یا مسئله:

مرکز خدمات جامع سلامت روستایی هچیرود مطابق بازنگاری طرح گسترش سال ۹۵ با جمعیت ۱۰,۰۶۲ نفر در قالب ۹ خانه بهداشت فعال و ارائه خدمات دندانپزشکی و آزمایشگاهی (نمونه‌گیری) با دو پزشک، دو ماما، دندانپزشک، مراقب سلامت، کارشناس بهداشت محیط، حرفه‌ای، روان، تغذیه، ۱۲ بهورز مشغول به فعالیت می‌باشد. مرکز قدیمی هچیرود دارای قدمت ۴۶ ساله (سال ساخت ۱۳۵۵) بوده که نیاز به تعمیرات اساسی داشته و تخریبی محسوب می‌گردید که از نظر سازه ای توجیه اقتصادی برای تعمیر و مرمت آن وجود نداشت. با عنایت به توریستی و گردش پذیر بودن بودن منطقه و جمعیت غیربومی بالای ۶۰۰۰ نفر که در اغلب ایام سال در منطقه سکونت داشته و خدمات بهداشتی درمانی خود را از مرکز فوق دریافت می‌نمودند با پیگیری مدیریت شبکه در سال ۱۳۹۵، دانشگاه علوم پزشکی مازندران موافقت نمود که مرکز جدیدی در کنار ساختمان قدیمی احداث گردد. متأسفانه در زمان ساخت بعد از ۲۰ درصد پیشرفت ساختمانی به علت کمبود منابع مالی، پروژه حدود ۲ سال نیمه کاره رها گردید، که متوقف شدن این پروژه و منتظر بودن جهت دریافت بودجه استانی باعث هدر رفت منابع و فرسودگی ساختمان در حال ساخت می‌گردید.

جلب مشارکت و استفاده از ظرفیت خیرین با هدف تکمیل ساختمان نیمه کاره مرکز خدمات جامع سلامت روستایی هچیرود (ساخت بزرگترین پروژه خیرساز در مراکز خدمات جامع سلامت کشور)



دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی مازندران، معاونت بهداشتی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان چالوس

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

سرکار خانم دکتر حدیث گردکلی، مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان چالوس
جناب آقای مهندس رحمت الله بیابانی، معاون بهداشتی شبکه بهداشت و درمان شهرستان چالوس
جناب آقای مهندس محمدصادق نیک منش، مسئول توسعه و ارتقا سلامت شبکه بهداشت و درمان شهرستان چالوس
جناب آقای مهدی کاکاسلطانی، کارشناس حقوقی شبکه بهداشت و درمان شهرستان چالوس
سرکار خانم آرزیتا دلفان آذری، کارشناس پزشک خانواده شهری شبکه بهداشت و درمان شهرستان چالوس



متوقف شدن پروژه ساخت مرکز جدید بعلت کمبود منابع مالی



ساختمان قدیمی و فرسوده مرکز خدمات جامع سلامت هچیرود

شرح تجربه (نحوه حل مشکل):

ضرورت بازسازی یا ساخت مرکز خدمات جامع سلامت هچیرود موجب گردید باتوجه به نیاز مبرم و فوری ارایه خدمات بهینه در مرکز مجهز تر این موضوع در جلسه مجمع خیرین سلامت شهرستان مطرح شود و از اعضای محترم مجمع خیرین ادامه روند احداث و تجهیز این پروژه به عنوان یک مطالبه جدی درخواست گردد. با جذب منابع مالی توسط مدیر اجرایی مجمع خیرین سلامت این پروژه در آذرماه ۱۴۰۰ تحویل خیرین سلامت شهرستان گردید که در مدت زمان ۹ ماه با هزینه بالغ بر ۳۳۰ میلیارد ریال در دو طبقه بر روی پیلوت تکمیل و تجهیز گردید. با مشارکت شهردار و اعضای شورای شهر یک قطعه زمین کنار مرکز به ارزش ریالی ۱۰۰ میلیارد ریال نیز تملک گردید که موجب افزایش مساحت حیاط مرکز گردید.

نتایج اجرای تجربه:

پروژه فوق با حضور رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و دبیرکل مجمع خیرین سلامت کشور، معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت و نماینده محترم مردم شهرستان چالوس در مجلس شورای اسلامی در تاریخ ۱۰ شهریور ۱۴۰۱ افتتاح شد. پروژه فوق به عنوان بزرگترین پروژه خیرساز در مراکز خدمات جامع سلامت کشور محسوب گردید که با بهره برداری از آن، باعث افزایش سطح رضایتمندی مردم منطقه در دریافت خدمات بهتر به نوبه خود گردید.



پیشنهاد حاصل از تجربه:

پس از تحویل این پروژه به مجمع خیرین در آذر ۱۴۰۰ در مدت زمان ۹ ماه و با تلاش شبانه روزی مدیریت شبکه و مجمع خیرین سلامت شهرستان نتیجه آن در تاریخ ۱۰ شهریور ۱۴۰۱ به ثمر نشست و یکی از بزرگترین مراکز خدمات جامع سلامت کشور با زیر بنای ۱۳۵۰ متر مربع تحویل شبکه بهداشت و درمان شهرستان گردید. در واقع به ثمر رسیدن این پروژه در استان مازندران نشان دهنده به کارگیری مطلوب از ظرفیتهای عظیم مغفول مانده در توسعه و فرآیند اجتماعی سازی سلامت و گسترش سطح دسترسی مردم به دریافت خدمات بهداشتی درمانی بهتر و به روز تر با تکیه بر اصل عدالت محوری در دریافت خدمات بهداشتی در سطح منطقه و کشور می باشد. اجرای این پروژه در واقع تکمیل کننده سایر اصول مد نظر خدمات بهداشتی اولیه از قبیل عدالت اجتماعی، مشارکت، هماهنگی بین بخشی می باشد که به بهترین شکل ممکن نمود پیدا کرده است. تجربه سازنده و مثبت در اجرای این طرح باعث گردید که از ظرفیت خیرین برای بسط و توسعه سایر موارد مشابه در شهرستان که در حال اجرا می باشد از قبیل راه اندازی و تجهیز آنژیوگرافی بیمارستان آیت الله طالقانی شهرستان و ساخت راه اندازی چهار پانسیون برای پزشکان بهره برد. در انتها لذا به مجموعه دانشگاهی کل کشور پیشنهاد می گردد از ظرفیت خیرین و شورای شهر، صنایع جهت اجرای پروژه های سلامت محور خود استفاده نمایند.

مقدمه:

میزان مرگ و میر نوزادان یک شاخص مهم عدالت در سلامت به شمار رفته و کاهش آن نشانه ای مهم از برابری و بهره مندی گروه سنی زیر ۲۸ روز از خدمات نظام سلامت است. در این راستا علل عمده مرگ‌های نوزادی، زمینه را برای برنامه‌ریزی صحیح جهت تقویت نظام ارائه خدمات به خصوص در مراقبت دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان (در دوره نوزادی) را فراهم می‌کند؛ لذا تجربه حاضر با هدف تعیین وضعیت موجود عوامل مساعد کننده مرگ و میر نوزادان و طراحی و اجرای راه کارهای کاهش مرگ در دانشگاه تربت حیدریه انجام شده است که با مشخص شدن علل مرگ و میر نوزادان: (نارسی و مشکلات تنفسی و ناهنجاری مادرزادی) راهکارهای به خصوصی برای پیشگیری از زایمان زودرس پیش بینی و اجرا گردید.

در جهت افزایش مراقبتهای پیش بارداری و برطرف نمودن مشکلات مادران و شناسایی و نظارت به مادران پرخطر و پیگیری مراقبتها و مشکلات آنها به ماماها تاکید گردید.

رویداد یا مسئله:

با توجه به این که میزان مورد انتظار مرگ دوره نوزادی به عنوان یک شاخص مهم عدالت در سلامت می بایست کمتر از ۷ در هزار تولد زنده باشد و میانگین کشوری این شاخص حدود ۸.۵ در هزار تولد زنده است. ولیکن این میزان در سال ۱۳۹۶ در دانشگاه تربت حیدریه ۱۰.۲۹ در هزار تولد زنده بود و نسبت به میانگین کشوری و مورد انتظار تفاوت چشم گیری داشت. علاوه بر آن هر چه میزان مرگ دوره نوزادی بالاتر باشد میزان مرگ زیر یک سال و مرگ زیر پنج سال بالاتر است و کاهش مرگ و میر نوزادان کمک بزرگی به افزایش جمعیت می‌کند.

جهت بررسی عوامل مساعد کننده مرگ دوره نوزادی با مرور متون علمی، پرسشنامه‌ای طراحی گردید و روایی و پایایی آن تایید شد، سپس پرسشنامه به سطح مراکز ارسال و جهت هر مورد گزارش فوت نوزاد توسط همکاران مراقب تجزیه و تحلیل گردید. که پس از بررسی از طریق نرم افزار بیشترین علل مرگ و میر: نارسی، مشکلات تنفسی و بعد ناهنجاری مادرزادی مشخص شد

-اطلاع رسانی مصوبات و اقدامات مورد نظر کاهش مرگ دوره نوزادی به مراکز تابعه انجام گردید.

-برگزاری کارگاه‌های آموزشی ویژه گروه هدف والدین به خصوص والدینی که نوزاد نارس آنها از بیمارستان مرخص شده بود که بدانند علائم خطر دوره نوزادی چیست و چگونه در منزل از نظر تنفسی، تهویه، رشد و تکامل، تغذیه از نوزاد خود مراقبت کنند و مراقبت آغوشی برای نوزاد نارس انجام دهند. (حتی آموزش سایر اعضا خانواده در مواردی که مادر نمی تواند فرایند مراقبت را به علت وضعیت خاص جسمانی خود انجام دهد)

-برگزاری کارگاههای آموزشی ویژه زنان ۱۰ تا ۴۹ سال همسر دار در آستانه بارداری و تاکید بر تشکیل پرونده مراقبتهای پیش بارداری که بتوانند با انجام این مراقبتها، بارداری سالم و کم خطری را تجربه کنند.

تقویت نظام ارائه خدمات به مادران باردار جهت کاهش مرگ و میر نوزادان در راستای ارتقا سلامت در سطح دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه

دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه-معاونت بهداشت

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

فاطمه گلریزی

شرح تجربه (نحوه حل مشکل):

پس از تعیین وضعیت موجود و بر آورد شایع ترین علل مرگ و میر دوره نوزادی و شاخص های مراقبت مادری در سطح مناطق تابعه دانشگاه در جهت بالابردن کیفیت خدمات پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان و پیگیری مشکلات مربوطه و توانمندسازی و حساس سازی ارائه دهندگان خدمت و تداوم آموزشهای کارکنان و آموزش آشناری به گروه‌های هدف و پیگیری نوزادان پرخطر از بارزترین فعالیتهای جهت کاهش مرگ و میر نوزادان می باشد که بر اساس نتایج تجزیه و تحلیل پرسشنامه، مداخلات به شرح زیر انجام شد:

-مصاحبه با کارکنان تیم سلامت به تفکیک در سطح تربت حیدریه، زاوه و مه ولات انجام شد و تجربیات آنها نیز در طراحی مداخله اعمال گردید.

- کمیته نظام مراقبت مرگ نوزادان دانشگاهی با حضور معاون بهداشت و متخصص اطفال، کارشناسان مرتبط درمان، آموزش و بهداشت و ارائه راهکارهای پیشنهادی در خصوص کاهش مرگ و میر دوران نوزادی انجام گردید و مصوبات کمیته پیگیری گردید.

- کمیته نظام مراقبت مرگ نوزادان در سطح شهرستان های (زاوه، مه ولات و تربت حیدریه به صورت جداگانه) برگزار گردید.

- مطرح نمودن دلایل مرگ و میر نوزادی به خصوص در مناطق با شیوع بالاتر که در این بررسی مربوط به شهرستان زاوه با ۱۱.۲۷ در هزار تولد زنده بود (که بیشترین علت مرگ در این منطقه نارسی بود و مداخلات لازم نیز انجام گردید).

-افزایش مراقبتهای پیش بارداری از ۳۲.۹۸٪ در سال ۱۳۹۶ به ۵۵٪ در سال ۱۳۹۷ تا مادران بتوانند یک بارداری سالم را تجربه کنند .

-افزایش مراقبتهای دوران بارداری از ۸۴.۵٪ در سال ۱۳۹۶ به ۹۳٪ در سال ۱۳۹۷ رسید تا پیامد های منفی ناشی از بارداری های مراقبت و ویژه را بتوان کنترل کرد.

-افزایش مراقبتهای پس از زایمان از ۷۰٪ در سال ۱۳۹۶ به ۸۸٪ در سال ۱۳۹۷ رسید و آموزش مراقبت از نوزادان پرخطر به مادرانی که نوزاد نارس دارند داده شد.

-آموزش گروه هدف مادران باردار و تشویق آنها برای اینکه در کلاسهای آمادگی زایمان شرکت نموده ، راه کارهای مقابله با عوارض عادی دوران بارداری را شناخته، نشانه های خطر در دوره بارداری را تشخیص داده و به موقع به نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند.

- افزایش بازدیدها و بررسی پرونده های نوزادانی که فوت شده است.

- بررسی وضعیت موجود (علل مرگ و میر در مناطق پر خطر) رسم سیمای مرگ نوزادان جهت توجه به این مورد که در چه مناطقی الگوی مرگ نوزادان در سالهای ۹۶ و ۹۷ ضمن بالا بودن شبیه بوده و به عبارتی هنوز برنامه مداخله ای برای آن طراحی نشده است.

- برگزاری جلسات آموزشی ویژه نوجوانان و جوانان و اهمیت ازدواج سالم، آگاهانه و به موقع در مورد مشکلات و پیامد های ناشی از ازدواج های فامیلی، توجه به عوامل خطر در ازدواج های فامیلی به خصوص وجود یک فرد مبتلا به ناهنجاری مادر زادی و یا دارای درجاتی از عقب ماندگی ذهنی و جسمی تاکید انجام شد.

-کارگاه های آموزشی متناسب جهت همکاران بهورز به خصوص در مناطق پر خطر به دفعات مورد نیاز گذاشته شده و فعالیت همکاران در پیگیری زوجین پر خطر مورد پایش و ارزیابی قرار گرفت.

- طراحی و چاپ پمفلت های آموزشی و توزیع آن در سطح مراکز و خانه های بهداشت و بیمارستانها صورت گرفت .

در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان با تجهیز نمودن بخش و پیگیری داروهای مورد نیاز (مدیریت برای تهیه داروی سورفاکتانت برای نوزادان نارس)، مقیم نمودن پزشک متخصص اطفال در بیمارستان، خرید تجهیزات لازم برای مادران جهت مراقبت آغوشی برای نوزادان نارس، ارجاع به موقع مادران پرخطر به بیمارستان سطح بالاتر برای زایمان انجام گردید.

برگزاری کارگاه های احیا نوزادان و کارگاه های ارتقا بهبود کیفیت جهت پرسنل انجام گردید.

اهمیت تماس پوست به پوست و شیردهی در ساعات اول و مداخلات لازم در خصوص فراهم شدن این فرآیند صورت پذیرفت. (بهره مندی از مزایای تماس پوست با پوست و شیردهی در ساعت اول تولد جان نوزادان را از مرگ نجات می دهد).

آموزش روشهای کمک شیردهی به مادران در بخش برای خوراندن شیردوشیده شدن مادر به شیرخوارانی که نمی توانند مستقیم از مادرشان تغذیه نمایند. (استفاده از فنجان شیردهی و SNS و غیره)

گزارش به صورت روزانه به معاونت بهداشت و کارشناس رابط سلامت برای نوزادان پرخطر که از بیمارستان ترخیص می شوند. سایر فعالیت ها که تقویت گردید عبارت است از:

تقویت مراقبتهای ۵-۳ روزگی و دوران نوزادی و ویزیت پزشک که حداکثر ظرف ۱۰ روز اول انجام گردید.

برگزاری کارگاه احیا و آموزش احیا نوزادان و کمک به تنفس نوزاد به ماما های تسهیلات زایمان و پزشکان و پرستاران و بهورزان هر سال انجام می شود.

آموزش مادران و توانمند سازی والدین برای مراقبت از نوزاد و برگزاری کارگاه برای کارکنان بهداشتی انجام گردید.

برگزاری کارگاه اپیک (ارتقاء مستمر فرآیند های مراقبت سلامت نوزادان) برای کارکنان بهداشتی صورت گرفت و کارکنان بر نامه های مداخله ای مرکز خود را ارائه کردند.

تقویت آموزشهای مادران باردار در زمینه تغذیه با شیر مادر و مضرات شیشه و پستانک انجام شد.

بررسی علل مرگ و میر و راهکارهای پیشگیری از موارد مشابه و ارائه و پی گیری مداخلات می تواند به عنوان بخشی از فعالیت های عمومی جداول تفصیلی علاوه بر فعالیت های اختصاصی (متناسب با وضعیت هر منطقه) مورد استفاده قرار گیرد.

نتایج اجرای تجربه :

تجزیه و تحلیل داده ها بیانگر این بود که شایع ترین علت مرگ نوزادان نرسی، مشکلات تنفسی و ناهنجاری مادرزادی می باشد. به طوری که



از ۸۳ مورد فوت نوزادان ۳۸ مورد نارسى، ۳۰ مورد مشکلات تنفسى و ۸ مورد ناهنجارى مادرزادى و ۷ مورد ساىر علل برآورد شد. همچنين با توجه به اينکه وضعيت سلامت مادري در سلامت جنين و دوره نوزادى نقش ويژه اى دارد وضعيت مادران در اين بررسى شامل موارد زير بود:

وضعيت باردارى مادر	نفر	وضعيت باردارى مادر	نفر
باردارى پنجم و بالاتر	۶	اضافه وزن	۲۴
باردارى همزمان با وسيله پيشگيرى	۱	سن زير ۱۸ سال	۴
سزارين قبلى	۱۴	نفر سن بالای ۳۵ سال	۱۵
حاملگى ناخواسته	۷	ديابت باردارى	۴
پره اکلپسى	۵	ارهاش منفى	۴۶
وزن گيرى نامناسب	۹	اختلال روانى	۱
مصرف دارو	۱	خونريزى غير طبيعى، دکولمان	۴

از ۵۲ مورد فوت نوزاد درسال ۹۷: ۲۹ مورد نارسى - ۱۸ مورد مشکلات تنفسى - ۱۶ مورد ناهنجارى مادرزادى ۹ مورد عفونت ها و ساىر علل

همچنين ميزان مرگ و مير نوزادان تحت تأثير مراقبتهائى دوره باردارى، باردارى، زايمان و پس از زايمان مى باشد که بر اساس پندل اطلاعات سلامت، پوشش مراقبتهائى پيش باردارى ۳۲.۹۸٪، پوشش مراقبتهائى دوران باردارى ۸۴.۵٪ و پوشش مراقبتهائى بعد از زايمان ۷۰٪ برآورد شد.

ميزان شاخص فوت نوزاد در شهرستانهاى دانشگاه تربت حيدريه:

شهرستانها	مواليدزنده ۹۶	مواليدزنده ۹۷	شاخص فوت ۹۶	شاخص فوت ۹۷
تربت حيدريه	۴۳۱۶	۴۳۱۶	۱۰/۶۰	۵/۷۹
مه ولات	۱۱۰۹	۱۹۳۷	۷/۲	۵/۰۲
زاوه	۱۹۵۲	۹۹۶	۱۱/۲۷	۱۱
جمع کل دانشگاه	۸۰۵۹	۷۲۴۹	۱۰/۲۹	۷/۱

پيشهاد حاصل از تجربه:

ارتقاء سواد سلامت و آموزش والدين در مراقبت نوزاد، همچنين ارتقاء آگاهى و مهارت مادران باردار به منزله خود مراقبتى ايشان، انجام مشاورههاى ژنتيک به خصوص در زمان ازدواج و در دوران قبل از باردارى، آگاهى زنان همسر دار ۱۰ تا ۴۹ سال در خصوص اهميت انجام مراقبتهائى پيش باردارى قبل از اقدام به باردارى مى تواند شروع کننده يک باردارى سالم و بدون عوارض و يا با حداقل پيامدهائى منفى باشد. آموزش زوجين در مورد اهميت مراقبت از پيش باردارى و انجام مشاورههاى ژنتيک، آگاه نمودن مادران در مورد مشکلاتى که در طول دوران باردارى براى آن ها پيش آيد از جمله: بيمارى هاى مادر، مشکلات پوسيدگى دندان، مشکلات کمبود يا اضافه وزن و غيره که موجب کاهش تولد نوزاد نارس، ناهنجار و يا حتى مرگ نوزادان گرديد. همچنين با پيگيرى و ارجاع به موقع مادرانى که توسط ارائه دهندگان خدمت صورت گرفت از اين مشکلات پيشگيرى گرديد و صرف بالابردن کيفيت مراقبتهائى دوران باردارى خيلى مهم تلقى گرديد.



مقدمه:

با توجه به اینکه بیمارستانها یکی از انرژی برترین ساختمانهای کشور هستند و این مورد در مورد بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران نیز مشهود بود لذا بر آن شدیم تا با اتخاذ تصمیماتی مناسب نسبت به رفع این مشکل بزرگ اقدامات مناسبی انجام دهیم. از این تصمیم گرفته شد تا ممیزی انرژی در بیمارستان انجام دهیم تا با برداشت دیتاهای مختلف از پوسته ساختمان و تجهیزات مصرف کننده انرژی حرارتی و الکتریکی و تحلیل داده‌های بدست آمده بتوان بهترین راهکارهای قابل استفاده در جهت کاهش مصرف انرژی را انجام داد. با عقد قرارداد با یکی از شرکت های ذیصلاحی در سطح کشور در این حوزه و انجام فرآیند ممیزی در بیمارستان بوعلی سینا ساری شهرستان ساری به عنوان بیمارستان نمونه جهت انجام طرح به صورت پایلوت توانستیم داده‌های ارزشمندی در این خصوص بدست آوریم و همچنین راهکارهای ارزشمندی در این خصوص تجویز شد.

رویداد یا مسئله:

با توجه به مصرف بسیار بالای انرژی الکتریکی و حرارتی در بیمارستانهای سطح استان و بیمارستان نمونه که خود را به صورت رقمهای بسیار بالا در قبوض گاز و برق نشان میدادند و هزینه های سالانه بسیار بالایی را برای بیمارستان ایجاد میکردند و همچنین با افزایش آلاینده‌های زیست محیطی ناشی از خروج آلاینده‌ها از دودکشهای موتورخانه های بیمارستان و مصرف بالای برق مصرفی تجهیزات تأسیساتی، هم افزایش آلودگی زیست محیطی را شاهد بودیم و هم افزایش استهلاک و کاهش عمر تجهیزات به دلیل مصرف بالای انرژی و کاربری بیشتر جهت رسیدن به نقطه مطلوب راندمان. لذا بر آن شدیم تدبیری در جهت کنترل هزینه‌های بالای انرژی دانشگاه در سطح استان اتخاذ کنیم.

ممیزی انرژی مصرفی (حرارتی و الکتریکی) بیمارستان بوعلی سینا ساری به روش تفصیلی و تهیه گزارش جامع مربوطه



دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- معاونت توسعه مدیریت،
منابع و برنامه ریزی - مدیریت
منابع فیزیکی و نظارت بر
طرحهای عمرانی - گروه
تأسیسات مکانیکی

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

(نویسنده اصلی): آقای مهندس محمدرضا صفروپور خالدی

شرح تجربه (نحوه حل مشکل):

با بررسی وضعیت موجود و لزوم اتخاذ تصمیم سریع و صحیح، بر آن شدیم تا از طریق شرکتهای ذیصلاح دارای تأییدیه مصارف انرژی خود را کاهش دهیم. با تحقیقاتی که در این زمینه انجام شد و همچنین دانشهایی که در این زمینه از قبل موجود بود به این نتیجه رسیدیم که قبل از هر اقدامی، می بایست وضعیت موجود ساختمان و تجهیزات را ممیزی کنیم. لذا با تحقیقاتی که در خصوص شرکتهای دارای تأییدیه در سطح کشور داشتیم مقرر شد با یکی از شرکتهای که تجربه خوبی در این زمینه در سطح کشور داشتند وارد مذاکره شویم. سپس شرح خدمات فنی که شرکت میتواند به مجموعه ارائه دهد را دریافت کردیم. در نهایت با توافقی که صورت گرفت با شرکت مربوطه وارد فرآیند عقد قرارداد شدیم. پس از عقد قرارداد، پرسنل متخصص شرکت با هماهنگیهای صورت گرفته وارد بیمارستان شدند و روزانه به برداشت دیتاهای مورد نیاز در خصوص پوسته معماری ساختمانها (شامل سقف، دیوار، پنجره، کف و غیره)، میزان مصرف الکتریکی تجهیزات و مقایسه با میزان استاندارد مربوطه، بررسی مشعلها دیگ های بیمارستان (آب گرم و بخار)، آنالیز دود خروجی از دودکشها و موارد دیگر پرداخته شد. در پایان پس از جمع آوری و تحلیل اطلاعات، گزارش تحلیلی مربوطه در دو قسمت ارائه شد و به راهکارهای پیشنهادی جهت مدیریت مصرف انرژی بیمارستان به تفکیک هر ساختمان اشاره شد. این راهکارها

شامل تنظیم مشعلهای دیگها، پیشنهاد استفاده از سامانه‌های تولید همزمان برق، حرارت و برودت و... بودند. با محاسبات صورت گرفته مشخص گردید در صورت بکارگیری این راهکارها، مقادیر صرفه جویی قابل توجهی در مصرف گاز و برق بیمارستان خواهیم داشت.

نتایج اجرای تجربه:

پروژه ممیزی انرژی به صورت موفقیت آمیز انجام و راهکارهای مختلف جهت مدیریت و اصلاح وضعیت انرژی موجود ارائه شد. مواردی از قبیل نصب سیستم ضد رسوب ساختمان مرکزی و پایون، تعویض / نصب سیستم کنترل مربوط به هواسازها ساختمان مرکزی، نصب فیلم، پنجره ساختمان، عایق کاری سقف، درز بندی ساختمان پایون، نصب اسپلیت و حذف خط لوله ارسال آب سرد به ساختمان انگولوژی، نصب خازن و کنترل دیماندر خریداری شده، جایگزینی بالاست های الکترونیکی ساختمان مرکزی، پایون، اداری و...، اجرای پوشش بازتاب کننده ساختمان مرکزی، پایون، انگولوژی کودکان، اداری و غیره، جایگزینی دیگ و مشعل های استاندارد، جایگزینی سیستم تبرید تراکمی ساختمان مرکزی، نصب سیستم ضد رسوب در ساختمان های درمانگاه، تالاسمی، انگولوژی کودکان، اداری و غیره، حذف نورگیر ساختمان تالاسمی، پتانسیل سنجی استفاده از CCHP و غیره

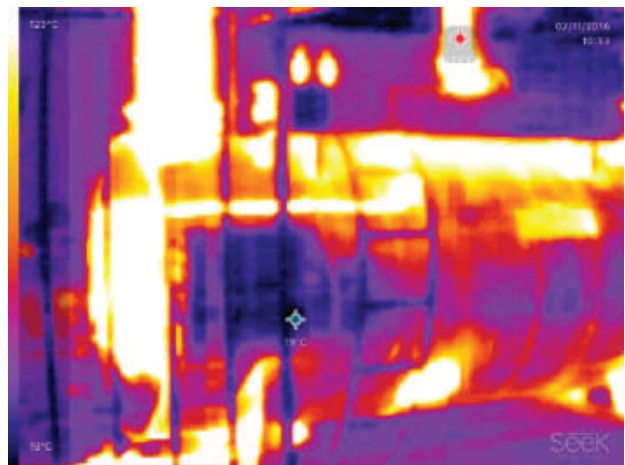
پیشنهاد حاصل از تجربه:

پیشنهاد می شود با ابلاغ یک بخشنامه از سوی وزارت متبوع به همه دانشگاه‌های علوم پزشکی، موضوع ممیزی انرژی الزامی شود تا شاهد صرفه جویی بالای مصرف انرژی در سطح کشور باشیم و همچنین کمک شایانی به کاهش آلودگی زیست محیطی ناشی از خروج آلاینده‌ها از دودکش‌های موتورخانه‌ها و همچنین نیروگاه‌ها باشیم. با انجام یک ممیزی دقیق و اصولی به روش تفصیلی در ساختمانها به خصوص بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی که انرژی برترین ساختمانهای کشور هستند و پس از آن ساختمانهای ستادی، رفاهی، پژوهشی، آموزشی، اداری و غیره می توان صرفه جویی قابل توجهی در مصرف گاز و برق داشت که این موضوع منجر به صرفه جویی بالای هزینه خواهد شد. ضمن اینکه موضوع مدیریت انرژی در سند چشم انداز ۱۴۰۴ نظام جمهوری اسلامی نیز پیش بینی شده است.

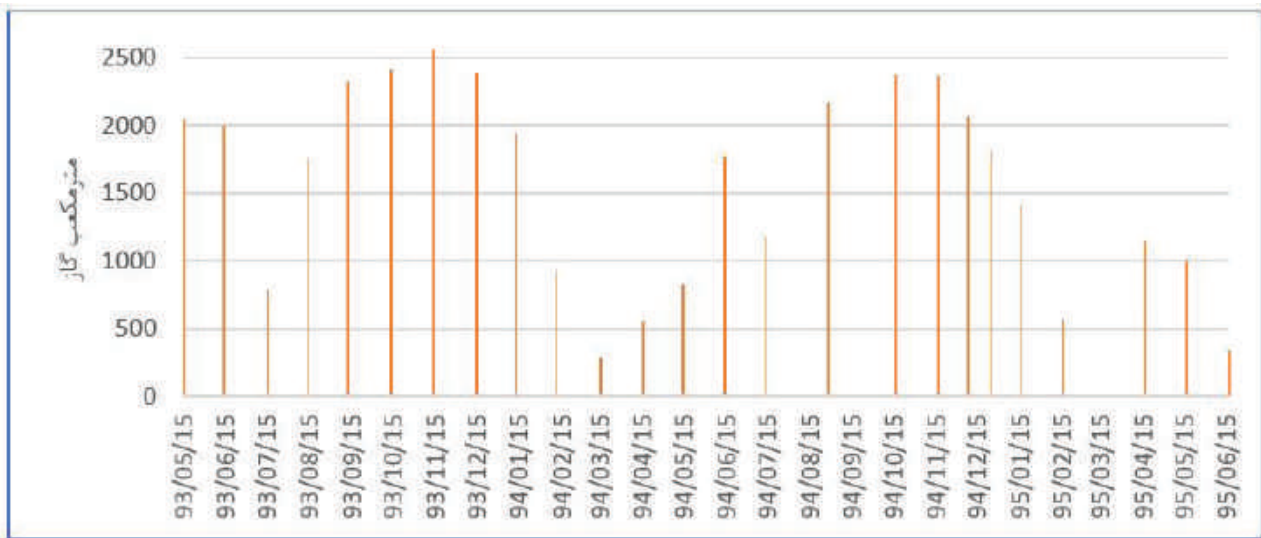
ولی متأسفانه راهکارهای ارائه شده جهت کاهش مصرف انرژی که به تفکیک هر ساختمان ارائه شد و در مجموع مصرف انرژی بیمارستان به طور چشمگیری کاهش پیدا میکرد به دلیل عدم تأمین اعتبار عملی نشد. هزینه پروژه ممیزی انرژی مبلغ ۴۲۵/۰۰۰/۰۰۰ (چهارصد و بیست و پنج میلیون) ریال بود که در مقایسه با صرفه جویی انرژی و متعاقب آن هزینه های جاری انرژی که کاهش چشمگیری خواهد یافت و همچنین افزایش ایمنی و کیفیت سوختن گاز در موتورخانه‌ها و بهبود عملکرد تجهیزات مکانیکی و برقی، رقم بسیار ناچیزی می باشد و اگر محاسبات دقیق هزینه-فایده نیز صورت بگیرد کاملاً سودمند خواهد بود.

جدول ۱- شرایط انرژی‌تیک چیلرهای جذبی و تراکمی موجود

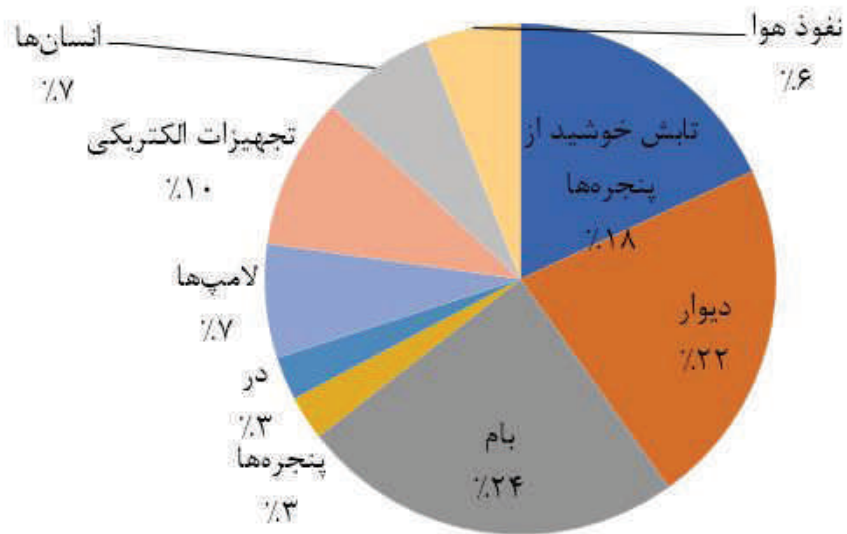
تجهیز	راندمان تبدیل گاز به حرارت	حرارت ورودی به سیستم (کیلووات)	برق ورودی به سیستم (کیلووات)	سرمای تولید شده (کیلووات)	ضریب عملکرد سیستم سرمایش	ضریب تبدیل گاز به سرما
ساختمان مرکزی-چیلر جذبی چپ	۷۸٪	۱۷۵	۲۳	۶۴	۰.۳۲	۰.۲۵
ساختمان مرکزی-چیلر جذبی راست	۷۸٪	۴۴۹	۲۳	۲۱۲	۰.۴۵	۰.۳۵
ساختمان پایون-چیلر تراکمی	-	-	۳۵	۲۶	۰.۷۲	-



شکل ۱- نمای حرارتی و واقعی دیگ بخار (تغییرات دما از ۲۰ الی ۱۲۳ درجه سانتی گراد است)



نمودار ۱- نمودار تغییرات مصرف گاز در طول دو سال اخیر



نمودار ۲- درصد تلفات برودی هر بخش از ساختمان

مقدمه:

طی یک دهه اخیر، افزایش تردد و مراجعه بیماران به مراکز درمانی و بعضاً انتقال ویروس و عفونت های بیمارستان به علت مراجعات مکرر و صرف هزینه های زیاد برای اخذ مستندات و تصاویر پرونده پزشکی ذینفعان مستلزم اتخاذ تصمیماتی در جهت رفع چنین مشکلاتی است و از آنجا که در راستای تحقق دولت الکترونیک و طرح تکریم ارباب رجوع، کلیه بیمارستان ها موظف به اسکن پرونده پزشکی بیماران هستند و این امر در ۱۰۰ درصد مراکز درمانی انجام می شود ، با مدیریت صحیح و استفاده از امکانات سازمان و پس از اتخاذ تمهیدات و طراحی فرایندهای اصلاحی، امکان ارسال الکترونیک پرونده پزشکی بیمار به سازمان هایی از قبیل پزشکی قانونی مهیا گردید که این امر ضروری و مهم در کل استان یزد به صورت پایلوت اجرا گردید. با توجه به اینکه اجرای این طرح نتایج بسیار قابل قبولی را داشت بهره برداری از این تجربه می تواند آموزه های ارزشمندی در سازمانهای دولتی و خصوصی به دنبال داشته باشد.

رویداد یا مسئله:

مدتها بود که بیماران برای گرفتن تصویر پرونده پزشکی خود و انجام امور مربوط به معاینات پزشکی قانونی دچار مشکلات بسیاری زیادی بودند از جمله رفت و آمد بین سازمانی و در برخی موارد طی کردن مسافت های طولانی از شهری به شهر دیگر ، این امر دشواری های خاص خود از قبیل صرف هزینه های زیاد برای تردد، معطل ماندن در ترافیک شهری و اتلاف وقت در واحد های مختلف بیمارستان (۶ الی ۷ ساعت) و هزینه قابل توجه تکثیر را برای بیماران به همراه داشته بود. البته طبق گزارشات واصله هنگامی که مراجعین به بیمارستان مراجعه می کردند، با توجه به آلوده بودن بیمارستان مخصوصاً در دوران کرونا، بعضاً دچار عفونت های بیمارستانی شده و انتقال ویروس بین مراجعین به اوج خود رسیده بود. شایان ذکر است در برخی موارد افراد سودجو برای افزایش مبلغ دیه، مستندات و تصاویر پرونده را جعل و یا مخدوش می نمودند. مصرف بی رویه کاغذ هم با تحمیل هزینه های گزاف و پیامدهای زیست محیطی که از خود بجای می گذاشت مضاف بر علت بود تا به فکر چاره ای برای این معطل در سیستم باشیم

راه اندازی سامانه ارسال الکترونیک پرونده پزشکی بیماران از طریق اتوماسیون اداری به منظور افزایش رضایتمندی مراجعان و توسعه دولت الکترونیک



دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد - معاونت درمان - مرکز تحقیقات و فناوری

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

جناب آقای مهدی دشتی، واحد ترخیص



شرح تجربه :

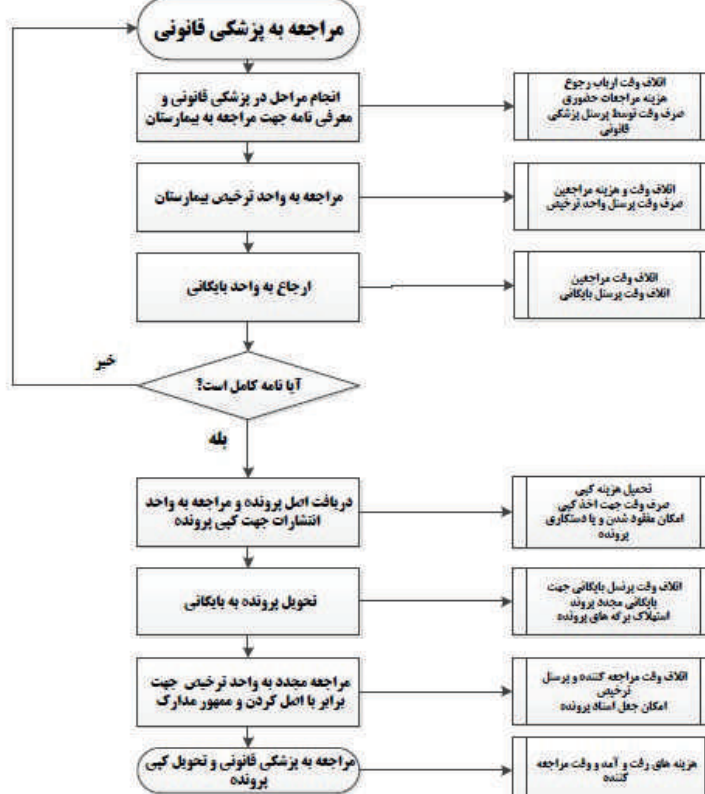
ها برای سازمان برقرار شود که در هر زمان مدرکی را نیاز داشتند به راحتی و در اختیار داشتن یوزر و پسورد بتوانند به آن دسترسی داشته باشند. از آنجایی که حریم خصوصی بیمار در این پیشنهاد رعایت نمی شد مورد توافق قرار نگرفت. در نهایت تصمیم بر این شد که همان رویه‌ای که به صورت دستی و در حال حاضر انجام می شود عینا به الکترونیک تبدیل شود .

اولین اقدام برای رفع مشکل، رایزنی، هماهنگی و بحث و تبادل نظر میان دو سازمان بود (سازمان پزشک قانونی و وزارت بهداشت) با رایزنی های فراوان و برگزاری جلسات متعدد فی مابین مدیران IT هر دو سازمان پیشنهادات مختلفی مطرح شد. از جمله پیشنهادات که از طرف پزشکی قانونی مطرح شد این بود که دسترسی کامل به نرم افزار HIS بیمارستان

فرآیند درخواست پرونده ترافیکی بصورت الکترونیکی



فرآیند درخواست پرونده ترافیکی از بیمارستان بصورت حضوری



معایب

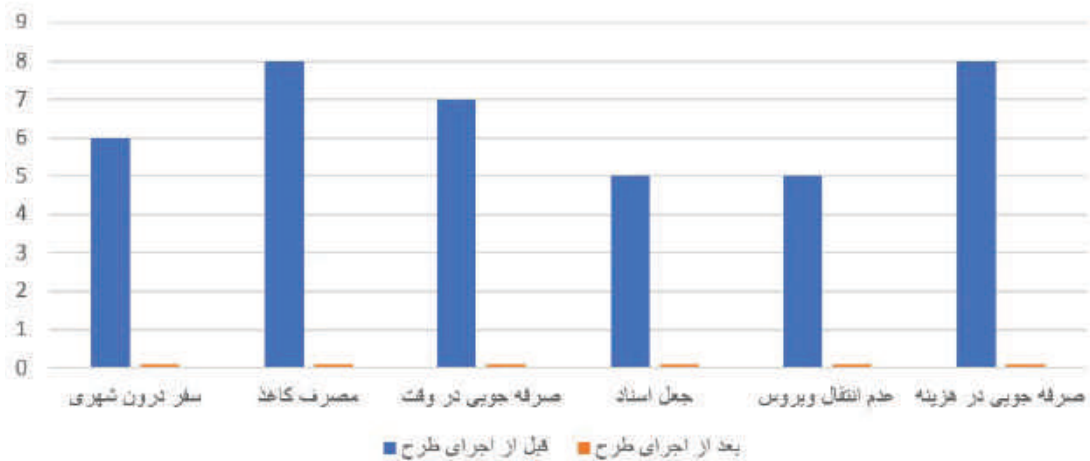
- الکترونیک بین دو سازمان انتقال پیدا کرده است. که این امر باعث کاهش ۴۰ هزار سفر درون شهری و در نتیجه کاهش مصرف سوخت به میزان ۲۴۰ هزار لیتر در سال شده است.
- جلوگیری از مصرف روز افزون کاغذ قبل از اجرای طرح مصرف کاغذ حدود ۲۰۰ هزار برگ در سال بوده است که بعد از اجرای آن به صفر رسیده است.
- جلوگیری از اتلاف وقت و تکریم ارباب رجوع قبل از اجرای طرح میانگین اتلاف وقت مراجعین حدود ۴ الی ۵ ساعت محاسبه شده بود که بعد از اجرای طرح به صفر رسیده است.
- جلوگیری از جعل اسناد و کلاه برداری قبل از اجرای طرح طبق گزارشات واصله حدود ۱۰ درصد از مستندات پرونده ها توسط جااعلان برای بالا بردن مبلغ دیه تغییر پیدا می کرد که بعد از اجرای طرح این عدد به صفر رسیده است.
- جلوگیری از انتقال ویروس و عفونت های بیمارستانی هنگام مراجعه ارباب رجوع به بیمارستان
- صرفه جویی در هزینه (مردم و دولت)
- عدم پرداخت هزینه بابت گرفتن تصویر پرونده ، جلوگیری از قطع درختان به میزان ۱۰ اصله .

چالش بعدی پیش رو، راه اندازی سامانه برای ارتباط بین دو سازمان بود. با توجه به اینکه راه اندازی سامانه‌ای به این وسعت زمان بر و مستلزم هزینه سرسام آوری بود، توصیه شد از سامانه ها و یا نرم افزارهای موجود در دانشگاه های علوم پزشکی استفاده شود ، در آخر و با تصمیمی جمعی از مدیران، قرار بر این شد از اتوماسیون اداری دانشگاه علوم پزشکی بهره گیری ، و از طریق ارتباط داخلی (اینترانت) این مهم به سرانجام رسید این راه حل و تجربه از آنجایی که در هیچ کجای کشور تا این لحظه انجام نشده بود نوآورانه بود . در ابتدای راه اندازی با مشکلاتی از قبیل حجم بالای پرونده ها روبرو بودیم. اتوماسیون اداری توانایی ارسال حجم بالای داده را نداشت که این مشکل با بهره گیری از تجارب متخصصین IT و با استفاده از نرم افزارهای مختلف، حجم داده ها کاهش یافته و در بعضی موارد با ارسال مقطعی این مشکل هم به یاری خداوند حل شد.

نتایج اجرای تجربه :

- جلوگیری از رفت و آمد بیماران و مراجعین از پزشک قانونی به بیمارستان و بالعکس
- کاهش ترافیک-کاهش مصرف سوخت-کاهش آلودگی هوا
- طبق برآورد انجام شده ۲۰ هزار پرونده در استان یزد به صورت

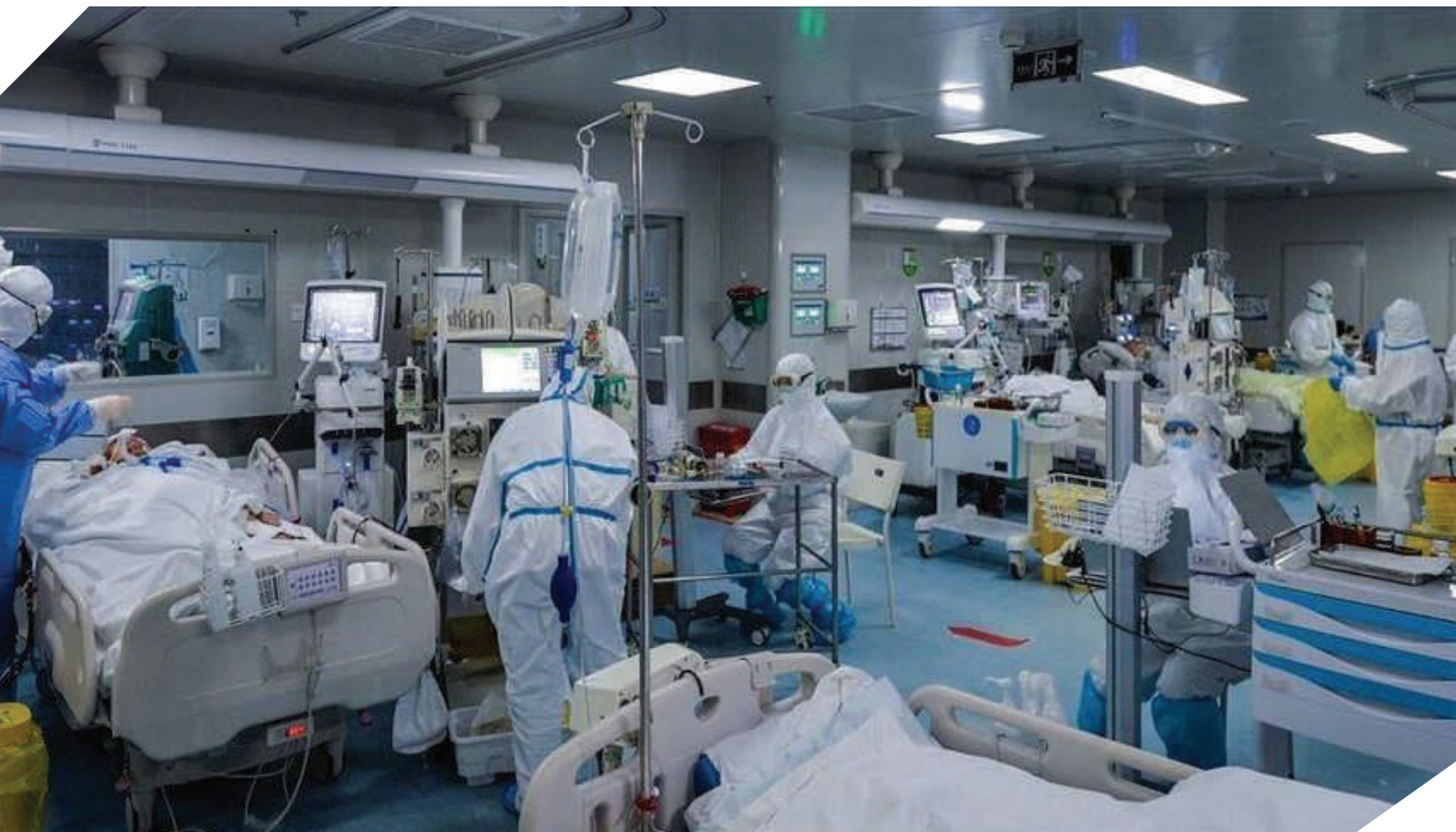
نتایج اجرای تجربه



پیشنهاد حاصل از تجربه:

در وزارت بهداشت موجود می باشد و حدود ۱۱ هزار بیمارستان در سطح کشور به آن متصل می باشد استفاده و این پروژه در کل کشور اجرایی شود. شایان ذکر است بیمه های تکمیلی برای برآورد هزینه نیاز به گرفتن تصویر پرونده دارند که با راه اندازی سامانه مذکور می توان سازمان بیمه تکمیلی را به این سامانه متصل و از مزایای آن استفاده کرد.

این طرح در کل استان یزد و ۲۰ بیمارستان اعم از خصوصی و دولتی به صورت پایلوت اجرا شده است و رضایت ۱۰۰ درصدی ارباب رجوع، کارمندان و پزشکان را در پی داشته است. از زمان راه اندازی تا کنون حدود ۲۰ هزار پرونده به صورت الکترونیک ارسال شده است. لازم به ذکر است این پروژه میلیاردها ریال صرف جویی اقتصادی هم برای دولت و هم مردم داشته است. پیشنهاد می شود با توجه به نتایج قابل توجه طرح، از سامانه یکپارچه که



مقدمه:

تأمین سلامت مادر باردار به عنوان شاخص سلامت جوامع همواره مورد تأکید می‌باشد و شناسایی به موقع مادر باردار نیازمند مراقبت ویژه، در پیشگیری از موربیدیت و مورتالیتی، بسیار اهمیت دارد در زمان مراجعه مادر به بیمارستان جهت ختم بارداری، اخذ تاریخچه بارداری و شرح حال و اطلاع دقیق از سوابق درمانی مادر در ارائه به موقع خدمات نقش به سزایی دارد و به دلیل استرس و ترس مادر، گاهی اطلاعات مهم از جمله سابقه بیماری، جراحی یا کاندید خونگیری از بند ناف جهت ارسال به بانک خون بندناف، بیان نشده و در واقع پرسنل بی اطلاع می‌مانند.

از این رو به پیشنهاد مسئول مامایی درمان، سامانه ای تحت عنوان مادران پر خطر (نیازمند مراقبت ویژه) توسط اداره آمار و فناوری در پورتال اصلی دانشگاه رفسنجان راه اندازی گردید. و این سامانه که با سیستم الکترونیکی اطلاعات بیمارستانها لینک شده و با نام کاربری و پسورد اختصاصی در اختیار ماماها و مراقبین سلامت مراکز بهداشتی شهری و روستایی و مرکز کوهورت (جهت ثبت مشخصات متقاضیان نمونه گیری از خون بندناف) قرار گرفته و مشخصات هر مادر بارداری با علائم پر خطر یا در معرض خطر ثبت می‌گردد همچنین در راستای رضایتمندی والدین متقاضی نمونه گیری و ارسال خون بند ناف این سامانه برای این فرآیند نیز تعریف گردید. زمان مراجعه و بستری مادر در بیمارستان، در واحد پذیرش با ثبت کدملی در HIS در معرض خطر بودن مادر یا کاندید خونگیری از بند ناف مشخص می‌گردد.

رویداد یا مسئله:

یک از مسائل اساسی مادران باردار در خلال حاملگی حفظ سلامت مادر و جنین است. شناسایی هر چه زودتر گروه پر خطر، از مهمترین اقدامات در مراقبت‌های زایمان بشمار می‌آید. حاملگی زمانی پرخطر محسوب می‌گردد که طی آن مادر، جنین یا نوزاد بیشتر از حد معمول در معرض خطر مرگ، معلولیت و یا بیماری قرار گیرند. باتوجه به اینکه سیستم HIS با سامانه سیب مراکز بهداشتی در ارتباط نبود و هنگام مراجعه مادر باردار به دلیل عدم ارتباط با مراکز بهداشتی علی‌رغم ثبت در سامانه سیب اطلاعات مربوطه قابل دسترسی در سیستم بیمارستان نبود نتیجه آن عدم شناسایی به موقع مادر نیازمند مراقبت ویژه همچنین مادر کاندید نمونه گیری خون بند ناف بود. براین اساس برای حل مسئله و کمک به تریاژ صحیح، سامانه مادر نیازمند مراقبت ویژه (مادر پرخطر) به انضمام مادر کاندید خونگیری از بند ناف طراحی شد.

نتایج اجرای تجربه:

شناسایی مادران پر خطر یا در معرض خطر قطعاً از بروز عوارض شدید بارداری پیشگیری می‌کند و منجر به ارتقای شاخص سلامت مادر می‌شود. همچنین نمونه‌گیری از بندناف در شرایط صحیح و به موقع توسط کادر مجرب و آموزش دیده و ارسال به بانک مرکز خون بند ناف (در محل شهر تهران) انجام و منجر به اطمینان خاطر والدین گردید. شایان ذکر است از سلول‌های بنیادی موجود در بند ناف می‌توان بسیاری بیماری‌های صعب‌العلاج را در نزدیکان نوزاد و یا همچنین افرادی که این نمونه با آنها هماهنگی دارد استفاده شود که موفقیتی بزرگ در امر سلامت و درمان است.

مخاطبان، کاربران و موارد کاربرد این تجربه:

مادران باردار و ماماها و مراقبین سلامت مراکز بهداشتی، پرسنل واحد پذیرش و مامایی بیمارستان

راه اندازی بانک اطلاعاتی مادران باردار
نیازمند مراقبت ویژه و کاندید نگهداری
نمونه خون بند ناف از طریق سامانه ثبت
مادران پر خطر به منظور دسترسی آسان و
سریع به اطلاعات در مراکز بهداشتی درمانی

دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه:

دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

نام و نام خانوادگی اعضای تیم تجربه:

فروزنده شعبانی حمید آبادی، معاونت درمان

هادی منصورآبادی، واحد فناوری اطلاعات (IT)

وحیده بمانادی پاریزی، اداره آمار و فناوری اطلاعات

شرح تجربه (نحوه حل مشکل):

- در سال ۱۳۹۸ سامانه با عنوان مادران پر خطر به پیشنهاد مسئول مامایی درمان و طراحی واحد فناوری اطلاعات، راه اندازی و اجرا گردید.
- جدولی متشکل از فیلدهای مشخصات مادر، وضعیت مادر، درخواست نگهداری نمونه و غیره ایجاد شد.
- نام کاربری و پسورد اختصاصی جهت دسترسی به این صفحه و ثبت اطلاعات مادران به تفکیک، در اختیار مراکز بهداشتی قرار گرفت.
- پس از آن مرکز کوهورت و مراکز بهداشت نیز آمادگی خود را برای ثبت اطلاعات مراجعه کننده های باردار این مرکز اعلام و کاربری جداگانه ای برای این مرکز نیز ساخته شد.
- پس از ثبت اطلاعات در این جداول، اطلاعات از طریق تریگر (Trigger) به جداول HIS اضافه می‌گردند.
- در تمامی مراکز درمانی شهر، به محض وارد نمودن کد ملی مادر در سیستم HIS در صورت پرخطر بودن یا مراجعه به واحد کوهورت در زمان بارداری، واژه‌ها به رنگ قرمز در سیستم مشخص می‌گردد.
- هنگام مراجعه مادر باردار به بیمارستان و با ایجاد پرونده در HIS وضعیت مادر در صفحه اول پرونده واژه‌ها درج گردد.
- با این روش هم مادر نیازمند مراقبت ویژه در هر زمان در طول بارداری که به مراکز درمانی مراجعه کنند پرسنل مرکز متوجه شرایط ویژه مادر شده و اقدامات لازم سریعتر انجام می‌پذیرد که ضریب تأمین سلامت مادر و جنین بالا می‌رود و هم زمان طلایی برای نمونه گیری از دست نرفته و رضایت مادر را در بر خواهد داشت.
- در آخر نمونه در بانک خون نگهداری می‌شود که یک بانک کامل از سلول‌های بنیادی است و هم تحقیقاتی بر روی نمونه‌ها انجام می‌شود که می‌توان امیدوار بود راهی برای درمان بیماری‌های صعب‌العلاج آینده باشند.

پیشنهاد ها و توصیه های حاصل از تجربه:

راه اندازی سامانه هایی از این دست تا زمان لینک شدن سامانه سبب حوزه بهداشت به سامانه های بیمارستانی حوزه درمان بسیار اهمیت دارد. پیشنهاد می شود سامانه ساده و با تعداد فیلدهای کم طراحی شود که هم عملیات ثبت سریع تر انجام شود و هم انتقال به جداول HIS به سهولت انجام شود.

زمان و محل وقوع تجربه:

از سال ۱۳۹۸ تا کنون، مراکز بهداشتی و مرکز کوهورت

پیوست ها :

مرکز کوهورت در معرض خطر		دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی رفسنجان مرکز آموزشی درمانی نیک نفس		Unit No: شماره پرونده 1-79-79	
RECORD OF HOSP سابقه بستری شدن:		برگ پذیرش و خلاصه ترخیص Admission and Discharge Summary Sheet		73,613 ردیف پذیرش	
1 دفعات بستری :					
نام خانوادگی: FAMILY NAME نام: NAME نام پدر: FATHER NAME جنس: SEX وضعیت تاهل: MARITAL STATUS کد ملی: 10	زن متأهل	سن: AGE ۳۵ سال مذهب: RELIGION مسلمان	محل تولد: PLACE OF BIRTH رفسنجان	تاریخ تولد: DATE OF BIRTH 13/11/13	
آدرس و تلفن: ADDRESS & PHONE NUMBER آدرس: رفسنجان - بلوار امام حد - همراه - تلفن: ۰۳۴۰۰۰۰۰۰۰۰ / ۸		همراه یا معرفی بیمار: ACCOMPANIED BY OR REFERED: زن - ۱۱		همراه بیمار: ADDRESS & PHONE: کد ملی: ۰۳۴۳۴۲۴۳۲۷۸ - ۲۳	
تاریخ پذیرش: DATE: 1398/11/23	بخش: WARD: زنان یک	پزشک معالج: ADMITTING PHYSICIAN: دکتر آزاده ابراهیمی 124296	تاریخ ترخیص: DATE: 1398/11/23	ساعت پذیرش: TIME: 13:53	ساعت ترخیص: DISCHARGE TIME: ساعت
نوع پذیرش: KIND OF ADM: بستری		به مرکز انتقالی: INFORMED OF POLICE CENTER. بدون نیاز به تماس با مرکز انتظامی		نوع بیمه: INSURANCE: تامین اجتماعی خانی	
تاریخ انتقال: TRANSFER DATE از بخش: FROM WARD: به بخش: TO WARD: به بیمارستان: TO HOSPITAL:					

مشاهده رکوردهای مادران بر خطر

مشاهده رکوردهای مادران بر خطر - مرکز کوهورت

معرفی بیمارستان | بخش ها | معاونین | معرفی پزشکان | راهنمای بیمار

خروجی اکسل

نمایش محتویات ۱۰

جستجو:

#	نام و نام خانوادگی مادر	کد ملی/شماره کارت مادر	تشخیص	ارجاع از:
18	میرزا...	۰۳۴۰۰۰۰۰۰۰۰	نمونه خون بندناف	مرکز کوهورت
17	کارگر...	۰۳۴۰۰۰۰۰۰۰۰	نمونه خون بندناف	مرکز کوهورت
16	...	۰۳۴۰۰۰۰۰۰۰۰	نمونه خون بندناف	مرکز کوهورت
15	...	۰۳۴۰۰۰۰۰۰۰۰	نمونه خون بندناف	مرکز کوهورت
14	زریجه...	۰۳۴۰۰۰۰۰۰۰۰	نمونه خون بندناف	مرکز کوهورت
13	ازین...	۰۳۴۰۰۰۰۰۰۰۰	نمونه خون بندناف	مرکز کوهورت
12	فاطمه...	۰۳۴۰۰۰۰۰۰۰۰	نمونه خون بندناف	مرکز کوهورت
11	...	۰۳۴۰۰۰۰۰۰۰۰	نمونه خون بندناف	مرکز کوهورت

ثبت-مادران-پر-خطر-مرکز-کوهپورت | allebn.rums.ac.ir

معرفی بیمارستان | بخش‌ها | معاونین | معرفی پزشکان | راهنمای بیمار

صفحه اصلی > ثبت مادران پر خطر > ثبت مادران پر خطر مرکز کوهپورت

نام و نام خانوادگی مادر

کد ملی/شماره کارت مادر

تشخیص

ارجاع از: مرکز کوهپورت

وضعیت

تاریخ ثبت فرم

عبارت امنیتی را در کادر روبرو وارد کنید.

در معرض خطر | پر خطر

Captcha

خروجی اکسل

نمایش محتویات: ۱۰

#	نام و نام خانوادگی مادر	کد ملی/شماره کارت مادر	تشخیص	ارجاع از:
+	جستجو نام و نام خانوادگی مادر	جستجو کد ملی/شماره کارت مادر	جستجو تشخیص	جستجو ارجاع از:
۵۱+	ی	۲	اعصاب و روان	خانه بهداشت لطف آباد
۵۰+	بیانی	۳۰۴	سابقه ی سقط مکرر	خانه بهداشت رضا آباد
۴۹+	هادی	۳۰۱	اعصاب و روان	خانه بهداشت عباس آباد آقا غفور
۴۸+	زاده	۳۰۴	اعصاب و روان	خانه بهداشت لطف آباد
۴۷+	ی	۳۰	سابقه ی سقط مکرر و سابقه ی حاملگی خارج از رحم	خانه بهداشت لطف آباد
۴۶+		۳۰۴	اعصاب و روان	خانه بهداشت عباس آباد آقا غفور
۴۵+		۳۰	سابقه سقط مکرر	خانه بهداشت لطف آباد

بخش سوم: پیشنهادهای کاربردی و ایده‌های خلاقانه



این بخش با هدف به اشتراک گذاری پیشنهادات کاربردی و ایده‌های خلاقانه کارکنان مجموعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با اولویت پیشنهادها و ایده‌های مربوط به حوزه های اداری وزارت بهداشت تدوین شده است.

مقدمه:

یکی از مهمترین نیازها و دغدغه‌های بشر که از ابتدا تاکنون همواره وجود داشته، حوزه سلامت و ارتقاء سطح خدمات آن می‌باشد. بر همین اساس، یکی از بزرگترین مأموریت‌های سپرده‌شده از سوی دولت محترم به وزارت بهداشت، تامین خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت، ایمن، اثربخش و تا حد ممکن مقرون به صرفه قلمداد می‌گردد. تجربه بهداشت و درمان مدرن، حاکی از بهبود سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی افراد جامعه بوده است. امروزه در عصر تحول دیجیتال دیگر راهکارهای سنتی جوابگوی نیازهای حوزه‌ی درمان نیست و می‌توان با استفاده از راه‌حل‌های بر خاسته از داده و تحلیل آنها، کارایی و اثربخشی در حوزه‌ی نظارت بر درمان را به صورت قابل توجهی ارتقاء بخشید. عصری که از آن به دوره‌ی "فراگیری خدمات درمانی با استفاده از بستر تحول دیجیتال" یاد می‌شود.

در حال حاضر، یکی از چالش‌های موجود در مجموعه‌های تحت نظارت واحد درمان، عدم حذف مراودات کاغذی با مجموعه‌های تحت نظارت می‌باشد که در شرایط حاد کرونایی این موضوع بیش از پیش خود را نمایان ساخته است. ارزیابی عملکرد مجموعه‌های تحت نظارت واحد درمان نیز صرفاً از طریق بررسی شاخص‌های از پیش تعیین شده و کاغذی عملیاتی می‌گردد. در مستند مذکور شیوه‌ای مدرن برای نظارت بر حوزه‌ی درمان پیشنهاد شده است که علاوه بر پوشش ضعف‌های فعلی، به ارتقاء سطح نظارت بر حوزه‌ی درمان، کمک شایانی نماید.

روش فعلی ارزیابی مجموعه‌های تحت نظارت واحد درمان:

در حال حاضر جهت ارزیابی و نظارت بر مجموعه‌های تحت نظارت واحد درمان، ارزیابی به صورت مراجعه حضوری و به صورت پرونده کاغذی صورت می‌گیرد. بالتبع این موضوع، پرونده‌های مجموعه‌های مربوطه به صورت کاغذی است. در نهایت آمار مذکور به صورت دستی و توسط یکی از پرسنل واحد درمان در سیستم کامپیوتری مرکز نظارت بر درمان وارد می‌شود.

اشکالات و مسائل روش ارزیابی فعلی:

چالش‌ها، تنگناها و مشکلات روش ارزیابی فعلی مجموعه‌های تحت نظارت واحد درمان به طور کلی به گروه‌های ذیل دسته‌بندی گردید:

- سنجش عملکرد به صورت کاغذی
- وجود پرونده‌های کاغذی برای هر مجموعه‌ی تحت نظارت (عدم وجود پرونده الکترونیکی)
- وقت گیری زیاد برای درج اطلاعات از کاغذ به سیستم توسط پرسنل واحد درمان
- امکان اشتباه در مرحله وارد کردن داده‌ها و آمارها از پرونده کاغذی به سیستم و سخت بودن شناسایی ایرادات
- تصمیم‌گیری بر اساس اطلاعات درج شده در سیستم که احتمال خطا در آن وجود دارد.
- عدم وجود سامانه‌ای الکترونیکی جهت استفاده از فناوری روز نظیر داشبورد جهت جمع‌بندی نتایج و تحلیل داده‌ها (Business Intelligence)
- عدم امکان استفاده از داده‌های تاریخی و بالتبع آن ایجاد سامانه پروفایلینگ برای مجموعه‌های تحت نظارت واحد درمان

ارزیابی الکترونیکی عملکرد مجموعه‌های تحت نظارت واحد درمان و استفاده از سامانه‌های مدیریتی و آماری

دانشگاه و واحد ارائه دهنده ایده:

دانشگاه علوم پزشکی تهران - معاونت توسعه مدیریت و منابع - امور مالی

نام و نام خانوادگی اعضای تیم ارائه ایده:

سرکار خانم فاطمه مهدوی راد، واحد درمان سوء مصرف مواد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه:

امروزه از اساسی‌ترین مشکلات بشر می‌توان به دفع زباله و نابودی زیست بوم‌ها اشاره کرد و از طرفی هزینه حمل و نقل و منهدم کردن زباله‌ها از جمله زباله‌های بیمارستان بار هزینه‌ای زیادی برای دولت به ارمغان آورده است. مصرف ماسک در دوره اپیدمی کرونا رشد چندین برابری داشته و با توجه به بار ویروسی ماسک‌های استفاده شده و هزینه‌های بالای بی‌خطر سازی و مشکلات زیست محیطی، ساخت و استفاده از ماسک تجزیه پذیر در طبیعت با استفاده از مواد گیاهی راه حلی است که می‌توان مشکلات مربوطه را کاهش داد. عموم افراد، روزانه حداقل یک ماسک استفاده می‌کنند و بعضی از افراد روزانه بیشتر از این تعداد ماسک مصرف می‌کنند. در حال حاضر با توجه به گذر از پیک اپیدمی کرونا، اهمیت ماسک در پیشگیری از بیماری‌های واگیردار (مانند کووید ۱۹، آبله میمون، آنفولانزا، پتومونی و غیره) افزایش یافته، سطح آگاهی مردم بیشتر شده و مصرف ماسک افزایش چشمگیری خواهد داشت. هم چنین افرادی که در معرض بیماری‌های تنفسی و آلودگی هوا قرار دارند قادر به استفاده از این ماسک می‌باشند. با توجه به مزیت‌های رقابتی محصول و قابلیت‌های آن، توجه عموم مردم به استفاده از ماسک جلب خواهد شد.

اشکالات و مسائل فعلی:

از اساسی‌ترین مشکلات موجود در حیطه بهداشت محیط، نظارت بر بی‌خطر سازی و دفن بهداشتی پسماند‌های عفونی می‌باشد که هر چه میزان این پسماند بیشتر شود، هزینه‌های مربوط به بی‌خطر سازی و مشکلات زیست محیطی افزایش می‌یابد.

بر اساس برآورد برنامه‌های محیط زیست سازمان ملل (UNEP) در سال قبل حدود ۴۰ میلیارد دلار صرف هزینه‌های جمع‌آوری، معدوم کردن ماسک و سایر زباله‌های مربوط به همه‌گیری شده است. از آغاز اپیدمی کرونا ماسک‌های یکبار مصرف و چند بار مصرف، قسمت عمده‌ای از پسماندها را تشکیل می‌دهند که با توجه به بار ویروسی این ماسک‌ها باید طبق دستورالعمل وزارت بهداشت جهانی (WHO) بی‌خطر سازی شوند. افزایش ۱۳۷ برابری تولید ماسک در سال ۹۹ و تولید روزانه ۱۷ میلیون ماسک سه لایه در کشور می‌تواند به ما در برآورد پسماند تولید شده کمک کند.

سالانه حدود ۶,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ماسک سه لایه در کشور مصرف می‌شود و این فقط بخشی از مصرف ماسک در کشور ما است و آمار بقیه ماسک‌ها در نظر گرفته نشده است. کاملاً واضح است که زباله‌های حاصل از این حجم ماسک بعد از بی‌خطر سازی در طبیعت دفن می‌شود و با توجه به مواد تجزیه ناپذیر مورد استفاده در این ماسک‌ها، آسیب جدی به طبیعت وارد می‌کنند. بنابراین این طرح می‌تواند بار مالی زیادی را از هزینه‌های دولت کم کند و در عین کارایی، دوستدار محیط زیست است.

شرح روش پیشنهادی:

با توجه به اپیدمی کرونا و تولید زیاد ماسک و عدم تجزیه پذیر بودن این ماسک‌ها، تاثیر بر محیط زیست و تجمع پسماند، ساخت ماسک تجزیه پذیر می‌تواند این مسائل را حل کند. موادی که در ساخت این ماسک به کار می‌روند کاملاً طبیعی و تجزیه پذیر می‌باشند.

در ساخت این ماسک از کلروفیل استفاده می‌شود که موجب تولید اکسیژن می‌شود و برای بیماری‌هایی که به تنگی نفس مبتلا هستند، مفید می‌باشد هم چنین موجب کاهش هایپوکسی و سردرد ناشی از آن می‌شود. هم چنین از پوسته و ساقه ذرت استفاده می‌شود که منعطف و مقاوم در برابر اشعه ماورا بنفش می‌باشد و از پوست در برابر اشعه ماورا بنفش محافظت می‌کند. می‌توان در بین لایه ماسک یک عدد دانه ریز گیاهی با ابعاد کوچک قرار داد که بعد از دفن در خاک، در شرایط مناسب موجب کاشت درخت شود

ساخت ماسک تجزیه پذیر، راهی برای نجات طبیعت



دانشگاه و واحد ارائه دهنده پیشنهاد:

دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

نام و نام خانوادگی اعضای تیم ارائه پیشنهاد:

سرکار خانم زهرا فتاحیان

کلینشادرخی، واحد بهداشت محیط و حرفه‌ای بیمارستان

امام سجاد (ع) کوه‌رنگ



و به محیط زیست و بهداشت هوا کمک کند. هم چنین برای افزایش ایمنی می توان تعداد لایه ماسک را افزایش داد و از فناوری نانو نیز استفاده نمود. هم چنین بدلیل استفاده از مواد گیاهی در ساخت ماسک، ضد رطوبت و ضد باکتری می باشد بنابراین عوارض پوستی و حساسیت نداشته و ضد آکنه و جوش های پوستی می باشد.

تولید ماسک تجزیه پذیر موجب کاهش عوارض پوستی ناشی از ماسک ها (خشکی پوست، جوش، آلرژی و غیره) با استفاده از مواد گیاهی به کار رفته، کاهش انتقال بیماری ها از طریق پسماند ماسک (نسبت به ماسک معمولی)، کاهش مصرف مواد نفتی، کاهش هزینه های مربوط به دفن پسماند، قابلیت تولید کمپوست از پسماند ماسک، عدم آسیب به محیط زیست و تجزیه پذیر بودن (هر ماسک استفاده شده مساوی است با کاشت یک درخت)، مواد اولیه به نسبت ارزان و در دسترس، بند با قابلیت تغییر سایز و حفظ تمامیت پوست پشت گوش، محافظت از پوست در برابر اشعه ماورای بنفش اشاره کرد. هم چنین می توان از این ماسک برای بیماران دارای مشکلات تنفسی و کرونایی هم با کاربرد شیرین بیان، نعنا و زوفا که موجب بهبود عملکرد دستگاه تنفسی می شود، استفاده شود. هم چنین می توان برای بخار نکردن عینک در افراد عینکی، دوروش وجود دارد: ۱. لایه درونی ماسک حالت جاذب داشته و بخار آب اضافی را جذب کند. ۲. حالت ژلاتینی ضد حساسیت روی بینی تعبیه شود که با تفاوت دما، بخار از کناره های بینی خارج نشود. برای ضد رطوبت کردن ماسک می توان از فناوری نانو یا اسیدهای چرب گیاهی استفاده شود.

هدف از انجام این فرایند تولید ماسکی کاملاً گیاهی و تجزیه پذیر در طبیعت است که به دلیل استفاده از محصولات گیاهی با ویژگی های جذب و حفظ رطوبت، ضد میکروب و استفاده از تکنیک های استریلیزاسیون در تولید این ماسک، توانایی رقابت با ماسک های موجود در بازار را دارد. با توجه به قابلیت های ماسک و اینکه راهی است برای پیشرفت و نوآوری ماسک های موجود و استفاده از کلروفیل در ساخت ماسک افراد ترغیب خواهند شد که از بین ماسک عادی و ماسک ساخته شده، ماسک ما را انتخاب کنند. با توجه به مواد مورد استفاده در ماسک های موجود در بازار بسته به زمان استفاده از ماسک، منافذ و ریز پرزها وارد دستگاه تنفسی شده و به مرور زمان مشکلات تنفسی مربوطه را ایجاد می کند

در حالی که استفاده از ماسک تجزیه پذیر، چنین مشکلی را ایجاد نمی کند و در صورت ورود ریز پرزها به دستگاه تنفسی آسیب کمتری ایجاد می کنند.

مزیت های رقابتی:

- کاهش عوارض پوستی ناشی از استفاده از ماسک ها (خشکی پوست، جوش، آلرژی و غیره) با استفاده از مواد گیاهی بکار رفته
- کاهش انتقال بیماری ها از طریق پسماند ماسک (نسبت به ماسک معمولی)
- کاهش هزینه های مربوط به دفع پسماند
- قابلیت تولید کمپوست از پسماند ماسک
- عدم آسیب به محیط زیست و تجزیه پذیر بودن
- مواد اولیه به نسبت ارزان و در دسترس

- بند با قابلیت تغییر سایز و حفظ تمامیت پوست پشت گوش
- محافظت از پوست در برابر اشعه فرابنفش
- استفاده از کلروفیل در ساخت ماسک

سابقه و پیشینه محصولات مشابه:

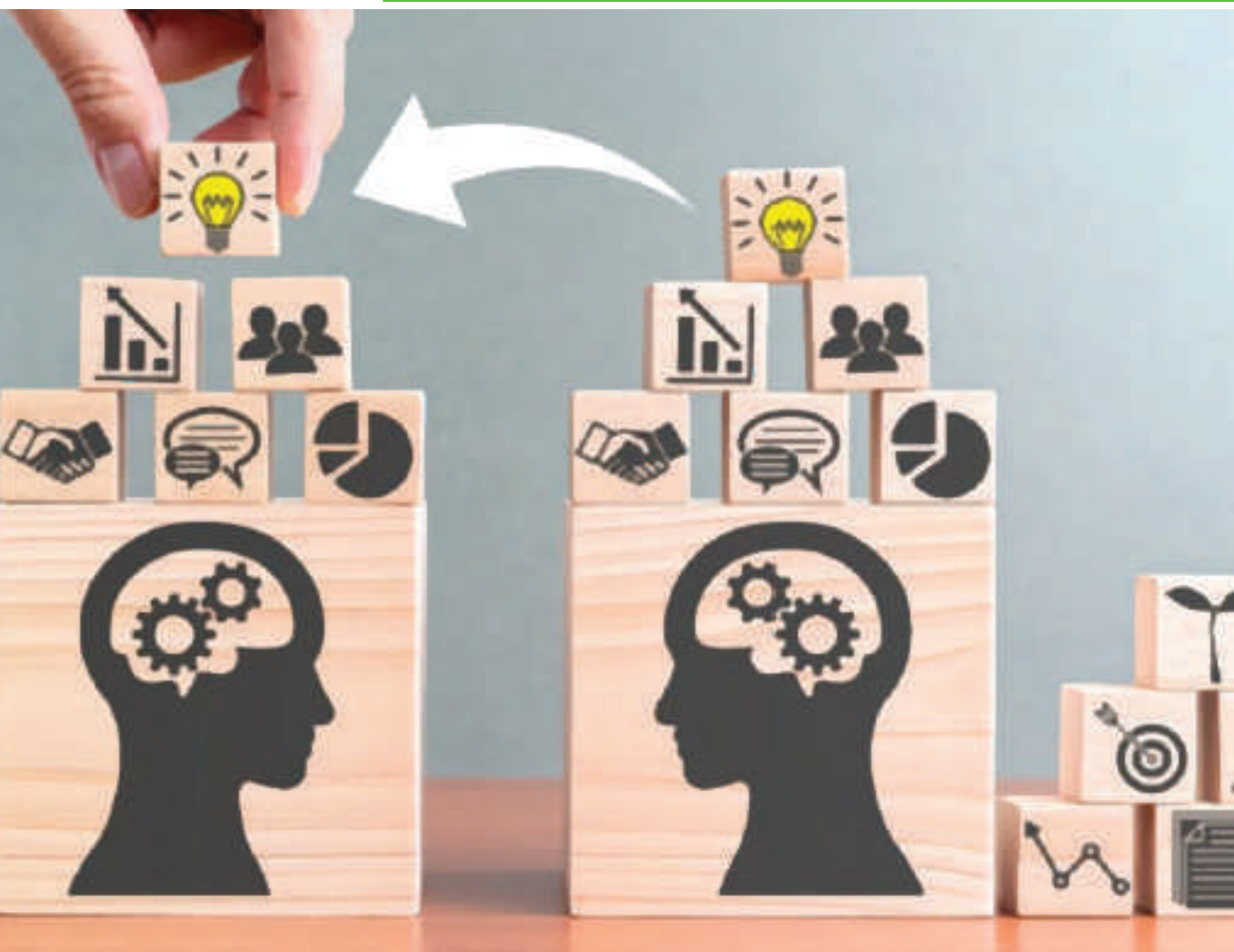
با توجه به جستجو در منابع اطلاعاتی معتبر Google scholar، Scopus، WIPO، ar و Patent scope با قابلیت های ارائه شده، ماسکی در این زمینه در داخل و خارج کشور یافت نشد. هم اکنون یک ماسک تجزیه پذیر در خارج از کشور با لایه های کاغذ برنج ساخته شده که سایر مزیت های رقابتی با ماسک مطرح شده را ندارد هم چنین ماسک تجزیه پذیر دیگری با کامساوا و چغندر قند ساخته شده که تنها به تجزیه پذیر بودن این ماسک ها توجه شده است.

برآورد هزینه:

با توجه به استفاده از مواد گیاهی تجزیه پذیر در ساخت ماسک هزینه زیادی بر مصرف کننده وارد نمی کند و با توجه به ویژگی های این ماسک، هزینه آن به میزان ۲۰ درصد از ماسک های مشابه در بازار کمتر برآورد می گردد.



بخش چهارم: دانشنامه



این بخش با هدف ارائه مقالات و مطالب علمی و تخصصی در حوزه های مختلف نظام سلامت و معرفی رویدادها، افتخارات، دستاوردها و اقدامات مدیریت دانش در مجموعه وزارت بهداشت تدوین شده است.



مقدمه

تعاریف مختلفی از مدیریت دانش و ترجمان دانش وجود دارد که برخی از آنها اشاره به فرآیندهای مدیریت دانش و اطلاعات در یک سازمان دارند و برخی دیگر به تصمیم سازی در یک حوزه حرفه ای یا دیسیپلین^۱ مرتبط هستند. آنچه به صورت کلی می توان گفت این است که مدیریت و ترجمان دانش، فرآیندها و سازوکارهایی در راستای یکدیگرند که براساس آن ها می توان دانش کاربردی را با اهداف مشخص تولید کرد.

به عنوان مثال می توان به تعاریف زیر که توسط موسسات علمی مختلف ارائه شده است اشاره کرد:

■ مدیریت دانش (Knowledge Management) (KM) فرآیند ایجاد، اشتراک گذاری، تسهیم و بکارگیری دانش و اطلاعات یک سازمان است (۱۹).

■ مدیریت دانش به رویکردی چند رشته ای برای دستیابی به اهداف سازمانی با استفاده بهینه از دانش اشاره دارد (۲۳).

■ مدیریت دانش سیستماتیک دارایی های دانشی یک سازمان به منظور ایجاد ارزش و برآوردن الزامات تاکتیکی و استراتژیک است (۲۲).

■ ترجمان دانش (Knowledge Translation) (KT) به هر فرآیندی اطلاق می شود که به ادغام اطلاعات مبتنی بر شواهد در فعالیت های حرفه ای تخصصی سلامت برای بهبود نتایج مراقبت های سلامت و به حداکثر رساندن پتانسیل سیستم مراقبت های سلامت کمک می کند (۲۴).

■ ترجمان دانش به عنوان یک فرآیند پویا و تکرار شونده تعریف می شود که شامل سنتز، انتشار، تبادل و کاربرد اخلاقی دانش برای بهبود سلامت جامعه، ارائه خدمات و محصولات مؤثرتر سلامت و تقویت سیستم مراقبت های سلامت است (۲۵).

اگر بخواهیم مدیریت و ترجمان دانش را در یک دیسیپلین یا یک حوزه دانشی (به جای یک سازمان) تعریف کنیم، می توانیم به مکمل بودن آنها برای دستیابی به دانش کاربردی جدید پی ببریم. دانش کاربردی دانشی است که

۱. دیسیپلین به یک حوزه دانشی گفته می شود که عملکردهای مشخص و تعریف شده مبتنی بر دانش دارد مانند رشته های مختلف پزشکی، آموزش پزشکی و غیره

با محوریت تحلیل، سنتز و کاربست نتایج مطالعات پژوهشی در آن حوزه یا دیسیپلین شکل می گیرد. آنچه در این مقاله قصد داریم به آن بپردازیم مدیریت و ترجمان دانش در دیسیپلین های علمی با محوریت نتایج مطالعات پژوهشی در آن حوزه است.

چرخه مدیریت و ترجمان دانش

عدم کاربرد دانش بدست آمده از تحقیقات مبتنی بر شواهد و شکاف بین «آنچه می دانیم» و «آنچه که در عمل روی می دهد» یک مشکل و چالش قدیمی خصوصاً در عرصه نظام سلامت می باشد که فرآیند ترجمان دانش، نقش مؤثری در آدرس دهی پرمعده این چالش دارد.

نتایج پژوهش به خودی خود قابلیت بکارگیری در حوزه عملکردی در دیسیپلین های علمی- آموزشی را ندارد که دلایل آن عبارتند از (۱-۴):

۱. اهداف پژوهش و عملکرد بایکدیگر متفاوت هستند. اهداف پژوهش شامل تبیین یا تشریح یک پدیده و ارزیابی ارتباطات بین فاکتورها و پدیده های مختلف می باشد در صورتی که هدف عملکرد شامل انجام یا عدم انجام یک اقدام در شرایط بخصوص است. این تفاوت یک تفاوت ماهوی به حساب می آید، لذا یافته های پژوهش ها به خودی خود قابلیت تبدیل به دستورالعمل های عملی را ندارند.

۲. در یک مطالعه پژوهشی به همی جنبه های عملکردی و اجرایی اقدامات و مداخلات پرداخته نمی شود، و تنها به تحلیل پدیده ها یا فاکتورهای محدود بسنده می شود.

۳. یافته های مطالعات پژوهشی در مورد یک سوال مشخص در بسیاری از موارد همراستا نیستند؛ یعنی یا به دلیل تفاوت در رویکردها قابل تجمیع نیستند و یا در تضاد با یکدیگرند.

۴. نتایج مطالعات پژوهشی از نظر قابل استناد بودن در عمل در یک سطح نیستند. برخی از طراحی های مطالعات ماهیتاً از سطح پایینی برخوردارند، برخی از اطلاعات بدست آمده از مطالعات پژوهشی از نظر وجود تورش ها قابلیت استناد ندارند.

۵. به دلایل شرایط مطالعه، نتایج برخی مطالعات پژوهشی قابلیت تعمیم پذیری به همه شرایط را ندارد. ممکن است تحت تاثیر ارزش ها و جهان بینی های منطقه یا کشوری باشد که پژوهش در آن انجام شده است. در برخی دیگر نیز متاثر از شرایط اجتماعی- اقتصادی یا ساختاری ویژه آن منطقه خواهد بود.

۶. وزن تاثیر عوامل مختلف در شرایط مختلف متفاوت است. در تصمیم گیری در مورد عملکرد باید جنبه های مختلفی ارزیابی شوند مانند شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، شرایط اجرایی، اولویتهای کشور و غیره. از آنجاییکه در تحلیل عوامل در کنار یکدیگر وزن و اهمیت هریک نیز باید مورد توجه قرار گیرد، این فرآیند تصمیم گیری فرآیندی کاملاً مستقل از پژوهش تعریف گردیده است.

۷. ویژگیهای خاص عملکرد حرفه ای در حوزه های مرتبط با سلامت که عبارتند از: «پیچیدگی» (Complexity)، «عدم قطعیت» (Uncertainty)، «ناپایداری» (Instability)، «منحصر به فرد بودن» (Uniqueness) (ty) و «تعارض ارزشها» (Value-Conflict). این ویژگی ها باعث می شوند که تعمیم پذیری نتایج پژوهشها، قابلیت اجرای آنها و مطلوبیت نتایج در صورت اجرا مبهم و نامشخص باشد.

در مطالعات مختلفی که برای تحلیل مفهوم و پیاده سازی مدیریت دانش در حوزه های مختلف انجام شده است، سعی شده است که از طرق مختلف مانند طبقه بندی مفاهیم، ساختارمند کردن فرآیندها، تعیین عوامل و محورهای کلیدی مدلهایی برای ادغام دانش و اطلاعات با راهکارهای عملی ارائه دهند (۱۸-۵). در این مقاله تلاش شده است که یک مدل مفهومی و عملیاتی برای روشن تر شدن مسیر، توسعه دانش کاربردی از نتایج مطالعات پژوهشی و تعیین جایگاه هریک از اقدامات و مداخلات ارائه شود که همزمان

۲- سنتز شواهد

سنتز شواهد، خود یک فرآیند پیچیده است که ارتباط اجزای آن به صورت رفت و برگشتی تعریف می‌شود (شکل ۲).



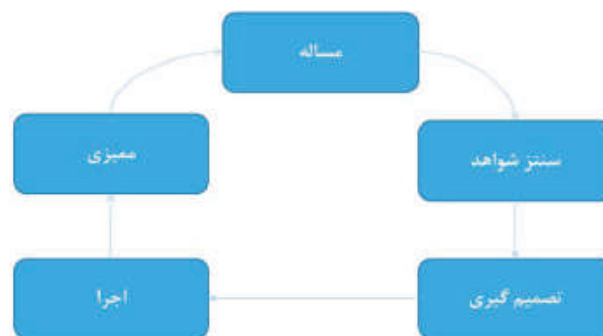
شکل ۲: فرآیند سنتز شواهد

نخستین گام سنتز شواهد با جستجوی مطالعات پژوهشی مرتبط با مساله مطرح شده آغاز می‌شود و سپس به بررسی اینکه آیا نتایج این مطالعات پژوهشی می‌تواند پاسخگوی مساله باشد یا خیر، صورت می‌پذیرد. طبیعتاً مهمترین خروجی فرآیند مشخص شدن و تعیین راه حل‌های مرتبط با مساله خواهد بود. خروجی دیگر نتیجه پژوهش‌های انجام شده بر روی هر یک از راه حل‌ها است که می‌تواند مازا در انتخاب بهترین راه حل یاری کند. اگر بخواهیم جایگاه این مرحله را با همان مثال قبلی مشخص کنیم، فرض کنید مساله ما انتخاب بهترین روش آموزش در شرایط X است. برای این منظور ابتدا مطالعات پژوهشی را که روی اثربخشی اقدامات مختلف در شرایط X انجام شده است، جستجو می‌کنیم. در مرحله بعد مشخص می‌کنیم که چه نوع شواهد پژوهشی قابل احصا از مطالعات پژوهشی را در دسترس داریم و بر اساس آن اقدامات مختلف را در قالب سناریوهای عملیاتی تعیین می‌کنیم. برای تکمیل سناریوها و اطلاعات پژوهشی مرتب با آنها لازم است تا مجدداً بررسی شواهد انجام شود. این فرآیند رفت و برگشتی نهایتاً منجر به طراحی سناریوهای مختلف آموزشی در شرایط X و جمع آوری شواهد پژوهشی مرتبط با اثربخشی هر یک از سناریوها می‌شود. گام بعدی تحلیل شواهد (نتایج بدست آمده از مطالعات پژوهشی) برای مشخص کردن ارزش نهایی هر یک از سناریوها در شرایط X است. این تحلیل عبارت است از جمع بندی نتایجی که از مطالعات مختلف به دست می‌آید. این جمع بندی شامل تجمیع نتایج مطالعات در مواردی که فاکتورها و پیامدهای بررسی شده یکسان هستند، به روش کمی و در مواردی که متفاوت هستند، به روش کیفی انجام میشود.

۳- تصمیم‌گیری

اصولاً تصمیم‌گیری در دیسیپلین‌های علمی و تصمیم‌گیری‌هایی که برای ارائه راه حل یک مساله در شرایط واقعی انجام می‌شود، تصمیم‌گیری‌های چند معیاری (multiple attribute decision making) نام دارند. تصمیم‌گیری‌های چند معیاری، تصمیم‌گیری‌هایی هستند که در آن گزینه‌های مختلف یک مساله بر اساس چند معیار با یکدیگر مقایسه شده و مناسب ترین آن‌ها بر اساس مدل‌های مختلفی که ترکیب

بتواند نقشه جامعی از مراحل عملیاتی و مفاهیم کلیدی ارائه دهد. لازم به یادآوری است که این مدل بر اساس تحلیل مفاهیم مربوط به مدیریت و ترجمان دانش و تحلیل تجربیات عملیاتی ارائه شده است. برای روشن تر شدن این موضوع نخستین گام، طراحی چرخه زیر بوده است که علاوه بر نمایش نقاط کلیدی، نشان دهنده چرخه پردازش دانش و اطلاعات به منظور دستیابی به اهداف کاربردی است.



شکل ۱: چرخه مدیریت و ترجمان دانش مبتنی بر اطلاعات پژوهشی

این چرخه به هدفمند بودن مدیریت و ترجمان دانش اشاره دارد به همین دلیل از یک مساله مشخص آغاز می‌شود و با پیاده سازی راه حل‌های عملیاتی مساله ادامه پیدا می‌کند. همانطور که در شکل ۱ مشخص شده است، حل مساله در دیسیپلین‌های علمی دو بال اصلی دارد، بال تصمیم‌گیری و بال اجرا و تحلیل نتایج آن.

تشریح چرخه مدیریت و ترجمان دانش

چرخه مدیریت و ترجمان دانش عمدتاً به وسیله ارائه مناسب ترین راه حل برای یک مساله مشخص معنی پیدا می‌کند. اگر این چرخه در سطح یک دیسیپلین، مانند پزشکی یا آموزش پزشکی تعریف شود، هدف آن تصمیم‌سازی برای یک اقدام مشخص است که می‌تواند مناسب ترین راه حل برای یک مساله مشخص باشد؛ بنابراین می‌توان گفت که چرخه مدیریت و ترجمان دانش در یک دیسیپلین در حوزه تصمیم‌سازی معنی پیدا می‌کند. تعریف تصمیم‌سازی در این مقوله دقیقاً به معنی انتخاب بهترین راه حل عملیاتی برای یک مساله از بین راه حل‌های موجود با روش تحلیل و ارزیابی آن مبتنی بر شواهد علمی است.

۱- تحلیل مساله

در این راستا نخستین گام احصای سوالات قابلیت پاسخگویی بر اساس شواهد و اطلاعات پژوهشی از مسائل واقعی پیش رو است که این فرآیند تحلیل مساله نام دارد. تحلیل مساله در واقع تبدیل مسائل خام به سوالات کدگذاری شده و قابل پاسخگویی است. در فرآیند تحلیل مساله لازم است، قسمت‌هایی از مساله که از جنس تصمیم‌سازی است استخراج شود و تبدیل به سوالاتی شود که از طریق سنتز شواهد قابل پاسخگویی باشد. به عنوان مثال اگر مساله‌ای از جنس تعیین بهترین اقدام در شرایط مشخص باشد، اولاً می‌توان شواهد پژوهشی دال بر اثربخشی هر یک از اقدامات را جستجو و تحلیل کرد، ثانیاً با در نظر گرفتن شرایط اجرایی مختلف (در قسمت تصمیم‌گیری راجع به آن بحث خواهد شد)، بهترین اقدام را تعیین کرد. این مساله علاوه بر اینکه از جنس تصمیم‌گیری است، قابل پاسخگویی به روش سنتز شواهد نیز خواهد بود.

را مبتنی بر تعریف کلی فوق به وجود آورده‌اند که ممیزی را به محور فرآیند ارتقای کیفیت تبدیل کرده است. از جمله این حوزه‌ها می‌توان به حوزه خدمات بالینی اشاره کرد که با تعریف چرخه مدیریت فرآیند مبتنی بر مدیریت داده (که جزء اصلی تعریف ممیزی است) توانسته است چرخه ارتقای کیفیت خدمات بالینی را حول مفهوم ممیزی بالینی طراحی کند. ممیزی بالینی که به صورت چرخه‌ای تعریف شده است می‌تواند چرخه مدیریت اطلاعات را مبتنی بر استانداردهای به دست آمده از فرآیندهای تصمیم‌سازی و پروتکل‌های اجرایی مدیریت کند. چرخه ممیزی بالینی می‌تواند دانش جدید مبتنی بر اطلاعات عملکرد تولید کند که این دانش در کنار دانش به دست آمده از سنتز اطلاعات پژوهشی تکمیل‌کننده چرخه مدیریت و ترجمان دانش است.

نتیجه‌گیری

مدیریت دانش و ترجمان دانش دو مفهوم مکمل و نزدیک به هم هستند که در دیسپلین‌های علمی می‌توانند مبتنی بر شواهد و اطلاعات پژوهشی همزمان با تحلیل اطلاعات بومی به دست آمده از چرخه‌های مدیریت فرآیندها شکل بگیرند و نهایتاً منجر به عملکرد و ارزشیابی مبتنی بر دانش و علم شوند. فرآیندهایی که در ذیل این دو مفهوم شکل می‌گیرند علاوه بر ارتقای عملکرد منجر به تولید دانش جدید نیز می‌شوند. به طور خلاصه زمانی می‌توان مدیریت و ترجمان دانش را به صورت کامل پیاده کرد که عملکرد مبتنی بر شواهد (Evidence Based Practice) و شواهد مبتنی بر عملکرد (Practice Based Evidence) در کنار یکدیگر قرار گیرند.

منابع:

1. Phillips, D. C. (1980). What do the researcher and the practitioner have to offer each other? *Educational Researcher*, 9(11), 19.
2. Robinson, V. M. J. (1998). Methodology and the research-practice gap. *Educational Researcher*, 27(1), 17-26.
3. Meredith D. Gall et al. *Educational Research: An Introduction*. Seventh Edition. P 10-11.
4. Ibid.. p. 39.
5. Winkler, K. & Mandl, H. Implementation of knowledge management in organizations. *Learn Inq* (2007) 1: 71. <https://doi.org/10.1007/s11519-007-0006-0>

«قضایوت در مورد اهمیت معیارها» و «ارزش هریک از گزینه‌ها بر اساس هریک از معیارها» هستند انتخاب می‌شود (۲۶ و ۲۷). در مثال اولیه می‌توان اثربخشی اقدامات مختلف آموزشی را بر اساس معیارهای مختلفی مانند «افزایش دانش دانشجویان»، «افزایش توانمندیهای مهارتی دانشجویان»، «میزان مشارکت دانشجویان در فرآیند آموزش» و غیره با یکدیگر مقایسه کرد. البته این معیارها همگی در درجه اهمیت یکسان قرار ندارند به همین دلیل وزن‌دهی معیارها در فرآیند MCDM بسیار مهم است. از طرفی ارزش هریک از اقدامات آموزشی در رابطه با هریک از معیارهای فوق متفاوت است و لزوماً روشی که میزان مشارکت دانشجویان را زیاد می‌کند منجر به کسب دانش بیشتر نمی‌شود. در فرآیند MCDM برای سایر مواردی که برای تصمیم‌گیری اهمیت دارند نیز معیارهای متناسب تعریف می‌شود و هریک از گزینه‌ها بر اساس آنها نیز ارزش‌گذاری می‌شوند. به عنوان مثال هزینه آموزش برای انتخاب مناسب‌ترین اقدام، اهمیت دارد بنابراین هزینه نیز به عنوان یک معیار در فرآیند وارد می‌شود.

با توجه به این موارد می‌توان گفت که ترکیب وزن‌دهی معیارها با تعیین ارزش هریک از گزینه‌ها بر اساس معیارها مهمترین گام مدیریت دانش برای تعیین راهکارهای علمی و عملی در برخورد با مسائل در دیسپلین‌های علمی است که علاوه بر اینکه منجر به اتخاذ تصمیم مناسب می‌شود، اطلاعات لازم برای ارزیابی عملکرد در مراحل اجرایی را نیز فراهم می‌کند.

۴- اجرا

اجرا عمده‌تاً مربوط به فرآیند ترجمان دانش است که شامل طراحی پروتکل‌ها و الگوریتم‌ها و مدیریت فرآیند و اطلاعات در جریان پیاده‌سازی آنها می‌شود. در عین حال از آنجاییکه بسیاری از داده‌ها و اطلاعات مربوط به تصمیم‌گیریهایی بعدی از اطلاعات ثبت شده در این فرآیند به دست می‌آید، می‌توان آن را جزئی از مراحل مدیریت دانش نیز قلمداد کرد. طراحی پروتکل اجرایی بر اساس نتایج تصمیم‌گیری در مرحله قبل انجام می‌شود که چگونگی آن در حوصله‌ی بحث نیست.

۵- ممیزی

طبق تعریف، ممیزی عبارت است از بازرسی رسمی از داده‌های یک سازمان که معمولاً توسط یک نهاد مستقل انجام می‌شود (۲۸). اگرچه در بسیاری از سازمان‌ها، ممیزی فرآیندی است که برای امور مالی به کار می‌رود ولی در برخی از حوزه‌ها بر اساس شرایط خود، فرآیندهایی



۱۵. دکتر حسین کریمی ، زهرا مرضیه حسینیان 4، دکتر محمدرضا آهنچیان . بررسی وضعیت مدیریت دانش در علوم پزشکی. مجله ی توسعه ی آموزش در علوم پزشکی. دوره ی ۷، شماره ۱۶ ، زمستان ۹۳ ، صفحات ۹۴ تا
16. Knowledge Management in Evidence-Based Medical Practice: Does the Patient Matter? William Boateng First Nations University of Canada, Prince Albert, Canada. ©Academic Conferences Ltd
 17. Khaironnesa, Ramazanzade 1; Mohsen yati 2,*; Hossein Shokohifard 2; arshid Abedi 3, 4 Pedagogical knowledge management and its application in Medical education: A synthetic research study FUTURE of MEDICAL EDUCATION JOURNAL.
 18. H. Thomas Aretz, MD. Knowledge Management in Medical Education. Harvard Medical International. presentation. ©Harvard Medical International 2007
 19. Skyrme, J.D.S . The seven ages of information & Knowledge management : What have we (not) learned? . [Http://www.skyrme.com/Kmarticles/7ikm.pdf](http://www.skyrme.com/Kmarticles/7ikm.pdf)
 20. Gupta, B. , Los. Iyer, J.E. Aronson . "Knowledge management : practices and challenges." Industrial management & Data systems, Vol.100, No.1.2000, 17-21.
 21. [Http://en.wikipedia.org/Wiki/Knowledge-Translation](http://en.wikipedia.org/Wiki/Knowledge-Translation)
 22. Introduction to Knowledge Management. www.unc.edu. University of North Carolina at Chapel Hill. Archived from the original on March 19, 2007. Retrieved 11 September 2014
 23. Hajric E. Knowledge Management, a Theoretical and Practical Guide for Knowledge Management in Your Organization available at: https://helpjuice.com/pdfs/Knowledge_Management_A_Theoretical_And_Practical_Guide_Emil_Hajric%28PDF%29.pdf
 24. Davis D, Evans M, Jadad A, Perrier L, Rath D, Ryan D. et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ*. 2003;327(7405):33-5
 25. Government of Canada, Canadian Institutes of Health Research, Knowledge Translation (25 October 2005). "About Knowledge Translation - CIHR". Cihir-irsc.gc.ca. Retrieved 2012-10-31.
 26. Taherdoost, H.; Madanchian, M. Multi-Criteria Decision Making (MCDM) Methods and Concepts. *Encyclopedia* 2023, 3, 77-87. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia3010006>
 27. Zlaugotne B, Zihare L et al. Multi-Criteria Decision Analysis Methods Comparison. *Environmental and Climate Technologies* 2020, vol. 24, no. 1, pp. 454-471 <https://doi.org/10.2478/rtuect-2020-0028>
 28. Esposito P, Dal Canton A. Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: general methodology and applications in nephrology. *World J Nephrol*. 2014;3:249-55.
 6. Yasaman Farashahian, Amin Abbasi. Design & the Implementation of Knowledge Management System. Case study: Saveh rolling & profile Mills company. Feb 2011. Available at: <http://www.community-of-knowledge.de/beitrag/design-the-implementation-of-knowledge-management-system/>
 7. Aiken, D. (2016). Best Practices for the Implementation of a Knowledge Management System in Small and Medium Enterprises (Doctoral dissertation, University of Oregon). Available at: <https://realkm.com/2017/05/05/best-practices-for-implementing-a-knowledge-management-system-in-small-and-medium-enterprises-smes/>
 8. Rose Dieng-Kuntz*, David Minier, Marek Růžička, Frederic Corby, Olivier Corby, Laurent Alamarguy. Building and using a medical ontology for knowledge management and cooperative work in a health care network. *Computers in Biology and Medicine* 36 (2006) 871-892
 9. Zahra Marzieh Hassanian 1, Mohammad Reza Ahanchian 2, Hossein Karimi-Moonaghi. Can Knowledge Management Be Implemented in the Teaching of Medical Sciences?. *ACTA FACULTATIS MEDICAE NAISS*. DOI: 10.1515/afmnai-2015-0024
 10. Balázs Péter Hámornik / Marta Juhász. Knowledge sharing in medical team: knowledge, knowledge management, and team knowledge. *Social and Management Sciences*. 18/2 (2010) 103-111
 11. O.A. Bolarinwa, A.G. Salaudeen, T.M. Akande. OVERVIEW OF KNOWLEDGE MANAGEMENT APPLICATIONS IN HEALTH CARE DELIVERY OF DEVELOPING COUNTRIES. *Academic Research International*. 2012
 12. Narges Ghodsian 1*, Hossein Khanifar 2, Hamidreza Yazdani 3, Kamal Dorrani 4. The Effective Contributing Factors in Knowledge Sharing and Knowledge Transfer among Academic Staff at Tehran University of Medical Sciences: A Qualitative Study. *Journal of Medical Education Spring* 2017; 16(2):71-88
 13. Simon de Lusignan, Tom Chan. A knowledge-management model for clinical practice. See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/10914743>.
 14. Barry M. Diner, MD, Christopher R. Carpenter, MD, MSc, Tara O'Connell, MD, Peter Pang, MD, Michael, D. Brown, MD, MSc, Rawle A. Seupaul, MD, James J. Celentano, MD, PhD, Dan Mayer, MD, for the KT-CC Theme, IIIa Members Graduate. *Medical Education and Knowledge Translation: Role Models, Information Pipelines, and Practice Change Thresholds*. *ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE* 2007; 14:1008-1014 ^a 2007 by the Society for Academic Emergency Medicine



مقدمه:

امروزه با گذر زمان و تغییر نیازهای مردم، رشد روزافزون فناوری اطلاعات و ارتباطات نوین با گسترش در بخش های مختلف تأثیر قابل توجهی بر فعالیت های اقتصادی و اجتماعی داشته است و به طور پیوسته ماهیت فرآیندها و زندگی روزمره را دستخوش تغییر گردانیده است. لذا تحول دیجیتال برای همه مشاغل از کسب و کارهای کوچک گرفته تا شرکت ها و کارخانه هایی با چند صد کارمند به یک امر ضروری تبدیل شده است. تحول دیجیتال به طور کلی بر تغییرات بنیادی در فرآیندها و نحوه ارائه ارزش سازمان تمرکز داشته و چیزی فراتر از استفاده از تکنولوژی است. بوضوح دیده می شود تحول دیجیتال به عنوان یک منبع کارآفرینی مداوم و همچنین پویایی در کسب و کارها، دارای رشد سالیانه و نفوذ سریع در بخش های مختلف از جمله حوزه سلامت می باشد. به همین دلیل در سه سال اخیر روند تحقیقات علمی در حوزه تحول دیجیتال با داشتن حدود ۹۰ درصد مقالات نسبت به ده سال گذشته رشد چشمگیری داشته است.

تحول دیجیتال به مثابه یک مفهوم فنی - مدیریتی نوین در سازمانهای مدرن علمی به یک گرایش کلان تبدیل شده است. این مفهوم به معنی برخورداری سازمانها از ظرفیتهای لازم جهت خلق فرصتهایی است که به وسیله فناوریهای اطلاعاتی و ارتباطاتی و یا فناوریهای مبتنی بر رایانه و اینترنت در همه زمینه های وابسته و در نهایت ارائه خدمت به خدمت گیرنده حاصل شده اند. این مفهوم از آن جهت اهمیت دارد که سطح مناسبی از تحول دیجیتال می تواند منجر به عملکردهایی شود که در عین تضمین بقای سازمان، موجب تبدیل آنها به نهادهایی کارآمد برای جامعه هدف گردد.

بطور کلی:

تحول دیجیتال، یک تغییر فرهنگی، سازمانی و عملیاتی در یک صنعت، سازمان یا اکوسیستم از طریق یکپارچه سازی هوشمندانه فن آوری های دیجیتال، فرآیندها و شایستگی های در تمام سطوح و عملکردی همگرا در یک مسیر استراتژیک مشخص می باشد.

و در تعریف کامل تر:

تحول دیجیتال، تغییری شگرف در عملکرد یک سازمان و یا یک کشور با محوریت فناوری های تحول آفرین است.

بنا به گفته جرج وسترن، پژوهشگر برجسته دانشگاه MIT: تحول دیجیتال به مثابه تبدیل کرم ابریشم سازمان به پروانه است و نه تبدیل آن به تنها یک کرم ابریشم سریع تر.

حال به این دید تغییر نیازهای مردم در زمینه حفظ سلامت و شرایط اقتصادی و اجتماعی سازمان های سلامت، تحول دیجیتال سلامت را به رویکردی مهم برای سازمان های سلامت پیش رو تبدیل کرده است.

در حالی که تحول دیجیتال سال هاست در بسیاری از حوزه ها پیاده سازی شده، اما سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت محدودی تحول دیجیتال سلامت را در برنامه های خود قرار داده اند. ولی به نظر می رسد پس از وقوع پاندمی کرونا این شرایط تغییر و توجهات به تحول دیجیتال در بهداشت و درمان و سلامت دیجیتال بیشتر شده است.

تحول دیجیتال و تفاوت آن با دیجیتالی سازی...

تعاریف مختلفی در رابطه با تحول دیجیتال وجود دارد و شرکت های مختلف به گونه های متفاوتی اقدام به تعریف مفهوم تحول دیجیتال کرده اند. اما بسیار مهم است که تفاوت معناداری میان سه عبارت ذیل وجود دارد:

- Digitization
- Digitalization
- Digital transformation



۱- Digitization

Digitization که دارای سابقه طولانی است، به فرآیند تغییر ماهیت اطلاعات آنالوگ به دیجیتال گفته می شود. اسناد فیزیکی که به صورت فایل اسکن شده اند و یا اطلاعات آن ها به صورت ساخت یافته درون پایگاه های داده قرار گرفته است. به این فرایند Digitization گفته می شود.

۲- دیجیتالی سازی Digitalization

دیجیتالی سازی، عملاً یک سطح بالاتر از مفهوم Digitization می باشد. دیجیتالی سازی به استفاده از فناوری های دیجیتال گفته می شود که کمک می کند یک بخش از عملکرد سازمان مکانیزه گردد. زمانی که سازمان از

باعث ذخیره زمان و افزایش بهره‌وری را بدنبال خواهد داشت. بر اساس نتایج تحقیقات انتظار می‌رود که تنها در بخش تولید استفاده از هوش مصنوعی، طی پنج سال آینده ۱۷ برابر شده و به حدود ۱۷ میلیارد دلار سرمایه‌گذاری جهانی سالانه برسد. یادآوری این نکته قابل تأمل است که طبق آمار مکنزی، کمتر از ۳۰ درصد از پروژه‌های تحول دیجیتال موفق هستند و حتی در برخی از صنایع، میزان موفقیت به ۴ درصد می‌رسد که عدم استفاده کافی از هوش مصنوعی یکی از عمده دلایل بزرگ شکست تحولات دیجیتال است.

مزایای تحول دیجیتال

برای بسیاری از سازمان‌ها تحول دیجیتال با هدف کاهش هزینه‌ها و انتقال داده‌ها به فضای ابری و به حداقل رساندن هزینه‌های عملیاتی انجام می‌شود. از مزایای تحول دیجیتال می‌توان به:

- بهبود فرایند جمع‌آوری اطلاعات، مدیریت منابع قوی‌تر، افزایش سود، افزایش چابکی سازمانی، افزایش بهره‌وری در سازمان اشاره نمود.
- نکته پایانی این است که سازمان‌های یادگیرنده و در حال رشد در درازمدت پایدار خواهند ماند. اتخاذ و پذیرش ابزارهای مدیریت دانش و هوش مصنوعی به تحول دیجیتالی سازمان منجر خواهند شد.
- جریان سیال دانش با استفاده از هوش مصنوعی، موضوعی است که به شرکت‌ها کمک می‌کند تا خدمات بهتری ارائه کنند و از این طریق خلق ارزش بیشتری داشته باشند.
- همچنین بر اساس مفهوم «داروینسم دیجیتال» سازمان‌هایی می‌توانند به حیات خود در عصر دیجیتال ادامه دهند که بهتر از سایرین بتوانند خود را با شرایط انقلاب دیجیتال و اقتضانات این عصر تطبیق دهند.

طریق پروژه‌هایی مانند معماری سازمانی یا پروژه‌های بهینه‌سازی فرایندها به مکانیزاسیون فرایندهای خود اقدام می‌نماید عملاً از مفهوم دیجیتالی‌سازی (Digitalization) استفاده می‌کند.

۳- تحول دیجیتال Digital transformation

تحول دیجیتال سطحی بالاتر با دامنه‌ای گسترده‌تر از مفاهیم و اقدامات را پوشش می‌دهد. البته باید به این نکته دقت داشت که افراد مختلف تفسیرهای متفاوتی از عبارت تحول دیجیتال دارند. در واقع تحول دیجیتال مهارت‌های فردی را توسعه و تکمیل می‌کند، تصمیم‌گیری توسط عامل انسانی انجام شده، سپس اجرای آن به عهده‌ی ماشین‌ها و گذار خود شد. از سوی دیگر ماشین‌ها قادر به تولید حجم بالایی از داده‌ها هستند که جمع‌آوری و تحلیل این داده به عامل انسانی باز می‌گردد؛ حال با توسعه مهارت‌های کار با ماشین‌ها و یادگیری ماشینی، تحلیل داده‌ها از سمت انسان به ماشین‌ها می‌رود و این گونه تحول دیجیتال باعث رشد و تکامل مهارت‌های انسانی در رسیدن به اهداف نهایی می‌شود. از هوش مصنوعی (AI) می‌توان بعنوان شاه کلید تحول دیجیتال نام برد. هوش مصنوعی مجموعه‌ای از تکنولوژی‌هاست که سیستم‌ها را قادر می‌سازد تا به کشف، درک، عمل و یادگیری به تنهایی یا در تعامل با انسان‌ها، بپردازند. این تکنولوژی‌ها ظرفیت‌های انسانی بسیاری همچون توانایی یادگیری و تمایز قائل شدن مابین آیتم‌های گوناگون را دارند. هوش مصنوعی در حوزه‌های گسترده‌ای در صنایع مختلف قابل استفاده است؛ لجستیک، تولید، مدیریت هزینه‌ها، خدمات و فرایندها را می‌توان به هوش مصنوعی سپرد. ربات‌ها می‌توانند فرایندهای تکرارشونده را در زمانی کوتاه با بهره‌وری بالاتر انجام دهند که در نتیجه







مقدمه

با توسعه دانش و فناوری و گسترش حیطه‌های کسب و کار از جمله سازمان‌های مجازی، بنگاه‌های اقتصادی گسترش یافته و محیط کسب و کار به محیطی رقابتی و پر از چالش تبدیل شده و پارادایم‌های جدیدی ظهور یافته که بقا را برای بسیاری از بنگاه‌ها مشکل ساخته است. در چنین محیطی طبیعی است که امتیازهای رقابتی تغییر شکل دهند. بزرگ‌ترین امتیاز رقابتی در پارادایم‌های جدید کسب و کار، یادگیری بیان شده است. از این رو مرکزیت پارادایم جدید، یادگیری است. سازمان‌ها سعی دارند تا از طریق یادگیری و آموزش کارکنان خود نه تنها به حیات خود تداوم بخشند بلکه تلاش می‌کنند به طور موثری بر محیط پر آشوب پیرامون خود تاثیر بگذارند و الگوهای سازمانی «یادگیری محور» را محقق سازند.

بنابراین سازمان‌هایی موفق‌تر هستند که زودتر، سریعتر و بهتر از رقبا یاد بگیرند. درست به همین دلیل است که مفهوم سازمان یادگیرنده و یادگیری سازمانی در سال‌های اخیر مطرح شده و رشد فزاینده‌ای داشته است. اما چگونه می‌توان به چنین سازمان‌هایی دست یافت و چطور می‌توان چنین سازمان‌هایی را طراحی و ایجاد کرد؟ چه برنامه‌ها و سیاست‌هایی باید اعمال شود تا سازمان‌ها از وضع کنونی به این وضعیت مطلوب انتقال یابند؟

در این بین سیستم‌های سلامت نیز به عنوان یک سازمان اجتماعی بزرگ و پیچیده با فرآیندها و اجزای متعدد که بر برون‌داد سیستم تاثیر می‌گذارند، نیازمند بازنگری مجدد و استحکام بخشیدن به فرآیندهای جدید به منظور حفظ و توسعه خود در رویارویی با حجم عظیم تغییرات می‌باشند. با توجه به این که این سیستم‌ها با مسایل و مشکلات جدید و عدیده‌ای چون اشتباهات خطرناک دارویی، تعلل ورزیدن در درمان بیماران، عدم کارایی سازمان، ضعف خدمات و هزینه‌های بالا از یک سو و گسترش آلودگی‌های غذایی و زیست محیطی، تغییر در الگوی بیماری‌ها، گسترش مقاومت‌های دارویی و افزایش بیماری‌های عفونی نوپدید و بازپدید از سوی دیگر روبرو هستند، تحقق سلامت در جامعه منوط به افزایش ظرفیت‌های حرفه‌ای و پرورش کارکنانی متعهد، توانمند و خلاق می‌باشد تا خدمات پزشکی و بهداشتی را با کیفیتی مطلوب و استاندارد ارائه نمایند. این امر مستلزم استفاده از مدل‌های کارآمد سازمانی از جمله سازمان یادگیرنده است.

یادگیری سازمانی

یادگیری در حقیقت مفهوم بسیار گسترده‌ای دارد که در قالب‌هایی چون نگرش‌های نو، حل مسأله، کاربرد معلومات در استدلال، تفکر و غیره به وجود می‌آید. به عبارت دیگر یادگیری، فرآیندی است که در آن رفتارها و پندارهای افراد تغییر می‌یابد و به گونه‌ای دیگر می‌اندیشند و عمل می‌کنند. یادگیری را می‌توان این‌گونه تعریف کرد: هر گونه تغییرات نسبتاً دائم در رفتار که در اثر یک تجربه یا آموزش ایجاد می‌شود. ممکن است این رفتار در کوتاه مدت یا بلند مدت قابل مشاهده باشد. به هر حال، این آموخته‌ها در طول زندگی موجب تغییر در رفتار و بینش یادگیرندگان می‌شوند.

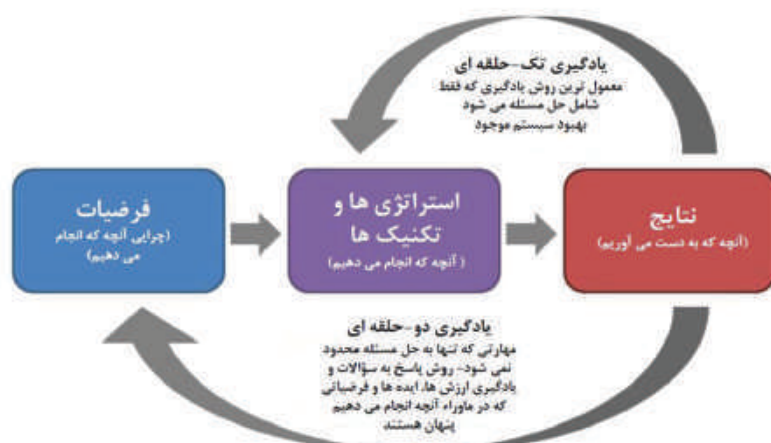
یادگیری باعث توانایی پاسخگویی سریع‌تر و مؤثرتر به محیط پیچیده و پویا می‌شود. یادگیری همچنین انتشار اطلاعات، برقراری ارتباط، آگاهی و کیفیت تصمیم‌گیری در سازمان‌ها را افزایش می‌دهد. سازمان یادگیرنده نیز در فراگیری از همین تعریف تبعیت می‌کند، بدین معنی که چنین سازمانی در طول زمان می‌آموزد، تغییر می‌کند و عملکردهایش متحول می‌شود. میزان موفقیت هر جامعه، وابسته به توان یادگیرندگانی دارد که درگیر فرآیند یادگیری همیشگی و دائمی هستند.

انواع یادگیری سازمانی

یادگیری تک حلقه‌ای: یادگیری تک حلقه‌ای زمانی اتفاق می‌افتد که در بستر اهداف و سیاست‌های جاری سازمان، خطاها و مشکلات موجود کشف و اصلاح شوند. از مشکلات بنیادین چشم‌پوشی می‌کند و سعی در حفظ وضع موجود می‌نماید. در نهایت افراد و سازمان‌ها یاد می‌گیرند که چگونه وضع موجود و استانداردهای پذیرفته شده را حفظ و با شرایط خود تطبیق دهند.

یادگیری دو حلقه‌ای: تأکید یادگیری دو حلقه‌ای روی کشف و اصلاح خطاها و زیر سوال بردن هنجارها، رویه‌ها، سیاستها و هدف‌ها و حتی ساختارهای موجود می‌باشد. از این نوع یادگیری با عنوان یادگیری سطوح بالا و یادگیری استراتژیک نیز نام می‌برند.

یادگیری سه حلقه‌ای: زمانی اتفاق می‌افتد که سازمانها یاد بگیرند چگونه یادگیری تک حلقه‌ای و دو حلقه‌ای را اجرا کنند. به عبارت دیگر یادگیری سه حلقه‌ای توانایی یادگرفتن درباره یادگیری است. این بدان معنی است که آگاهی از سبکها و فرآیندها و ساختارهای یادگیری پیش نیاز ارتقای یادگیری است.



در دنیای امروز ضرورت تبدیل شدن سازمانها به سازمان یادگیرنده از آنجا ناشی می شود که به دلیل افزایش عدم اطمینان در محیط سازمانی، سازمانها نیاز بیشتری به دانش و آگاهی گسترده از عوامل محیطی دارند تا بتوانند خود را با تغییر و تحولات محیطی تطبیق دهند. مشکل دست به گریبان سازمانهای امروزی این است که آنها اغلب به صورت یک کل قادر به شناسایی تهدیدها و اثرات آنها نبوده و از خلق گزینه ها و راه حل های جایگزین عاجزند و در کل، سازمانها در یادگیری دچار مشکل هستند. حتی موفقترین سازمانها در صورتی که دچار فقر یادگیری باشند، با وجود اینکه به حیات خود ادامه خواهند داد، هرگز تمامی قابلیت های خود را به منصف ظهور نخواهند رساند.

تعریف سازمان یادگیرنده

تاکنون برداشت ها و تعریف های مختلفی از سازمانهای یادگیرنده ارایه شده است. در شرایط کلی، سازمان یادگیرنده می تواند این گونه توصیف شود: سازمانی که آینده خودش را جستجو می کند، سازمانی که یادگیری را یک فرآیند خلاق و جاری برای اعضایش در نظر می گیرد و سازمانی که پیشرفت، تغییرات و تحولاتش در جهت پاسخ به نیازها و خواسته های افراد درون سازمان و بیرون سازمان می باشد. اکثر محققان عقیده دارند، که سازمان یادگیرنده یک فرایندی است که در طی زمان شکل می گیرد و عملکردهایش با کسب دانش آگاهی و درک بهتر، بهبود می یابد و اصلاح می شود. یادگیری سازمانی فرآیند یافتن خطاها و اشتباهات و رفع و اصلاح آنهاست. یادگیری سازمانی از طریق بینش مشترک و الگوهای سازمانی حاصل می شود و بر تجربه و آگاهی های گذشته و رویدادهای پیشین استوار است. زمانی می توان ادعا کرد که سازمان یادگیرنده است که بتوان از طریق فرآیند ارتباط، دامنه رفتارهای بالقوه اش را تغییر داده و بهبود بخشید. سازمان ها زمانی یادگیرنده و دانش آفرین هستند که استنباطاتی را از تاریخ و تجربیات خود به دست آورند و آنها را به صورت کاربردی راهنمای رفتارهایشان قرار دهند. (الوانی، ۱۳۸۴) سازمان یادگیرنده سازمانی است که در آن یادگیری، نیاز همیشگی کلیه کارکنان تلقی می شود و در آن ضمن تاکید بر آموختن چگونه آموختن و جذب و توزیع دانش نو، به خلق و تولید اطلاعات و دانش جدید و مورد نیاز پرداخته می شود و تمامی این دانش ها در رفتار و عملکردها متجلی می گردند.

سازمان یادگیرنده سازمانی است که امکان یادگیری کلیه کارکنان را فراهم می سازند و دائماً خود را متحول می کند. اعضای این سازمانها از تجربه های قبلی و نیز بهترین شیوه کار سازمان های دیگر، استفاده می کنند و دانشی را که بدین وسیله کسب کرده اند، سریعاً و به شیوه های اثربخش، به سازمان محل کار خود منتقل می کنند. در یک سازمان مبتنی بر یادگیری، عملکرد امروز محصول یادگیری دیروز است و عملکرد فردا محصول یادگیری امروز است.

تفاوت سازمان یادگیرنده و یادگیری سازمانی

سازمان یادگیرنده، سازمانی است که با ایجاد ساختارها و استراتژیها به ارتقای یادگیری سازمانی کمک می کند. یادگیری سازمانی بیش از مجموع توان یادگیری افراد است. یادگیری سازمانی و سازمان یادگیرنده مفاهیم مترادفی نیستند. باید بین یادگیری سازمانی به مفهوم یادگیری افراد و گروه های درون سازمان و سازمان یادگیرنده به معنی یادگیری سازمان به عنوان سیستمی کلی، فرق گذاشت. یادگیری سازمانی مفهومی است که برای توصیف انواع خاصی از فعالیتهایی که در سازمان جریان دارد به کار گرفته می شود در حالیکه سازمان یادگیرنده به نوع خاصی از سازمان اشاره می کند. به عبارت دیگر، باید گفت

ایجاد يك سازمان یادگیرنده

دورنمای تمام سازمانهای یادگیرنده رسیدن به موفقیت مطلوب و ایده آل است بنابراین برای چنین سازمانهایی موارد زیر ضروری است.

۱. هدف گذاری: اولین گام در راه ایجاد سازمان یادگیرنده شناخت هدف است چون هر گونه اقدام عملی قبل از شناخت هدف منجر به شکست خواهد شد. حرکت به سوی سازمان یادگیرنده بدون برنامه ریزی، هدف گذاری و جهت گیری صحیح و اصولی امکان پذیر نیست.

۲. وجود رهبران اندیشمند: این عنصر در سازمان یادگیرنده از آن جهت اهمیت دارد که بدون یک رهبر متعهد به یادگیری، خردمند و تحول آفرین سازمان هرگز موفق نخواهد بود. از آنجا که سازمان یادگیرنده سازمانی است دانش آفرین و خلاق، بنابراین رهبر باید به گونه ای عمل کند که در درون سازمان این خلاقیت ایجاد شود. به زعم سنگه، در سازمان های یادگیرنده، رهبر دارای تفکر سیستمی بوده و خود را مشغول مسائل ظاهری و جزئی نمی کند و در بر خورد با مسائل و مشکلات در جستجوی ریشه و علل اصلی آن هاست. رهبر خود از تواناییهای شخصی بالایی برخوردار بوده و تلاش می کند با فراهم نمودن فرصت های مناسب یادگیری، قابلیت های شخصی افراد را گسترش دهد.

۳. وجود کارکنان یادگیرنده و خلاق: شرط لازم سازمان های یادگیرنده کارکنان و مدیران یادگیرنده است. در سازمانهای یادگیرنده افراد باید به توانایی های خود وقوف کامل داشته باشند و آنها را توسعه و بهبود بخشند. تاکید بر توسعه و مهارت کارکنان می باشد و بدیهی است سازمانی که افراد آن توانایی لازم را نداشته باشند با سستی روبرو می شوند و مدیریت نمی تواند موفقیت آمیز عمل کند.

۴. تفویض اختیار به کارکنان و آموزش آنها: در سازمانهای یادگیرنده اختیارات به میزان زیادی به افراد واگذار می شود و به افراد احترام گذاشته می شود و نسبت به آنها اعتماد کامل وجود دارد. همچنین فضایی برای پیشرفت آنها فراهم می شود و براساس توانایی فرد و استعداد او به یادگیری و رشد او را برمیگزینند و آموزش می دهند. این سازمان ها در زمینه آموزش سرمایه گذاری سنگین می نمایند. آموزش کارکنان برای درک نوع فعالیتها و تفویض اختیار به آنها جهت تصمیم گیری باعث می شود که افراد سازمان احساس نوعی مالکیت بکنند و از کار کردن در سازمان برخوردار باشند. سازمان یادگیرنده موجب می شود که مسئولیت فرد در برابر سازمان افزایش یابد و از نظر عواطف و احساسات در وضعی قرار گیرد که جهت تامین هدفهای مورد نظر از هیچ کوششی فروگذار نکنند و با هر مشکلی دست و پنجه نرم کنند.

۵. انتقال دانش/اطاعات در سرتاسر سازمان: داده های رسمی درباره بودجه، سود و هزینه ها، برنامه ها، عملکردها و تجارب در اختیار افراد قرار می گیرد. هر شخص آزادی عمل دارد تا با سایر افراد در درون سازمان اطلاعاتی را رد و بدل کند.

۶. برخورداری از يك الگوی پویانده: سازمان یادگیرنده باید به ساز و کارهایی مجهز باشد تا الگوهای ذهنی خود را نسبت به مسایل شناسایی کرده و آنها را دائماً مورد ارزیابی و سنجش قرار دهد. بنابراین برای اینکه سازمان ها موفق باشند، لازم است الگوهای ذهنی واقع بینانه ای داشته باشند با اطلاعات، آنها را به روز در آورند و بکوشند تا پویایی و انعطاف آنها همواره حفظ شود.

۷. به کارگیری علم و تجربه: سازمان یادگیرنده ترکیبی از علم و تجربه را مورد استفاده قرار می دهد تا به کمک این دو تصمیم های بهتری بگیرد، زیرا استفاده از دانش در تصمیم گیریهای سازمانی، سرعت، دقت و هزینه های کمتری را به سازمان ارزانی می دارد و به کارگیری تجربه ها، تصمیمات اتخاذ شده را واقع بینانه و هماهنگ با محیط های

می‌شوند. هر دو مرتبط با فرایند کسب و اندوختن اطلاعات، تفسیر داده‌ها، توسعه دانش و تقویت یادگیری می‌باشند. اینکه چگونه یک سازمان، دانش خود را مدیریت می‌کند، برای توسعه سازمانی بسیار با اهمیت است. برای نیل به موفقیت، سازمان یادگیرنده به مدیریت دانش نیازمند است و به عکس. یک سازمان یادگیرنده بر فرایند یادگیری متمرکز دارد و مدیریت دانش بر نتیجه و خروجی فرایند یادگیری متمرکز است. بنابراین مدیریت دانش ابزاری است که زمینه ساز سازمان یادگیرنده است. سازمانی که می‌خواهد به یک سازمان یادگیرنده تبدیل شود، بایستی به هر دو، به طور یکسان توجه کند. این مطلب نیازمند درک اولویت‌ها، هدف‌ها و روابط مختلف آنهاست.

مؤثر بر سازمان می‌کند. افراد از طریق تجربه مستقیم، بالاترین میزان یادگیری را دارند. در سازمان‌های یادگیرنده آنچه که برای یادگیری لازم است، علم و تجربه است و از تجربه در به کارگیری یافته‌های گذشته استفاده می‌شود. در این سازمان‌ها افراد باید به کمک دانش و تخصص خود، گزینه‌های موفق را برای آینده برآورد کنند و با بهره‌گیری از تجربه به تصمیمی منطقی و خردمندانه دست یابند.

۸. فضای تعمقی: فضای باز فکری و اندیشه‌ای، افراد را به درون خود فرو می‌برد و نقطه آغاز آن چالش با افکار خود است. فضای باز فکری در این محیط تنفس می‌کند که ممکن است من اشتباه کنم و حق با دیگران باشد. در این فضا نه تنها افکار ما، بلکه نقطه نظرات دیگران نیز مورد آزمون قرار می‌گیرد. برای پرداختن به علت‌ها به جای پیدا کردن راه حل‌ها برای (معلول‌ها،

بایستی فضای باز فکری و اندیشه‌ای، قابلیت‌های جستجو، تعمق و بحث و گفتگو را پرورش داد.

۹. بومی سازی: بومی و محلی کردن فعالیتهای سازمان یکی دیگر از شرایطی است که دستیابی به سازمان یادگیرنده را تسهیل می‌کند. بومی سازی با اعطای متناسب "مسئولیت" و "آزادی" به کارکنان، سرعت یادگیری آنها را افزایش می‌دهد. بومی سازی به معنی سوق دادن تصمیمات به پایین هرم سازمانی و ظاهر ساختن تعهد کارکنان است، از طریق اعطای آزادی عمل به ایشان به نحوی که بتوانند ایده‌های خود را به مرحله

اجرا در آورده و مسئولیت نتایج آن را نیز بپذیرند.

۱۰. مدیریت زمان: زمان ارزشمندترین سرمایه موجود نزد هر فرد، گروه و سازمان است و بسیاری از امکانات و فرصتها دوباره بدست می‌آید، ولی زمان هرگز تکرار نمی‌شود. یادگیری نیاز به صرف زمان دارد. مدیریت زمان و توجه مقوله است که مدیران طراز اول در آن نقش بسزایی دارند، نه از طریق حکم کردن و فرمان راندن بلکه از طریق ایجاد نمونه و سرمشق.

۱۱. ترویج کار گروهی و تیمی: بدون شک سنگ زیر بنای اساسی و راهبردی برای یک سازمان یادگیرنده تأکید و برخورداری از کار گروهی است که در آن نگرش حل مسأله به صورت گروهی تشویق می‌شود و افراد بدون هیچ مشکل و مانعی می‌توانند با هم کار کنند.

۱۲. تجربه یک فرهنگ سازمانی: افراد باید بتوانند ایده‌های جدید وارد سازمان کنند و آن را تجربه کنند. مدیران افراد را تشویق به نوآوری و خلاقیت می‌کنند و این خود یک فرهنگ سازمانی است که افراد را به شکلی پویا در فرهنگ سازی در تجربیات ارزشمند به کار می‌اندازد.

مدیریت دانش زمینه ساز سازمان یادگیرنده

سازمان یادگیرنده و مدیریت دانش مقوله‌هایی جدا از یکدیگر نیستند. هر دو دارای عقاید مشترک بوده و لازم و ملزوم یکدیگر محسوب



منابع

۱. نکویی مقدم، محمود و ملیکه بهشتی فر. سازمان‌های یادگیرنده. معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶
۲. صحت، سعید و محسن میجانی. ضرورت ایجاد سازمان‌های یادگیرنده در دنیای امروز
۳. یوسفی، علیرضا و ذهبیون شهلا. سازمان یادگیرنده راه کاری برای ارتقای کیفی نظام سلامت. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، زمستان ۱۳۸۹، ۱۰ (۵).
۴. یاری، جهانگیر. بررسی موانع ایجاد سازمان یادگیرنده در مرکز آموزش ایران خودرو. علوم تربیتی، ۱(۴).
۵. اصغرزاده شهانقی، شاهین و سیامک نوری سنجش. سطح سازمان یادگیرنده. چشم انداز مدیریت دولتی. پاییز ۱۳۹۱، شماره ۱۱
۶. نوربخش، مهدی و سیده سمانه توکلی. شناسایی مدل درون سازمانی ایجاد سازمان یادگیرنده بر اساس دیدگاه پیتز سنگه
۷. سازمان یادگیرنده چیست؟
۸. آگستام، لنا. تقدم باکدامیک مدیریت دانش یاسازمانهای یادگیرنده. ترجمه شمس الله جشنی. مجله فناوری اطلاعات و کنترل. ۲۰۰۶، شماره ۳۵