

## فرآیند ممیزی بالینی و ارتقاء کیفیت خدمات بالینی پرستاران

سارا رشیدی فر<sup>۱</sup>، فاطمه کلروزی<sup>۲</sup>، زهرا فارسی<sup>۲</sup>

۱-دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، نویسنده مسئول. ۲-دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا

چکیده	اطلاعات مقاله
<p><b>مقدمه و هدف:</b> بهبود عملکرد در سازمان ها مستلزم داشتن مدلی مناسب برای ارزیابی عملکرد است، زیرا تحقق اهداف سازمان بدون وجود یک مدل جامع به منظور ارزیابی و بازنگری برنامه ها امکان پذیر نبوده و سازمان ها نمی توانند بدون توجه به نتایج حاصل از فعالیت ها، مدیریت موثر خود را بر اجرای برنامه ها اعمال نمایند. از جمله مدل هایی که در حال حاضر وجود دارد می توان به مدل حاکمیت بالینی و ممیزی بالینی اشاره نمود. هدف این مقاله تشخیص تاثیر ممیزی بالینی در مراقبت ها و رابطه آن با بررسی کیفیت و بهبود و اثر بخشی بالینی در حرفه ی پرستاری می باشد.</p> <p><b>مواد و روش ها:</b> این تحقیق یک مطالعه مروری است و در تدوین آن از جستجوهای منظم منابع اینترنتی در پایگاه داده های google و pubmed و SID، مطالعات کتابخانه ای و مقالات علمی منتشر شده در سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ استفاده شده است.</p> <p><b>یافته ها:</b> یافته ها حاکی از آن می باشد که ممیزی بالینی فرآیندی چرخه ای است، که در قالب انجام مراحل مختلف به ارتقا کیفیت خدمات در یک حیطة مشخص می پردازد و علاوه بر این که می تواند یک ابزار جهت اندازه گیری و بررسی کیفیت مراقبت باشد، می تواند به عنوان یک وسیله آموزشی جهت ابداع تفکرات نوین در مورد مراقبت و یادگیری از تجربیات نیز مطرح شود.</p> <p><b>نتیجه گیری:</b> با توجه به تاثیر چشمگیر فرآیند ممیزی بالینی بر کیفیت خدمات ارائه شده، به نظر می رسد که این فرآیند می تواند به ارتقا سطح خدمات ارائه شده توسط پرستاران در محیط های بالینی کمک کند.</p>	<p><b>نوع مقاله</b> مروری</p> <p><b>تاریخچه مقاله</b> دریافت: ۹۵/۸/۴ پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۳</p> <p><b>کلید واژگان</b> ارتقاء کیفیت، پرستاران، خدمات بالینی، ممیزی بالینی.</p> <p><b>نویسنده مسئول</b> Email: s.rashidifar@yahoo.com</p>

### مقدمه

تر می شود که بدانیم در بعضی کشورها مثل نروژ که از کشورهای توسعه یافته محسوب می شود، هر روز سه مرگ به علت کیفیت پایین خدمات سلامت رخ می دهد. افراط و تفریط در ارائه و استفاده از خدمات نظام سلامت منجر به پیدایش شکافی عمیق، میان کیفیت خدمات ارائه شده و توان بالقوه ی نظام سلامت شده است و از سوی دیگر این خدمات نا به جا، هزینه های گزافی بر نظام سلامت تحمیل می نمایند. برای مثال ۲۵ درصد اقدامات رادیولوژیک صورت گرفته در آمریکا و بیش از ۵۰ درصد داروهای تجویز شده در بسیاری از کشورهای جهان غیر ضروری است، بنابراین کیفیت بالاتر الزاما به معنای هزینه های بالاتر نبوده و حتی ارتقای کیفیت، باعث کاهش هزینه ها می شود. (۳) از این رو بهبود کیفیت در زمینه هایی چون آموزش و پرورش، بهداشت و دیگر زمینه ها، یک ضرورت است. در قلمرو بهداشت و سلامت عواملی نظیر کمبود روز افزون بودجه، پافشاری مردم و دولت ها برای به سازی گستره نظام های سلامت و ارتقای تجهیزات پزشکی، توجه به بهبود کیفیت را با اهمیت تر کرده است. از سوی دیگر، بهبود کیفیت نیازمند یک حرکت استراتژیک در سازمان است. سازمان هایی که اصولا فاقد توانایی حرکت هستند، نمی توانند از این فرآیند

مقبولیت و اعتماد به خدمات بهداشتی و درمانی و ارائه دهندگان آن، ریشه در باورهای عمیق مردم جهان داشته است، تاجایی که پزشکان و کارکنان سلامت را واسطه دریافت فیض و نعمت سلامت پنداشته و قداست سپید پوشان را باور داشته اند. (۱) به عبارت دیگر مردم به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی اعتماد دارند و این اعتماد جز با ارائه مراقبت ها و خدمات با کیفیت کسب نمی شود. لذا، با افزایش سرمایه گذاری مردم برای حفظ تندرستی خودشان و متعاقبا اولویت یافتن سلامتی در میان دولت ها، لزوم استفاده از روش ها و رویه هایی که بتواند کیفیت خدمات سلامت را افزایش داده و انتظارات را برآورده سازد، بیش از پیش آشکار می شود. در کشورهای توسعه یافته و بسیاری از کشورهای در حال توسعه، دولت ها به شکل عام و نظام های بهداشتی به شکل خاص، درگیر ایجاد و توسعه موسسات، ساز و کارها و فرآیندهایی هستند که وظیفه آن ها اطمینان از ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامتی می باشد. (۲) امروزه، دغدغه ی بسیاری از مردم کشورهای جهان دسترسی به خدمات سلامت با بهترین کیفیت ممکن است. توجه به بعد کیفی خدمات سلامت زمانی پر رنگ

از فعالیت ها، مدیریت موثر خود را بر اجرای برنامه ها اعمال نمایند. از جمله مدل هایی که در حال حاضر وجود دارند، می توان به مدل هایی هم چون: ایزو، شش سیگما، کارت امتیازی متوازن، مالکوم بالدریچ، حاکمیت بالینی، تعالی سازمانی و اعتبار بخشی اشاره نمود. (۸) حاکمیت بالینی، الگویی جهت بهبود و تضمین کیفیت بخش سلامت به طور خاص است، که از یک سو با مفهوم فلسفی خود منجر به اصلاح تضاد بالینی شده و از سوی دیگر، به عنوان ابزاری جهت تضمین هم راستایی سیاست ها و عملیات بالینی کاربرد دارد. این الگو در نظام جامع ارتقاء کیفیت سلامت به خوبی می تواند عملیاتی ساختن برنامه ها و استانداردهای کیفی را تحقق بخشد. (۷) به طور کلی حاکمیت خدمات بالینی چارچوبی است که در آن سازمان های ارائه دهنده خدمت در قبال بهبود دائمی کیفیت پاسخ گو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می شود، به صیانت از استانداردهای عالی خدمات می پردازد. بنابراین، می توان حاکمیت خدمات بالینی را انجام کار درست، در زمان مناسب و به شیوه ای صحیح برای بیمار حائز شرایط در مکانی مناسب و برای کسب حداکثر نتایج بالینی مورد نظر تعریف کرد. (۳) کیفیت خدمات سلامت یعنی میزان برآورده شدن و تحقق ستانده های سلامتی مورد نظر در فرد و جامعه گیرنده خدمات، به گونه ای که با دانش حرفه ای و تخصص روزآمد هم خوانی داشته باشد. کیفیت را متناسب بودن با اهداف و یا دستیابی به استاندارد ها نیز تعریف می کنند و نه تنها یک متغیر مجزا نیست، بلکه ساختار پیچیده ای از ارزش ها، عقاید و نگرش های افرادی است که در نظام سلامتی در تعامل با یک دیگر می باشند. (۹) امروزه کیفیت از دیدگاه پرستاری، دیگر حداقل استانداردها نیست، بلکه دستیابی به انتظارات مددجویان در ارائه خدمات اثربخش، کافی و قابل ارائه توسط مراکز سلامتی می باشد، به طوری که تاکید گسترده جهانی بر اندازه گیری و ارزشیابی کیفیت مراقبت سلامتی وجود دارد. (۱۰) کیفیت مراقبت های بالینی شامل دو گروه، کیفیت فعالیت های بالینی نظیر کیفیت حرفه ای و کیفیت خدمات که بیشتر به درک و رضایت بیمار از روابط، امکانات و تسهیلات مورد نیاز وی می پردازد، تقسیم می شود. تحقق کیفیت در هر دو گروه نیازمند شناسایی و تعریف استانداردهایی است که از دل شواهد معتبر یا اجماع کارشناسان و خبرگان بالینی بدست آمده باشد، تا مداوم و مستمر فاصله خود را با آن چه باید باشد یا می تواند باشد، مقایسه کنند و راهکارهای اصلاحی را طراحی و اعمال کنند. (۱۱) همه مسئولیت دارند که به تک تک بیماران خدماتی مطابق با استاندارد و با بهترین کیفیت ارائه دهند و باید در این زمینه پاسخ گو باشند. بنابراین، لازم است که استانداردهای مراقبت ها را بدانند و بتوانند عملکرد خود را به حد آن رسانده و مطابقت دائم با آن را پایش نموده و اثبات

بهره ببرند. سازمان هایی با مکانیزم های تصمیم گیری کند و بدون انعطاف، سازمان هایی که در آن چند دستگی مدیریتی وجود دارد، سازمان هایی که فرایندهای کاری در آن ها پیچیده و طولانی است، نمی توانند فرصت ها را شناسایی کنند و حرکت های اساسی انجام دهند. پس این سازمان ها، ابتدا باید مسائل روزمره خود را حل کنند تا انجام حرکت های اساسی در آن ها امکان پذیر گردد (۴) از طرف دیگر، هر رخدادی که تاثیر منفی روی یک سازمان داشته باشد، می تواند بر کارکنان، محصولات، مشتریان، تجهیزات یا محیط هم اثر داشته باشد. لذا مسئولین سازمان ها نقش کلیدی در نظارت و ممیزی عملکرد و مهارت پرسنل دارند زیرا یکی از عوامل بی کیفیتی مراقبت ها عدم نظارت و ممیزی مستمر و کافی است که تاثیر مستقیم بر سلامت بیمار و شاخص رضایت مندی خواهد داشت و برای پیشگیری از این امر باید توجهات ویژه ای مبذول گردد. (۵)

مواد و روش ها

این تحقیق یک مطالعه مروری می باشد که بر پایه اطلاعات جمع آوری شده از جستجوی منظم منابع اینترنتی در پایگاه داده های SID، google و pubmed، تحقیقات منتشر شده مرتبط با موضوع و مطالعات کتابخانه ای در سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲، انجام شده است.

#### یافته ها

الگوهای متعددی برای اطمینان از کیفیت مراقبت ها در بخش سلامت به کار گرفته شده است که هر کدام به شکلی به این مقوله پرداخته و دستاوردهایی داشته اند، اما هنوز بین آنچه در واقعیت انجام می شود و آنچه که استاندارد است، شکاف های عمیقی وجود دارد. (۶) در واقع ضرورت استقرار یک سیستم مدیریت خدمات بالینی که در عین تضمین کیفیت خدمات، در مقابل بیماران و جامعه پاسخ گو باشد و سیاست گذاران و برنامه ریزان نظام سلامت را از طریق پیش بینی اهرم های علمی و اجرایی در دستیابی به اهداف این حوزه، نظیر مراقبت ایمن و ارتقا اثربخشی خدمات یاری رساند، احساس می گردد. (۷) بنابراین بسیاری از کشورها ایجاد مکانیسم ها و فرآیندهای نوین را به هدف حفظ و ارتقای مداوم کیفیت خدمات سلامتی دنبال می کنند. بسیاری از این مکانیسم ها و فرآیندها، تئوری های ارزشمند و جذابی را همراه داشتند، ولی پیاده کردن آن ها همواره چالش برانگیز بوده است. (۳) در این میان، مجموعه ای از تلاش ها به ایجاد یک نگرش جدید برای ارتقا کیفیت منتهی شد و در نتیجه مدل حاکمیت خدمات بالینی جهت دستیابی به اهداف این حوزه و غلبه بر مشکلات و اعتماد سازی مردم متولد شد. (۷) بنابراین تحقق اهداف سازمان های دولتی بدون وجود یک مدل جامع به منظور ارزیابی و بازنگری برنامه ها، امکان پذیر نبوده و سازمان ها نمی توانند بدون توجه به نتایج حاصل

تعالی خدمات بالینی انگلستان تعریف کامل تری به این شرح ارائه داد ممیزی بالینی فرآیندی نظام مند جهت ارتقاء کیفیت خدمات بالینی است و به مرور نظام مند چگونگی مراقبت از بیماران در مقایسه با استانداردهای صریح و روشن می پردازد و تغییرات لازم جهت بهبود ساختار، فرآیند و پیامدهای مراقبت از بیماران را شناسایی و اعمال می کند وهم چنین برای اطمینان از اعمال صحیح تغییرات و بهبود کیفیت خدمات نظام سلامت به پایش و بازبینی دوباره فرآیندها می پردازد و در موارد معین، تغییرات در سطوح فردی، گروهی و سازمانی اجرا می شود و به صورت مرتب برای تایید بهبود ارائه مراقبت سلامت، کنترل لازم صورت می گیرد. (۱۴-۳) نتایج به دست آمده از پژوهشی که توسط عابر کای و همکارانش در سال ۲۰۰۲ انجام شد، نیز ممیزی بالینی را به جهت سنجش کیفیت به صورت مرحله ای، ابزاری مناسب جهت اندازه گیری کیفیت دانسته و موضوع آن را افزایش قابل تشخیص در کیفیت حرفه ای و اثر بخشی گزارش کردند. (۱۵) آرتی تسالوگلیدو نیز در سال ۲۰۰۹ به این موضوع اشاره داشت که ممیزی بالینی می تواند یک وسیله آموزشی جهت ابداع تفکرات نوین در مورد مراقبت و یادگیری از تجربیات نیز مطرح شود. بنابراین پیشنهاد نمود که در انجام چرخه ممیزی بالینی نه فقط مدیران بلکه همه افراد سازمان بعد از آموزش دیدن باید درگیر شوند زیرا کیفیت مراقبت ارائه شده به بیمار افزایش قابل توجهی خواهد یافت. (۱۶) ممیزی یک عنصر کلیدی است و در واقع به این سوال پاسخ می دهد که چند درصد از اعمال و کارهای انجام شده به نتیجه مطلوب رسیده است. (۱۷) اما از دیدگاه کالج جراحان نیوزلند، ممیزی عبارت است از چرخه ای که چندین مرحله را دربرمی گیرد: تعیین دامنه، انتخاب استانداردها، گردآوری داده ها، ارائه و تفسیر نتایج از طریق بازبینی تخصصی، اعمال تغییر و پایش پیشرفت. (۱۸) بنابراین به طور خلاصه می توان گفت، در واقع ممیزی بالینی فرآیندی چرخه ای است، که در قالب انجام مراحل مختلف به ارتقا کیفیت خدمات در یک حیطه مشخص می پردازد و طی آن براساس توصیه های مطرح شده در راهکارهای طبابت بالینی یک سری معیارها و استانداردهای عملکرد تعیین کرده و با تحلیل وضعیت عملکرد موجود، اختلاف عملکرد فعلی و استاندارد را مشخص می کند و در مرحله عمل با انجام فرآیندهای چرخه ای مدیریت، تغییر عملکرد فعلی را در راستای دستیابی به استانداردهای تعیین شده، ارتقاء می بخشد و ابزاری برای تضمین اجرای توصیه های مربوط به راهکارهای طبابت بالینی و نظارت بر کیفیت اجرای آن ها است. در واقع ممیزی بالینی هدفی نیست که باید به آن نائل شویم، بلکه فرآیندی است که باید به صورت روزمره در آن درگیر گردیم. روش های مختلفی برای اجرای این برنامه وجود دارد، از جمله ممیزی می تواند به صورت داخلی (توسط خود

کنند. (۱۰) از آن جا که نیروی انسانی عامل اصلی خدمت، بقا و موفقیت سازمان ها محسوب می شود و گروه های کاری یکی از عمده ترین مسائل جهان امروزی و جدی ترین چالشی است که مدیریت کنونی با آن روبرو است، ارتقا عملکرد پرستاران نیز به عنوان بزرگ ترین منبع انسانی سازمان های مراقبت بهداشتی اهمیت به سزایی دارد، به طوری که سازمان های مراقبت بهداشتی بدون نیروی پرستاری کارآمد نمی توانند موفق شوند و عملکرد این گروه یکی از بزرگ ترین دغدغه های مدیران سازمان های بهداشتی است که در صدد افزایش کیفیت و کاهش هزینه ها هستند. (۵) بنابراین نظام سلامت، نیازمند شیوه ای است که اطلاعات مورد نیاز درباره ی نحوه ی کاهش کیفیت نامطلوب را در اختیار قرار دهد، تا بتوان با به کارگیری روش ها و نظام های ارتقای کیفیت، خطاها و کاستی ها را کاهش داده و به حداقل رساند. به این طریق با به کارگیری همان منابع سابق می توان خدماتی با کیفیت بالاتر ارائه نمود، یا تعداد بیشتری از بیماران را درمان کرد. یکی از موثرترین ابزارهای ارتقا کیفیت، براساس الگوی حاکمیت خدمات بالینی، ممیزی بالینی می باشد. در واقع ممیزی بالینی جزئی از حاکمیت بالینی است که در زیر چتر آن، بخشی از سیستم بهبود استانداردهای طبابت را تشکیل می دهد و یکی از محورهای آن در کنار مقوله هایی چون مدیریت خطر، اثر بخشی بالینی، تحقق و توسعه انتقاد پذیری در سازمان و آموزش می باشد. (۱۲) مفهوم اولیه ی ممیزی بالینی برای اولین بار در سال ۱۹۸۹ و تحت عنوان ممیزی پزشکی به نظام ملی سلامت انگلستان معرفی شد و بعد ها در سال ۱۹۹۰ برای این که بتواند فعالیت های پرستاران و سایر مراقبت های درمانی را نیز پوشش دهد، به ممیزی بالینی تغییر نام یافت. (۱۳) با این وجود، تاریخچه ممیزی بالینی به سال ها قبل از آن و فعالیت افرادی هم چون ارنست کدمن و حتی قبل از آن به فلورانس نایتینگل در سال ۱۸۵۴ باز می گردد. کدمن که به عنوان اولین ممیز پزشکی شناخته شده است، در سال ۱۹۱۲ نتایج جراحی تعدادی از بیماران را با توجه به شرح حال و بیماری آنها مورد بررسی قرار داد و از این طریق با پی بردن به خطاهای صورت گرفته توسط جراحان، به کاهش مرگ و میر بیماران کمک شایانی نمود. با وجود موفقیت های این افراد، سال ها طول کشید تا ممیزی بالینی آن طور که باید، مورد توجه قرار گیرد. در طول این مدت مفهوم ممیزی بالینی توسعه یافته و در واقع از منظر پزشکی محور به بیمار محور تغییر جهت داده و همراه با آن تعاریفی که برای روشن سازی آن به کار رفته اند نیز تکامل یافته است. تعریف ساده و ابتدایی ولی قابل فهم ممیزی بالینی که برای اولین بار در سال ۱۹۸۹ ارائه شد، عبارت است از فرآیندی که کیفیت مراقبت از بیماران را با نظارت بر طبابت و اعمال تغییرات لازم، ارتقا می بخشد. در سال ۲۰۰۲ سازمان

حداقل سطح قابل قبول نیل به اهداف و معیار سنجش فعالیت ها می باشند. به عبارتی توصیف وضع و سطح مطلوبی از عملکرد که بر مبنای آن می توان کیفیت، ساختار، فرآیند و حاصل کار را مورد داوری قرار داد. (۲۲) مراقبت، به عنوان بخش مهم پرستاری، مورد قبول بیشتر پرستاران و محققان پرستاری بوده و مترادف اقدامات پرستاری است. هم چنین یکی از مهم ترین و اساسی ترین اجزای دستیابی به تکامل و بقای انسان است و از آغاز تولد بشر به عنوان یک عامل حیاتی در تولد نوزادان، برانگیختن رشد فردی و کمک به افراد برای ادامه حیات در مقابل حوادث تنش زای گوناگون، مورد توجه بوده است. مراقبت درباره نیازهای اساسی انسان صحبت می کند و جزء زیر بنایی حرفه پرستاری است. (۲۳) از آن جا که مراقبت به عنوان یک جزء اساسی در زمینه خدمات بهداشتی درمانی به حساب می آید و در بین کلیه مراقبت های ارائه شده در محیط های درمانی، مراقبت های پرستاری از اهمیت بیشتری برخوردار است و با توجه به نقش پرستاران در ارتقاء کیفیت مراقبت و تاثیر آن بر نتایج سلامتی و بیماران، بهبود عملکرد آنان به عنوان یک الویت در نظام خدمات بهداشتی درمانی شده است. به طوری که در اغلب کشورها درجه بندی و اعتبار بخشی بیمارستان ها، تحت تاثیر مراقبت های پرستاری و کیفیت آن است. (۸) یکی از عوامل مهم آن، بهسازی نیروی انسانی است. بهسازی نیروی انسانی در پرستاری، یکی از مسؤولیت های مهم مدیران پرستاری بوده و شامل فعالیت هایی است که برای ارتقای سطح صلاحیت و افزایش دانش و آگاهی و ایجاد مهارت پرستاران برای ارائه خدمات بالینی بهتر به مورد اجرا گذاشته می شود. مطالعات نشان داده اند که ارتقا کیفیت عملکرد پرستاران در پیشگیری از عوارض و مرگ و میرها مهم است و نظام سلامتی و مخصوصا پرستاری باید در موقعیتی قرار گیرد که از کیفیت بالای مراقبت اطمینان حاصل شود. (۲۴) لذا اندازه گیری سطح عملکرد پرستاری و تاثیر آن بر نظام سلامتی مورد توجه مسئولین، صاحب نظران و مدیران نظام سلامتی است. (۲۵) ارزیابی عملکرد بالینی پرستاران نیز نقش بسیار مهمی در مدیریت فرایند ارائه مراقبت و نیل به اهداف مراقبت دارد. (۲۶) ارزیابی عملکرد بالینی پرستاران، به خصوص در شناسایی حیطه هایی که نیاز به ارتقا دارد، تعیین نیازهای آموزشی پرستاران و هم چنین کسب اطمینان از ارائه مطلوب مراقبت ها، حائز اهمیت فراوان است تا جایی که از آن به عنوان نقطه ثقل عملکرد سیستم های تضمین کیفیت، برنامه ریزی نیروی کار و مدیریت منابع انسانی یاد می کنند و آن را کلیدی ترین مسؤولیت مدیران پرستاری در محیط های بالینی قلمداد می نمایند. (۲۷) لذا آگاهی از کیفیت کار به جهت ارزیابی مداخلات و قضاوت در مورد اثر بخشی آن ها، یک جزء اساسی در مراقبت و ارائه خدمات بالینی محسوب می شود. (۲۸)

ارزیاب، خارجی (توسط تیم خارجی)، گذشته نگر (پس از کامل شدن خدمت)، آینده نگر (در زمان وقوع خدمت)، رسمی (که معمولا به چاپ می رسد)، غیر رسمی (در طی یک جلسه ارائه و بررسی می شود)، سازمانی (مرتبط با کل سازمان) و فرآیندی (مربوط به فرآیند های خدمت) انجام شود. (۱۹) از عوامل اصلی در جهت تسهیل ممیزی می توان به سیستم های مدرن مدارک پزشکی، آموزش موثر کارکنان و ارتقا آگاهی و تخصص آنان، صرفه جویی در زمان، برنامه های ساختار یافته و گفتگو های مشترک بین خریداران و ارائه دهندگان اشاره نمود. (۲۰) اجرای ممیزی بالینی پس از انتخاب موضوع شامل پنج مرحله می باشد که این اجزاء ثابت و تغییر ناپذیرند. تعیین استاندارد های مرتبط با موضوع، بررسی وضعیت موجود، مقایسه وضعیت موجود با استاندارد، اعمال تغییرات، انجام مجدد چهار مرحله قبلی جهت اطمینان از بهبود کیفیت فرآیند های مورد نظر. (۱۵) انواع مختلف استانداردها شامل: استانداردهای ساختاری که به مواردی اطلاق می شوند که ارائه خدمات را امکان پذیری سازند، مانند: انسان، منابع مالی و فیزیکی. استانداردهای فرآیند نیز به فعالیت هایی از قبیل مراقبت، خدمات یا مدیریت اطلاق می شوند که انجام می دهیم و استانداردهای پیامد نشان دهنده نتایج بالینی و غیر بالینی در زمینه کاری است که با امکانات در دسترس انجام می دهیم. به نظر می رسد که ترکیبی از استانداردهای ساختاری، فرایند و نتیجه بهترین انتخاب برای کنترل کیفیت مراقبت و خدمات تسهیلات مراقبت های بهداشتی درمانی خواهد بود. (۲۱) از آنجا که در پروژه ی ممیزی برای محک زدن خدمات نظام سلامت نیاز به دانستن خدمت مناسب و جنبه های مختلف آن داریم، استاندارد با بیان چگونگی اندازه گیری این جنبه های درمان به عنوان یک جز بنیادی ممیزی بالینی مطرح گردیده است. این ارتباط تنگاتنگ تاحدی است که استاندارد و ممیزی تفکیک ناپذیر بوده و انجام ممیزی بدون وجود استاندارد بی معنا و غیر ممکن می باشد. در واقع اهمیت کمی دارد که چیزی را سنجید (ممیزی کرد)، بدون آن که دانست وضعیت موجود که حاصل سنجش بوده است، خوب است یا بد و با وضعیت مطلوب (استاندارد) چقدر فاصله دارد و همین طور استاندارد ی که سنجش و اندازه گیری مطابق با آن صورت نپذیرد، بی مفهوم است. (۱۴) در پرستاری، استانداردهای عملکرد حرفه ای، بیانیه هایی هستند که از عملکرد یک پرستار کارشناس انتظاری رود. این استانداردها، نمایان گر ارزش های حرفه ای بوده و سطح انتظارات را از ایشان روشن می سازند. استانداردهای حرفه ای معمولا در چهار حیطه عملکرد پرستاری شامل حیطه بالینی، آموزش، مدیریت و پژوهش قابل اجرا هستند. در واقع سطوح صلاحیت مراقبت پرستاری به وسیله استانداردهای اقدامات بالینی تشریح می شوند و نشان دهنده

## نتیجه گیری

ممیزی بالینی ابزاری مناسب جهت ارتقاء و بهبودی قابل اندازه گیری در کیفیت ارائه خدمات شناخته شده است. بنابراین می تواند به عنوان یک الگوی مناسب در جهت بهبود عملکرد پرستاران مورد استفاده قرار گیرد. این الگو به جهت تحلیل و بررسی وضعیت موجود و سپس انجام مداخله متناسب با آن وضعیت در جهت مرتفع سازی مسائل و مشکلات بسیار موثر خواهد بود. انتظار نداریم که با انجام یک پروژه ممیزی بالینی کل مشکلات را حل کنیم و به وضعیت مطلوب برسیم، با توجه به فاصله وضعیت موجود با استاندارد، هدف از انجام یک پروژه ممیزی بالینی نزدیک تر شدن تا حد اکثر امکان به وضعیت مطلوب است. هم چنین ممیزی بالینی می تواند نشان دهد که آیا در یک مرکز ارائه خدمات سلامت، تلفیق مناسبی از دانش و مهارت کارکنان برای انجام امور محوله وجود دارد یا خیر. در

حال حاضر موسسات و دانشگاه های علوم پزشکی کشور در راستای این اهداف با برگزاری کارگاه ها و کلاس های آموزشی مداوم برای مدیران و کارشناسان بیمارستان ها و بازبینی های دوره ای و ایجاد رقابت بین بیمارستان ها، در حال بستر سازی مقدماتی در جهت بهره گیری از این مدل تعالی و بهبود کیفیت خدمات مراکز بهداشتی و درمانی و افزایش رضایت مندی می باشند. با توجه به اثر بخشی فرآیند ممیزی بالینی بر کیفیت مراقبت های پرستاری و ارتقاء مهارت های بالینی، این فرآیند را می توان به عنوان یک الگوی کارا، قابل اجرا، ساده و کم هزینه، برای به سازی کارکنان پرستاری معرفی کرد. البته برای استفاده بهتر و اثر بخش تر و پی بردن به نقاط قوت و ضعف موجود در آن، پیشنهاد می شود که این فرآیند در سایر بخش ها و بیمارستان ها نیز آزمون شود تا بتوان به عنوان یک الگوی اجرایی برای کاربردی نمودن برنامه های آموزشی پرستاران مورد توجه قرار گیرد.

## References

- 1-Mcsherry R, Pearce P. Clinical Governance: A Guide to Implementation for Healthcare Professionals. 2th edition. Wiley, 2007, 342-358.
- 2-Freeman T, Walshe K. Achieving progress through clinical governance. A national study of Health care managers preceptions in the NHS in England. Qual Saf Health Care, 2004; 13(5): 335-343.
- 3-Khalifi Nejad N, Ataei M, Hadizade F. Window for clinical governance and ascendency clinical care. 1th edition. Isfahan, Isfahan University of Medical Sciences publication, 2008, 13-27. [Persian].
- 4-Sedghiani A. Survey of evaluation and accreditation of Clinical System, national developmental project. notation NO: 80118, Teh, 2005. [Persian].
- 5-Hall McGillis L. Nursing Intellectual Capital: A Theoretical Approach for Analysing Nursing Productivity. Nursing Economics, 2003; 21(1): 14-19.
- 6-Azizmohammadi S. Clinical governance, sampling for assurance quality and improvement work. Journal of Nurse and Physician in War, 2011; 16: 30-34. [Persian].
- 7-Baker M R. Accountability and responsibility: clinical governance beyond the institution. Clinical Governance: An International Journal, 2003; 8 (4): 280 – 289.
- 8-Eslami m. Excellence model and validate adaptation with the clinical governance. Journal of Insight, 2010; 23: 12-14. [Persian].
- 9-Chang, B.L. Evaluating quality of nursing care: The gap between theory and practice. Journal of Nursing Administration (JONA), 2002; 32 (7/8): 405-418.
- 10-Pazargadi M, Tafreshi MZ, Abedsaeedi Z, Majd HA, And Lankshear AJ. Indicators for the development of nursing care quality in Iran. Int Nurs Rev, 2008; 55: 399-406. [Persian].
- 11-Travaglia J, Debono D. Clinical audit: a comprehensive review of the literaptur. Australia: Centre for Clinical Governance Research in Health Faculty of Medicine University of New South Wales Sydney (UNSW), 2009.
- 12-Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. BMJ, 2001 June; 322: 1413-7.
- 13-NICE. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Oxford, Radcliffe Medical Press, 2002. Available from: URL: www.radcliffe-oxford.com.
- 14-Collis S. A review of the literature on the nurse role in clinical audit. Nursing Times, 2006; 102(12): 38-40.
- 15-Abeer K. Al-Baho, Maleka Serour. Clinical audit in general practice. Bulletin of the Kuwait Institute for medical specialization, 2002; 1: 63-68.
- 16-Areti Tsaloglidou. Does Audit Improve the Quality of Care? International Journal of Caring Sciences, 2009; 2(2): 65-72.
- 17-Lakshmi Bhaskar N, Naga Satish Kumar S, Meera Subhashini M, Reddy K.T, Satyanarayana N. Are we geared up for Medical Audit? An endeavour for improvement of Quality in Health Care. Journal of Dental and Medical Sciences, 2012; 1(2): 35-38.
- 18-Broome, M. Knowledge Management or Information Management? How to make the most of Peer Review. Health Care and Informatics Review Online, 2011, 15 (1); 38-44.
- 19-Azzopardi J, Baldacchino P. The concept of audit materiality and attitudes towards materiality thresholds disclosure among Maltese audit professionals. Bank of Valletta Review, 2009; 40: 13-28.
- 20-Norozi M A, Jahangiri M, Ahmadinejad P, Darvisi F. Evaluation of safety status at audit method in hospitals of Shiraz university, Journal of Tehran university (health Present), 2011; 1(6): 42-51. [Persian].
- 21-Quality and Accreditation in Health Care Services. Evidence and Information for Policy Department of Health Service Provision. Switzerland, Geneva: WHO, 2003.
- 22-Ridanovic Z, Novo A, Maric V. Clinical audit as method of quality improvement of health care in patients. Medicinski Archive, 2006; 60(3): 185-189.
- 23-Taraghi Z. Quality of Life among multiple sclerosis patients. Iran Journal of Nursing, 2007; 20(5): 49-57. [Persian].
- 24-Levett Jones T, Gersbach J, Arthur C, Roche J. Implementing a clinical competency assessment model that promotes critical reflection and ensures nursing graduates' readiness for professional practice. Nurse Education in Practice, 2011; 11: 64-69.
- 25-Kunaviktikul, W. Development of quality of nursing care in Thailand. Journal of Advanced Nursing, 2001; 36 (6): 776-784.
- 26-Mertoja R, Leino-Kilpi H. Comparison of competence assessments made by nurse managers and practicing nurses. J Nurs Manage, 2003; 11(6): 404-409.
- 27-Mertoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse competence scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs, 2004; 47(2): 124-33.
- 28-Maartje D, Wilco G, Els K, Gert W, Peter H.J. Quality measurement at intensive care units: which indicators should we use? Journal of Critical Care, 2007; 22: 267– 274.

## The process of clinical audit and quality improvement of nursing clinical services

Rashidifar. S (Msc), Kalroozi. F (Msc), Farsi. Z (BScN, MScN, PhD)\*

### Abstract

**Background and Aim:** Performance improvement in organizations requires a good model for the performance evaluation, because of realization goals in the absence of a comprehensive model for assessing and reviewing plans is not possible and organizations cannot regardless of the results of operations, effective management of their programs don't apply. Among the models that are currently in clinical audit and clinical governance model can be cited. This article aims to identify the impact of the clinical audit and its relationship to quality of care and improve clinical effectiveness in nursing.

**Material& Method:** This study is a review article based on data collected from regular search internet resources in pubmed and google and SID Sites , library studies and scientific articles have been published between 2000 and 2012 have been used.

**Results:** The findings suggest that the clinical audit is an cyclical process, which is performed in several steps to improve the quality of services focuses on a different area and in addition to, the clinical audit can be a tool to measure and evaluate the quality of care, can be used as a training tool to develop new ideas about care and learning experiences are also discussed.

**Conclusion:** Due to this topic, the clinical audit process impressive effect on quality of clinical services, it seems that this process can help to improve the services provided by nurses in clinical environment.

**Keywords:** Quality Improvement, Nursing, Clinical Services, Clinical Audit.

---

\*Corresponding author: Faculty of nursing, AJA University of medical sciences, Tehran, Iran. Email: s.rashidifar@yahoo.com