

The Effect of Quality System Management on Patient Centeredness in an Infertility Care Center

Ahmad Vosough Taghi Dizaj¹, Akram Baniasadi^{2*}, Zahra Ezabadi³, Behnaz Kermani⁴

¹Department of Reproductive Imaging, Reproductive Biomedicine Research Center, Royan Institute, ACECR, Tehran, Iran

²Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Department of Epidemiology and Reproductive Health, Reproductive Epidemiology Research Center, Royan Institute, ACECR, Tehran, Iran

⁴Office of Vice-Chancellor for Management and Resources Development, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Info:

Received: 31 Aug 2015

Accepted: 5 Oct 2015

ABSTRACT

Introduction: Patient centeredness care is the extent of interaction between physicians and patient that requires vision and understanding of the patient as a person in addition to the illness. Since the aim of establishing quality management systems is accountability, transparency, and justice, this study was aimed to assess the impact of quality management system on patient centeredness. **Materials and Methods:** The study population included all patients at infertility care center with a sample size of 384 cases obtained from Morgan method. The confirmed patient centeredness questionnaire–infertility with 45 questions in 8 aspect, access (2 questions), information and explanations (12 questions), communication skills of employees (6 questions), participation in treatment (3 questions), respect for the values and needs (6 questions), duration of treatment (6 questions), qualified staff (6 questions), and organization of care (4 questions) was measured. After the establishment of quality management system, the same questionnaire was applied again. **Results:** The results showed that there is no significance difference at any dimension of patient centeredness before and after establishment of quality system management. **Conclusion:** The quality management system is not effective on patient–centered treatment and should be used alongside other quality models.

Key words:

1. Management Quality Circles
2. Outcome and Process Assessment (Health Care)
3. Infertility

***Corresponding Author:** Akram Baniasadi

E-mail: negbaniasadi@gmail.com

تأثیر سیستم مدیریت کیفیت بر درمان بیمار محور در یک مرکز درمان ناباروری

احمد وثوق تقی دیزج^۱، اکرم بنی اسدی^{۲*}، زهرا عزآبادی^۳، بهناز کرمانی^۴

^۱گروه تصویر برداری تولیدمثل، مرکز تحقیقات زیست پزشکی تولیدمثل، پژوهشگاه رویان، تهران، ایران
^۲گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳گروه اپیدمیولوژی و سلامت باروری، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی باروری، پژوهشگاه رویان، تهران، ایران
^۴دفتر معاونت توسعه مدیریت و منابع، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ پذیرش: ۱۳ مهر ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: ۹ شهریور ۱۳۹۴

چکیده

مقدمه: درمان بیمار محور میزان تعامل بین پزشکان و بیمار است که نیاز به دید و درکی از بیمار به عنوان یک انسان علاوه بر بیماری دارد. از آنجایی که هدف از ایجاد سیستم‌های مدیریت کیفیت، پاسخگویی، شفافیت و عدالت است، این مطالعه به منظور بررسی تأثیر سیستم مدیریت کیفیت در درمان بیمار محور انجام شد. **مواد و روش‌ها:** جامعه مورد مطالعه شامل تمام بیماران در مرکز درمان ناباروری با حجم نمونه ۳۸۴ نفر به واسطه روش مورگان به دست آمد. پرسشنامه تأیید شده درمان بیمار محور-ناباروری با ۴۵ سؤال در ۸ بعد، دسترسی (۲ سؤال)، اطلاعات و توضیحات (۱۲ سؤال)، مهارت‌های ارتباطی کارکنان (۶ سؤال)، مشارکت در درمان (۳ سؤال)، احترام به ارزش‌ها و نیازها (۶ سؤال)، مدت درمان (۶ سؤال)، کارکنان واجد شرایط (۶ سؤال) و سازماندهی مراقبت (۴ سؤال) اندازه‌گیری شد. بعد از استقرار سیستم مدیریت کیفیت، همان پرسشنامه دوباره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری در هیچ یک از ابعاد درمان بیمار محور قبل و بعد از استقرار سیستم مدیریت کیفیت وجود ندارد. **نتیجه‌گیری:** سیستم مدیریت کیفیت در درمان بیمار محور مؤثر نیست و باید در کنار سایر مدل‌های کیفیت استفاده شود.

کلید واژه‌ها:

۱. حوزه مدیریت کیفیت
۲. ارزیابی فرایند و نتایج (مراقبت‌های بهداشتی)
۳. ناباروری

* نویسنده مسئول: اکرم بنی اسدی

آدرس الکترونیکی: negbaniasadi@gmail.com

مقدمه

بیمار محوری امروزه به‌عنوان یک مسئله جهانی مطرح می‌شود و طبق اعلام موسسه پزشکی آمریکا، یکی از ۶ جزء اصلی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد (۱). درمان بیمار محور به معنی تعامل پزشکان با بیماران است، بر اساس این مفهوم، پزشک باید دید و شناخت کاملی از بیمار داشته باشد، همانند شناختی که از بیماری او به دست می‌آورد. در مطالعات مختلف، ابعاد مختلفی برای درمان بیمار محور برشمرده‌اند ولی به طور کلی آنچه مهم است این است که در درمان بیمار محور، پزشک به دنیای بیمار راه پیدا می‌کند و از دیدگاه او به بیماری نگاه می‌کند و فرایند درمان نیز در تعامل با بیمار شکل می‌گیرد (۲).

حمایت مدیریت ارشد، مدیریت مؤثر منابع انسانی، مشارکت کامل گروه‌های شغلی مختلف، کار تیمی و گروه‌های آموزشی، بهبود مستمر، فرهنگ کیفیت، تمرکز مشتری و استفاده از روش‌های مدیریتی در یک سیستم مدیریت کیفیت برای موفقیت آن ضروری است (۳). از سازمان‌های بهداشتی درمانی انتظار می‌رود خدماتی با بالاترین کیفیت ارائه دهند، علاوه بر این، جوامع از آن‌ها انتظار استفاده اثربخش از منابع عمومی، شفافیت و پاسخگویی را دارند (۴). از دهه ۱۹۹۰ یک روند عمومی در ذی‌نفعان جهت فشار بر سازمان‌های بهداشتی درمانی برای عدالت در دسترسی به سلامت، پاسخگویی و شفافیت آغاز شد و از آن پس این سازمان‌ها به سمت پیاده‌سازی سیستم‌های مختلف مدیریت کیفیت روی آوردند که بسیاری از آن‌ها مبتنی بر تأییدیه سازمان بین‌المللی کیفیت (ISO) (۵، ۶) بود. برخی از استانداردهای ایزو به خوبی با عملکرد بیمارستان‌ها هماهنگ بود، به طوری که این استانداردها به ایمنی بیمار، رعایت حریم خصوصی بیمار و بهبود مستمر توجه داشت، یکی از این موارد اصول استاندارد ایزو ۹۰۰۱ بود که راه را برای رفاه بیمار هموار کرد (۷).

در برخی کشورها نظیر یونان و پرتغال، الزام قانونی برای رعایت استانداردهای سازمانی توسط بیمارستان‌ها وجود ندارد، در حالی که در سایر کشورها مثل فرانسه، اتریش و آلمان، دولت‌ها روش‌های مختلف ارزیابی داخلی و خارجی از خدمات بیمارستان‌ها را بر مبنای استانداردهای ایزو انجام می‌دهند (۷).

تا زمان معرفی مدل ایزو، یک استاندارد رسمی بین‌المللی که مشخص کند چگونه می‌توان استقرار و به کارگیری مدیریت کیفیت فراگیر را اندازه‌گیری و ارزیابی کرد، موجود نبود. به همین دلیل تلاش‌هایی به‌منظور شناسایی و اندازه‌گیری معیارهای اصلی مدیریت کیفیت

فراگیر در کشورهای مختلف آغاز شد. یکی از اولین گام‌ها در سال ۱۹۸۳ در کانادا با طرح جایزه کیفیت و سرآمدی کانادا برداشته شد. پس از آن در سال ۱۹۸۷ جایزه ملی کیفیت مالکوم بالدريج در آمریکا و در سال ۱۹۹۱ جایزه کیفیت بنیاد اروپایی (EFQM)^۲ ارائه گردید (۸).

در بخش بهداشت و درمان، بیمارستان‌ها از یکسو، مصرف‌کننده بیشترین میزان هزینه‌های بخش سلامت هستند و از سوی دیگر توسعه جهت‌گیری‌های جدید مانند تقاضا برای پاسخگویی، راهبردهای^۳ بهبود کیفیت و همچنین رشد فزاینده توجه به رضایت مشتریان، موجب شده است که این عوامل به‌عنوان مشوق‌هایی برای توجه بیشتر به امر ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها به شمار آیند (۹). مدیریت کیفیت در خدمات درمانی، مبتنی بر ایمنی بیمار و فرایند درمانی اثربخش است (۱۰). به همین دلیل، مهم‌ترین شاخص در ارزیابی‌های کیفیت، نظر بیماران می‌باشد (۱۱).

در ایران نیز از سال ۱۳۸۱ تلاش‌هایی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت استانداردسازی و بهبود کیفیت خدمات در ۴ زمینه کلی آغاز شد که شامل ۱- تبیین استانداردهای درمانی و تعریف نظام اعتباربخشی ۲- تدوین راهکارهای علمی منطبق با شرایط کشور ۳- تعریف مراقبت مدیریت شده ۴- تهیه مدل تعالی و سرآمدی بیمارستان‌ها بود. در این رابطه مطالعات متعددی به بررسی عملکرد بیمارستان‌های مختلف با استفاده از مدل‌های مختلف کیفیت در سازمان‌های بهداشتی درمانی پرداخته‌اند، از جمله: ۱- بررسی سیستم مدیریت کیفیت فراگیر (۱۴-۱۲) ۲- سیستم مدیریت کیفیت و تأثیر آن بر رضایت شغلی (۱۵) ۳- تأثیرات اعتباربخشی (۱۶، ۴). در برخی از این مطالعات به تأثیر مدل‌های کیفیت بر رضایتمندی بیماران نیز اشاره شده است (۱۶). اما هیچ‌یک به بررسی میزان تأثیر این استاندارد بر محور قرار دادن مشتری در ارائه خدمات نپرداخته است. هدف از انجام این مطالعه ارزیابی تأثیر به کارگیری سیستم‌های مدیریت کیفیت در ارائه خدمات درمانی بیمار محور در ارتباط با درمان ناباروری می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به صورت مقطعی به ارزیابی تأثیر پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت بر میزان محوریت بیمار در درمان پرداخته است. برای انجام مطالعه، ابتدا در سال ۱۳۹۲ به ارزیابی محوریت بیمار در یکی از مراکز درمان ناباروری شهر تهران پرداخته شد و سپس مداخلات لازم جهت پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت و اخذ گواهی ایزو ۹۰۰۱ ویرایش ۲۰۰۸ انجام شد. ۶ ماه پس

¹ International for standardization

² European foundation for quality management

³ Strategies

سپس دوره‌های آموزشی شامل: سرفصل‌های شناخت مبنای، اهداف و الزامات ایزو، تشریح الزامات و مستندسازی ایزو برای مدیران و کلیه کارکنان برگزار گردید. این دوره‌های آموزشی در دوره‌های زمانی ۲ ساعته برای گروه‌های مختلف برگزار شد. در مرحله بعد بر مبنای شناخت کلی ایجاد شده و با توجه به بندهای استاندارد ایزو ۹۰۰۱ ابتدا خط مشی کیفیت مرکز مشخص گردید. پس از تدوین خط مشی، اهداف کیفیت مرکز در راستای اهداف و برنامه‌های راهبردی مرکز و با توجه به خط مشی تدوین شده تهیه شد. جهت تعیین اهداف، از نظرات مدیران هر بخش و نیز نظرات رئیس مرکز استفاده شد و در نهایت اهداف به تأیید ریاست مرکز رسید. پس از تأیید اهداف، برای هر یک از آن‌ها برنامه عملیاتی و نمودار گانت^۴ مربوطه تهیه شد.

در ادامه ضمن تدوین فرایند کاری هر واحد و ارتباطات درون‌بخشی و برون‌بخشی، شاخص‌های عملکردی کمی و کیفی بخش‌ها و دوره زمانی و نحوه سنجش آن‌ها و همچنین نحوه پایش شاخص‌ها تدوین شد. لازم به توضیح است که کلیه فرایندهای مرکز در سه حیطه فرایندهای مرکزی، فرایندهای پشتیبانی و فرایندهای مدیریتی دسته بندی شد.

پس از حصول اطمینان از رعایت تمامی بندهای مرتبط و استاندارد در مرکز، بررسی‌ها جهت شناسایی شرکت گواهی‌دهنده معتبر بین‌المللی انجام و سپس عقد قرارداد جهت ممیزی انجام شد و در نهایت مرکز درمان ناباروری مورد مطالعه، در ارزیابی انجام شده موفق به اخذ گواهی استقرار سیستم مدیریت کیفیت ایزو ۹۰۰۱ و پیرایش ۲۰۰۸ از شرکت IMQ ایتالیا شد. از جمله موارد مثبتی که توسط شرکت ارزیابی کننده در ارتباط با عملکرد مرکز درمان ناباروری اعلام شد وجود روحیه تیمی و توجه به فرهنگ کیفیت‌گرایی در کلیه سطوح سازمانی و نیز موفقیت مرکز در پیاده‌سازی سیستم اعلام خطا به صورت خوداظهاری توسط پرسنل بود. همچنین مرکز در پاره‌ای از موارد فراتر از استانداردهای ایزو ۹۰۰۱ و پیرایش ۲۰۰۸ فعالیت کرده بود، به‌عنوان مثال در آزمایشگاه جنین‌شناسی از روش ارزیابی حالات بالقوه ریسک نیز استفاده می‌شد تا از کیفیت خدمات ارائه شده اطمینان بیشتری حاصل شود.

پس از اخذ گواهی، مجدداً میزان محوریت بیمار با استفاده از پرسشنامه بررسی محوریت بیمار در درمان ناباروری مورد ارزیابی قرار گرفت. بعد از انجام مداخله، ۴۰۰ پرسشنامه توزیع شد که تعداد ۳۲۵ پرسشنامه عودت داده شد. تعداد ۳۲ پرسشنامه به دلیل نقص کنار گذاشته شد و در نهایت ۲۹۳ پرسشنامه تکمیل شد و وارد مطالعه شدند. معیار پذیرش و رد پرسشنامه نیز مشابه مرحله قبل از مداخله بود.

از پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت در سال ۱۳۹۳ مجدداً از همان پرسشنامه جهت ارزیابی میزان محوریت بیمار در درمان ناباروری استفاده شد.

ابزار پژوهش، پرسشنامه "بررسی محوریت بیمار در درمان ناباروری" بود که در مطالعه قبلی روایی و پایایی آن به تأیید رسیده بود (۱۷). روایی پرسشنامه با استفاده از روایی صوری و محتوا (CVI=۰/۷۱) و پایایی آن نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفته بود. این پرسشنامه شامل ۴۵ سؤال است که در ۸ بعد، دسترسی (۲ سؤال)، اطلاعات و توضیحات (۱۲ سؤال)، مهارت ارتباطی کارکنان (۶ سؤال)، مشارکت در درمان (۳ سؤال)، احترام به ارزش‌ها و نیازها (۶ سؤال)، استمرار درمان (۶ سؤال)، صلاحیت کارکنان (۶ سؤال) و سازمان مراقبت (۴ سؤال) محوریت بیمار در درمان ناباروری را مورد بررسی قرار داد. با توجه به متفاوت بودن گزینه‌های سؤالات مختلف، نمره‌دهی به گزینه‌ها بر مبنای راهنمای پرسشنامه انجام شد و در تمامی سؤالات حداقل امتیاز صفر (بدترین وضعیت) و حداکثر امتیاز ۳ (بهترین وضعیت) بود.

در این مطالعه، تعداد ۴۰۰ پرسشنامه قبل و بعد از مداخله توزیع شد. از این تعداد قبل از انجام مداخله میزان ۳۲۰ پرسشنامه عودت داده شد و تعداد ۵۲ پرسشنامه به دلیل نقص کنار گذاشته شد. معیار پذیرش پرسشنامه‌ها، پاسخگویی به سؤالات مرتبط با جنسیت، نوع مشکل و درمان و نیز پاسخگویی به حداقل ۷۰ درصد سؤالات در هر بعد بود که در نهایت ۲۶۸ پرسشنامه تکمیل شده وارد مطالعه شد.

مداخله

طراحی مداخله بر مبنای استانداردهای سیستم مدیریت کیفیت ایزو ۹۰۰۱ و پیرایش ۲۰۰۸ شامل پنج مرحله اصلی شناخت، آموزش، مستندسازی، استقرار و ارزیابی بود. برای انجام مداخله ابتدا تیم راهبردی شامل تیم مشاور، مدیر تضمین کیفیت و مدیر پرستاری تشکیل گردید.

در فاز شناخت، جلسات متعددی بین تیم راهبردی و مدیران واحدهای مختلفی که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در ارائه خدمات درمان ناباروری نقش داشتند برگزار گردید تا ضمن شناخت عملکرد و وظایف و مسئولیت‌های هر بخش، الزامات مورد نیاز، خروجی‌های اصلی و حیاتی، روابط درون‌بخشی و برون‌بخشی آن‌ها نیز مشخص گردد. این واحدها شامل دفتر پرستاری، درمانگاه، اتاق‌های عمل، بخش‌های تصویربرداری، آزمایشگاه تشخیص طبی و آزمایشگاه‌های تخصصی، انبار، تجهیزات پزشکی، فناوری اطلاعات، منابع انسانی، خرید، آموزش، پژوهش و همچنین تضمین کیفیت بود. جهت شناخت فرایندهای مدیریتی در سطح کلان، جلساتی نیز با ریاست مرکز برگزار شد.

⁴ Gantt chart

تجزیه و تحلیل داده‌ها

جامعه پژوهش در ارزیابی محوریت بیمار، مراجعین مرکز درمان ناباروری بودند. با استفاده از جدول مورگان حجم نمونه ۳۸۴ نفری انتخاب و توسط نمونه‌گیری ساده، قبل و بعد از استقرار سیستم مدیریت کیفیت انجام شد. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون آماری Paired T Test استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 16 مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی^۵ مراجعین شرکت‌کننده در مطالعه را قبل از مداخله نشان می‌دهد. ۶۷/۵ درصد افراد مورد مطالعه را زنان و ۳۲/۵ درصد را

مردان تشکیل می‌دادند. ۷۶ درصد زنان و ۶۸/۹ درصد مردان دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم بودند. ۴۱/۱ درصد زنان در گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال و ۳۱ درصد مردان در گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال قرار داشتند. میانگین سنی زنان ۲۹/۷ (انحراف معیار ۴/۸) و میانگین سنی مردان ۳۴/۹ (انحراف معیار ۵/۰۷) و میانگین کلی سن مراجعین ۳۱/۵ سال و انحراف معیار آن ۵/۴ بود.

جدول ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعین شرکت‌کننده در مطالعه بعد از انجام مداخله نشان می‌دهد ۳۱/۱ درصد افراد مورد مطالعه را زنان و ۶۸/۹ درصد ایشان را مردان تشکیل می‌دهند. ۵۶ درصد زنان و ۴۷/۳ درصد مردان دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند. بیشترین فراوانی زنان (۳۸/۶ درصد) در گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال و بیشترین فراوانی مردان

جدول ۱ - ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعین مرکز درمان ناباروری قبل و بعد از مداخله.

| عنوان | جنسیت | | محل سکونت | | تحصیلات | | | | سن | | | | |
|---------------|-------|------|-----------|---------------|----------------|--------------|--------------------|------------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------------|
| | زن | مرد | تهران | سایر استان‌ها | خواندن و نوشتن | سیکل و دیپلم | فوق دیپلم و لیسانس | بالاتر از لیسانس | زیر ۲۵ سال | ۲۵-۳۰ سال | ۳۰-۳۵ سال | ۳۵-۴۰ سال | بالاتر از ۴۰ سال |
| قبل از مداخله | ۱۸۱ | ۸۷ | ۱۳۷ | ۱۲۴ | ۱۳ | ۱۴۳ | ۹۰ | ۱۹ | ۲۷ | ۸۹ | ۸۰ | ۴۴ | ۲۲ |
| | ۶۷/۵ | ۳۲/۵ | ۵۲/۵ | ۴۷/۵ | ۴/۹ | ۵۲/۷ | ۳۳/۸ | ۷/۱ | ۱۰/۳ | ۳۴/۰ | ۳۰/۵ | ۱۶/۸ | ۸/۴ |
| بعد از مداخله | ۸۸ | ۱۹۵ | ۱۴۰ | ۱۲۶ | ۹ | ۱۳۵ | ۹۸ | ۴۳ | ۱۴ | ۵۵ | ۱۰۷ | ۶۶ | ۴۸ |
| | ۳۱/۱ | ۶۸/۹ | ۵۲/۶ | ۴۷/۴ | ۳/۲ | ۴۷/۳ | ۳۴/۴ | ۱۵/۱ | ۴/۷ | ۱۹ | ۳۶/۹ | ۲۲/۸ | ۱۶/۶ |

جدول ۲ - شرایط مراجعین مرکز درمان ناباروری قبل و بعد از مداخله.

| عنوان | علت مراجعه | | علت انتخاب | | | | وضعیت بارداری | | خدمت دریافتی | | | | | | | |
|---------------|------------|-----------|------------------------------|--------------|-------------------------|------------|---------------|------|-----------------|--------------------|------------------|------|-----------|----------------------|----------------------|------------|
| | سایر خدمات | شهرت مرکز | اطمینان از رعایت موازین شرعی | توصیه دیگران | تجربه دریافت خدمات قبلی | سایر موارد | مثبت | منفی | درمان شروع نشده | بهرسی علل ناباروری | تحریک تخمک‌گذاری | TOT | IVF, ICSI | مراقبت دوران بارداری | دریافت جنین فریز شده | سایر موارد |
| قبل از مداخله | ۱۴ | ۱۱۶ | ۲۷ | ۱۰۱ | ۱۴ | ۸ | ۲۷ | ۲۰۸ | ۳۱ | ۴۹ | ۴۲ | ۲۹ | ۶۲ | ۱۸ | ۲۳ | ۷ |
| | ۵/۳ | ۴۳/۶ | ۱۰/۲ | ۳۸/۰ | ۵/۳ | ۳/۰ | ۱۱/۵ | ۸۸/۵ | ۱۱/۹ | ۱۸/۸ | ۱۶/۱ | ۱۱/۱ | ۲۳/۸ | ۶/۹ | ۸/۸ | ۲/۷ |
| بعد از مداخله | ۱۹ | ۱۰۹ | ۲۰ | ۹۶ | ۲۸ | ۵ | ۲۲ | ۱۹۱ | ۲۰ | ۴۲ | ۲۵ | ۲۷ | ۱۲۹ | ۱۰ | ۱۵ | ۱۴ |
| | ۶/۶ | ۴۲/۲ | ۷/۸ | ۳۷/۲ | ۱۰/۹ | ۱/۹ | ۱۰/۳ | ۸۹/۷ | ۷/۱ | ۱۴/۹ | ۸/۹ | ۹/۶ | ۴۵/۷ | ۳/۵ | ۵/۳ | ۵ |

⁵ Demographic

جدول ۳ - میانگین ابعاد مختلف محوریت بیمار قبل و بعد از مداخله.

| بعد | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | |
|----------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| دسترسی | ۱/۰۶ | ۰/۸۶ | ۱/۱۷ | ۰/۸۶ |
| اطلاعات و توضیحات | ۱/۱۹ | ۰/۶۰ | ۱/۳۶ | ۰/۷۳ |
| مهارت‌های ارتباطی کارکنان | ۱/۴۹ | ۰/۸۰ | ۱/۶ | ۰/۷۹ |
| مشارکت در درمان | ۱/۳۲ | ۰/۸۱ | ۱/۳۸ | ۰/۷ |
| احترام به ارزش‌ها و نیازها | ۱/۱۵ | ۰/۸۰ | ۱/۳۸ | ۰/۸ |
| استمرار دوره درمان | ۱/۰۲ | ۰/۴۴ | ۱/۰۶ | ۰/۴۶ |
| صلاحیت کارکنان | ۱/۴۸ | ۰/۳۸ | ۱/۵۹ | ۰/۴ |
| سازمان مراقبت | ۱/۳۴ | ۰/۴۹ | ۱/۳۸ | ۰/۵ |
| کل | ۱/۲۲ | ۰/۴۵ | ۱/۲۷ | ۰/۴۷ |

شرفه

جدول ۴ - تأثیر ابعاد محوریت بیمار در درمان ناباروری قبل و بعد از مداخله.

| بعد | معیار زمان | میانگین | انحراف معیار | آماره I | ضریب همبستگی | سطح معنی داری |
|-------------------|---------------|---------|--------------|---------|--------------|---------------|
| دسترسی | قبل از مداخله | ۱/۱۶ | ۰/۸۹ | ۰/۸۴ | -۰/۱۱ | ۰/۲۷۴ |
| | بعد از مداخله | ۱/۲۵ | ۰/۵۶ | - | - | - |
| اطلاعات و توضیحات | قبل از مداخله | ۱/۳۵ | ۰/۵۷ | ۱/۰۰ | -۰/۱۳ | ۰/۳۱۶ |
| | بعد از مداخله | ۱/۳۷ | ۰/۷ | - | - | - |
| مهارت ارتباطی | قبل از مداخله | ۱/۵۳ | ۰/۸۳ | -۰/۲۴ | -۰/۰۲ | ۰/۸۴۵ |
| | بعد از مداخله | ۱/۵۱ | ۰/۸۲ | - | - | - |
| مشارکت بیمار | قبل از مداخله | ۱/۳۸ | ۰/۸۳ | ۰/۵ | ۰/۰۸ | ۰/۲۵۳ |
| | بعد از مداخله | ۱/۳۴ | ۰/۷۲ | - | - | - |
| احترام | قبل از مداخله | ۱/۱۶ | ۰/۸۴ | ۱/۹۱ | ۰/۰۷ | ۰/۳۸۸ |
| | بعد از مداخله | ۱/۳۴ | ۰/۸۲ | - | - | - |
| استمرار | قبل از مداخله | ۱/۰۲ | ۰/۴۵ | ۰/۶۱ | ۰/۰۸ | ۰/۳۴۱ |
| | بعد از مداخله | ۱/۰۵ | ۰/۴۷ | - | - | - |
| صلاحیت کارکنان | قبل از مداخله | ۱/۴۸ | ۰/۳۷ | ۳/۱۰ | ۰/۰۶ | ۰/۳۹۰ |
| | بعد از مداخله | ۱/۶ | ۰/۴۱ | - | - | - |
| سازمان خدمات | قبل از مداخله | ۱/۳۹ | ۰/۵۱ | -۰/۷ | -۰/۱۸ | ۰/۳۱ |
| | بعد از مداخله | ۱/۲۹ | ۰/۴۴ | - | - | - |
| کل | قبل از مداخله | ۱/۵۷ | ۰/۶۵ | -۱/۷۱ | -۰/۰۷ | ۰/۹۳۱ |
| | بعد از مداخله | ۱/۳۴ | ۰/۳۲ | - | - | - |

شرفه

برنامه درمانی برای آنان تعیین نشده بود. بعد از مداخله (پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت) بیشتر مراجعه‌کنندگان (۴۲/۲ درصد) این مرکز را به خاطر شهرت آن انتخاب کرده بودند و ۳۷/۲ درصد نیز به توصیه دیگران به این مرکز مراجعه کرده بودند. ۸۹/۷ درصد آنان در زمان انجام مطالعه باردار نبودند و برای بیشتر آنان (۴۵/۷ درصد) برنامه درمان از طریق IVF و یا ICSI در نظر گرفته شده بود. ۱۴/۹ درصد نیز در مرحله بررسی علل ناباروری قرار داشتند و هنوز هیچ برنامه درمانی برای آنان تعیین نشده بود.

(۴/۴۰٪) در گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال قرار داشتند.

شرایط مراجعین قبل و بعد از مداخله در جدول ۲ آورده شده است. بر این اساس قبل از مداخله، بیشتر مراجعه‌کنندگان (۴۳/۶ درصد) این مرکز را به خاطر شهرت آن انتخاب کرده بودند و ۳۸ درصد نیز به توصیه دیگران به این مرکز مراجعه کرده بودند. ۸۸/۵ درصد آنان در زمان انجام مطالعه باردار نبودند و برای بیشتر آنان (۲۳/۸ درصد) برنامه درمان از طریق IVF^۶ و یا ICSI^۷ در نظر گرفته شده بود. ۱۸/۸ درصد نیز در مرحله بررسی علل ناباروری قرار داشتند و هنوز هیچ

^۶ In vitro fertilization

^۷ Intra-cytoplasmic sperm injection

هزینه‌های بیمارستانی شود (۲۲). در همین راستا بر اساس مطالعه هوول و همکاران در استقرار سیستم مدیریت کیفیت در بیمارستان صلیب سرخ، مشخص شد که پس از استقرار این سیستم منافع متعددی از جمله ۱- بازنگری تمرکز بر مشتریان ۲- شناسایی و بهبود مستمر فرایندها ۳- سنجش عملکرد و ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها حاصل شد. همچنین سیستم مستندسازی بدون ایجاد بروکراسی حاصل شد (۲۳). مطالعه حاضر نیز اگرچه بهبود جزئی در ابعاد مختلف درمان بالینی را نشان داد ولی تغییرات حاصله معنی‌دار نبود.

در مطالعه‌ای مهم‌ترین فرایندهای بانک زیستی استاندارد ایزو ۹۰۰۱ را پیاده‌سازی کردند و به صورت کمی نشان دادند که این استاندارد بهبود قابل توجه و تفاوت معنی‌داری را در سیستم به وجود آورده است. همچنین این مطالعه بیان کرد که افزایش بهره‌وری تا حدی به دلیل سازماندهی مناسب‌تر نیروهای حرفه‌ای و کارایی فعالیت‌ها می‌باشد (۲۴).

ابراهیمی پور در مطالعه‌ای به بررسی "تأثیر پیاده‌سازی استانداردهای ایزو بر یادگیری سازمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران" پرداخت و بیان کرد که پیاده‌سازی استانداردهای ایزو در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تفاوت معنی‌داری در یادگیری فردی، گروهی و سازمانی نسبت به بیمارستان هفت‌تیر که در آن استانداردهای ایزو اجرا نشده، نشان می‌دهد (۲۵). اگرچه آموزش کارکنان جزء فرایندهای پیاده‌سازی شده در سیستم مدیریت کیفیت مطالعه حاضر بود و آموزش بیماران نیز در درمان بیمار محور مورد توجه بود ولی در مطالعه حاضر نیز نتایج مشابهی به دست آمد.

در مطالعه کرستن پس از پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت در دوره ۵ ساله تعداد بیماران ۲۲/۷ درصد افزایش یافت (۲۲). با توجه به اینکه مطالعه حاضر ۶ ماه پس از پیاده‌سازی و استقرار سیستم انجام شد، اگر در بازه زمانی طولانی‌تری انجام می‌شد، ممکن بود نتایج متفاوتی به دست آید.

البته بررسی ساک و همکاران نیز نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین بیمارستان‌های اعتباربخشی شده و سایر بیمارستان‌ها، در ارتباط با رضایت بیماران وجود ندارد (۱۶) که تا حدودی در راستای نتایج حاصل از مطالعه حاضر است و نشانگر عدم تأثیر سیستم مدیریت کیفیت بر محوریت بیمار می‌باشد.

از طرفی بررسی‌ها نشان داده است که استانداردهای ایزو در حالت کلی به میزان سازگاری و تطابق با فعالیت‌های مشخص شده در نظام کیفیت تأکید داشته و در واقع جهت کشف و جلوگیری از عدم انطباق‌ها مطرح می‌باشد. کاربرد این استانداردها برای ارزیابی کامل

در این بررسی، ۸ بعد محوریت بیمار شامل: دسترسی، اطلاعات و توضیحات، مهارت‌های ارتباطی کارکنان، مشارکت در درمان، احترام به ارزش‌ها و نیازها، استمرار دوره درمان، صلاحیت کارکنان و سازمان مراقبت در درمان ناباروری مورد سنجش قرار گرفت که به ابعاد مختلف امتیازی بین ۰ تا ۳ داده شد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود قبل از انجام مداخله (پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت) بالاترین امتیازها به ترتیب با میانگین ۱/۴۹ و ۱/۴۸ مربوط به بعد مهارت‌های ارتباطی کارکنان و سپس صلاحیت کارکنان بود. همچنین پایین‌ترین امتیاز با میانگین ۱/۰۶ و ۱/۰۶ به ترتیب مربوط به استمرار دوره درمان و دسترسی بود.

نتایج حاصل از بررسی میزان محوریت بیمار در درمان ناباروری بعد از انجام مداخله، نشان می‌دهد که بالاترین امتیازها به ترتیب با میانگین ۱/۶ و ۱/۵۹ مربوط به بعد مهارت‌های ارتباطی کارکنان و سپس صلاحیت کارکنان بود. همچنین پایین‌ترین امتیاز با میانگین ۱/۰۶ و ۱/۱۷ به ترتیب مربوط به استمرار دوره درمان و دسترسی بود.

جهت ارزیابی تأثیر پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت بر محوریت بیمار از آزمون آماری Paired T Test استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ هیچ‌گونه اختلاف معنی‌داری در هیچ یک از ۸ بعد محوریت بیمار در درمان ناباروری قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد و به طور کلی رابطه معنی‌داری بین محوریت بیمار در درمان ناباروری و پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت مشاهده نشده است. بنابراین فرضیه تأثیر پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت بر محوریت بیمار در درمان ناباروری در مطالعه حاضر رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

سیستم‌های مدیریت کیفیت خدمات، ابزار مهمی در جهت ارتقاء کیفیت در جنبه‌های مختلف محسوب می‌شوند (۱۸، ۱۴). مهم‌ترین بعد نادیده گرفته شده در ارائه خدمات با کیفیت، محوریت بیمار می‌باشد. از آنجا که بیمار محوری تمرکز مراقبت‌های درمانی را از بیماری به سمت بیمار سوق می‌دهد، این موضوع اهمیت روزافزونی یافته است (۱۹). مراقبت بیمار محور یا مراقبت فردگرا چیزی بیشتر از خوب بودن برای بیمار است، این موضوع بر تجربه بیمار از بیماری و مراقبت درمانی متمرکز است. البته یک تعریف روشن و جهانی از بیمار محوری وجود ندارد. در متون مختلف، بیمار محوری اغلب به‌عنوان مفهومی چند عنصری شناخته می‌شود (۲۱، ۲۰).

بررسی کرستن و همکاران نشان داد که سیستم مدیریت کیفیت حرفه‌ای می‌تواند گردش بیماران و همچنین کیفیت مراقبت‌های بالینی را بهبود بخشد و باعث کاهش

مؤید ناکارآمدی سیستم نظارت و ارزیابی کنونی و لزوم جایگزینی آن با یک سیستم علمی و پاسخگو است (۹).

توفیقی در مطالعه خود بیان می‌کند که یکی از مهمترین موانع استقرار نظام کیفیت، پایین بودن تعهد مدیران می‌باشد. همچنین از دیگر موانع استقرار نظام کیفیت، عدم تناسب ساختار سازمانی با نظام کیفیت می‌باشد (۳۰). بر خلاف مطالعه فوق، در مطالعه پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت یکی از نقاط قوت و موارد اثرگذار در پیاده‌سازی هرچه بهتر، تعهد و استقبال و همکاری نزدیک کلیه مدیران مربوطه در این زمینه بود.

به طور کلی درمان بیمار محور یکی از اجزاء اصلی در کیفیت خدمات درمانی می‌باشد. بنابراین لازم است سازمان‌های بهداشتی درمانی با به کارگیری روش‌های مناسب در این راستا گام بردارند. مدل‌های مختلف کیفیت اگرچه در نهایت با هدف ارتقاء و تضمین کیفیت خدمات شکل گرفته‌اند ولی این مدل‌ها بر حسب اهداف اختصاصی و زمینه مورد بررسی متفاوت می‌باشند و حتی دوره زمانی مورد نیاز برای اثرگذاری آن‌ها نیز تفاوت دارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در استفاده از این مدل‌ها به دور از الگوهای هیجانی، انتخاب بر مبنای نیاز و زمینه مربوطه انجام گردد. علاوه بر این، نتایج و پیامد بسیاری از مدل‌ها نیاز به گذشت دوره زمانی جهت بروز دارد و پیشنهاد می‌شود که در بررسی نتایج و ارزیابی اثربخشی استفاده از مدل‌های مختلف، این موارد مدنظر قرار گیرد و هر سازمان بر مبنای نیازها و انتظارات خود به انتخاب مدل‌های مختلف پرداخته و از پیروی محض از سایر سازمان‌ها بپرهیزد. در مطالعه حاضر نیز اگرچه سیستم مدیریت کیفیت به خوبی پیاده‌سازی شده بود ولی در دوره زمانی کوتاه مدت تأثیری بر درمان بیمار محور نداشته است و شاید لازم باشد این بررسی مجدداً در دوره زمانی بلندمدت‌تری انجام گردد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسندگان مقاله از تمامی پرسنل و مراجعین ارجمند که در این پژوهش شرکت و همکاری نموده‌اند، جناب آقای دکتر کولیوند و همچنین مشاورین محترم شرکت راهبراندیشان که در پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت همکاری نمودند قدردانی می‌نمایند. این مطالعه با حمایت مالی پژوهشگاه رویان و به‌عنوان بخشی از طرح پژوهشی تضمین کیفیت خدمات تخصصی (کد ۵۷۷) انجام شد.

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در سطح جهانی پذیرفته شده نیست، به طوری که در سال ۱۹۹۶ تعدادی از انجمن‌های پزشکی و شرکت‌های بیمه آلمانی، بیانیه مشترکی در اینباره منتشر کردند. بر طبق این بیانیه، استانداردهای ایزو اثرات نهایی خدمت بر جامعه تحت پوشش، نتایج خدمات بالینی و معیارهای واجد شرایط بودن کارکنان بیمارستان را پوشش نمی‌دهد (۹).

حسین پور و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که پیاده‌سازی نظام مدیریت کیفیت ایزو در شهرستان بردسیر در مقایسه با شهرستان زرنند که این نظام را پیاده‌سازی نکرده است، منجر به بهبود کلی رضایت‌مندی مراجعین نگردیده است (۲۶).

در مطالعه حاضر نیز با معنی‌دار نبودن تأثیر استاندارد ایزو بر محوریت بیمار در درمان می‌توان نتیجه‌ای مشابه مطالعات فوق گرفت و بیان کرد که استقرار سیستم مدیریت کیفیت بر اثرات نهایی خدمات درمانی که همان درمان بیمار محور می‌باشد مؤثر نبوده است. البته این موضوع نفی‌کننده تأثیرات کلی این سیستم نبوده و استقرار این سیستم اگرچه در نتایج نهایی خدمات تأثیر نداشته ولی تأثیر آن بر ساختار و فرایند ارائه خدمات نیاز به بررسی دقیق‌تری دارد.

مطالعات مختلف دیگری نیز به ارزیابی تأثیرات سیستم‌های مختلف کیفی پرداخته‌اند که موفق به اثبات تأثیر این مدل‌ها بر ابعاد مختلف کیفیت نشده‌اند، از جمله گرین فیلد و همکاران بیان کردند که داده‌های کافی برای بررسی تأثیر اعتباربخشی ارائه‌کنندگان خدمات بر رضایت بیماران وجود ندارد (۲۷). البته مطالعه شاو و همکاران نشان داده است که اعتباربخشی در مقایسه با ایزو تأثیر بیشتری بر ایمنی بیمار و اثربخشی خدمات ارائه شده داشته است (۴).

امتیاز سیستم‌های اعتباربخشی در استانداردسازی فرایندها و کاهش هزینه‌ها می‌باشد. در حقیقت این سیستم‌ها بر ساختار و فرایند مراقبت بیمار تمرکز می‌کنند. برای افزایش نتایج مبتنی بر اعتباربخشی لازم است شاخص‌های مربوطه در این زمینه تعیین و پایش گردد (۲۸، ۲۹).

نتایج مطالعات هاشم‌زاده حاکی از آن است که پایین بودن میزان اعتماد مراجعین به بخش بهداشت و درمان و همچنین ناراضی‌تی کارکنان این بخش از محیط کار،

منابع

1. World Health Organization. People-centred health care: A policy framework. Manila: World Health Organization. 2007.
2. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc.* 2008; 100(11): 1275-85.
3. Mosadegh AM. Developing and validating a total quality management model for healthcare organisations. *TQM Journal.* 2015; 27(5): 544-64.
4. Shaw C, Groene O, Mora N, Sunol R. Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *Int J Qual Health Care.* 2010; 22(6): 445-51.
5. Sporis JM. Implementation and registration to the ISO 9001: 2000. http://www.qmicom/information_center/literature/QMI_Self_Regional.pdf
6. Fleming CM, Armes FM. The suitability of ISO 9001 as a quality system for a medical illustration department. *J Audiov Media Med.* 2001; 24: S17-22.
7. Stoimenova A, Stoilova A, Petrova G. ISO 9001 certification for hospitals in Bulgaria: does it help service?. *Biotechnol. Equip.* 2014; 28(2): 372-8.
8. Emamirazavi H, Mohaghegh M. Hospital accreditation standards. Tehran: Seda. 2008.
9. Hashemzahi A, Irannejad M, Tabibi J. Review of different kinds of performance analysis and selfassessment at health sector. *Danesh-e-Arzyabi.* 2007; 3(8): 35-64.
10. Booth M, James P, Stevanovic V. Benchmarking of hospital activity data: an international comparison. *Benchmark Int J.* 2005; 12 (6): 498-507.
11. Kister A. Descriptive and indicator-based evaluation of quality management system in medical care facilities. 9th International Quality Conference. 2015; p.27-32.
12. Danial Z. Effect of total quality management in determining the educational needs of critical wards nurses. *Iran J Crit Care Nurs.* 2009; 2(3): 117-20.
13. Zareie F, Taghdisi MH, Mohebifar R, Tehrani H, Shojaezade D, Motamedi A. Total quality management (TQM): is an educational intervention effective to apply the model in routine practice? *Payesh.* 2014; 13(1): 33-40.
14. Beholz S, Konertz W. Improvement in cost-effectiveness and customer satisfaction by a quality management system according to EN ISO 9001: 2000. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2005; 4(6): 569-73.
15. Rabiee A. The effect of quality management system on job satisfaction at social security hospitals. *Healthcare management.* 2013; 2(3-4): 67-77.
16. Sack C, Scherag A, Tkes PL, Nther WG. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? a survey of 37000 patients treated by 73 hospitals. *Int J Qual Health Care.* 2011; 23(3): 278-83.
17. Vosough Taghi Dizaj A, Ezabadi Z, Takbiri A, Baniasadi A. Patient centeredness analysis in infertility care of royan institute from patient's point of view. *Payesh journal.* 2016; 15(3): 325-32.
18. British Security Industry Association. ISO 9001:2000 Quality management systems, Requirements. http://www.iso.org/iso/catalogue_detail?csnumber=21823.
19. Harkness J. The future of healthcare is patient-centred. *Health first Europe. 2050: a health odyssey-thought provoking ideas for policymaking.* Health First Europe. 2006; p. 16-9.
20. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000; 51(7): 1087-110.
21. Aarts JWM, Faber MJ, Van Empel IWM, Scheenjes E. Professionals perceptions of their patients experiences with fertility care. *Hum. Reprod.* 2011; 26(5): 1119-27.
22. Korsten P, Sliwa B, Kuhn M, Muller GA, Blaschke S. Impact of professional quality management on interdisciplinary emergency care units. *Eur J Emerg Med.* 2014; 21 (2): 98-104.
23. Van den Heuvel J, Koning L, Bogers AJ, Berg M, van Dijen ME. An ISO 9001 quality management system in a hospital: bureaucracy or just benefits?. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2005; 18(4-5): 361-9.
24. Cortes MA, Irrazabal E, Garcia-Jerez A, Bohorquez-Magro L, Luengo A, Ortiz-Arduan A, et al. Impact of implementing ISO 9001:2008 standard on the spanish renal research network biobank sample transfer process. *Nefrologia.* 2014; 34(5): 552-60.

25. Ebrahimipoor H, Dehnavieh R, Jafari M. The effect of ISO standards on organizational learning at hospitals of Iran university of medical sciences. International conference on quality management. 2005; 1-12.
26. Hosseinpoor M, Yazdi Feyzabadi V, Balali Meybodi F, Hajimaghsoudi S. Customers' satisfaction with primary health care: comparison of two district health centers with and without ISO certificate in Kerman university of medical sciences. Journal of Health and Development. 2013; 2(1): 54-64.
27. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. Int J Qual Health Care. 2008; 20(3): 172-83.
28. Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. Int J Qual Health Care. 2000; 12(3): 211-6.
29. Staines A. Benefits of an ISO 9001 accreditation-the case of a Swiss regional hospital. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2000; 13(1): 27-33.
30. Tofighi Sh. Quality improvement, barriers and challenges. JHOSP. 1999; 2: 40-3.