

موانع و تسهیل کننده های انجام نظارت بر درمان در دانشگاه علوم پزشکی همدان

فیض اله اکبری حقیقی^۱، ابراهیم جعفری پویان^۲، نگار عقیقی^{۳*}

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۲۳

چکیده:

زمینه و هدف: نظارت یا کنترل از وظایف مهم مدیریت به شمار می رود. این وظیفه به قدری حائز اهمیت است که بعضی از صاحب نظران علم مدیریت معتقدند که مدیریت اثربخش، به داشتن نظام کنترل موثر بستگی دارد. هدف پژوهش حاضر شناسایی موانع و تسهیل کننده های انجام نظارت بر درمان و ارائه راهکارهایی برای نظارت اثربخش بر مراکز درمانی ارائه گردید.

مواد و روشها: این مطالعه از نوع کیفی بود که داده های آن از طریق ابزار مصاحبه بوسیله تدوین پرسشنامه ای نیمه ساختاریافته در سال ۹۱-۹۰ گردآوری و با روش تحلیل چارچوبی محتوا تحلیل گردید. جامعه مورد پژوهش شامل ۲۵ نفر از کارشناسان نظارت بر درمان و مدیران مربوطه بودند.

نتایج: براساس یافته های پژوهش ۹ مفهوم استخراج گردید: تخصصی بودن نظارت بر درمان، آموزش ناظران درمان، سابقه فعالیت در واحدهای صفی، پیش نیازهای لازم برای شروع به کار، خصوصیات شخصیتی مورد نیاز کارشناس نظارت بر درمان، حمایت مدیران از کارشناسان نظارت بر درمان، فرهنگ قبول نظارت بر درمان، موانع نظارت بر درمان، تسهیل کننده های نظارت بر درمان. براساس این مفاهیم، تعداد ۲۸ کد شناسایی گردید.

نتیجه گیری: استفاده از کارشناسان نظارت بر درمان با تخصص های مرتبط در مورد شاخه ای که نظارت آن را بر عهده دارند، ارائه آموزشهای دقیق و کاربردی توسط کارشناسان با تجربه و خبره به صورت سیستماتیک و تعریف شده، حمایت کامل مدیران، از جمله مواردی هستند که موجب اثربخشی بیشتر کار نظارت بر درمان خواهد شد.

کلمات کلیدی: موانع، تسهیل کننده، نظارت بر درمان، کارشناس نظارت بر درمان، کنترل، ممیزی

^۱ استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

^۲ استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (*نویسنده مسئول)

مقدمه:

کنترل^۱ از وظایف مهم مدیریت به شمار می رود. این وظیفه به قدری حائز اهمیت است که بعضی از نویسندگان مدیریت معتقدند که مدیریت اثربخش، به داشتن نظام کنترل موثر بستگی دارد (۱ و ۲).

شاید مهمترین مسئله ای که وجود کنترل را ضروری می سازد، آن است که پیش بینی ها و برنامه های عملیاتی در سازمان همواره با درصدی خطا توأم است و برای رفع این خطاها و اصلاح عملیات، کنترل تنها راه چاره است. محیط متغیر و دگرگون سازمان دلیل دیگری بر ضرورت کنترل است. سازمان برای بقاء خود باید از تغییرات محیطی آگاه شده و هماهنگی های لازم را با آنها به عمل آورد و کنترل، وسیله این آگاهی است. حصول اطمینان از کیفیت و کمیت کالاها و خدماتی که در سازمانهای بزرگ، طی برنامه های وسیع و پیچیده عرضه می شوند جز از طریق یک سیستم موثر کنترل، عملی نمی باشد (۲ و ۳).

می توان برنامه ریزی کرد، می توان یک ساختار سازمانی ایجاد کرد که بتوان به شکلی مناسب دستیابی به اهداف را تسریع نماید و نیز می توان کارکنان را هدایت کرد و موجب انگیزش آنها شد؛ اما تضمینی وجود ندارد که فعالیت ها واقعاً بر طبق برنامه و همانگونه که هدف مدیران است، انجام گیرند. کنترل اهمیت دارد زیرا حلقه نهایی زنجیره کارکردی مدیریت است. به هر حال، ارزش کارکردی کنترل در وهله اول در رابطه با برنامه ریزی و فعالیت های تفویض شده است (۴). از نظرات تعاریف متعددی به عمل آمده است که اگر چه از جهت لفظی ممکن است متفاوت باشند اما از نظر مفهوم و معنی، یکسان و مشابه هستند. تمامی این تعاریف کنترل را نوعی مقایسه و تطبیق بین آنچه هست و آنچه باید باشد دانسته اند. براساس تعاریف مذکور:

در این میان نظارت بر سیستم های بهداشتی درمانی با توجه مشتری ارزشمندی که مهم ترین موجودی خود، یعنی جان خود را در اختیار سیستم درمانی قرار داده است، اهمیت دو چندان پیدا می کند. به همین دلیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با توجه به رسالت خود که ارتقاء سطح سلامت جامعه می باشد، از طریق دانشگاههای علوم پزشکی کشور، اقدام به نظارت بر مراکز بهداشتی درمانی می نماید که در این میان معاونت های درمان دانشگاهها و شبکه های بهداشت و درمان از طریق کارشناسان نظارت بر درمان و براساس آیین نامه ها و مقررات - به عنوان مثال آیین نامه نظارت بر مطب های دندانپزشکی (۵)، اقدام به نظارت بر

مراکز درمانی دولتی و خصوصی که پروانه (مجوز) خود را از نظام پزشکی یا وزارت بهداشت/دانشگاه علوم پزشکی دریافت کرده اند، می نمایند این مراکز شامل کلیه بیمارستانها (آموزشی-درمانی، آموزشی، خصوصی، تامین اجتماعی، ارتش، خیریه)، مطب پزشکان عمومی و متخصص، مطب دندانپزشکان و دندانسازان، دفاتر کار مامایی، سایر کارشناسان پروانه دار (گفتاردرمانی، بینایی سنجی و ...) مراکز درمان سوء مصرف مواد، مراکز فیزیوتراپی، درمانگاه های شبانه روزی، مراکز ارائه خدمات پرستاری در منزل، درمانگاه دندانپزشکی، مراکز ارائه آمبولانس خصوصی، مراکز ساخت و فروش عینک طبی و ... می باشد. نظارت بر مراکز مذکور از طریق انجام بازدیدهای دوره ای توسط کارشناسان تعیین شده در هر زمینه، بوسیله چک لیست هایی که براساس آیین نامه های مربوطه تهیه شده صورت می گیرد. کارشناسان موظف بوده طبق آیین نامه ها، دستورالعمل ها و در چارچوب قوانین مربوطه، بر فعالیت این مراکز نظارت نمایند (۶).

با توجه به حساسیت مقوله درمان و پیچیدگی های خاص آن که به طبع بر نظارت آن نیز تاثیر می گذارد و همچنین سابقه فعالیت یکی از محققین در واحد نظارت بر درمان، نشانه هایی از وجود موانع و مشکلات در انجام نظارت در مصاحبه های غیر رسمی با مسوولین احساس شد که در این مطالعه سعی گردیده است با استفاده از یک مطالعه اکتشافی موانع و تسهیل کننده های انجام نظارت بر درمان و چرایی و چگونگی تاثیر آنها در دانشگاه علوم پزشکی همدان، به منظور ارتقا کیفیت نظارت بر درمان و یافتن مناسب ترین الگوها و راهکارهای مناسب جهت استفاده در برنامه ریزی ها و سیاست گذاری هایی مربوط به فعالیت های نظارت بر درمان اقدام گردد.

مواد و روشها:

نوع تحقیق در این مطالعه بر اساس تقسیم بندی های موجود کیفی اکتشافی^۲، از لحاظ هدف کاربردی می باشد. تحقیق حاضر به این دلیل کاربردی است زیرا درعمل به دنبال ارتقا کیفیت نظارت بر درمان توسط دانشگاههای علوم پزشکی می باشد و نتایج آن می تواند در برنامه ریزی ها و سیاست گذاری هایی مربوط به فعالیت های نظارت بر درمان و یافتن مناسب ترین الگوها و راهکارهای مناسب در این زمینه قابل استفاده باشد. به دلیل اینکه در این پژوهش، چرا و چگونگی ایجاد موانع و توجه به تسهیل کننده مد نظر بوده است، از روش کیفی استفاده شده است (۷).

^۲. Exploratory

^۱ controlling

فامنین، ملایر و رزن، معاونین درمان دانشگاه و مدیران شبکه های بهداشت و درمان ذکر شده و همچنین افراد دارای تجربه در این زمینه بودند که جمعاً ۳۰ نفر را تشکیل می دادند. تمامی این افراد به دلیل ارتباط مستقیم و غیر مستقیم با موضوع مورد مطالعه، انتخاب شده اند. این مطالعه از دی ماه سال ۱۳۹۰ آغاز شده و تا پایان شهریور ماه ۱۳۹۱ ادامه داشته است و مکان پژوهش استان همدان بوده است. در مطالعه کیفی روش نمونه گیری متفاوت است و بصورت تصادفی انجام نمی شود (۷). با توجه به اینکه در این مطالعه، از کل جامعه پژوهش استفاده شد، لذا نمونه گیری گلوله برفی (Snowball sampling) وجود این، روش نمونه گیری گلوله برفی (Snowball sampling) (۸) برای شناسایی افراد متخصصی که از قبل شناسایی نشده بودند در حین انجام مصاحبه ها استفاده شد. به دلایلی که در محدودیت های پژوهش آورده شده است امکان انجام مصاحبه با ۵ نفر از افراد فراهم نگردید.

- نهایتاً ۲۵ نفر به شرح زیر در بخش مصاحبه مشارکت کردند:
- کارشناسان نظارت بر درمان (۱۵ نفر)
 - مدیران/معاونین حوزه معاونت درمان و شبکه های بهداشت و درمان (۸ نفر)
 - افراد دارای تجربه قبلی در زمینه نظارت بر درمان (۲ نفر)

برای انجام این پژوهش، راهنمای مصاحبه با توجه به اهداف مطالعه و با کمک متون مرتبط با نظارت تهیه شده است. که بعد از تایید روایی آن توسط اساتید راهنما و مشاور و کارشناسان مرتبط و انجام مصاحبه پایلوت با پنج نفر، با تعداد ۲۵ نفر از افرادی که در بخش اجرایی در این زمینه تخصص دارند و همچنین افرادی که دارای تجربه قبلی در این کار بودند، مصاحبه انجام گرفت. برای گردآوری تاریخچه موضوع در ایران، مستندات و مدارک سازمانهای متولی از جمله وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی، بررسی گردید. معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی همدان و شبکه های بهداشتی درمانی شهرستانهای بهار، نهاوند، اسدآباد، توپسرکان، کبودرآهنگ، فامنین، ملایر و رزن، محیط پژوهش را تشکیل می دادند. دلیل انتخاب دانشگاه علوم پزشکی همدان برای این مطالعه، سابقه فعالیت قبلی یکی از پژوهشگران در سمت کارشناس نظارت بر درمان در یکی از شبکه های بهداشت و درمان این شهرستان و تمایل به ارتقا کیفیت امور نظارت بر درمان در این دانشگاه می باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه کارشناسان نظارت بر درمان حوزه معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی همدان و شبکه های بهداشت و درمان شهرستانهای بهار، نهاوند، اسدآباد، توپسرکان، کبودرآهنگ،

جدول شماره ۱ خصوصیات مشارکت کنندگان در پژوهش

ردیف	سمت	رشته تحصیلی	مدرک تحصیلی	مسئولیت	سابقه کار	جنسیت
۱	کارشناس نظارت بر درمان	مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	کارشناسی ارشد	نظارت بر کلیه مراکز درمانی	۶ سال	زن
۲	کارشناس نظارت بر درمان	مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	کارشناسی ارشد	نظارت بر مطب پزشکان عمومی	۴ سال	زن
۳	کارشناس نظارت بر درمان	پزشک عمومی	دکتری	نظارت بر مطب پزشکان عمومی	۷ سال	زن
۴	کارشناس نظارت بر درمان	بهداشت محیط	کارشناسی	نظارت بر کلیه مراکز درمانی	۱۲ سال	مرد
۵	کارشناس نظارت بر درمان	پرستاری	کارشناسی	نظارت بر کلیه مراکز درمانی	۸ سال	زن
۶	کارشناس نظارت بر درمان	مامایی	کارشناسی ارشد	نظارت بر دفاتر کار مامایی	۱۴ سال	زن
۷	کارشناس نظارت بر درمان	فیزیوتراپی	کارشناسی ارشد	نظارت بر مراکز فیزیوتراپی و توانبخشی (بینایی سنجی، شنوایی سنجی، کاردرمانی و ...)	۵ سال	زن
۸	کارشناس نظارت بر درمان	علوم آزمایشگاهی	کارشناسی	نظارت بر آزمایشگاهها و مراکز توانبخشی	۵ سال	زن
۹	کارشناس نظارت بر درمان	پرستاری	کارشناسی	نظارت بر کلیه مراکز درمانی	۳ سال	زن
۱۰	کارشناس نظارت بر درمان	پرستاری	کارشناسی	نظارت بر کلیه مراکز درمانی	۲ سال	زن
۱۱	کارشناس نظارت بر درمان	پرستاری	کارشناسی	نظارت بر دفاتر کار مامایی	۷ سال	زن
۱۲	کارشناس نظارت بر درمان	پرستاری	کارشناسی	نظارت بر مطب پزشکان متخصص	۱۰ سال	مرد
۱۳	کارشناس نظارت بر درمان	پرستاری	کارشناسی	نظارت بر بیمارستانها	۵ سال	زن

ردیف	سمت	رشته تحصیلی	مدرک تحصیلی	مسئولیت	سابقه کار	جنسیت
۱۴	کارشناس نظارت بر درمان	دندانپزشک	دکتر	نظارت بر مطب دندانپزشک	۳ سال	زن
۱۵	کارشناس نظارت بر درمان	پرستاری	کارشناسی ارشد (روانشناسی)	نظارت بر کلیه مراکز	۹ سال	مرد
۱۶	مدیر شبکه بهداشت و درمان	پزشک عمومی	دکتری	نظارت مستقیم بر واحد نظارت بر درمان	۱۲ سال	مرد
۱۷	مدیر شبکه بهداشت و درمان	پزشک عمومی	دکتری	نظارت غیر مستقیم بر واحد نظارت بر درمان	۳ سال	مرد
۱۸	مدیر شبکه بهداشت درمان	پزشک عمومی	دکتری	نظارت غیر مستقیم بر واحد نظارت بر درمان	۶ سال	مرد
۱۹	معاون درمان شبکه	پزشک عمومی	دکتری	نظارت مستقیم بر واحد نظارت بر درمان	۱ سال	مرد
۲۰	معاون درمان شبکه	پزشک عمومی	دکتری	نظارت مستقیم بر واحد نظارت بر درمان	۲ سال	مرد
۲۱	مدیر نظارت و اعتباربخشی	پزشک عمومی	دکتری	نظارت مستقیم بر واحد نظارت بر درمان	۳ سال	مرد
۲۲	محرمانه					
۲۳	محرمانه					
۲۴	مدیر سابق اداره نظارت و اعتباربخشی	مدیریت اجرایی	کارشناسی ارشد	نظارت مستقیم بر واحد نظارت بر درمان	۶ سال	مرد
۲۵	کارشناس سابق نظارت بر درمان	پرستاری	کارشناسی	نظارت بر کلیه مراکز درمانی	۸ سال	مرد

برای تحلیل داده ها از روش تحلیل چارچوب^۲ مشتمل بر پنج مرحله «آشناسازی^۳»، «شناخت چارچوب مفهومی^۴»، «کدگذاری^۵»، «ترسیم جدول^۶» و «نگاشت و تفسیر^۷» استفاده شده است. این روش تحلیل، بیشتر برای تحلیل داده های کیفی مطالعات سیاستگذاری مورد استفاده قرار می گیرد (۷). در طی مرحله آشنایی بعد از پیاده سازی مصاحبه ها، فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه ای از محتوای هر مصاحبه تدوین شد. با نگاه به اهداف جلسات مکرری بین پژوهشگر و اساتید راهنما و مشاور برای تدوین چارچوب مفهومی اولیه، برگزار شد و در این مورد بحث و تبادل نظر انجام شد. سپس این چارچوب مفهومی با بررسی مکرر هر کدام از مصاحبه ها - مرحله آشنایی- مورد بررسی قرار گرفت. پژوهشگر، هر کدام از مصاحبه ها را به صورت جداگانه کدگذاری کرده و فهرستی از این کدها براساس چارچوب مفهومی از این مصاحبه ها استخراج گردید. در این مرحله، به هر کدام از بخش های دارای اطلاعات مرتبط در مصاحبه ها

اصولاً در مطالعات مربوط به برنامه ریزی و سیاستگذاری از دو دسته اطلاعات شامل داده های اولیه و داده های ثانویه استفاده می گردد (۷). در تحقیق حاضر به دلیل نبود مطالعه مشابه از اطلاعات ثانویه بسیار کم استفاده شده و عمده اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع آوری گردیده شده است. کلیه مصاحبه ها به منظور اطمینان از دقت مورد نظر، توسط محقق و به صورت مراجعه حضوری و رو در رو^۱ انجام شده اند.

برای انجام مصاحبه، با افراد مورد نظر به صورت تلفنی تماس گرفته شد و سپس نامه ای شامل هدف طرح، معرفی پژوهشگر و درخواست تنظیم قرار ملاقات برای افراد ارسال شد. تمامی مصاحبه ها در دفتر کار افراد انجام شد تا آنها احساس راحتی بیشتری داشته باشند. در این پژوهش، از هر کدام از افراد مورد مصاحبه رضایت اولیه به صورت شفاهی گرفته شد. تعداد ۲۵ مصاحبه رو در رو انجام شد. به جز دو مورد که اجازه ضبط صدا ندادند، تمامی مصاحبه ها ضبط و سپس پیاده سازی شد. متوسط زمان مصاحبه ها ۵۵ تا ۸۰ دقیقه بود. تمامی مصاحبه ها توسط پژوهشگر انجام شده است. سوالات مصاحبه به گونه ای طراحی شده بود که بتواند مفاهیم اساسی موضوع را در مصاحبه با افراد مشارکت کننده مورد پرسش قرار دهد.

² Frame work analysis

³ Identifying

⁴ Identifying a Thematic Framework

⁵ Indexing

⁶ Charting

⁷ Mapping and Interpretation

¹. Face-to-face

دستی انجام گرفت. در خصوص روایی داده ها، متن پیاده شده مصاحبه های انجام شده با چند نفر از مصاحبه شوندگان چک شد تا در خصوص کامل بودن آنها اطمینان حاصل شود.

یافته ها:

یافته های پژوهش، در چارچوب تحلیل زیر (جدول ۱) ارائه شده است. این جدول مهمترین یافته این پژوهش و برگرفته از نظرات مصاحبه شوندگان می باشد و نشان می دهد که نظرات بر مراکز درمانی در موارد مطرح شده در آن دچار مشکلات بوده و نیاز به ایجاد تغییر دارد. مفاهیم اصلی و فرعی زیر یافته های این پژوهش به شمار می روند.

یک یا دو کد اختصاص داده شد. سپس این کدها با برگزاری جلسه با اساتید راهنما و مشاور و پژوهشگر مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم تغییر داده شد. این فرآیند برای هر کدام از مصاحبه ها چندین بار تکرار گردید. سپس جداول، ترسیم شده و نظر مصاحبه شوندگان در مورد هر کدام از اجزای الگوی مفهومی با یکدیگر مقایسه گردید و ارتباط بین هر کدام از اجزای الگو با زیرمجموعه آن مشخص شد. در هر جا که لازم بود، برای درک بهتر گفته های افراد، به اصل مصاحبه نیز رجوع شده و مطالب لازم به آن اضافه گردید. تفسیر هر کدام از اجزای الگوی مفهومی نیز در فرآیندی مشابه مرحله کدگذاری صورت گرفت. تمامی مراحل بالا به صورت

(جدول ۲) مفاهیم اصلی و کدهای مرتبط در زمینه وضعیت نظارت بر درمان

مفهوم اول: تخصصی بودن نظارت بر درمان		
۱- نداشتن اطلاعات کافی	۲- عدم انجام نظارت دقیق	۳- امکان گمراه کردن کارشناس غیر متخصص
مفهوم دوم: آموزش ناظران درمان		
۱- سنتی بودن آموزشها	۲- غیر مرتبط بودن آموزشها	
مفهوم سوم: سابقه فعالیت در واحدهای صفی		
۱- عدم درک کافی از کار نظارتی	۲- عدم توجه به ریزه کاری ها	
مفهوم چهارم: پیش نیازهای لازم برای شروع به کار نظارت بر درمان		
۱- جنسیت	۲- عدم دادن آموزش های لازم	
۳- غیر بومی بودن کارشناس	۴- طریقه برقراری ارتباط	
مفهوم پنجم: خصوصیات شخصیتی مورد نیاز برای کارشناس نظارت بر درمان		
۱- جدیت	۲- اعتماد به نفس	۳- درون گرایی
مفهوم ششم: حمایت مدیران از کارشناسان نظارت بر درمان		
۱- ناپایداری مدیریتی	۲- عدم توجه کافی به ناظران درمان	
۳- عدم پیگیری مدیر	۴- پایین آمدن انگیزه	
مفهوم هفتم: فرهنگ قبول نظارت بر درمان*		
۱- ایجاد تنش	۲- توجیه نبودن مراکز مورد بازدید	
مفهوم هشتم: موانع نظارت بر درمان		
۱- همکاری ضعیف مراجع قضایی	۲- ناهماهنگی با سایر سازمانها	
۳- عدم انجام کار تیمی	۴- تکراری شدن کار	
مفهوم نهم: تسهیل کننده های نظارت بر درمان		
۱- علاقه	۲- ارتباطات پویا	
۳- امکانات کافی برای نظارت	۴- آرامش	

* منظور از فرهنگ قبول نظارت بر درمان در این مطالعه، میزان رضایت (مثبت یا منفی) مسئولین مراکز مورد نظارت از تحت نظر قرار گرفتن می باشد.

و تسهیل کننده هایی اشاره گردیده که در پاسخ به سوالات کلی که در آخر مصاحبه ها از مشارکت کنندگان در پژوهش پرسیده می شد، شناسایی گردیده است. که شامل این موارد می باشد:

موانع شناسایی شده توسط مشارکت کنندگان در پژوهش: همکاری ضعیف مراجع قضایی و نظام پزشکی، ناهماهنگی با سایر سازمانها، عدم انجام کار تیمی، تکراری شدن کار. تسهیل کننده های شناسایی شده توسط مشارکت کنندگان در پژوهش: علاقه کارشناس به کار، وجود ارتباطات پویا، ایجاد امکانات کافی برای نظارت، ایجاد آرامش در محیط کار. و قسمت سوم نتیجه گیری نهایی مطالعه را شامل می شود. در نهایت راهکارهایی که باعث تسهیل نظارت بر درمان خواهد شد به شرح زیر می باشد:

از کارشناسان نظارت بر درمان با تخصص های مرتبط در مورد شاخه ای که نظارت آن را بر عهده دارند، استفاده گردد. آموزشهای دقیق و کاربردی توسط کارشناسان با تجربه و خبره به صورت سیستماتیک و تعریف شده به کارشناسان نظارت بر درمان ارائه گردد و دوره های آموزش ناظران درمان به صورت کشوری برگزار شود. از افرادی برای کار نظارت بر درمان استفاده شود که قبلاً تجربه کار قبلی داشته و یا در مرکز درمانی خاصی کار کرده باشند. قبل از به کارگیری فردی برای انجام وظایف نظارت بر درمان، سعی گردد از افراد بومی یا ساکن در منطقه با ارائه آموزشهای علمی و آموزش نحوه برقراری ارتباط صحیح در حین بازدیدها، استفاده شود و حتی المقدور سعی گردد برای امور مربوط به دخالت در امور پزشکی توسط افراد فاقد صلاحیت، از کارشناسان مرد استفاده شود. مطالعات قبلی بیان کرده اند که کسانی که به امر کنترل گمارده می شوند باید واجد صلاحیت اخلاقی و تخصصی بوده و مورد قبول اکثر کسانی باشند که آنها را کنترل می نمایند (۹). همینطور بیان داشته اند که کسی که به امر نظارت می پردازد باید اهمیت نظارت را درک کند، به طور اثربخش ارتباط برقرار کند، بازخورهای مفید ارائه نماید، در مواقع نیاز قدم های تصاعدی بردارد، از محدودیت ها و ضعف های خود آگاه باشد و آنها را بپذیرد، شجاعت بیان آسیب پذیری، اشتباه کردن و ریسک کردن را داشته باشد، بر روی توسعه نظارت سرمایه گذاری کند، تفاوت ها را بپذیرد، شکلیا و مودب باشد و تا حدودی شوخ طبع باشد و خود مراقبتی را تمرین کند (۱۰). داشتن برخوردهای جدی و در عین حال احترام آمیز در حین بازدیدها، داشتن اعتماد به نفس و شخصیتی برون گرا جهت ارائه راهنمایی های لازم و برقراری ارتباط اثربخش، مورد توجه قرار گیرد.

مدیران از کارشناسان نظارت بر درمان حمایت کامل به عمل آورند و امور توسط ایشان تا حصول نتیجه نهایی پیگیری

همانطور که جدول فوق نشان می دهد در مجموع نه مفهوم اصلی و ۲۸ مفهوم فرعی شناسایی گردید که در بخش بعدی مورد بحث قرار گرفته اند.

بحث و نتیجه گیری:

با توجه به اینکه مطالعه مربوط به موانع و تسهیل کننده های نظارت بر درمان برای اولین بار در کشور انجام شده است، امکان انجام مقاسه با مطالعات مشابه در این قسمت ایجاد نگردید اما نتایج آن می تواند شروعی برای انجام مطالعات بهتر و با اثربخشی بیشتر باشد و راهنمای مناسبی جهت مدیران در تصمیم گیری های مربوط به نحوه نظارت بر درمان ارائه نماید. با این حال مطالعاتی در خصوص ارزشیابی بیمارستان و بازرسی در سایر سازمانها صورت گرفته بود که از نتایج آنها در این بخش استفاده گردیده است. چنانچه موانع شناسایی شده برطرف گردد، نظارت بر مراکز درمانی دولتی و خصوصی شامل بیمارستانها، درمانگاهها، مطب پزشکان عمومی، متخصص، دندانپزشک، مراکز درمان سوء مصرف مواد، دفاتر کار مامایی، مراکز توانبخشی شامل دفاتر بینایی سنجی، شنوایی سنجی، گفتار درمانی، فیزیوتراپی، کاردرمانی و مراکز پاراکلینیک (آزمایشگاهها و رادیولوژی) و سایر مراکز درمانی موجود، با کیفیت بالاتری صورت خواهد گرفت که نتیجه آن ارتقاء خدمت رسانی به بیماران و افزایش کیفیت درمان خواهد بود.

این قسمت به طور خلاصه در سه قسمت مورد بررسی قرار گرفته است. در قسمت اول، با رعایت اولویت، مهم ترین موانع شناسایی شده و درصد اهمیت آن که توسط مشارکت کنندگان در مطالعه به آن اشاره شده بود، جهت ارائه راهنما برای سیاستگذاران در این زمینه به صورت کلی، ارائه گردیده است:

اولویت اول: استفاده از کارشناسان با رشته های تحصیلی غیر مرتبط برای انجام نظارت بر درمان ۹۶٪

اولویت دوم: همکاری ضعیف مراجع قضایی و نظام پزشکی ۹۶٪

اولویت سوم: عدم ارائه آموزش های مرتبط با نحوه انجام نظارت بر درمان ۹۲٪

اولویت چهارم: عدم وجود تعامل کافی با مراکز مورد بازدید جهت فرهنگ سازی برای قبول نقش نظارت بر درمان ۹۰٪

اولویت پنجم: عدم حمایت مدیران از کارشناسان نظارت بر درمان ۸۰٪

اولویت ششم: عدم استفاده از کارشناسان نظارت بر درمان با تجربه کار بالینی یا کار در مرکز درمانی مرتبط با شاخه نظارتی ۷۶٪

اولویت هفتم: عدم برخورداری کارشناس نظارت بر درمان از خصوصیات شخصیتی لازم برای این کار ۷۲٪

در قسمت دوم علاوه بر موانعی که در طی انجام مطالعه و انجام تحلیل چارچوبی محتوا شناسایی و بیان گردید، به موانع

فرهنگ و جو سازمان متناسب و هماهنگ باشد (۹). امکانات کافی برای نظارت مانند وسیله نقلیه و ارائه اضافه کاری های مرتبط با کار برقرار گردد و در نهایت محیط کار آرام و بدون تنش و برگزاری جلسات مستمر و ماهیانه برای کلیه کارشناسان توسط مدیران مربوطه برگزار گردد. مطالعه دیگری بیان می دارد که فرد ناظر باید از تغییرات و پیشرفتهای علمی و فنی در زمینه های مختلف اجرایی یک فرایند اطلاع کامل داشته و یا حداقل ابزارهای لازم برای دستیابی به منابع اطلاعاتی لازم در این زمینه را در اختیار داشته باشد.

از آنجا که فرد ناظر وظیفه ارزیابی مستمر یک فرایند یا عملکرد را عهده دار است، لازم است تا برای برنامه ارزیابی مستمر خود ابزار مناسب در اختیار داشته باشد (۱۱).

انجام مطالعه کیفی با بکارگیری ابزار مصاحبه با صاحب نظران و مشکلات دسترسی به مصاحبه شوندگان به دلیل مشغله فراوان آنها از جمله محدودیت های مطالعات کیفی و همچنین این مطالعه بود که سعی گردید با استمرار در این امر بر آن غلبه شود. محدودیت مهم دیگر عدم دادن اجازه ضبط صدا توسط تعدادی از کارشناسان نظارت بر درمان بود که سعی گردید با ارائه توضیحات بیشتر به آنها در مورد هدف پژوهش و اطمینان دادن از اینکه صحبت های ایشان کاملاً محرمانه باقی می ماند، بر این محدودیت نیز غلبه گردد.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه بخشی از رساله کارشناسی ارشد بوده است که در گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. لازم می دانیم از تمامی صاحب نظران محترمی که با وجود مشغله فراوان، از صرف وقت خود جهت انجام مصاحبه دریغ نورزیدند، کمال تشکر را به عمل آوریم.

گردد. برای کاهش مقاومت و نارضایتی طرف های مورد نظارت، ارائه توضیحات کافی به ایشان توسط کارشناسان و ایجاد محیط نظارتی توأم با آرامش مدنظر قرار گیرد و جلسات دوره ای با مسئولین مراکز برگزار گردد. نتایج یکی از پژوهشهای صورت گرفته نشان می دهد که در اعمال کنترل نباید افراط و تفریط شود. زیاده روی در کنترل به همان اندازه زیان آور است که بی توجهی به امر کنترل. کنترل بیش از حد به روح آزادی و استقلال افراد لطمه زده و آنها را در مقابل کنترل مقاوم خواهد ساخت. همچنین بی توجهی به کنترل نیز به انجام هدف های سازمان آسیب می رساند. کنترل بیش از حد، افراد را به صورت ماشین درآورده و خلاقیت و نوآوری را از آنان سلب می کند، همچنین بی توجهی به کنترل نیز بی نظمی و اختلال در کار سازمان را به دنبال دارد. در کنترل موثر باید تلفیقی به وجود آورد تا هم نظر سازمان تامین گردد و هم آزادی فرد خدشه دار نشود (۹).

جلسات هماهنگی با نمایندگان نظام پزشکی و مراجع قضایی برگزار گردد تا مشکل مربوط به وقفه در صدور رای و یا رای های غیر مرتبط با جرایم یا تخلفات صورت گرفته در بحث درمان کاهش یابد و همچنین ناهماهنگی هایی که با نظام پزشکی وجود دارد رفع شود و همچنین در مورد نظارت مراکزی که پروانه آنها توسط نظام پزشکی صادر می شود از سازمانی به جز دانشگاه علوم پزشکی استفاده شود. از تیم های تخصصی برای انجام بازدید استفاده شود و از انجام بازدیدهای تک نفره جلوگیری شود. سنجش رضایتمندی کارشناسان نظارت بر درمان و ارائه گردش کار در مورد کسانی که از کار خود به هر علت احساس خستگی می کنند انجام شود. از کارشناسانی که این کار با خصوصیات شخصیتی ایشان تناسب ندارد استفاده نشود. مطالعه دیگری این نتیجه را به این نحو تایید می کند که سیستم کنترل باید با روحیات کارکنان و

References

1. Parizi M. Organization and Management from theory to act: Iran institute of banking (2005). (In Persian)
2. Alvani M.. General management, 26th edition, Ney published(2005).(In Persian)
3. Jasbi A. Essential and Fundamental of Management. Tehran, Iran: Islamic University Published(1381). (In Persian)
4. Robbins S. Fundamentals of management. 3 ed: Nil publish(1998)
5. Dentists Clinic Regulation. Available from: URL:[http:// www.darman.umsha.ac.ir](http://www.darman.umsha.ac.ir)
6. Quality Code of Treatment assistance in Hamadan University of Medical sciences. Available from: URL:[http:// www.darman.umsha.ac.ir](http://www.darman.umsha.ac.ir)
7. Marshal C. Qualitative Research Method, Tehran, Iran: cultural Researches Office (1998)
8. Bazargan A. Start for Qualitative Research Methods and medley. (1th published): Tehran, Iran (1998).
9. Jafari P E. Improvement of hospital evaluation based on analyze of decision making managers in Hamadan. (MS Thesis), Tehran University Of Medical Sciences (1382).
10. Kraybill K. the challenge of supervision in HCH: helping staff succeed. HCH clinician network(2006);10:1
11. Ghasemi H. First sheet supervision. Health services assessment office. Therapeutic office insurance organization (1389). (In Persian)

Barriers and Facilitators of Care/ Treatment Monitoring in Hamedan University of Medical Sciences

Akbari Haghighi F¹, Jafari Poyan E², Aghighi N^{3*}

Submitted: 1.6.2013

Accepted: 12.1.2014

Abstract

Background: Monitoring and/or control are the management main duties. This duty is so important which some of authorities believed that efficient management depends on Effective Control System (ECS). This study aimed at identifying barriers and facilitators of performance monitoring and providing some strategies for effective health care monitoring.

Materials and Method: This study was a qualitative one which data was collected by Semi-structured questionnaire filled by interview in 2011-2012 and analyzed using framework analysis. Study population consisted of 25 experts and directors of care/treatment performance monitoring.

Results: Based on study results, nine concepts were extracted as following: specialized nature of treatment performance monitoring, health assessors' education, work experience in line units, prerequisites for new treatment performance monitoring, personal characteristics of care monitoring expert, managerial support of assessors, culture of monitoring process acceptability, facilitators and barriers of monitoring. Based on these concepts, 28 codes were identified.

Conclusion: Experienced assessors' assessment, based on their specialty; professionals' accurate and applied systematic education; and management support are main items which will be result in more effective care/treatment performance monitoring.

Keywords: Barriers, facilitators, care/treatment monitoring, monitoring assessors, Control, Audit

¹ Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

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

³ MSc Student in Health services Administration, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author) Email: negar.aghighi@yahoo.com, Tel: 08112531290