

## مطالعه تطبیقی استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بین‌المللی اعتباربخشی بیمارستانی کمیسیون مشترک

دکتر مریم احمدی<sup>۱\*</sup>، معصومه خوشگام<sup>۲</sup>، علی محمدپور<sup>۳</sup>

۱- گروه مدیریت اطلاعات بهداشتی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران ۲- گروه آمار حیاتی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۳- گروه آموزش مدارک پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.  
دریافت: ۸۵/۱۱/۲ پذیرش: ۸۶/۱۱/۲۵

**Title:** Comparative study of the Ministry of Health standards for hospitals with Joint Commission International hospital accreditation standards

**Authors:** Ahmadi M, (PhD); Khoshgam M, (MSc); Mohammadpoor A, (MSc).

**Introduction:** Hospital standards are one of the most valuable conceptual elements in the organization, since they have an important role in depicting the expected performance and evaluation of hospital activities. Previous studies' results reveal that hospital standards set by Iran's Ministry of Health (MOH) are not efficient enough in depicting the weaknesses and shortages of healthcare centers, and hence, they need further studies. Therefore, we compared the hospital standards of MOH with those set by the Joint Commission International.

**Methods:** The present research is a descriptive - comparative study performed in spring and summer of 2006. Research environment consisted of the Joint Commission International hospital accreditation standards (216 statements) and hospital standards of MOH (724 questions consisting of handbook 'A' with 227 and handbook 'B' with 497 questions). Eventually, 335 questions from MOH standards were compared with 216 statements of the Joint Commission International's standards. Data collection methods were use of the available information on the Net, e-mails (Joint Commission International's standards), and the relevant references (MOH's standards). Data were collected using six checklists based on Joint Commission International's standards and were analyzed with comparative tables and descriptive statistical methods.

**Results:** Final collation of MOH's standards and Joint Commission International's standards (335 questions versus 216 statements respectively) showed that the former covered 79 statements (36.6%) of the Joint Commission completely, covered 39 statements (18.0%) partially, and did not cover the remaining 98 statements (45.4%) at all. In other words, correspondence of MOH's standards with those of the Joint Commission was 36.6% complete, 18.0% partial, and 45.4% without any correspondence.

**Conclusion:** Despite of the greater quantitative aspect of the MOH's standards for hospitals in comparison with the Joint Commission's standards, MOH's standards could not cover almost fifty percent (45.4 %) of the latter. In other words, 98 out of 216 statements of the Joint Commission have not had any equivalent in MOH's standards for hospitals. This shows the fact that in compilation of hospital standards, MOH has not focused on many of the important items related to patient care process, such as continuity of care, patient and family rights, informed consent, assessment of patients, and education of patients and their families.

**Keywords:** Accreditation standards, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Hospital.

Hakim Research Journal 2008; 10(4): 45- 52.

\* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان ولی عصر (عج)، بالاتر از ظفر، نبش خیابان شهید بابک بهرامی، پلاک ۱، تلفن: ۸۸۷۸۸۷۶۵، نامبر: ۸۸۷۸۸۸۲۷  
پست الکترونیک: m\_ahmadi24@yahoo.com

## چکیده

مقدمه: استانداردهای بیمارستانی به دلیل نقش با ارزشی که در نشان دادن عملکرد مورد انتظار و کمک در ارزشیابی فعالیت‌های بیمارستان دارند، یکی از با ارزش‌ترین عناصر مفهومی سازمان به شمار می‌روند. در مجموع نتایج تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت به دلیل ناکارآمدی در نمایش ضعف‌ها و کاستی‌های مراکز درمانی، نیازمند مطالعه و بررسی می‌باشند. بدین‌منظور در این پژوهش استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک، مقایسه شده است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تطبیقی می‌باشد که در نیمه اول سال ۱۳۸۵ انجام شده است. جامعه پژوهش عبارت بودند از: استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک (۲۱۶ گزاره) و استانداردهای بیمارستانی مورد عمل وزارت بهداشت (۷۲۴ سؤال، شامل کتابچه الف و ب هر کدام به ترتیب با ۲۲۷ و ۴۹۷ سؤال). در نهایت ۳۳۵ سؤال مربوط به استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با ۲۱۶ گزاره استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک، مقایسه شده است. روش گردآوری داده‌ها استفاده از اطلاعات موجود از طریق اینترنت، پست الکترونیک (استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک) و مراجعه به مراجع مربوط (استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت) بود. گردآوری داده‌ها با استفاده از ۶ چک لیست بر مبنای استانداردهای بیمارستانی کمیسیون انجام شده و تحلیل آنها با استفاده از جداول تطبیقی و روش‌های آمار توصیفی انجام شده است.

یافته‌ها: تطبیق نهایی استانداردهای بیمارستانی مورد عمل وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک (تعداد ۳۳۵ سؤال در مقابل ۲۱۶ گزاره) نشان داد استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت از مجموع ۲۱۶ گزاره استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک، ۷۹ مورد (۳۶/۶٪) را به صورت کامل و ۳۹ مورد (۱۸/۰٪) را به صورت نسبی پوشش داده‌اند و ۹۸ مورد باقیمانده (۴۵/۴٪) را اصلاً پوشش نداده‌اند؛ به عبارتی میزان تطابق استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک به قرار زیر بوده است: ۳۶/۶٪ تطابق کامل، ۱۸/۰٪ تطابق نسبی و ۴۵/۴٪ عدم تطابق.

نتیجه‌گیری: تطابق نهایی استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک نشان داد که استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت علی‌رغم این که از جهت کمیت نسبت به استانداردهای مورد مطالعه کمیسیون مشترک بیشتر بوده‌اند؛ اما توانسته‌اند حدود ۵۰٪ آنها را پوشش دهند (۴۵/۴٪). به عبارتی از مجموع ۲۱۶ گزاره استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک، ۹۸ گزاره آن اصلاً مصداقی در استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت نداشته است. این امر نشان می‌دهد که وزارت بهداشت در تدوین استانداردهای بیمارستانی به بسیاری از موارد مهم مربوط به فرآیند مراقبت بیمار توجه نکرده است از جمله: تداوم مراقبت‌ها، حقوق بیمار و خانواده، رضایت آگاهانه، ارزیابی بیمار و آموزش بیمار و خانواده.

کل‌واژگان: استاندارد اعتباربخشی، کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت بهداشتی، بیمارستان.

## مقدمه

استفاده از منابع کمیاب بایستی به دقت برنامه‌ریزی شود تا از بهره‌گیری حداکثر از منابع، اطمینان حاصل گردد. در اغلب کشورهای پیشرفته نیز نظام‌های مراقبت بهداشتی که از سال‌ها پیش وجود داشته اکنون به دلیل فشارهای اقتصادی روزافزون به مخاطره افتاده است. اکنون بایستی تعیین شود که چه خدماتی

امروزه در اغلب کشورها بدون توجه به وسعت و ثروت آنها بهداشت جامعه و چگونگی ارائه مراقبت‌های بهداشتی- درمانی موضوعی مهم به شمار می‌رود. بسیاری از کشورهای در حال توسعه در تلاش برای ایجاد یک نظام مراقبت از سلامت برای بر آوردن نیازهای اصلی جامعه هستند. در چنین کشورهایی

## روش کار

پژوهش حاضر از جهت هدف، یک مطالعه کاربردی و از جهت روش انجام، یک مطالعه توصیفی- تطبیقی می‌باشد که در نیمه اول سال ۱۳۸۵ انجام شده است. جامعه پژوهش عبارتند از: استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک (۲۱۶ گزاره) و استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت (۲۲۴ سؤال) شامل: کتابچه الف با ۲۲۷ سؤال؛ کتابچه ب (فرم‌های ب/۳، ب/۴، ب/۱۰، ب/۱۱، ب/۱۳، ب/۱۵) با ۴۹۷ سؤال. با توجه به این که استانداردهای بیمار محور و مدیریت اطلاعات مورد تطبیق قرار گرفته‌اند؛ لذا از استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت، سؤالات کتابچه الف (۲۲۷) به طور کامل و از کتابچه ب فقط فرم‌هایی بررسی شده است که با استانداردهای بیمار محور و مدیریت اطلاعات کمیسیون مشترک ارتباط داشته‌اند. از آنجا که کتابچه الف و ب بر اساس دستورالعمل‌های استاندارد مربوطه طراحی شده‌اند؛ لذا به عنوان مبنای مقایسه با استانداردهای بین‌المللی انتخاب شدند. با توجه به این که تمام استانداردهای مربوطه بررسی شده، لذا نمونه‌گیری انجام نشده است. روش گردآوری داده‌ها با استفاده از اطلاعات موجود از طریق اینترنت، پست الکترونیک (استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک) و مراجعه به مراجع مربوط (استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت) بوده است. گردآوری داده‌ها با استفاده از ۶ چک‌لیست بر مبنای استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک انجام شد. ویژگی‌های کلی چک‌لیست‌ها به شرح زیر بوده است:

استانداردهای دسترسی و تداوم مراقبت (۲۵ گزاره)؛ استانداردهای حقوق بیمار و خانواده (۳۶ گزاره)؛ استانداردهای ارزیابی بیماران (۴۴ گزاره)؛ استانداردهای مراقبت بیماران (۷۰ گزاره)؛ استانداردهای آموزش بیمار و خانواده (۱۰ گزاره)؛ استانداردهای مدیریت اطلاعات (۳۱ گزاره).

این پژوهش به صورت توصیفی- تطبیقی انجام شده است. بر اساس استانداردهای ذکر شده در اهداف ویژه (شامل استانداردهای دسترسی و تداوم مراقبت، حقوق بیمار و خانواده، ارزیابی بیمار، مراقبت بیمار، آموزش بیمار و خانواده و مدیریت اطلاعات) چک‌لیست‌هایی تهیه شد و با توجه به آنها استانداردهای بیمارستانی معادل وزارت بهداشت تعیین گردید. بر اساس چک‌لیست‌های تهیه شده، جداول تطبیقی ترسیم شد و با استفاده از آنها میزان تطابق استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت (کتابچه الف و ب) با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک، مشخص گردید. نحوه انجام بررسی تطبیقی این گونه بود که هر یک از استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با

باید ارایه شوند و چه خدماتی متوقف گردند (۳-۱). بدون توجه به کشور مورد نظر کلیه مراکز ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی و کمیسیون مشترک بین‌المللی<sup>۱</sup>، استانداردهایی را برای خارج از آمریکا ارایه می‌دهند (۶ و ۱۰ و ۱۴ و ۱۵).

استانداردهای بین‌المللی اعتباربخشی کمیسیون مشترک در سطح جهان، ابزارهای منحصر به فردی هستند که جهت اندازه‌گیری کیفیت مراقبت از بیمار طراحی شده اند (۱۶). در این زمینه تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که استانداردهای بین‌المللی اعتباربخشی JCAHO<sup>۲</sup> چارچوبی را فراهم می‌آورد که می‌تواند به عنوان مدل رایج ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی- درمانی در سطح جهان باشد (۱۷ و ۱۸).

در حال حاضر در کشور ما وزارت بهداشت سالیانه مراکز درمانی را با استفاده از استانداردهای بیمارستانی مورد عمل خویش، ارزیابی می‌کند و درجه بیمارستان‌ها بر مبنای آنها تعیین می‌گردد. با وجود این استانداردها و کسب درجه‌های ۱ و ۲، هنوز بیمارستان‌ها فاقد کیفیت و کارایی مناسب هستند (۱۹ و ۲۰). در این مورد شاید بتوان علت را در استانداردها و گزاره‌های ارزیابی جستجو کرد. شاید این گزاره‌ها آنچه را که باید بسنجند، نمی‌سنجند (۱ و ۲۰).

لازم به ذکر است اگر چه تهیه استاندارد کاری زمان بر و دشوار است، ولی اهمیت بسیار زیادی دارد. شاید اصلی‌ترین ستون حفاظت‌کننده از حقوق مردم، بیماران، علم و دانش، مدیران، کارکنان و نیز اساس یکپارچگی و هم‌اندیشی، وجود استانداردهای خوب طراحی شده باشد (۱۲ و ۲۰).

در مجموع نتایج تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت به دلیل ناکارآمدی در نمایش ضعف‌ها و کاستی‌های مراکز درمانی، نیازمند مطالعه و بررسی هستند (۲۳-۲۰).

در این پژوهش نیز، استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک<sup>۳</sup> مقایسه شده است؛ تا از این طریق کاستی‌های استانداردهای ملی مشخص شده و پیشنهاداتی در جهت بهبود آنها ارایه گردد و در نهایت در جهت هم سطح کردن استانداردهای ملی با استانداردهای بین‌المللی گامی برداشته شود.

<sup>۱</sup> Joint Commission International (JCI)

<sup>۲</sup> Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

<sup>۳</sup> در این مقاله عبارت استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک به معنای استانداردهای بین‌المللی اعتباربخشی بیمارستانی کمیسیون مشترک و یا استانداردهای بیمار محور و مدیریت اطلاعات خواهد بود.

شوراهای بیمارستانی، ساختار بیمارستان و تجهیزات، تجهیزات ایمنی، تجهیزات غیرپزشکی، تجهیزات پزشکی و دارو، سایر موارد مهم در ارزشیابی. در این پژوهش استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت (کتابچه الف به صورت کامل و از کتابچه ب فقط فرم‌های مشخص شده فوق - ایتالیک و زیر خطدار) با استانداردهای بیمارستانی مورد مطالعه کمیسیون مشترک (جدول ۱) مقایسه شده‌اند. جدول ۲ تعداد سؤالات کتابچه الف و ب را در هر یک از عناوین استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک نشان می‌دهد.

جدول ۱- شناخت استانداردهای بیمارستانی مورد مطالعه کمیسیون مشترک

عنوان استاندارد	عناوین فرعی	تعداد گزاره
دسترسی و تداوم مراقبت (ACC) <sup>۲</sup>	دسترسی	۹
	تداوم	۵
	ترخیص، ارجاع و پیگیری	۴
حقوق بیمار و خانواده (PFR) <sup>۳</sup>	انتقال بیماران	۷
	حقوق بیمار و خانواده رضایت آگاهانه	۲۱
ارزیابی بیماران (AOP) <sup>۴</sup>	ارزیابی بیماران	۱۷
	خدمات آزمایشگاه	۱۴
	خدمات رادیولوژی	۱۳
مراقبت بیماران (COP) <sup>۵</sup>	ارایه مراقبت برای تمام بیماران	۹
	مراقبت بیماران پرخطر و ارایه خدمات پرخطر	۱۰
	مراقبت بیهوشی	۷
	مراقبت جراحی	۵
آموزش بیمار و خانواده (PFE) <sup>۶</sup>	تجویز دارو	۲۳
	غذا و تغذیه درمانی	۷
	مدیریت درد و مراقبت آخر عمر	۹
مدیریت اطلاعات (MOI) <sup>۷</sup>	آموزش بیمار و خانواده	۱۰
	برنامه‌ریزی	۱۹
	پرونده بالینی بیمار	۵
جمع	انبوه داده‌ها و اطلاعات	۷
		۲۱۶

در نهایت ۳۳۵ سؤال مربوط به استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با ۲۱۶ گزاره استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک مقایسه شد. نکته‌ای که باید اشاره شود این است که به دلایل متعددی از جمله چند پهلو بودن سؤالات، مبهم بودن مصداق سؤالات، داشتن بیش از یک سؤال در یک گزاره، فقدان مستندات مشخص برای هر سؤال ناگزیر شماره برخی از سؤالات در مقابل بیش از یک استاندارد نوشته شده است. نتیجه

در نظر گرفتن محتوا و معنا با استانداردهای بین‌المللی مورد مطالعه تطبیق داده شد و با هر کدام از گزاره‌های استاندارد بین‌المللی که سازگاری داشت، شماره سؤال (مربوط به کتابچه الف و ب) در مقابل استاندارد مربوط نوشته شد. در نهایت ۳۳۵ سؤال<sup>۱</sup> مربوط به استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با ۲۱۶ گزاره استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک، مقایسه شد. میزان تطابق استانداردها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی در قالب جداول آماری ارایه شده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از جداول تطبیقی و روش‌های آمار توصیفی انجام شد. همچنین در بیان وضعیت تطابق استانداردهای مورد مقایسه از سه واژه «تطابق کامل»، «تطابق نسبی» و «عدم تطابق» استفاده شده است که مورد استفاده آنها به شرح ذیل توضیح داده می‌شود:

**تطابق کامل:** زمانی این واژه استفاده شده که بین استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک تقریباً تطابق کامل وجود داشته است.

**عدم تطابق:** زمانی این واژه استفاده شده که بین استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک تطابق وجود نداشته است.

**تطابق نسبی:** زمانی این واژه استفاده شده که تطابق استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک وضعیتی بین تطابق کامل و عدم تطابق بوده است.

## نتایج

در بررسی کتابچه الف؛ برنامه ملی ارزشیابی اورژانس و فوریت‌های پزشکی بیمارستان‌های عمومی کشور که توسط وزارت بهداشت تهیه شده است عناوین زیر به چشم می‌خورد: نیروی انسانی، جنبه‌های ارزشی و موازین شرعی، مسایل ساختاری، تجهیزات غیرمصرفی، ملاحظات دارویی، سایر جنبه‌های مهم اورژانس.

در بررسی کتابچه ب؛ برنامه ملی ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور عناوین فوق مشاهده می‌شوند: مشخصات بیمارستان، کلیات بیمارستان، مراعات ارزش‌های متعالی و ضوابط شرعی، رضایتمندی بیماران، مدیریت بیمارستان، نیروی انسانی پزشکی، نیروی انسانی پرستاری، نیروی انسانی اداری و خدماتی، بهداشت و نظافت، مدارک پزشکی و اطلاع‌رسانی، کمیته‌ها و

<sup>۱</sup> از مجموع ۷۲۴ سؤال مورد بررسی وزارت بهداشت تنها ۳۳۵ سؤال در مجموعه استانداردهای بین‌المللی مورد مطالعه قرار گرفته است

<sup>۲</sup> Access to Care and Continuity of Care (ACC)

<sup>۳</sup> Patient and Family Rights (PFR)

<sup>۴</sup> Assessment of Patients (AOP)

<sup>۵</sup> Care of Patients (COP)

<sup>۶</sup> Patient and Family Education (PFE)

<sup>۷</sup> Management of Information (MOI)

وزارت بهداشت از مجموع ۲۱۶ گزاره استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک، ۷۹ مورد (۳۶/۶٪) را به صورت کامل و ۳۹ مورد (۱۸/۰٪) را به صورت نسبی پوشش داده اند و ۹۸ مورد باقیمانده (۴۵/۴٪) را اصلاً پوشش نداده اند.

مقایسه استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک در جدول ۳ نشان داده شده است. تطبیق نهایی استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک (تعداد ۳۳۵ سوال در مقابل ۲۱۶ گزاره) نشان داد که استانداردهای بیمارستانی

جدول ۲- تعداد سؤالات کتابچه الف و ب در هر یک از عناوین استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک

عنوان اصلی	استانداردهای بین المللی				استانداردهای وزارت بهداشت			
	عناوین فرعی	تعداد گزاره	کتابچه الف	کتابچه ب	جمع	تعداد گزاره	کتابچه الف	کتابچه ب
ACC	دسترسی	۹	۲۵	۳۹	۶۴			
	تداوم	۵	۰	۱	۱			
	ترخیص، ارجاع و پیگیری	۴	۲	۴	۶			
PFR	انتقال بیماران	۷	۱۰	۲	۱۲			
	جمع	۲۵	۳۷	۴۶	۸۳			
	حقوق بیمار و خانواده رضایت آگاهانه	۲۱	۸	۴۰	۴۸			
AOP	جمع	۱۵	۰	۶	۶			
	ارزیابی بیماران	۱۷	۳	۵	۸			
	خدمات آزمایشگاه	۱۴	۶	۵	۱۱			
-COP	خدمات رادیولوژی	۱۳	۱	۱۶	۱۷			
	جمع	۴۴	۱۰	۲۶	۳۶			
	ارایه مراقبت برای تمام بیماران	۹	۰	۴	۴			
PFE	مراقبت بیماران پرخطر و ارایه خدمات پرخطر	۱۰	۲۱	۱	۲۲			
	مراقبت بیهوشی	۷	۰	۶	۶			
	مراقبت جراحی	۵	۰	۴	۴			
MOI	تجویز دارو	۲۳	۹	۲۹	۲۸			
	غذا و تغذیه درمانی	۷	۱	۸	۹			
	مدیریت درد و مراقبت آخر عمر	۹	۰	۵	۵			
جمع	جمع	۷۰	۳۱	۵۷	۸۸			
	آموزش بیمار و خانواده	۱۰	۰	۴	۴			
	جمع	۱۰	۰	۴	۴			
جمع	برنامه ریزی	۱۹	۲	۴۸	۵۰			
	پرونده بالینی بیمار	۵	۰	۱۲	۱۲			
	انبوه دادهها و اطلاعات	۷	۰	۸	۸			
جمع	۳۱	۲	۶۸	۷۰				
جمع	۸۸	۲۴۷						

جدول ۳) توزیع فراوانی تطابق استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک

استاندارد	وضعیت تطابق		کامل		نسبی		عدم تطابق		فراوانی کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ACC	۱۰	۴۰/۰	۷	۲۸/۰	۸	۳۲/۰	۲۵	۱۰۰	۲۵	۱۰۰
PFR	۹	۲۵/۰	۶	۱۶/۷	۲۱	۵۸/۳	۳۶	۱۰۰	۳۶	۱۰۰
AOP	۱۳	۲۹/۶	۶	۱۳/۶	۲۵	۵۶/۸	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰
COP	۳۴	۴۸/۶	۹	۱۲/۸	۲۷	۳۸/۶	۷۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰
PFE	۱	۱۰/۰	۲	۲۰/۰	۷	۷۰/۰	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰
جمع	۶۷	۳۶/۲	۳۰	۱۶/۲	۸۸	۴۷/۶	۱۸۵	۱۰۰	۱۸۵	۱۰۰
MOI	۱۲	۳۸/۷	۹	۲۹/۰	۱۰	۳۲/۳	۳۱	۱۰۰	۳۱	۱۰۰
جمع	۷۹	۳۶/۶	۳۹	۱۸/۰	۹۸	۴۵/۴	۲۱۶	۱۰۰	۲۱۶	۱۰۰

اشاره به وضعیت تطابق در مجموع استانداردهای بیمار محور

اشاره به وضعیت تطابق در مجموع استانداردهای بیمار محور و مدیریت اطلاعات

### بحث و نتیجه گیری

و تداوم مراقبت کمیسیون مشترک قرار گرفته، لکن مشاهده می شود که ۳۲٪ بین استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت و استانداردهای دسترسی و تداوم مراقبت کمیسیون مشترک تطابقی وجود نداشته است، این امر نشان می دهد که این ۸۳ زمستان ۸۶، دوره دهم، شماره چهارم

استانداردهای دسترسی و تداوم مراقبت کمیسیون مشترک با ۲۵ گزاره به چهار زیرعنوان تقسیم می شوند: دسترسی؛ تداوم ترخیص، ارجاع و پیگیری و انتقال بیماران. علی رغم این که ۸۳ سؤال وزارت بهداشت در مقابل ۲۵ گزاره استانداردهای دسترسی

سؤال یا به خوبی تدوین نشده‌اند و یا به صورت تکراری استفاده شده‌اند. هم چنین از مجموع این ۸۳ سؤال تنها ۱ سؤال در مقابل ۵ گزاره استاندارد تداوم مراقبت قرار گرفته است، این موضوع نیز حاکی از آن می‌باشد که وزارت بهداشت در تدوین استانداردهای خود به مسأله تداوم مراقبت بیماران توجه لازم را نداشته است. استانداردهای حقوق بیمار و خانواده کمیسیون مشترک به دو زیرعنوان تقسیم می‌شوند: حقوق بیمار و خانواده؛ رضایت آگاهانه، همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد، ۵۸/۳٪ بین استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت و استانداردهای حقوق بیمار و خانواده کمیسیون مشترک تطابق وجود نداشته است. همچنین از مجموع ۵۴ سؤال مربوط به استانداردهای وزارت بهداشت (در مقابل ۳۶ گزاره استانداردهای حقوق بیمار و خانواده کمیسیون مشترک) تنها ۶ سؤال در مقابل ۱۵ گزاره مربوط به رضایت آگاهانه قرار گرفته است. این امر نشان می‌دهد که اولاً وزارت بهداشت به استانداردهای حقوق بیمار و خانواده توجهی نداشته و ثانیاً در خصوص رضایت آگاهانه که از حقوق مسلم بیماران در زمینه انجام اقدامات جراحی و غیره می‌باشد، تقریباً استاندارد تدوین نکرده است. سرباز (۱۳۸۲) نیز با انجام مطالعه‌ای نتیجه گرفته که بسیاری از حقوق مسلم بیماران در منشور حقوق ایران مدنظر قرار نگرفته است: از جمله حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، حق رضایت در درمان، حق حریم شخصی، حق حفظ حقوق (حق شکایت)، حق استفاده از مترجم و حق تسکین درد (۱۱).

استانداردهای ارزیابی بیماران کمیسیون مشترک به سه زیرعنوان تقسیم می‌شوند: ارزیابی بیماران؛ خدمات آزمایشگاه؛ خدمات رادیولوژی. با توجه به یافته‌های پژوهش در زمینه میزان تطابق استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای ارزیابی بیماران کمیسیون مشترک (۲۹/۶٪ تطابق کامل، ۱۳/۶٪ تطابق نسبی و ۵۶/۸٪ عدم تطابق) به خوبی می‌توان نتیجه گرفت که وزارت بهداشت در تدوین استانداردهای بیمارستانی خویش به ارزیابی بیماران توجهی نکرده است؛ چرا که بیش از نیمی از استانداردهای ارزیابی بیماران کمیسیون مشترک توسط استانداردهای داخلی پوشش داده نشده‌اند. این در حالی است که کمیسیون مشترک معتقد است تمام نیازهای مراقبت بهداشتی - درمانی بیماران از طریق استانداردهای ارزیابی مشخص می‌شود، لذا در جهت شناسایی نیازهای بیماران و تأمین شایسته آنها وجود استانداردهای ارزیابی بیماران بسیار حیاتی می‌باشد (۶).

استانداردهای مراقبت بیماران کمیسیون مشترک با ۷۰ گزاره به ۷ زیرعنوان تقسیم می‌شوند: ارایه مراقبت برای تمام بیماران؛ مراقبت‌های بیماران پُرخطر و ارایه خدمات پُرخطر؛ مراقبت مجله پژوهشی حکیم

بیهوشی؛ مراقبت جراحی؛ تجویز دارو؛ غذا و تغذیه درمانی؛ مدیریت درد و مراقبت آخر عمر. نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش مربوط به میزان تطابق استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای مراقبت بیماران کمیسیون مشترک (۴۸/۶٪ تطابق کامل، ۱۲/۸٪ تطابق نسبی و ۳۸/۶٪ عدم تطابق)، حاکی از آن است که وزارت بهداشت در مجموع در تدوین استانداردهای مربوط به مراقبت بیماران خوب عمل کرده است (۴۸/۶٪ تطابق کامل).

همانطور که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد میزان تطابق استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای آموزش بیمار و خانواده کمیسیون مشترک به شرح ذیل بوده است: ۱۰٪ تطابق کامل، ۲۰٪ تطابق نسبی و ۷۰٪ عدم تطابق. نتایج حاصل از بررسی این میزان‌ها به خوبی نشان می‌دهد که آموزش بیمار و خانواده تقریباً هیچ جایگاهی در استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت نداشته است. در زمینه آموزش بیمار و خانواده JCAHO می‌نویسد: هدف از آموزش بیمار و خانواده عبارت است از بهبود نتایج بهداشتی از طریق ارتقای رفتار بهداشتی بیمار و مشارکت دادن وی در مراقبت و تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت. آموزش، رفتار بهداشتی بیمار را بهبود می‌بخشد، بازگشت سلامتی او را تسریع می‌کند، به بازگشت فعالیت اعضای بدن یاری می‌رساند و بیمار را قادر می‌سازد تا در اتخاذ تصمیم پیرامون روش‌های ارایه مراقبت مشارکت داشته باشد (۱۰).

استانداردهای مدیریت اطلاعات کمیسیون مشترک با ۳۱ گزاره به ۳ زیرعنوان ذیل تقسیم می‌شوند: برنامه‌ریزی؛ پرونده بالینی بیمار؛ انبوه داده‌ها و اطلاعات. نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش مربوط به میزان تطابق استانداردهای مدارک پزشکی وزارت بهداشت با استانداردهای مدیریت اطلاعات کمیسیون مشترک (۳۸/۷٪ تطابق کامل، ۲۹/۰٪ تطابق نسبی و ۳۲/۳٪ عدم تطابق) نشان می‌دهد که در مجموع وزارت بهداشت در تدوین استانداردهای مربوط به مدیریت اطلاعات (مدارک پزشکی) خوب عمل کرده است. البته لازم به توضیح است بر خلاف استانداردهای مدیریت اطلاعات کمیسیون مشترک که با طبقه‌بندی مشخصی در نهایت از مدیریت مرکز و خدمات آن پشتیبانی می‌کنند، استانداردهای مدارک پزشکی وزارت بهداشت از طبقه‌بندی مناسبی برخوردار نیست و به طور پراکنده در هر موردی استاندارد بی‌بیان شده است. در این مورد JCAHO معتقد است که ارایه مراقبت‌های بهداشتی به بیماران چالش پیچیده‌ای است که به شدت به اطلاعات وابسته می‌باشد. بیمارستان‌ها در مورد مدیریت امور بیماران به ویژه ارایه مراقبت،

سؤالات کتابچه الف و ب به صورت ناقص بیان شده‌اند و به همین دلیل چند پهلو می‌باشند. همچنین در کتابچه الف و ب به کرات سؤالاتی وجود دارد که متضمن چند مورد آزمودنی از انواع مختلف می‌باشند. به دلیل ایراد در طرز نگارش سؤالات کتابچه الف و ب از جمله: چند پهلو بودن، ناقص بیان شدن، مبهم بودن مصداق سؤالات، مورد پرسش قرار دادن بیش از یک موضوع در یک سؤال و غیره، بازنگری و اصلاح کلیه سؤالات کتابچه الف و ب ضروری می‌باشد. توفیقی (۱۳۸۱) در یافته‌های حاصل از مطالعه خویش می‌نویسد: طرز نگارش گزاره‌های (سؤالات) استانداردهای ارزشیابی بیمارستانی وزارت بهداشت با آنچه که در ممیزی ایزو انجام می‌شود؛ تفاوت فاحشی دارد. در ممیزی ایزو نتیجه هر گزاره به صورت بلی یا خیر می‌باشد و هر گزاره فقط یک موضوع را مورد پرسش قرار می‌دهد و آنقدر صریح است که فقط یک معنی برای ممیزی‌کنندگان و ممیزی‌شوندگان دارد. در حالی که در استانداردهای ارزشیابی مورد عمل وزارت بهداشت ویژگی‌های فوق‌الذکر در بسیاری از موارد رعایت نشده است (۱۶).

JCI در مورد به کارگیری استانداردهای خوب و مناسب می‌نویسد: به کارگیری استانداردهای خوب (تدوین شده) باعث بهبود مراقبت بیمار و افزایش رضایت وی می‌شود و هم چنین به عنوان حمایتی برای موارد ذیل خواهد بود: عملکرد خوب پرسنل حرفه‌ای، بهبود و افزایش کیفیت مراقبت بیمار، کاهش هزینه‌ها، افزایش کارایی مؤسسه و خدمات، تقویت محرمانگی و مدیریت.

در نهایت تطابق استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک نشان داد که استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت علی‌رغم این که از جهت کمیت نسبت به استانداردهای بیمارستانی مورد مطالعه کمیسیون مشترک بیشتر بوده‌اند؛ اما نتوانسته‌اند حدود ۵۰٪ (۴/۴۵٪) آنها را پوشش دهند. به عبارتی از مجموع ۲۱۶ گزاره استانداردهای بیمار محور و مدیریت اطلاعات کمیسیون مشترک، ۹۸ گزاره آن اصلاً مصداقی در استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت نداشته است. این امر نشان می‌دهد که وزارت بهداشت در تدوین استانداردهای بیمارستانی به بسیاری از موارد مهم مربوط به فرآیند مراقبت بیمار توجه نکرده است از جمله: تداوم مراقبت‌ها، حقوق بیمار و خانواده، رضایت آگاهانه، ارزیابی بیمار و آموزش بیمار و خانواده.

نتایج مراقبت، عملکردهای لازم برای ایجاد هماهنگی و تلفیق خدمات با یکدیگر به اطلاعات نیاز دارند (۱۰).

نتایج حاصل از تطبیق استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بیمار محور کمیسیون مشترک حاکی از آن است که وزارت بهداشت در تدوین استانداردهای بیمارستانی خویش، به بیمار و خانواده به عنوان پایه تدوین استانداردها توجه نکرده است، چرا که با توجه به یافته‌های پژوهش مشاهده می‌شود که از مجموع ۱۸۵ گزاره استانداردهای بیمار محور کمیسیون مشترک ۶۷ مورد (۳۶/۲٪) به صورت کامل و ۳۰ مورد (۱۶/۲٪) به صورت نسبی پوشش داده شده است در حالی که ۸۸ مورد باقیمانده (۴۷/۶٪) اصلاً توسط استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت پوشش داده نشده‌اند. این در حالی است که در تدوین استانداردهای مربوط به کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها و مراکز ارائه‌دهنده خدمات، بایست فرد و بالاصح خانواده به عنوان پایه تدوین استاندارد، قرار گیرد (۲). از طرفی نتایج حاصل از بررسی کتابچه الف و ب نیز حاکی از آن می‌باشد است که اولاً وزارت بهداشت در عناوین استانداردهای خود، آیم مشخصی تحت عنوان استانداردهای بیمار محور نداشته و فقط در قالب عناوینی چون رضایتمندی بیماران و مراعات موازین شرعی سؤالاتی در مورد مراقبت بیماران، دسترسی بیماران به خدمات و غیره مطرح کرده است. البته در سایر فرم‌های مندرج در کتابچه ب نیز به ندرت سؤالاتی مشاهده می‌شود که محور آنها بیمار می‌باشد؛ از جمله در فرم‌های ب/۱۱ (کمیته‌های بیمارستانی)، ب/۱۳ (تجهیزات ایمنی) و ب/۱۵ (تجهیزات پزشکی و دارو). به عبارتی طبقه‌بندی فعلی استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت از نظم خاصی پیروی نکرده و به بیمار هم توجه چندانی نداشته است. لذا تدوین استانداردهای بیمار محور از اولویتهای اصلی به شمار می‌رود.

در زمینه استانداردهای بیمار محور نیز تدوین استانداردهای دسترسی و تداوم مراقبت‌ها، حقوق بیمار و خانواده (خصوصاً رضایت آگاهانه)، ارزیابی بیماران و آموزش بیمار و خانواده می‌بایست در اولویت قرار گیرد. در مورد استانداردهای مراقبت بیماران نیز لازم است به استانداردهای مدیریت درد و مراقبت آخر عمر و مراقبت‌های پُرخطر و چگونگی ارائه خدمات پُرخطر توجه اساسی شود. ثانیاً طرز نگارش سؤالات مربوط به استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت (کتابچه الف و ب) ایراد داشته است. در تحقیق حاضر مشاهده شد که اکثریت قاطع

## منابع

- ۱- صدقیانی ا. ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و استانداردهای بیمارستانی. چاپ دوم. تهران: انتشارات جعفری. ۱۳۸۴: ۱۵-۱۱.
- 2- Colonel BM. Principles of hospital administration and planning. 1st ed. New Delhi: Jaypee brothers, medical publishers 1999: 115- 135.
- ۳- اسفندی ا. ارزیابی بخش اعمال جراحی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۵: ۴.
- 4- JCAHO. Joint commission international accreditation: improving health care quality and safety around the world, 2003. Available at: www. Joint commission international.com/ international. asp.
- ۵- آصف‌زاده س. مدیریت و تحقیقات بیمارستانی. چاپ اول. قزوین: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۳۸۲: ۱۸۰-۱۲۰.
- ۶- صدقیانی ا (مترجم). کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت بهداشتی. استانداردهای ممیزی و اعتبار - بخشی بیمارستان. چاپ دوم. تهران: موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی. ۱۳۸۳: ۱۶۰-۲۶.
- 7- Skurka M. Health information management. 2nd ed. Sanfrancisco: health forum; 1998: 97-140.
- ۸- سرباز زرین‌آباد م. بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و آرایه راه حل مناسب برای ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۱: ۶۸.
- ۹- نعمت‌اللهی م. مقایسه قوانین مربوط به حقوق بیمار در ایران با منشور حقوق بیمار و نظرسنجی از پزشکان دانشگاه علوم پزشکی شیراز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۵: ۷۵.
- 10- JCAHO. Joint commission international accreditation standards for the care continuum. 7<sup>th</sup> ed. Oakbrook terrace, IL: Joint Commission, INC; 2003, 2-10.
- ۱۱- محقق، م. تجلی ارزش‌های متعالی در بیمارستان: نظام ارزشیابی و نظارت بر فعالیت‌های بهداشتی و درمانی بیمارستان‌های کشور. تهران: وزارت بهداشت، ۱۳۷۶: ۸۵-۳۴.
- ۱۲- یگانه، م. استاندارد و استاندارد کردن. تهران: مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران، ۱۳۷۹: ۶۸-۲.
- 13- JCAHO. International; 2002. Available at: http:// www. jointcommissioninternational.com/ international.asp.
- 14- JCAHO. About JCR/JCAHO; 2002. Available at: http:// www.jcrinc.com/ generic.asp.
- 15- JCAHO. International Standards for Hospitals. 2002. Available at :http://www.jcrinc.com/international.asp
- 16- JCAHO. Joint commission international accreditation: listening and leading. 2003; Available at: www Joint commission international.com/ international. asp.
- 17- Vincent Roa, Donna. Improving health services delivery with accreditation, licensure and certification; 1999. Available at: www.qproject.org/pdf/ engv&nzx.pdf .
- 18- Donahue kt Van Stenberg p. Joint commission international accreditation: relationship to four models of evaluation; 2000. Available at: www.Ncbi.nlm.nih.gov/ entrez/ query.fcgi?cmd.
- ۱۹- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور. تهران: وزارت بهداشت، دفتر ارزشیابی درمان؛ ۱۳۷۶.
- ۲۰- توفیقی ش. مطالعه تطبیقی استانداردهای بیمارستانی مورد عمل وزارت بهداشت با اصول نظام ایزو و آرایه الگوی مناسب برای بیمارستان‌های عمومی و خصوصی کشور. پایان‌نامه دکتری. تهران، دانشگاه آزاد، واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۱: ۱۲.
- ۲۱- جعفری پویان ا. بهینه‌سازی ارزشیابی بیمارستان بر اساس تحلیل (ادراک و انتظار) مدیران و شبکه تصمیم‌گیری بیمارستان‌های استان همدان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشکده بهداشت، دانشگاه تهران، ۱۳۸۲: ۳۱.
- ۲۲- روانگر، ر. بازنگری درجه ارزشیابی بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بر اساس عملکرد آنها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشکده بهداشت، دانشگاه تهران، ۱۳۸۲: ۲.
- ۲۳- اسداله پورکریمی ش. تعیین و مقایسه میزان عملکرد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مازندران بر حسب درجه ارزشیابی در سال ۱۳۷۴. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشکده بهداشت، دانشگاه تهران، ۱۳۷۵: ۷۹-۷۶.